

# Processos de Trabalho dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família Junto a Atenção Básica: Implicações para a Articulação de Redes Territoriais de Cuidados em Saúde

Work Processes of Centers of Support for Family Health with the Primary Care: Implications for the Articulation of Territorial Health Care Networks

JULIANA SAMPAIO<sup>1</sup>

MAIZE CORDEIRO DE MELO<sup>2</sup>

MAYARA CARDOSO GRIGÓRIO<sup>2</sup>

RICARDO DE SOUSA SOARES<sup>3</sup>

## RESUMO

**Introdução:** A Estratégia de Saúde da Família é proposta para garantir uma atenção integral, territorial e longitudinal. No processo de qualificação do cuidado da saúde da família e das redes territoriais, o Ministério da Saúde em 2008 inicia a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o intuito de dar suporte e ampliar o escopo das equipes de saúde da família (eSF). **Objetivos:** Analisar os processos de trabalhos dos NASF junto às equipes de saúde da família de João Pessoa e seu impacto na construção de redes territoriais de cuidados em saúde. **Material e Métodos:** Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e observação participante não sistemática das atividades de apoiadores deste município, entre setembro e dezembro de 2012. Todas as entrevistas foram gravadas com o conhecimento dos entrevistados sendo todo material produzido submetido à análise de conteúdo temática. **Resultados:** Observou-se que o NASF assume a proposta de apoio matricial, com forte viés político-institucional, que na prática se converte em relações administrativas-gerenciais, nas quais os profissionais reconhecem o apoiador como chefe, a quem solicitam o acionamento de outros equipamentos no território, fragilizando a equipe como a articuladora de redes territoriais. **Conclusão:** A experiência evidencia a pluralidade de ações dos NASF sendo influenciada diretamente pelos modelos de gestão local e produzindo relações de apoio administrativas-gerenciais que pouco fortalecem a construção das RAS.

## DESCRIPTORIOS

Atenção Primária à Saúde. Gestão em Saúde. Estratégia Saúde da Família.

## ABSTRACT

**Introduction:** The Family Health Strategy is proposed to ensure a comprehensive, territorial and longitudinal care. In the process of qualification of family health care and territorial networks, the Ministry of Health in 2008 began the implementation of Centers of Support for Family Health (CSFH) in order to support and extend the scope of family health teams. **Object:** This study aimed to analyze the work processes of CSFH with the family health teams in João Pessoa as well as their impact on the development of a regional health care network. **Material and Methods:** Semi-structured interviews and unsystematic participant observation of supporters' activities were carried out between September and December 2012. The study participants were aware that interviews were being recorded and signed an informed consent form prior to participation. All collected data were subjected to thematic content analysis. **Results:** We observed that the CSFH assume the proposed matrix support, with strong political-institutional bias. In practical terms, this turns into administrative-managerial relationships in which the supporter is recognized as chief by the other professionals to whom they request activation of other equipment in the territory. As a result, the team is weakened while articulator of territorial networks. **Conclusion:** Experience has shown the plurality of CSFH actions directly influenced by local management models and administrative-managerial relationships that have little effects on the development of health care networks.

## DESCRIPTORS

Primary Health Care. Health Management. Family Health Strategy.

1 Professora Doutora do Departamento de Promoção à Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa/PB, Brasil.

2 Graduanda em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa/PB, Brasil

3 Mestre em Gestão de Organizações Aprendentes; Professor do Departamento de Promoção da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa/PB, Brasil.

Embora tenham sido observadas muitas mudanças no perfil da saúde brasileira, principalmente após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), sabe-se que ainda persistem práticas de cuidado fragmentadas, que interferem na garantia da saúde integral e pública. Surge então como alternativa, na década de 90, a proposta de atenção à Saúde da Família que passou a se configurar como uma estratégia de reorganização do sistema.<sup>1</sup>

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tornou-se assim uma ferramenta para reorganizar o sistema de saúde, por meio de práticas que visem à superação do modelo hegemônico biomédico e garanta a integralidade do cuidado. Para fortalecer tal ferramenta, em 2008, o Ministério da Saúde, por meio da portaria de nº 154/08, propôs a implantação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Segundo esta portaria, o NASF deve ser constituído por uma equipe formada por profissionais de diferentes áreas, que devem apoiar as equipes da atenção básica na ampliação de sua capacidade resolutiva.<sup>1,2</sup>

A partir do Caderno de Atenção Básica: diretrizes do NASF nº 27, o Ministério da Saúde assume de forma explícita a vinculação da proposta do NASF ao referencial do Apoio Matricial. Nesta perspectiva, os apoiadores matriciais devem colaborar com as equipes na produção de novas estratégias e ações de cuidado e de gestão do trabalho, sempre pautados na educação permanente, com vistas a alcançar um cuidado integral.<sup>3</sup>

Mais recentemente, com o debate em torno das Redes de Atenção à Saúde (RAS) tem sido reforçado o papel da eSF na coordenação do cuidado no SUS. Na portaria 4.279/2000, o Ministério da Saúde utiliza o conceito de rede, a partir da organização dos serviços e tecnologias dos diferentes níveis de atenção, em torno da garantia da centralidade do cuidado. Posteriormente, com o decreto 7508/2011, o ministério ratifica a Atenção Básica à Saúde (ABS) como principal porta de entrada e ordenadora do sistema de saúde. Neste sentido, as RAS avançam ao quebrar a imagem de sistema piramidal e idealizar uma rede de cuidado a partir de uma modelagem que estabelece relações horizontais entre os serviços, sendo a ABS o centro dessa comunicação.<sup>4</sup>

Na tentativa de adequar a proposta dos NASF às necessidades dos diferentes territórios, foram lançadas outras portarias e materiais institucionais, como o Caderno de Atenção Básica nº 39 para a orientação da implantação desses núcleos.<sup>5</sup> A regulamentação mais recente é a portaria de nº 3.124/2012, que traz redefinições dos parâmetros de vinculação dos NASF 1 e 2 às Equipes de Referência e cria a modalidade NASF 3. Por esta redefinição, o NASF 1 passa a operar com no mínimo 5 e no máximo 9 equipes, o NASF 2 deve se

vincular no mínimo a 3 e no máximo 4 equipes e o NASF 3 deve operar com no mínimo uma e no máximo duas equipes de referência.<sup>6</sup>

Com o NASF, inaugura-se na ABS um espaço anteriormente inexistente ou insipiente para a atuação de algumas categorias profissionais. Isso gera uma demanda de formação desses profissionais, tanto na qualificação nos cuidados básicos quanto nas mudanças de modelagens de cuidado que anteriormente não existiam. Desta forma, gera-se uma expectativa para a qualificação dos NASF, no sentido de potencializar a reorganização das práticas em saúde e o fortalecimento da atenção básica, por meio do apoio matricial em todos os municípios. Espera-se assim, operar de forma interdisciplinar e intersetorial, com o objetivo de romper a fragmentação do cuidado ainda vigente.<sup>3,6</sup>

No município de João Pessoa – Paraíba, em 2012, existiam 20 equipes de NASF 1, dando suporte a 180 equipes de saúde da família. Tais equipes foram distribuídas nos cinco Distritos Sanitários do município. As equipes NASF foram organizadas de forma singular, na medida em que se incorporaram a uma proposta já existente de apoio institucional que vinha em desenvolvimento desde 2005.<sup>7</sup> Assim, os profissionais do NASF passaram a integrar a equipe de apoiadores institucionais que trabalham tanto junto às eSF, quanto às equipes técnicas nos distritos sanitários.<sup>8</sup> Esse novo modelo visava ampliar o escopo das equipes de saúde da família para articular as redes de serviços e atenção às demandas dos territórios, a partir de equipes com “*expertise*” técnica que ampliariam a capacidade resolutiva das equipes de referência.<sup>9</sup>

Este desenho singular do NASF de João Pessoa torna relevante estudos que evidenciem qual o papel dos profissionais do NASF na ampliação do escopo da eSF, inclusive em sua responsabilidade na construção e ordenamento das redes de saúde. Ao mesmo tempo, o dinamismo e flexibilidade na conformação organizacional do NASF, tornam cada vez mais necessários estudos que explicitem as diversas formas desta ser experimentada, avaliada e aprimorada. Nesta direção, o presente estudo propõe analisar a experiência do NASF em João Pessoa, pondo sob análise sua contribuição para o fortalecimento da eSF na construção de redes territoriais de cuidados integrais em saúde.

## MATERIAL E MÉTODOS

Para atingir os objetivos propostos, foram realizadas observações não sistemáticas de atividades semanais de cinco apoiadores matriciais, vinculados ao NASF, de setembro a dezembro de 2012. A observação

não sistemática é considerada artifício essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa, uma vez que põe em evidência elementos das relações cotidianas do trabalho em saúde<sup>10</sup>.

Para as observações, foi escolhida, por conveniência da equipe da pesquisa (facilidade de acesso e indicação do distrito sanitário), uma unidade de saúde da família de cada um dos distritos sanitários, para o acompanhamento das atividades de seus apoiadores.

Dependendo do dia da semana em que a observação foi realizada e da agenda de trabalho dos apoiadores, a equipe de pesquisa pode acompanhar atividades de diferentes apoiadores, em diferentes turnos da semana. Ao longo de todo o processo, foram realizadas 61 observações, sendo 12 no DS-I, 12 no DS-II, 14 no DS-III, 12 no DS-IV e 11 no DS-V. Como a duração média de cada visita foi de quatro horas, foram produzidas aproximadamente 244 horas de observação ao final do estudo. Destaca-se, por fim, que todas as observações foram registradas em diários de campo, favorecendo assim a descrição de fatos, práticas, contextos, impressões e conversas informais.

A produção das informações para a presente análise ainda se deu por meio de entrevistas semiestruturadas, composta por perguntas abertas que permitiram ao entrevistado desenvolver seu ponto de vista sobre o tema abordado. Todas as entrevistas foram gravadas com o conhecimento dos entrevistados que assinaram previamente o termo de consentimento livre e esclarecido, sendo o presente estudo já aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Paraíba, sob o número de protocolo 66745.

Participaram das entrevistas 24 apoiadores, dos quais cinco eram do DS-I, cinco do DS-II, cinco do DS-III, cinco do DS-IV e quatro do DS-V. O critério de seleção dos entrevistados ocorreu segundo a forma de organização de trabalho dos apoiadores, isto é, apoiadores que trabalham: a) em unidade ser integrada e não integrada; b) sozinhos, em dupla ou em trio; c) em unidades com e sem a presença de administrador; e ainda d) em desvio de função no distrito sanitário.

As narrativas produzidas foram decompostas segundo a análise de conteúdo temática, sendo as categorias temáticas estabelecidas pelos próprios pesquisadores e ordenadas para análise interpretativa<sup>11</sup>. Para tanto, a análise em foco tomou como sustentação a tipologia de apoio proposta por Sampaio *et al.*<sup>12</sup>, a partir da qual são identificadas cinco acepções atribuídas ao apoio matricial, a partir de experiências de implementação do NASF. Segundo as autoras, com a operacionalização da proposta ministerial do NASF, o apoio matricial ganha

contornos de: apoio gerencial administrativo; político-institucional; técnico-pedagógico; técnico-assistencial e político-comunitário.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Analisando as práticas e discursos dos apoiadores de João Pessoa, destacou-se um tipo no qual o apoiador era entendido como o que conduz o projeto político implantado pela gestão dentro do território. Eles se esforçavam para operar as diretrizes transmitidas pelos coordenadores de distrito e pelo núcleo central da secretaria municipal de saúde. Segundo Sampaio *et al.*<sup>12</sup> esta função está vinculada ao apoio político-institucional, a partir do qual os apoiadores, “*ao assumirem este papel, tornam-se a extensão da gestão e têm como função fazer operar os direcionamentos políticos na condução das ações de saúde nos territórios junto às equipes de saúde da família*” (p. 52).

O apoio aqui em João Pessoa tem essa parte institucional que é muito forte, que é o que eu te falei: discussão de processo de trabalho, discussão de acolhimento, educação permanente, PTS (projeto terapêutico singular), vinculação popular (Entrevista Apoiadora 9).

Ao longo do estudo, se destacou como caracterização do apoio político-institucional a responsabilização dos apoiadores pela coordenação, monitoramento de indicadores, discussão de protocolos e organização de ações estratégicas como campanhas. Tais temáticas eram discutidas semanalmente em reuniões de matriciamento entre os apoiadores e as eSF.

Ficou evidente a coerência deste processo de trabalho com o fato dos apoiadores se organizarem em duplas, trios ou mesmo individualmente. Na medida em que as ações eram de cunho institucional, não havia necessidade de mais de um profissional, de núcleos de saberes diferentes, apoiando a mesma equipe. Assim, a divisão dos apoiadores era organizada de acordo com o número de eSF apoiadas num mesmo território.

Os apoiadores além de suas atividades junto às equipes de saúde também se dividiam em Grupos de Trabalhos (GTs), que se reuniam semanalmente, para discussão de políticas estratégicas para a gestão, com programação de processos formativos dos profissionais, construção de protocolos, normas e rotinas e monitoramento e avaliação das políticas na atenção básica. Além de participar de GTs específicos, cada apoiador deveria trabalhar no sentido de garantir a

efetivação das ações programadas pelos demais GTs no seu território.

A posição de intermediador entre gestão e trabalhadores produziu nos profissionais da equipe de saúde a identificação dos apoiadores como o ator capaz de resolver todos os problemas administrativos e burocráticos da equipe. Ao mesmo tempo, buscando se legitimar e construir vínculo e confiança com a equipe, os apoiadores pareciam assumir essa função, tomando para si a resolução de problemas entre os membros da equipe, e entre a equipe e usuários, da organização administrativa, ou mesmo, no acionamento de serviços da rede para conseguir vagas para exames e consultas.

A assistente social falou da dificuldade que estava tendo para levar todos os idosos em uma atividade que teria fora da comunidade. A apoiadora fez algumas ligações e, aparentemente, resolveu o problema do transporte dos idosos (Diário de Campo 2). Parte do tempo de hoje, a apoiadora esteve empenhada em conseguir uma prótese dentária e muletas, apesar de afirmar para os usuários que não estava fazendo aquilo por um favor, era sua obrigação. Ela ligou para diversos órgãos e pessoas com a finalidade de conseguir esses equipamentos (Diário de Campo 2).

Compreendido como o grande resolvidor dos conflitos do serviço, foi possível evidenciar algumas situações em que os demais trabalhadores esperavam pelo apoiador para que esse pudesse julgar e agir diante de determinadas situações.

Na tentativa de conseguir reconhecimento frente à equipe, os apoiadores reforçavam seu lugar e poder institucional, assumindo a gerência das relações e do serviço. Isso diminuía a autonomia dos integrantes da unidade básica, que reconheciam no apoiador a função de chefe, a quem solicitavam “tutela” para a resolução das mais diversas demandas.

Como reflexo dessa relação, os apoiadores apontavam como principal dificuldade no trabalho com as equipes de saúde da família, a dependência destes em relação ao apoio. Esta queixa pareceu reforçar o caráter mais gerencial do apoio, que diminui a potência transformadora do matriciamento. Este, por sua vez, ao contrário da tendência de verticalizar as relações, buscava instrumentalizar e preparar os trabalhadores para atuarem junto à população adscrita de modo mais autônomo<sup>13</sup>.

A dificuldade que eu encontro é que as

unidades têm o perfil de serem muito dependentes do apoio. Então tudo, desde um exame pra ser marcado, até como arrumar a gaveta na recepção, eles vêm me perguntar... uma gaveta na recepção! Então, é um perfil que elas têm de ser muito submissa à figura do apoiador (Entrevista Apoiadora 4).

Notou-se, ainda, a demanda da equipe para o apoiador “acalmar” os usuários que por algum motivo manifestavam insatisfação com o cuidado recebido na unidade de saúde, e que revelavam seu descontentamento por meio de reclamações. Alguns usuários, rotulados “problemáticos”, eram encaminhados para os apoiadores da unidade. Estes eram assim intitulados, inclusive pelos próprios apoiadores, não por possuírem algum agravo à saúde mais complexo, mas por reclamarem dos serviços prestados pela eSF. Essa mediação de conflitos na unidade aproximava o apoiador mais de um apaziguador de problemas do que de promotor de gestão integrada e da participação dos usuários nas decisões, o que fortaleceria o controle social e a participação popular como prevista no CAB nº 27<sup>3</sup>.

Uma das características fundamentais do apoiador é saber resolver problemas críticos, como acalmar certos usuários enfurecidos (Entrevista Apoiadora 2).

Apesar de contrário à proposta inicial de apoio institucional do município de João Pessoa, relatada por Bertussi<sup>7</sup>, pareceu natural no então desenho organizacional e na relação das unidades de saúde da família com a gestão, que o apoiador assumisse a função de gerente e representante da gestão.

Outrossim, eram os apoiadores que falavam em nome da unidade, que faziam a mediação de conflitos com a comunidade, que negociavam o processo de trabalho e que prestavam conta dos resultados frente à gestão. Essa concepção de apoio se aproxima da racionalidade gerencial hegemônica, na qual os trabalhadores não refletem sobre sua prática, e tem baixa autonomia de repensar e construir novas práticas em seu ambiente de trabalho<sup>14</sup>.

Muitos apoiadores sabiam que eram reconhecidos como “chefes” da equipe e tentavam se reposicionar na relação com os trabalhadores, mas o faziam cobrando que a equipe lhes visse de outra forma. A pouca habilidade dos apoiadores com as tecnologias relacionais produzia uma cobrança mecânica, como mais uma ordem a ser seguida<sup>15</sup>.

A apoiadora tentou conversar sobre vários assuntos e parecia que nada atraía a atenção e o interesse dos membros da equipe. Então ela falou, com um tom de voz como se já estivesse incomodada: “Vamos minha gente, falem alguma coisa, vocês precisam falar, precisam conversar...” Mesmo com isso, todos se mantinham calados e ela acrescentou: “falem gente, exponham e façam suas atividades, porque vocês vão deixando tudo pra depois, tudo pra depois, tudo pra depois e daí depois é um Deus nos acuda.” E mais uma vez se fez presente o silêncio (Diário de Campo, 23).

O relato acima parece ainda estar relacionado com o perfil dos apoiadores, que em sua maioria eram jovens e muitos tinham no apoio sua primeira experiência profissional no SUS. Isso pareceu os fragilizar no encontro com os profissionais de saúde, que muitas vezes eram mais velhos e antigos no sistema de saúde.

A função de chefia pareceu reforçar e ser reforçada por outra aceção de apoio fortemente identificada em João Pessoa e que foi a principal crítica dos próprios apoiadores sobre seu processo de trabalho. Este perfil de apoio assume contornos do que Sampaio *et al.*<sup>12</sup> compreendem como apoio gerencial administrativo. Tanto nas observações quanto nas entrevistas realizadas, os apoiadores citaram o fato de que lhes eram solicitadas atividades de cunho burocrático e administrativo como, por exemplo, controlar a frequência dos profissionais das eSF; avaliar a quantidade e validade de materiais de consumo da unidade, para que fossem repostos; realizar o controle de entrada e saída de medicações. Esse papel de fiscalização do trabalho da unidade reforçava ainda mais o caráter do apoiador como coordenador-gerente do serviço, e o distanciava na relação com os demais profissionais.

É cobrado da gente um trabalho tanto de cunho administrativo quanto de cunho técnico. Então, a gente tem que tá fazendo conversa com o profissional sobre horário de chegada, faltas, atendimento ao usuário, tá resolvendo coisas da regulação, como marcação de consultas e exames com especialistas, enfim... tem que resolver uma gama de coisas de cunho administrativo (Entrevista Apoiador 1).

Cabe destacar que estes problemas de planejamento e gerenciamento administrativos eram agravados, por um lado, por não haver no serviço

sistemas logísticos adequados para a gerência, como pontos-eletrônicos e sistemas de informação, e por outro, pelos profissionais e apoiadores não terem uma formação adequada para esse tipo de atividade.

Buscando minimizar tal tipo de demanda para os apoiadores, em 2012, a gestão propôs desenvolver um projeto piloto em algumas unidades integradas (que acomodavam até quatro equipes de saúde da família) de contratação de administradores para desenvolverem o então chamado Apoio Administrativo. Esse tipo específico de apoio visava atuar na resolução de questões burocráticas e gerenciais, aumentando, assim, as oportunidades de atuação dos outros apoiadores em atividades de caráter mais institucional e matricial. Contudo, quando a figura do apoiador administrativo não existia, o apoiador matricial terminava por assumir essa ação e o NASF em João Pessoa ganhava um aspecto administrativo muito forte.

Aqui trabalhamos com três pontos principais: recursos humanos (que é férias, assiduidade do pessoal na unidade, etc), estrutura, pra saber o que a unidade tá precisando (se precisa de algum equipamento, uma janela quebrada para consertar, por exemplo...) e por fim os insumos, que é mais com materiais médico-hospitalares e material de limpeza. Então, é tudo que a unidade precisa para funcionar. E nessa parte sempre há alguém dentro da equipe que a gente elege para nos ajudar, contabilizando o que ainda tem, o que precisa, etc. Então a gente faz junto (Entrevista Apoiador 7).

Só tem [administrador] em algumas integradas, com certeza ele ajudaria muito aqui, eu acho que é importantíssimo, porque a gente não perderia tempo com burocracia, a gente poderia estar trabalhando em outras atividades (Entrevista Apoiador 3).

Ainda norteado pelo estudo de Sampaio *et al.*<sup>12</sup>, foi possível identificar em alguns relatos dos apoiadores de João Pessoa situações em que eram desenvolvidas ações de apoio Técnico-Assistencial, que se caracterizam pelo desenvolvimento de atividades assistenciais realizadas diretamente com os usuários, visando atender demandas específicas da população adscrita.

Tem as atividades que eu tento desenvolver com relação ao meu núcleo de educação física. Então terças e quintas pela manhã, de sete à

oito, eu tô numa escola, com atividades com um grupo de idosos. A gente faz atividade com eles, atividades de caminhada, alongamento, exercício localizado (Entrevista Apoiadora 4).

Destaca-se que tais ações por serem, em sua grande maioria, desenvolvidas sem a participação da eSF, fíndavam por representar uma atribuição específica do apoiador, assumida de forma desvinculada da equipe. Ou seja, havia uma transferência da responsabilidade pela atividade (cuidado) para o apoiador. Consequentemente, sem o trabalho compartilhado, não havia construção de novos conhecimentos com outros profissionais da equipe de referência.

Os apoiadores se ressentiam por não operarem mais em seus núcleos de saberes e compreendiam que isso seria possível ao realizarem atividades de cuidado, individuais ou coletivas, diretamente com os usuários. Por outro lado, eles não investiam na construção de Projetos de Saúde do Território (PST) e Projetos Terapêuticos Singulares (PTS)<sup>16</sup> com a equipe, como forma de atuação em seus núcleos de saberes. Eles não realizavam, junto com a equipe, ações de análise do território ou planejamento de ações programáticas. Segundo as acepções propostas por Sampaio *et al.*<sup>12</sup>, estas atividades caracterizariam a acepção de apoio técnico-pedagógico. Entretanto, poucos conseguiam desenvolver esses tipos de processos, limitando-se, assim, à organização do serviço, o que reduzia a capacidade da equipe de trabalhar com e no território.

Destaca-se, contudo, que algumas acepções de apoio prevaleciam em determinados apoiadores, enquanto outros buscavam combinar diversas acepções para atuarem nas unidades. Essas combinações permitiam diferentes arranjos do “apoiar”, a depender das circunstâncias dos processos de trabalho, bem como das ferramentas que o apoiador dispunha no momento.

Contudo, para todos os apoiadores, havia uma sobrecarga de trabalho com múltiplas atribuições, o que era fonte de grande desgaste. Este se via responsável por diversas atividades que exigiam formas variadas de operar e que deveriam ser executadas simultaneamente.

É cobrado da gente um trabalho tanto de cunho administrativo quanto de cunho técnico (...) mas também a gente tem que tá realizando atividades de núcleo da nossa formação (Entrevista Apoiador 19).

Considerando todas as discussões ora lançadas e os referenciais teóricos adotados, foi possível compreender

que o apoio em João Pessoa, após a implantação do NASF, assumiu em seu discurso político a defesa do apoio matricial, com fortes contornos do apoio institucional. Por sua vez, da forma como se efetivavam os encontros cotidianos entre os apoiadores e as equipes da saúde da família, o apoio assumiu fortes traços gerencial-administrativos, reforçando o papel de chefia dos apoiadores e enfraquecendo a autonomia da equipe de saúde da família.

Com o objetivo de superar a fragmentação do cuidado e da gestão no Brasil, foi criada em 2010 a portaria de nº 4.279 com diretrizes que regulamentam a estruturação de redes de atenção no âmbito da saúde<sup>17</sup>.

As redes de atenção à saúde (RAS) “*são 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*” (p. 4)<sup>17</sup>. Elas organizam as ações e serviços de saúde, buscando integrar os diferentes níveis de atenção, com vista a qualificação do cuidado a partir da atenção humanizada e em tempo adequado.

De acordo com Mendes<sup>18</sup>, as razões para implantação das redes de atenção estão relacionadas à fragmentação histórica do sistema de saúde, a concorrência entre os serviços, a desorientação dos usuários, o uso inadequado de recursos, a elevação dos custos, a falta de seguimento horizontal dos usuários e a falta de monitoramento e avaliação contínuos do sistema.

A portaria de criação das RAS ainda é desconhecida por alguns profissionais. Assim, na presente pesquisa, foi possível perceber que quase 90% dos entrevistados, apesar de referirem conhecer as redes de atenção e o papel no NASF nessas redes, desconheciam a portaria que regulamenta essa estratégia.

O papel do NASF é ser parte da rede de atenção. Qual o sentido de um profissional de fisioterapia, de um nutricionista, de um assistente social estar apoiando uma equipe de saúde e só ser mais um? O papel do NASF é permitir que haja um suporte pra essas equipes de saúde para que elas tenham um olhar diferenciado diante de situações que elas não poderiam ter por uma limitação técnica, por limitação na formação. (Entrevista Apoiadora 2)

Fragolli<sup>19</sup> constatou que apesar das várias competências para construção da integralidade na atenção básica, o NASF ainda tem como obstáculo a

necessidade de aprimorar o matriciamento como base de seu processo de trabalho. Tal necessidade foi evidente nas observações realizadas durante este estudo, nas quais o NASF não se fez integrante das RAS e sim apenas um acionador destas.

A partir de tais reflexões, torna-se possível discutir, então, em que medida este apoio favoreceu, ou não, o fortalecimento da estratégia de saúde da família como articuladora de redes de atenção em saúde.

Durante a pesquisa, quando questionados sobre o que compreendiam por as redes de atenção, a maioria dos apoiadores referiu que entendia as redes como uma espécie de arranjo organizativo do processo de trabalho, utilizado para articular diferentes serviços, tendo na atenção básica, o centro de comunicação e a responsabilidade por coordenar o cuidado em todos os pontos de atenção.

Ao longo do presente trabalho, acompanhando as ações desenvolvidas pelos apoiadores junto às equipes de saúde da família, foi possível forjar o termo “acionador de rede” como descrição do papel desenvolvido pelos apoiadores ao “acionarem” diferentes pontos da rede assistencial para garantir exames, encaminhamentos e serviços para os usuários. Tal termo foi criado exatamente para evidenciar a diferença encontrada entre o papel desempenhado pelo apoiador e sua idealizada função de fortalecedor da eSF como articuladora de rede. Isto porque articular implica colocar pessoas em comunicação, criando vínculos institucionais entre trabalhadores de diferentes serviços. Diferentemente, o acionador não promove vínculo, nem trabalho coletivo. Ele simplesmente convoca o outro, para conseguir um atendimento, um exame, mas sem articular uma rede institucionalizada, com rotinas e fluxos.

Outra característica importante desta forma de trabalho é que os apoiadores não dispunham de meios institucionais, pela precariedade dos sistemas de apoio logístico nas unidades, para fazerem a articulação da rede ou mesmo o acionamento de outros serviços. Na maior parte das unidades, o maior grau de informatização existente era a marcação de consultas e exames ambulatoriais, feito por meio do sistema de regulação. Entretanto, esse sistema não possibilitava uma comunicação entre os diferentes pontos da rede, não fornecendo referência ou contra-referência eletrônica, com exceção dos exames de alto custo, nos quais o quadro clínico era digitado para uma posterior avaliação do médico regulador. Além disso, na grande maioria das unidades não havia acesso à internet, nem a telefone, tendo o apoiador que utilizar dos seus próprios recursos materiais para acionar algum serviço da rede.

Ele também se utilizava de vínculos afetivos e

de conhecimento com as diversas pessoas lotadas nos demais serviços da rede. Ou seja, ele não acionava um determinado serviço, mas um determinado profissional, com quem tinha relação pessoal, que trabalhava naquele serviço. Compreende-se que esta forma de acionamento da rede é fragilizada na medida em que depende da permanência de um profissional conhecido no serviço de referência, pois as relações estão baseadas em conhecimentos pessoais e não em redes e vínculos institucionais. Por isso, um bom apoiador era visto como aquele que conhecia muitas pessoas, que tinha o contato com diferentes profissionais, que tinha várias ferramentas de comunicação com a rede, ou seja, aquele que resolvia tudo.

O que apareceu como mais relevante na função de acionador de rede centrada no apoiador, foi que esta comprometia a autonomia dos profissionais da equipe, como copartícipes do trabalho em saúde. Não existia uma relação da própria equipe com os outros serviços da rede, sendo a maioria dos contatos mediados pelos apoiadores. A expectativa da equipe em sempre ter o apoiador como o principal acionador da rede acabava muitas vezes por reforçar seu poder institucional, caracterizado pela função gerencial que assumia, ao se responsabilizar pelo planejamento, coordenação e supervisão as ações em saúde. Este papel acabava por comprometer o apoio na acepção matricial, já que sua função voltava-se mais para aspectos normativos e gerenciais do trabalho da equipe<sup>7,10</sup>.

As atribuições de tais tarefas, como específicas do apoiador, tendem a produzir, na equipe, a desresponsabilização pelo “trabalho coletivo” e desta forma acaba por comprometer decisões e responsabilidades que deveriam ser compartilhadas. Essa dificuldade em exercer a co-gestão reforçava o papel dos apoiadores como representantes da gestão municipal dotados de poder para gerir o serviço, já que as decisões eram tomadas por eles e não pela equipe. Assim, o processo de trabalho desenvolvido pelos apoiadores era incompatível com a construção de uma rede resolutiva e articulada em saúde. O que estava institucionalizado não era a rede, mas o poder do apoiador, como representante da gestão, para acionar determinados equipamentos. E ao assumir tal papel, este fragilizava o poder da equipe de ser, ela mesma, a articuladora da rede<sup>20</sup>.

## CONCLUSÕES

A experiência do apoio em João Pessoa foi capaz de evidenciar as tensões existentes entre as diversas acepções que o apoio matricial, preconizado

pelas normativas ministeriais do NASF, apresenta nas diversas realidades brasileiras estando fortemente atreladas ao modelo de saúde proposto pela gestão municipal, pelas redes de serviços existentes e pela forma de organização do processo de gestão local.

Esta diversidade parece permitir que tal proposta se adeque às necessidades locais, mas também produz

uma polissemia e mesmo discensos no papel do NASF como fortalecedor das RAS.

Por tais motivos, parece cada vez mais premente o desenvolvimento de estudos que relatem e analisem as diversas realidades de implementação dos NASF para nortear atuações mais potencializadoras junto às equipes de saúde da família e construção das RAS.

## REFERENCIAS

1. Sarreta FO. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília(DF): Ministério da Saúde, 2008.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção em Saúde. Cadernos de Atenção Básica, nº 27. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília(DF): Ministério da Saúde, 2000.
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 39 - Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014.
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.124, de 28 de Dezembro de 2012: redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) modalidades 1 e 2 às Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a modalidade NASF 3 e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
7. Garcia CAS, Nascimento PTA. O Dispositivo apoio matricial na atenção primária em saúde: um relato de experiência no município de João Pessoa/PB. Saúde Públ. Florianópolis. 2012; 5(2):93-104
8. Bertussi DC. O Apoio rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde, [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2010. 234p.
9. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 1999; 4(2):393-403
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edição 70. 1994
12. Sampaio J. Núcleo de apoio à saúde da família: refletindo sobre as acepções emergentes da prática. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. 2013; 17(1):47-54
13. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2007; 23(2):399-407
14. Campos GWS. Método para análise e cogestão de coletivos. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2000.
15. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, 2003; 27(65):316-23
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2 ed. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2007.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 31 de dezembro de 2010.
18. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.
19. Fragelli TBO. Análise das Competências Profissionais no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. [Tese Doutorado] Brasília – DF: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília; 2013. 176p.
20. Sampaio J, Martiniano CS, Marcolino EC, Magalhães FC, Souza FF, Rocha AMO, Souza Neto AA, Oliveira Sobrinho GD. O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. Revista Brasileira Ciências da Saúde, 2012; 16(1): 317-24.

### Correspondência

Juliana Sampaio  
Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências Médicas, Departamento de Promoção da Saúde, s/nº  
João Pessoa-Paraíba-Brasil  
CEP: 58051-900  
Email: julianasmp@hotmail.com