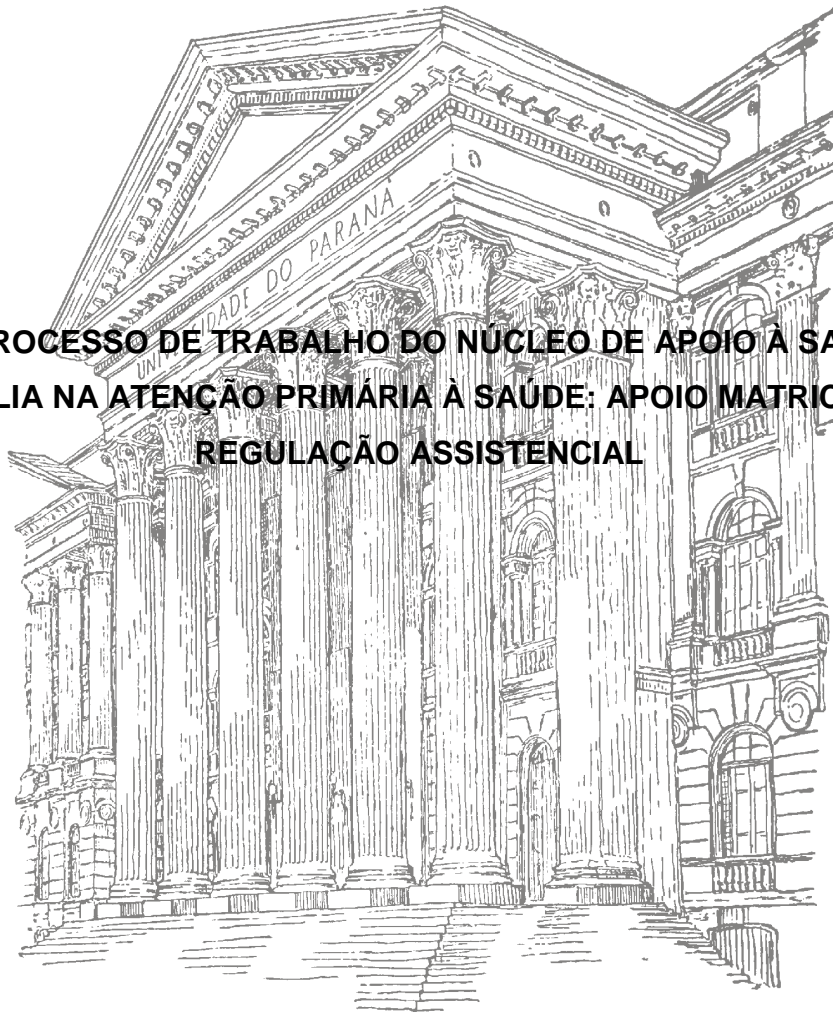


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

PATRÍCIA AUDREY REIS GONÇALVES PINHEIRO

**PROCESSO DE TRABALHO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA
FAMÍLIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: APOIO MATRICIAL E
REGULAÇÃO ASSISTENCIAL**



CURITIBA

2017

PATRÍCIA AUDREY REIS GONÇALVES PINHEIRO

**PROCESSO DE TRABALHO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA
FAMÍLIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: APOIO MATRICIAL E
REGULAÇÃO ASSISTENCIAL**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Políticas e Serviços de Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Verônica de Azevedo Mazza

Co-orientador: Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich

CURITIBA

2017

P654 Pinheiro, Patrícia Audrey Reis Gonçalves
Processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na
atenção primária à saúde: apoio matricial e regulação assistencial /
Patrícia Audrey Reis Gonçalves Pinheiro. – Curitiba, 2017.
144 f. : il.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Venônica de Azevedo Mazza
Co-orientador: Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich
Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do
Paraná.

1. Políticas públicas. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde da
família. I. Mazza, Verônica de Azevedo. II. Ditterich, Rafael Gomes.
III. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências
da Saúde. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

NLMC: WA 308

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **PATRÍCIA AUDREY REIS GONÇALVES PINHEIRO**, intitulada: "**Processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde: apoio matricial e regulação assistencial**", após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua

APROVAÇÃO.

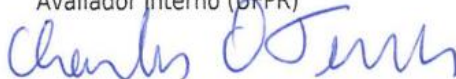
CURITIBA, 04 de Julho de 2017.



VERÔNICA DE AZEVEDO MAZZA
Presidente da Banca Examinadora (UFPR)



MARILENE DA CRUZ MAGALHAES BUFFON
Avaliador Interno (UFPR)



CHARLES DALCANALE TESSER
Avaliador Externo (UFSC)

Ao Luís Henrique, meu amor, amigo e companheiro de vida, pela presença, compreensão e apoio constantes.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Dra. Verônica de Azevedo Mazza, pelos ensinamentos, apoio e confiança.

Ao meu co-orientador, Dr. Rafael Gomes Ditterich, pelas valiosas contribuições.

Aos professores e colegas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela oportunidade de partilhar um caminho de descobertas, repleto de desafios.

Às “meninas de políticas” pelos desabafos e por tornarem esse momento mais leve.

À Profa. Dra. Marilene Buffon e ao Prof. Charles Dalcanale Tesser pelas ricas contribuições no exame de Qualificação.

À equipe do Departamento de Atenção Primária da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, em especial à Angela C. L. de Oliveira pelas sugestões, incentivo e suporte nas horas difíceis, e pelo auxílio na escolha do local de realização da pesquisa.

À Vera Drehmer por acreditar no meu potencial, pela escuta e incentivo de sempre.

À Ingrid Margareth Voth Lowen pelo carinho, suporte e disponibilidade em me orientar a manejar o *software* Iramuteq.

À Giseli R. Góes pela elaboração singular dos mapas do município do Rio de Janeiro.

À Maria Terumi M. Kami, Carla da Ros e Nilza T. Faoro pelas dicas, incentivo e apoio no desenvolver dessa pesquisa.

Ao Paulo Poli Neto, por facilitar o primeiro contato com a equipe de saúde do município do Rio de Janeiro.

Aos profissionais de saúde envolvidos com o NASF do município do Rio de Janeiro pela receptividade, acolhida e compartilhamento dos seus saberes.

Aos amigos da “Cidade Baixa” por compartilharem toda a minha trajetória no Mestrado, sempre com uma palavra amiga, quando a vontade era de sair correndo e pela compreensão nas minhas ausências. Um agradecimento especial à amiga Milene Kulka, por me auxiliar nas transcrições finais das entrevistas.

Ao meu pai “*in memoriam*”, que mesmo na sua quietude soube transmitir os princípios que me fizeram trilhar o caminho que escolhi, e que hoje tenho orgulho em compartilhar.

À minha mãe, uma das pessoas mais simples e sábias que conheço, pelo eterno suporte, carinho e força, que me faz querer continuar sempre, mesmo quando a vontade é de desistir.

A toda minha família, por todo o suporte e compreensão nos momentos de ausência.

“Dito isto,
mas o quê?
Para saber
seria preciso situar-se
atrás do poema,
no não escrito do escrito,
coisa mais difícil.”

Júlio Cortázar

RESUMO

O estudo trata-se uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa do tipo Estudo de Caso que objetivou analisar o processo de trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) do município do Rio de Janeiro nas perspectivas do apoio matricial e da regulação assistencial e descrever a percepção dos gestores dos NASFs e dos profissionais que atuam nessas equipes nas mesmas perspectivas. A coleta de dados foi realizada, junto a 13 profissionais atuantes em NASF e 11 gestores, no período de junho a setembro de 2016, por meio de entrevista com roteiros semiestruturados semelhantes para cada categoria de participantes. As informações provenientes das entrevistas foram analisadas e processadas com o apoio do *software* IRAMUTEQ. Dos discursos dos profissionais e dos gestores emergiram três classes: o papel regulador: um caminho a ser trilhado; apoio matricial: contradições e implicações; NASF: limites e fortalezas. Constatou-se divergências e limitações em relação à compreensão do conceito e do alcance da prática do apoio matricial entre os entrevistados. A regulação assistencial, como uma das funções a ser desempenhada pelo NASF no município, evidenciou-se como um processo novo, potente e em construção, mas com desafios a serem superados. A pesquisa permitiu também, a partir da discussão dos temas apoio matricial e regulação assistencial, vislumbrar uma direção de atuação dos NASFs diferente da comumente descrita na literatura e proposta nas diretrizes do Ministério da Saúde, revelando a possibilidade de atuação sistemática desses profissionais nos processos de regulação para a atenção especializada, e valorizando o exercício do cuidado especializado aos usuários, além do apoio técnico-pedagógico às equipes apoiadas. Diversos foram os desafios apontados diante da atuação prática dessas equipes, entretanto, verificou-se espaço para potencialização das ações, em busca da melhora do cuidado e do efetivo aumento da resolutividade na Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chaves: Política Pública. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família.

ABSTRACT

It is a descriptive qualitative research study, a Case Study which objectified to analyze the work process of the Family Health Support Centers (Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASFs – in Portuguese) in the municipality of Rio de Janeiro, Brazil, from the perspectives of matrix support and healthcare regulation, as well as to describe the perception of the NASFs managers and the professionals who work in those teams from the same perspectives. Data collection was carried out with 13 professionals working at NASF, and 11 managers between June and September, 2016, by means of semi-structured interviews, similar to each category of participants. Information from the interviews was analyzed and processed in the IRAMUTEQ software. Three classes emerged from professionals' and managers' speeches: the regulatory role: a road to be trailed; matrix support: contradictions and implications; NASF: limitations and strenghts. Divergences and limitations were evidenced regarding the understanding of the concept and scope of the matrix support practice among the study participants. The healthcare regulation, as one of the functions to be performed by NASF in the municipality, evidenced as a new, powerful and under construction process, but with some challenges to be overcome. The research also enabled, from the discussion of the matrix support and healthcare regulation themes, to envisage a different direction for the NASFs performance from the one commonly described in literature and proposed in the guidelines of the Ministry of Health, uncovering the possibility of systematic actions on the part of those professionals in the processes of regulation for specialized healthcare, and enhancing the exercise of specialized healthcare to users, besides the technical-educational support to the teams. Several challenges were pointed out in the light of those teams' practical performance. However, space to foster such actions was verified in the search to improve healthcare and effectively enhance problem solving in the Primary Healthcare.

Keywords: Public Policy. Primary Healthcare. Family Health.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – FLUXOGRAMA DA REGULAÇÃO AMBULATORIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	48
FIGURA 2 – MAPA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO POR ÁREA DE PLANEJAMENTO	59
FIGURA 3 – PIRÂMIDE ETÁRIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO SEGUNDO DADOS POPULACIONAIS DO CENSO DE 2010	61
FIGURA 4 – COBERTURA DA ESF NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO EM MAIO DE 2015 E PREVISÃO PARA 2016	62
FIGURA 5 – DISTRIBUIÇÃO DE ESQUIPES NASF NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO SEGUNDO ÁREA DE PLANEJAMENTO NO ANO DE 2016	63
FIGURA 6 – REPRESENTAÇÃO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO POR MACRORREGIÃO	64
FIGURA 7 – DENDOGRAMA DAS CLASSES FORNECIDAS PELO IRAMUTEQ ..	75
FIGURA 8 – DENDOGRAMA DAS CLASSES REFERENTES AO PROCESSO DE TRABALHO DO NASF	76

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS GESTORES DO NASF SEGUNDO A CATEGORIA PROFISSIONAL	69
GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS GESTORES DO NASF SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA	70
GRÁFICO 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS GESTORES DO NASF SEGUNDO O TEMPO DE GESTÃO DO NASF	70
GRÁFICO 4 – DISTRIBUIÇÃO DOS GESTORES DO NASF SEGUNDO VÍNCULO EMPREGATÍCIO	71
GRÁFICO 5 – DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO NASF SEGUNDO A CATEGORIA PROFISSIONAL	72
GRÁFICO 6 – DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO NASF SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA	72
GRÁFICO 7 – DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO NASF SEGUNDO TEMPO DE ATUAÇÃO	73
GRÁFICO 8 – DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO NASF SEGUNDO VÍNCULO EMPREGATÍCIO	74

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – HISTÓRICO DE PORTARIAS DO NASF	31
QUADRO 2 – MODALIDADES DE NASF	32
QUADRO 3 – PRINCIPAIS DIFERENÇAS DE ABORDAGEM ENTRE OS CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA DO NASF N. 27 E N. 39	34
QUADRO 4 – INFORMAÇÕES GERAIS E ALGUNS INDICADORES DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO EM 2010	58
QUADRO 5 – DISTRIBUIÇÃO DOS BAIRROS SEGUNDO ÁREA DE PLANEJAMENTO NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	59

LISTA DE ABREVIATURAS

AP	- Área de Planejamento
APS	- Atenção Primária à Saúde
CAP	- Coordenadoria de Atenção Primária
CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
CER	- Centro Especializado de Reabilitação
CF	- Clínica da Família
CHD	- Classificação Hierárquica Descendente
CIB	- Comissão Intergestores Bipartite
CLT	- Consolidação das Leis de Trabalho
CMR	- Centro Municipal de Reabilitação
CMS	- Centro Municipal de Saúde
CNES	- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CPNASF	- Coordenação de Policlínicas e Núcleo de Apoio à Saúde da Família
DAB	- Departamento de Atenção Básica
DAPS	- Departamento de Atenção Primária à Saúde
eSB	- Equipe de Saúde Bucal
eSF	- Equipe de Saúde da Família
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
GT	- Grupo de Trabalho
IRAMUTEC	- Interface de R para análise multidimensional de textos e questionários
MCR	- Macrorregião
NAAPS	- Núcleo de Apoio à Atenção Primária à Saúde
NASF	- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OS	- Organização Social
PACS	- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAN	- Programa de Atenção Nutricional às Pessoas com Necessidades Especiais de Alimentação
PNAB	- Política Nacional de Atenção Básica
PNH	- Política Nacional de Humanização
PSF	- Programa Saúde da Família
PTS	- Projeto Terapêutico Singular

RJ	- Rio de Janeiro
RT	- Responsável Técnico
SISREG	- Sistema de Regulação
SMS	- Secretaria Municipal da Saúde
SUBPAV	- Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCE	- Unidade de Contexto Elementar
UCI	- Unidade de Contextos Iniciais
UPA	- Unidade de Pronto Atendimento
US	- Unidade de Saúde

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	16
1	INTRODUÇÃO	18
2	REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1	PRESSUPOSTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ESF COMO MODELO DE ATENÇÃO	21
2.2	APOIO MATRICIAL: BASES CONCEITUAIS	25
2.3	NASF: DIRETRIZES OFICIAIS E CONCEPÇÕES DO PROCESSO DE TRABALHO <i>VERSUS</i> UMA NOVA PERSPECTIVA DE ATUAÇÃO	30
2.4	REGULAÇÃO ASSISTENCIAL: UMA NECESSIDADE EM SAÚDE	39
2.5	NASF NO CONTEXTO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO ...	50
3	MÉTODO	57
3.1	CENÁRIO DO ESTUDO	58
3.2	PARTICIPANTES DA PESQUISA	63
3.3	COLETA DE DADOS	65
3.4	ANÁLISE DOS DADOS	66
3.5	ASPECTOS ÉTICOS	68
4	RESULTADOS	69
4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	69
4.1.1	Participantes: gestores (apoiadores de NASF)	69
4.1.2	Participantes: profissionais que atuam nos NASFs	71
4.2	CLASSES	74
4.2.1	Classe 1 – O papel regulador: um caminho a ser trilhado	77
4.2.2	Classe 2 – Apoio matricial: contradições e implicações	83
4.2.3	Classe 3 – NASF: limites e fortalezas	88
5	DISCUSSÃO	95
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	95
5.2	O PAPEL REGULADOR: UM CAMINHO A SER TRILHADO	95
5.3	APOIO MATRICIAL: CONTRADIÇÕES E IMPLICAÇÕES	102
5.4	NASF: LIMITES E FORTALEZAS	110
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
	REFERÊNCIAS	121
	APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	132

APÊNDICE 2 – ROTEIRO PARA ENTREVISTA DO GESTOR	134
APÊNDICE 3 – ROTEIRO PARA ENTREVISTA DO PROFISSIONAL QUE ATUA NO NASF	135
ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA UFPR – SETOR CIÊNCIAS DA SAÚDE/SCS	136
ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DO RIO DE JANEIRO	142

APRESENTAÇÃO

A motivação para elaborar essa dissertação com o tema Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) originou-se da minha atuação como integrante de uma dessas equipes no município de Curitiba, e passados alguns anos, da experiência vivenciada na gestão dessas equipes.

Graduada em Nutrição em 2005, iniciei minha carreira na Prefeitura Municipal de Curitiba em 2006, a princípio com atuação especificamente no campo da nutrição, realizando atendimento de pessoas com necessidades especiais de alimentação nas Unidades de Saúde (US) do Distrito Sanitário do Pinheirinho. Em março de 2009, passei a integrar uma das equipes de NASF implementadas no município, onde atuei até março de 2012. Após este período, assumi a coordenação do Programa de Atenção Nutricional às Pessoas com Necessidades Especiais de Alimentação (PAN) na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba.

Na época de atuação como integrante do NASF, exerci as atividades sempre com muita responsabilidade e vontade, entretanto, não tinha aproximação com os referenciais teóricos envolvidos no processo de trabalho do mesmo. De 2012 a 2013 me dediquei exclusivamente à nutrição à frente da coordenação do PAN, com base em uma visão mais administrativa e mais macro no tocante ao funcionamento dos serviços de saúde no SUS. O contato com o NASF nessa época passou a ser por meio das nutricionistas, em função do PAN.

No início de 2013, fui convidada a integrar a equipe de coordenação dos NASFs, atuando no Departamento de Atenção Primária à Saúde (DAPS), no setor de Coordenação do Cuidado. Desde então, a partir de discussões e reflexões com os colegas de trabalho, venho aprendendo diariamente e aprofundando meus conhecimentos em Atenção Primária, e conseqüentemente sobre o NASF. Este período de atuação como integrante de uma das equipes me fez refletir sobre o seu atual modelo de processo de trabalho.

Em Curitiba, os NASFs foram implantados em março de 2009, na época, denominados Núcleos de Apoio à Atenção Primária à Saúde (NAAPS). Os profissionais atendiam a todas US do município, independente se Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou não. As atividades desenvolvidas eram focadas especialmente nas ações coletivas e de atividades educativas. Em 2013 começaram a ocorrer mudanças substanciais no foco do processo de trabalho, por meio de discussões com

os profissionais que atuavam nessas equipes, pautadas no resgate da clínica e no papel desses profissionais na avaliação dos encaminhamentos para especialidades da sua área de atuação, incluindo a identificação dos casos que poderiam ser resolvidos na própria US, com estímulo às discussões de caso com as equipes de Atenção Primária. Os NAAPs passaram a ser denominados NASFs, de acordo com o Ministério da Saúde (MS).

Diante dessa mudança ocorrida em Curitiba, surgiu o desejo de conhecer experiências que fossem ao encontro dessa mesma lógica, já que a pesquisa em Curitiba não seria recomendada em função da caracterização de conflito de interesse, pois faço parte da gestão dessas equipes. Diante do conhecimento do trabalho desenvolvido pelos NASFs no município do Rio de Janeiro, especialmente no que se refere ao apoio no processo de regulação assistencial, se definiu o local de realização dessa pesquisa.

Por fim, cabe salientar que a partir de convites de algumas instituições de ensino superior para apresentação da minha atividade profissional aos alunos de graduação em Nutrição, despertou em mim o desejo de iniciar na atividade acadêmica. Nesse sentido, cursar o mestrado na área de Saúde Coletiva surgiu como oportunidade de conhecimento científico, aliado à experiência gratificante tanto no âmbito pessoal como profissional.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada base para um modelo assistencial em saúde centrado no usuário-cidadão (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; STARFIELD, 2002). Deve ser a porta de entrada para o sistema de saúde, que coordena e integra os diferentes serviços, e deve oferecer atenção para todas as condições (problemas), considerando o contexto no qual a pessoa está inserida, exceto as muito incomuns ou raras. Caracteriza-se, portanto, por oferecer “serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar” (STARFIELD, 2002, p.28).

No Brasil, está entre as agendas prioritárias do MS, considerada o eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2014). O modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF) é apontado como estratégia preferencial de expansão da APS (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014), pela sua capacidade de orientar a organização do sistema de saúde, baseando-se em princípios norteadores para o desenvolvimento das práticas de saúde como por exemplo, centralidade na pessoa ou família, vínculo com o usuário, integralidade, coordenação da atenção, articulação à rede assistencial, participação social e atuação intersetorial, produzindo resultados favoráveis à saúde da população (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Em 2006, a partir da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), a ESF foi reafirmada como modelo prioritário para a organização da APS no país, na perspectiva de ponto de contato preferencial de uma rede de serviços integrados, resolutivos, de acesso universal, com objetivo de efetivar a integralidade da atenção (GIOVANELLA et al., 2009).

Em uma revisão de literatura sobre as contribuições e desafios da ESF no Brasil, verificou-se que entre as principais contribuições desse modelo destacaram-se: apoio para a expansão dos cuidados primários, ampliação da oferta de serviços, trabalho multidisciplinar, enfoque familiar, acolhimento, vínculo, humanização e produção do cuidado. Entre os desafios, verificou-se os relacionados ao financiamento, formação pessoal, intersetorialidade, promoção do acesso e integração à rede de serviços. O aprimoramento da ESF está condicionado a desafios de ordem complexa, que exige maior esforço político-institucional (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Entre os desafios citados, destaca-se a capacidade efetiva de gestão do cuidado, por meio do aumento do escopo das ações que auxiliem o aumento da resolutividade na APS e da articulação com outros pontos de atenção da rede de saúde (BRASIL, 2014).

Um estudo realizado por Gêrvas e Fernández (2011) sobre a APS no Brasil confirma esses achados quando aponta a escassa coordenação entre os níveis de atenção, a persistência de programas verticais que fomentam um modelo de atendimento fragmentado e encaminhamentos excessivos a especialistas.

Neste sentido, com o objetivo de ampliar a capacidade clínica das equipes da APS com consequente aumento da resolutividade nesse nível de atenção, o MS criou em 2008 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) (BRASIL, 2014).

Os NASFs são equipes multiprofissionais, constituídas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuam na lógica do apoio matricial, que em síntese significa uma estratégia de organização do trabalho que acontece a partir da integração das equipes de APS (com perfil generalista), com profissionais de diferentes núcleos de saberes (especialistas) (BRASIL, 2014).

O NASF, tendo como princípio a responsabilização compartilhada com a equipe de APS, também é parte integrante dos processos de encaminhamento de usuários a outros níveis de atenção, com base nos processos de referência e contra referência, compartilhando, portanto, o acompanhamento longitudinal dos casos e a coordenação do cuidado (BRASIL, 2012a).

De acordo com o Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS, em setembro de 2016 haviam 2.486 equipes NASF tipo 1 implantadas.

Na cidade do Rio de Janeiro, as primeiras equipes foram implantadas em 2011. Atualmente são 75 equipes que estão passando por um processo de consolidação do trabalho, a partir da reforma da APS ocorrida no município.

O município sempre se destacou por apresentar limitada oferta de serviços de atenção básica públicos e universais de saúde, entretanto, desde 2009 vem passando por um processo de mudança, com ampliação da cobertura da ESF de 3,5% em 2008 para 50% em 2015 (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016).

Neste cenário, o município tem investido na ampliação e no fortalecimento dos NASFs, com a institucionalização das práticas por meio elaboração de diretrizes municipais que norteiam o processo de trabalho dessas equipes, no sentido de contribuir com o aumento da capacidade de intervenção e resolução da APS.

Considerando os desafios de um programa recém-criado pelo MS e a necessidade de aumentar a resolutividade da APS, a fim de atender as necessidades de saúde da população, visto que uma APS forte, acessível e resolutiva deveria ser capaz de responder 90% dessas necessidades (GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2011), e ainda, entendendo que o NASF é uma das estratégias chave adotadas pelo MS para que se atinja esse objetivo, estudos sobre esse tema, assim como apresentação das experiências municipais, são de fundamental importância para o aprimoramento das políticas públicas de saúde no Brasil.

Analisar o processo de trabalho dos NASFs do ponto de vista do matriciamento e da regulação assistencial a partir de um município que vem se destacando no fortalecimento desse nível de atenção irá ampliar as discussões sobre o funcionamento e avaliação do impacto das ações dessas equipes na qualidade do cuidado, além de auxiliar os municípios brasileiros na organização dos serviços, buscando sempre melhorar o atendimento às necessidades da população assistida e podendo ainda contribuir para que a partir do conhecimento de uma experiência local possa se fazer inferências, corroborando com o desenvolvimento de estratégias em outros municípios brasileiros.

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivos: analisar o processo de trabalho dos NASFs do município do Rio de Janeiro nas perspectivas do apoio matricial e da regulação assistencial e descrever a percepção dos gestores dos NASFs e dos profissionais que atuam nessas equipes nas mesmas perspectivas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste Capítulo serão apresentados os eixos teóricos-conceituais para a composição de uma linha base que sustenta o processo de trabalho do NASF, especialmente nas perspectivas que esse estudo se propõe a abordar, a saber: Atenção Primária à Saúde (APS), com a identificação da ESF como modelo de atenção recomendado pelo MS, bases conceituais do matriciamento ou apoio matricial, diretrizes oficiais do processo de trabalho do NASF *versus* uma nova perspectiva de atuação, regulação assistencial como prática na APS, e por fim, a contextualização dos NASFs no município do Rio de Janeiro.

2.1 PRESSUPOSTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ESF COMO MODELO DE ATENÇÃO

O conceito de APS foi endossado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na Declaração de Alma-Ata em 1978, entretanto, foi implementado de diferentes formas no mundo todo. Acredita-se que o termo “atenção primária” originou-se a partir do relatório de Dawson, em 1920 (MAESENNER et al.,2008), quando a pedido do governo do Reino Unido, *Sir Bertrand Dawson* produziu um documento apresentando a forma como os serviços de saúde deveriam ser organizados.

Dawson (1920) propôs um modelo em que a organização do sistema de saúde deveria ser ampla e distribuída em função das necessidades da comunidade com exigência de esforços combinados diante da complexidade dos problemas de saúde existentes. Os serviços preventivos e curativos deveriam estar intimamente coordenados em um Centro de Saúde, de modo a formar uma organização. No modelo proposto, o centro primário seria o ordenador da rede de serviços, apoiado pelos centros de saúde secundários, e estes vinculados a um hospital de ensino, reforçando a necessidade de comunicação e a relação entre eles, em uma perspectiva de unidade de ideias e propósitos a fim de promover a efetividade do serviço.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde realizada em Alma-Ata em 1978 é considerada um marco mundial na história da APS, que contou com a participação de 134 governos, na qual o Brasil não compareceu. Dessa

conferência originou-se a Declaração de Alma-Ata¹, com questionamentos dos modelos verticais de intervenção e do modelo médico-hegemônico cada vez mais especializado e intervencionista. Dentre as suas recomendações, define a APS como essencial, abrangente e integrada e como o primeiro nível de contato dos indivíduos no processo de assistência à saúde. Destaca ainda, que os cuidados primários de saúde devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, dando prioridade aos que têm mais necessidade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Entretanto, os países que assinaram a Declaração adotaram estratégias diferentes, sendo que alguns não implementaram sequer uma etapa, outros implementaram em parte e outros adaptaram os sistemas de saúde já existentes (MAESENNER et al.,2008).

Para Starfield (2002), assim como definido na Declaração de Alma-Ata, a APS deve ser o nível de atenção que oferece a entrada ao sistema de saúde. A autora considera como atributos essenciais da APS: o acesso, a longitudinalidade, a integralidade da atenção e a coordenação do cuidado. A acessibilidade está relacionada ao primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde e o seu retorno ao serviço a cada novo problema de saúde. A longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte continuada de atenção ao longo do tempo. A integralidade implica no atendimento do indivíduo em todas as suas necessidades de saúde, incluindo o encaminhamento para outros níveis de atenção, quando necessário, ou quando a APS não consegue atender a essas necessidades. Por fim, a coordenação do cuidado requer alguma forma de continuidade, o reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração desse cuidado global do paciente. A APS deve ser capaz de integrar todo o cuidado que o paciente recebe por meio da coordenação dos serviços.

Atualmente no Brasil os preceitos difundidos por Starfield são amplamente utilizados, sendo referencial do MS no que se refere à organização da APS dos diversos municípios brasileiros.

A APS é considerada base para um modelo assistencial em saúde centrado no usuário-cidadão. No Brasil, durante o processo de implementação do SUS, passou a ser chamada de Atenção Básica (AB)² à saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

¹ WHO. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Disponível em: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.

² Nesta pesquisa, assim como na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), os termos APS e AB serão considerados equivalentes (BRASIL, 2012).

A adesão às proposições da APS entrou em debate no Brasil em meados da década de 70, com a proposta de reorganização dos serviços básicos de saúde a partir da Reforma Sanitária Brasileira³, que culminou com a instituição do SUS, regulamentado pelas Leis n.8080/90 (Lei Orgânica da Saúde, regulamentada pelo Decreto n. 7508/2011) e n.8142/90. As bases legais do SUS também foram explicitadas na Constituição de 1988, seguindo os princípios e diretrizes de universalidade, descentralização, integralidade da atenção, resolutividade, humanização do atendimento e participação social (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

O processo de construção do SUS tem se constituído em um diversificado espaço de investigação e experimentação. Neste sentido, diversas propostas vêm sendo redefinidas ou elaboradas na tentativa de contribuir para o alcance da integralidade da atenção à saúde da população (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014), entre elas, a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A ESF surgiu em decorrência da criação do Programa Saúde da Família (PSF) pelo MS em 1994, com objetivo de aumentar o acesso ao SUS e de superar problemas como ineficiência do setor e insatisfação da população, e passou a ser tratada como estratégia de reorientação dos modelos de atenção vigentes no Brasil, sendo reafirmada como estratégia prioritária para a reorganização da APS (ALMEIDA et al., 2013) com a atualização da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2011 (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

Uma das primeiras iniciativas do MS com ênfase na organização da APS foi o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e posteriormente o PSF em 1994. Esses dois programas estavam relacionados à oferta de ações específicas de saúde direcionadas a grupos populacionais mais vulneráveis, com dificuldades de acesso à serviços de saúde e ainda, surgiram como programas verticais, transitórios e desarticulados da rede de serviços. Entretanto, analisando a trajetória do PSF, pode-se perceber dois momentos distintos: o primeiro, ocupando uma posição marginal no contexto global da política de saúde, com características de focalização, e o segundo, como proposta organizativa da APS, passando a ser

³ O movimento da Reforma Sanitária brasileira nasceu no contexto de luta contra a ditadura, no início da década de 70, e se referia ao conjunto de ideias para mudança e transformações necessárias na área da saúde. As propostas culminaram com a criação do SUS (SCOREL, 2008).

considerado como estratégico para reorientação do modelo de atenção no SUS (FAUSTO; MATTA, 2007).

Segundo a PNAB, datada de 2006 e ampliada e revisada em 2011 por meio da Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011, a AB ou APS se caracteriza por:

[...] Conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012a, p. 19).

A PNAB, portanto, reconhece a ESF como modelo substitutivo e de reorganização da APS, traz ainda como fundamentos desse nível de atenção a adscrição do território, o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde (sendo a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde), a adscrição dos usuários, a coordenação da integralidade do cuidado, o estímulo à participação dos usuários como forma de ampliação da sua autonomia na construção do cuidado à saúde das pessoas e coletividades do território, e por fim, detalha modalidades de implantação e incentivos financeiros para as equipes de saúde da família (eSF) (BRASIL, 2012).

Cabe destacar, que o modelo de ESF se baseia na constituição de uma equipe de caráter multiprofissional, definindo o generalista como profissional médico da APS e instituindo novos profissionais, a saber: enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Essa equipe deve conhecer as famílias do seu território, identificar os problemas de saúde e situações de risco e desenvolver ações para solucioná-las, no sentido de prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade (ESCOREL et al., 2007). A partir do ano 2000, houve ampliação da ESF, com a inclusão da equipe de Saúde Bucal (eSB) (BRASIL, 2000).

Na perspectiva de ampliar o escopo de ações da APS, e a capacidade de resolutividade clínica das equipes, os NASFs, constituídos por profissionais de diferentes especialidades, de diferentes áreas de conhecimento, surgem no cenário

nacional, com a perspectiva de atuação na lógica do apoio matricial (BRASIL, 2014) e se constituem como um passo importante para a consolidação da ESF, especialmente para o desenvolvimento e aprimoramento de um novo modelo de exercício do trabalho multiprofissional (MÂNGIA; LANCMAN, 2008).

2.2 APOIO MATRICIAL: BASES CONCEITUAIS

O surgimento do conceito de apoio matricial, pautou-se na proposta de formulação de um novo modelo de reorganização do trabalho em saúde como um novo método para co-governar organizações de saúde, denominado Gestão Colegiada centrada em Equipes de Saúde. Esse método propõe a construção de uma alternativa operacional ao método taylorista⁴ de gestão, por meio da sistematização do conceito de unidade de produção, onde os departamentos recortados por profissões seriam extinguidos para se criar unidades de trabalho conforme as necessidades (CAMPOS, 1998).

Em outras palavras:

[...]Todos os profissionais envolvidos com um mesmo tipo de trabalho, com um determinado produto ou objetivo identificável, passariam a compor uma Unidade de Produção, ou seja, cada um destes novos departamentos ou serviços seriam compostos por uma Equipe multiprofissional (CAMPOS, 1998, p. 865).

Esse desenho, publicado por Campos em 1998, além de propor um novo arranjo de instituições democratizadas e participativas, já trazia a concepção de equipes multiprofissionais e equipes de apoio, e de uma nova cultura organizacional, que posteriormente culminou no surgimento dos conceitos de equipe de referência e equipe de apoio.

O conceito de apoio matricial, proposto por Campos (1999), juntamente com o conceito de equipe de referência, como um novo arranjo organizacional para o trabalho em saúde, foi elaborado a partir de experiências vivenciadas na cidade de Campinas, em São Paulo. O objetivo é a criação de nova ordem organizacional para produzir outra cultura, que estimule o compromisso das equipes com a produção de

⁴ Segundo Campos (1998) o Método taylorista, da Teoria Geral da Administração implica na tarefa de administrar pessoas como se elas fossem instrumentos, coisas ou recursos destituídos de vontade ou de projeto próprio, impondo a tentativa de disciplinar o trabalhador, destituir-lhe a autonomia e a iniciativa crítica.

saúde pautados na democratização da gestão e na ampliação da clínica, visando enfrentar a tendência à fragmentação da atenção e desresponsabilização assistencial (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Nessa proposta, a ideia é que cada serviço de saúde seja organizado a partir da composição de equipes básicas de referência⁵, de caráter multiprofissional e perfil mais generalista, consideradas essenciais para a condução de problemas de saúde, dentro de determinado campo do conhecimento, respeitando a necessidade de acordo com o local de atuação, como em APS, hospital, especialidades. No caso da APS, as equipes de referência recebem o apoio matricial de especialistas como psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas entre outros (CAMPOS, 1999; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Nessa lógica, a equipe de referência é um tipo de arranjo contratual em que ao invés de pessoas se responsabilizarem predominantemente por atividades ou procedimentos (geralmente uma responsabilidade quantitativa), busca-se construir a responsabilidade de pessoas por pessoas, no sentido de romper com o padrão predominante nas organizações. No caso da ESF, uma equipe responsável por uma população adscrita (CUNHA, 2009).

Outro ponto importante desse novo arranjo é a co-responsabilização no cuidado ao paciente, mudando a lógica de referência e contra referência vigente nos sistemas de saúde. O modelo reforça que o paciente que utiliza dos serviços do apoio matricial nunca deixa de ser de responsabilidade da equipe de referência. Desse modo, propõe o rompimento da lógica do encaminhamento, partindo para um desenho no qual os projetos terapêuticos são executados por um conjunto mais amplo de trabalhadores, onde a equipe de referência continua sendo a responsável principal pela condução dos casos, mesmo quando algum tipo de apoio especializado for acionado (CAMPOS, 1999).

O termo apoio matricial é composto por dois conceitos a serem desmembrados. O conceito de apoio sugere uma relação horizontal onde a relação entre a equipe de referência e o especialista deve ocorrer baseada no diálogo, e não mais com base na autoridade (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

⁵ Equipe de referência pode ser entendida a partir da relação entre o profissional e o usuário, segundo a diretriz do vínculo terapêutico, estimulando a produção de um novo padrão de responsabilidade pela co-produção de saúde, assegurando a atenção integral à saúde desses pacientes vinculados e mantendo uma relação longitudinal no tempo com este conjunto de usuários (CAMPOS, 1999).

[...] O termo apoio foi retirado do método Paideia, que cria a figurado apoiador institucional e sugere que tanto na gestão do trabalho em equipe quanto na clínica, na saúde pública ou nos processos pedagógicos, a relação entre sujeitos com saberes, valores e papéis distintos pode ocorrer de maneira dialógica. No caso, o apoiador procura construir de maneira compartilhada com os outros interlocutores projetos de intervenção, valendo-se tanto de ofertas originárias de seu núcleo de conhecimento, de sua experiência e visão de mundo (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 402).

O método Paideia, conhecido como método da roda, também é uma concepção teórico-metodológica desenvolvida por Campos et al. (2014), cujo propósito busca favorecer a democratização da gestão nas organizações, por meio da formação de coletivos organizados, incentivando a participação dos sujeitos na gestão da organização dos seus processos de trabalho. Nesta lógica, busca-se a reforma das organizações de saúde com base na cogestão⁶, ou seja, no estabelecimento de relações dialógicas, com compartilhamento de conhecimentos e de poder.

Já o termo matricial sugere que os profissionais de referência e especialistas mantenham uma relação horizontal, rompendo com a tradição dos sistemas de saúde. Isso significa uma mudança radical de posição especialmente do especialista em relação ao profissional que demanda seu apoio (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Os mesmos autores acima citados fazem uma crítica ao modelo de referência e contra referência, ao considerarem esse tipo de relação vertical, hierarquizada, burocrática e pouco dinâmica, onde existe uma diferença de autoridade entre quem encaminha um caso e quem o recebe. Relatam que alguns teóricos, ao criticar esse modelo, sugeriram pensar as organizações como uma matriz, em que é inevitável a departamentalização, induzindo a fragmentação do trabalho, mas que poderiam ter esses efeitos atenuados se fossem criadas ações horizontais que atingissem todos esses departamentos. Sendo assim, o emprego do termo matricial indica a tentativa de atenuar a rigidez dos sistemas de saúde.

[...] O Apoio Matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, de maneira personalizada e interativa. Opera com o conceito de núcleo e de campo. Assim: um especialista com determinado núcleo, apoia especialistas com outro núcleo de formação, objetivando a ampliação da eficácia de sua atuação. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra referência, protocolos e centros de regulação. O Apoio Matricial

⁶ A cogestão é o exercício compartilhado do governo de um programa, serviço, sistema ou política social (CUNHA; CAMPOS, 2011; CAMPOS et al., 2014).

pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência (CUNHA; CAMPOS, 2011, p. 964).

Desse modo, o apoiador matricial é um profissional que possui um núcleo de conhecimento distinto dos profissionais de referência, e que pode agregar saber, além de contribuir para o aumento da capacidade de resolução dos problemas de saúde identificados pela equipe de referência, por meio da comunicação ativa, o que naturalmente promove o compartilhamento de saberes entre esses profissionais (CAMPOS; DOMITTI, 2007). O matriciamento trata então, de dar suporte assistencial e técnico-pedagógico às equipes de referência de modo a enriquecer a composição dos projetos terapêuticos singulares⁷ (PTS) (CAMPOS, 1999).

A composição de equipe de referência, mais equipe de apoio matricial faz com que haja ampliação do trabalho clínico e sanitário, uma vez que nenhum especialista de modo isolado é capaz de assegurar uma abordagem integral. Assim, esse arranjo pretende assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, sem esquecer de investir na autonomia dos usuários (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Segundo Campos e Domitti (2007), o apoio matricial pode se dar de diferentes formas, seja por meio de intervenções ou atendimentos conjuntos entre equipe de referência e o especialista matricial, seja em situações que exijam o núcleo do saber do apoiador, resultando em uma série de atendimentos individuais, mas sempre mantendo o contato com a equipe de referência, ou apenas na forma de troca de conhecimento e de orientações entre esses profissionais.

Esta ferramenta pode ser melhor aproveitada se for organizada na lógica de territorialização, em que cada grupo de especialistas seja a referência para uma determinada área, possibilitando construção de vínculos entre profissionais, mesmo que em participações esporádicas. Esta lógica corresponde à proposta contida no Relatório Dawson e tem sido utilizada no Reino Unido (OLIVEIRA; CAMPOS, 2015).

Figueiredo e Onocko Campos (2009) afirmam que a composição de uma rede de apoio matricial às equipes de referências é capaz de provocar uma série de mudanças na atenção em saúde, na direção da ampliação da clínica e da interdisciplinaridade, como por exemplo, evitar a fragmentação da atenção, a

⁷ PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. Trata-se de uma variação da discussão de “caso clínico” (BRASIL, 2007).

medicalização, os exames, os procedimentos e os tratamentos excessivos, proporcionando ações terapêuticas de acordo com as vulnerabilidades e potencialidades de cada usuário, rompendo com a produção de excessivos encaminhamentos às especialidades e produzindo co-responsabilização através do diálogo entre os serviços e os profissionais.

Com base no exposto, é possível verificar que o MS vem utilizando o referencial proposto por Campos em suas políticas e estratégias institucionais, como é o caso dos referenciais em Saúde Mental, da Política Nacional de Humanização (PNH) e da orientação do processo de trabalho dos NASFs.

Um outro conceito proposto por Campos (1997) significativo é o da clínica ampliada, já que o apoio matricial é um dispositivo importante para que essa prática se efetive. Esse conceito vem sendo amplamente defendido desde 2003 pelo MS através PNH como uma de suas diretrizes, ampliando a atenção do profissional de saúde para além da doença. Para Campos, Cunha e Figueiredo (2013, p. 68), “a ampliação das práticas clínicas e de saúde coletiva pressupõe, de início, desviar o foco de intervenção da doença ou dos procedimentos, para recolocá-lo no sujeito, portador de doenças, mas também de outras demandas e necessidades”. Uma clínica ampliada e compartilhada se baseia na escuta e considera o saber, o desejo e o interesse das pessoas, com o desenvolvimento da autonomia, tornando-se uma prática menos prescritiva e mais negociada, entretanto, sem desconsiderar os avanços tecnológicos nem as recomendações baseadas em evidências.

No cenário internacional, o apoio de especialistas aos profissionais da APS vem sendo realizado em diversos países com objetivo de ampliar e qualificar o cuidado. As nomenclaturas utilizadas que tratam do tema são: *collaborative care* (cuidado colaborativo) ou *shared care* (cuidado compartilhado).

As descrições de experiências de trabalho compartilhado são especialmente relacionadas ao apoio de profissionais especialistas em saúde mental e geriatria (ABEL et al., 2011; CALLAHAN et al., 2006; MORERA-LLORCA et al., 2014; OXMAN; DIETRICH; SCHULBERG, 2003; STEMBERG; BENTUR, 2014). Oliveira e Campos (2015) em uma revisão bibliográfica nas produções internacionais sobre essa temática acrescentam ainda o apoio referente às condições crônicas, especificamente o diabetes.

Na Espanha, destacam-se as experiências de “especialistas consultores” em áreas como cardiologia, dermatologia, gastroenterologia, traumatologia, entre outras,

os quais são vinculados a hospitais de referência, mas se deslocam aos Centros de Saúde para a realização de interconsulta, capacitações e elaboração de protocolo em conjunto (ALMEIDA et al., 2013).

Modelos de colaboração entre especialistas em saúde mental com profissionais da APS têm evidência científica comprovada. Apesar das limitações, considera-se que essa relação entre os profissionais é possível de ser reproduzida e os resultados são considerados positivos (MORERA-LLORCA et al., 2014).

Um estudo realizado em Israel demonstrou que o apoio de especialistas em geriatria contribui significativamente no cuidado dos pacientes na APS com sintomas geriátricos (STEMBERG; BENTUR, 2014).

2.3 NASF: DIRETRIZES OFICIAIS E CONCEPÇÕES DO PROCESSO DE TRABALHO *VERSUS* UMA NOVA PERSPECTIVA DE ATUAÇÃO

Os NASFs foram criados pelo MS a partir de experiências municipais e de debates nacionais, por meio da Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008 (BRASIL, 2008a) e atualmente são regulamentados pela portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011).

Os NASFs são constituídos por equipes multiprofissionais, compostos por profissionais de diferentes especialidades, que devem atuar de maneira integrada no apoio às equipes da APS, com objetivo final de melhorar a resolutividade nesse nível de atenção.

Os profissionais que podem compor uma equipe NASF são: assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional com formação em arte e educação (arte educador), nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional e profissional de saúde sanitária⁸. Quanto às especialidades médicas, não são todas que podem compor uma equipe NASF, dentre as permitidas estão: ginecologia/obstetrícia, homeopatia, pediatria, psiquiatria, geriatria, clínica médica, acupuntura, medicina do trabalho e medicina veterinária. A composição de cada equipe NASF é definida pelos gestores municipais, de acordo com as necessidades locais (BRASIL, 2014).

⁸ Profissional de saúde sanitária pode ser qualquer profissional graduado na área da saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (BRASIL, 2014).

Há repasse de incentivo financeiro sistemático pelo MS aos municípios que implantaram essas equipes e que as mantêm cadastradas conforme as regras estabelecidas pela legislação vigente. No QUADRO 1 estão relatadas todas as portarias relacionadas ao NASF publicadas até o momento.

QUADRO 1 – HISTÓRICO DE PORTARIAS DO NASF

Ano	Portarias	Descrição
2008	Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008.	Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.
2009	Portaria n. 1489, de 03 de julho de 2009.	Credencia Municípios a receberem o incentivo financeiro aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.
2010	Portaria n. 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. Revogada pela PRT GM nº 2.488 de 21 de outubro de 2011.
2011	Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011.	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 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Supressão do NASF 3, tornando-os NASF 2.
2012	Portaria n.3.124, de 28 de dezembro de 2012.	Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às eSF e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências.
2013	Portaria n. 256, de 11 de março de 2013.	Estabelece novas regras para o cadastramento das equipes que farão parte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).
2013	Portaria n. 548, de 04 de abril de 2013.	Define o valor de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidade 1, 2 e 3.
2013	Portaria n. 562, de 04 de abril de 2013.	Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável).

FONTE: Adaptado de BRASIL (2008a), BRASIL (2011), BRASIL (2014).

O processo de trabalho do NASF é orientado pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial⁹ proposto por Campos (1999) e a partir disso, a atuação dos profissionais se dá sob duas dimensões: a clínica-assistencial e a técnico-pedagógica. A primeira se refere à atuação clínica direta com o usuário e a segunda, à ação de apoio educativo para e com as equipes de referência apoiadas (BRASIL, 2010; BRASIL, 2014).

Um dos aspectos importantes do trabalho dos NASFs, é o auxílio na articulação com outros pontos da rede de atenção de saúde, quando for necessário, garantindo a continuidade do cuidado dos usuários. Sendo assim, o NASF se constitui em apoio especializado para as eSF, atuando no *lôcus* da própria APS. Entretanto, o MS recomenda aos municípios que os NASFs não devem ser a porta de entrada para o sistema de saúde, assim como não devem atuar como ambulatório especializado na APS (BRASIL, 2010; BRASIL, 2014).

Em síntese, o NASF deve atuar de forma integrada com as equipes das US de referência em consonância com os princípios da APS e na lógica do apoio matricial, a partir das necessidades, dificuldades ou limites dessas equipes, com objetivo de contribuir com o aumento da carteira de serviços e conseqüente aumento da capacidade do cuidado na APS.

Atualmente, existem 3 modalidades de NASF que podem ser implantadas nos municípios, como demonstrado no QUADRO 2.

QUADRO 2– MODALIDADES DE NASF

Modalidades	Número de Equipes Vinculadas	Somatória das Cargas Horárias Profissionais*
NASF 1	5 a 9 eSF*** e/ou eAB**** para populações específicas (eCN**, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 200 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h, e no máximo, 80h de carga horária semanal
NASF 2	3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCN, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 120 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h, e no máximo, 40h de carga horária semanal

⁹ Diante da importância do tema e por ser fator estruturante do processo de trabalho do NASF, além de um dos focos dessa pesquisa, o assunto “apoio matricial” também será explorado em um capítulo separado.

NASF 3	1 a 2 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCN, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 80 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h, e no máximo, 40h de carga horária semanal
--------	---	---

FONTE: BRASIL (2014).

*Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas.

**Equipe Consultório na Rua.

*** Equipe Saúde da Família.

**** Equipe de Atenção Básica.

Sobre o panorama das modalidades de NASF implantadas no Brasil, o MS aponta que em agosto de 2015 havia 4.230 equipes NASF implantadas, das quais 2.419 eram da modalidade de NASF 1, 842 da modalidade NASF 2 e 969 da modalidade NASF 3, totalizando mais de 23 mil profissionais. As cinco categorias mais frequentes eram: fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e profissionais de educação física (BRASIL, 2015). No município do Rio de Janeiro as equipes NASF são do tipo 1.

Por ser uma iniciativa recente, pouco se tem de estudos e publicações sobre a temática NASF. Em uma revisão integrativa realizada por Pasquim e Arruda (2013) sobre o assunto, os resultados mostraram que as produções científicas tratavam de experiências profissionais que não contemplavam a dimensão multiprofissional do NASF, mas de apenas uma categoria, as quais abordam atendimento individual como importante cobertura assistencial realizado por essas equipes. O NASF é descrito como campo de trabalho em ascensão, especialmente para as categorias profissionais não incluídas na APS.

Sobre a orientação do processo de trabalho do NASF, apesar da portaria de criação dessas equipes ser datada de 2008, apenas em 2010 o MS lança o primeiro Caderno de Atenção Básica n. 27, que dispõe das diretrizes recomendadas para o processo de trabalho do NASF, fato que contribuiu para que muitos municípios instituíssem a atuação dos profissionais do NASF conforme entendimento ou necessidade, independente do propósito recomendado para este serviço.

Este Caderno, apesar de reforçar os princípios da integralidade e do acesso no processo de trabalho do NASF, apresenta-se dividido por capítulos que orientam o trabalho a partir de áreas estratégicas de atuação, a saber: Saúde da Criança e Adolescente, Saúde da Mulher, Saúde Mental, Serviço Social, Assistência Farmacêutica, Atividade Física/ Práticas Corporais, Práticas Integrativas e

Complementares, Reabilitação/ Saúde Integral da Pessoa Idosa e Alimentação e Nutrição.

Passados quatro anos da publicação do Caderno de Atenção Básica n. 27, o MS lança em 2014 outro Caderno de Atenção Básica sobre o NASF, o n. 39, agora não mais com foco nas áreas estratégicas, mas sim, na atuação do NASF a partir da integração entre os serviços da Rede de Atenção à Saúde¹⁰ e da articulação intersetorial.

As principais diferenças de abordagem entre os Cadernos do MS que orientam o processo de trabalho do NASF estão demonstradas no QUADRO 3.

QUADRO 3 – PRINCIPAIS DIFERENÇAS DE ABORDAGEM ENTRE OS CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA DO NASF N. 27 E N. 39

Dimensão	Caderno de Atenção Básica n. 27 (2010)	Caderno de Atenção Básica n. 39 (2014)
Estruturação do Caderno	<ul style="list-style-type: none"> - Por áreas temáticas: Saúde da Criança e Adolescente, Saúde da Mulher, Saúde Mental, Serviço Social, Assistência Farmacêutica, Atividade Física/ Práticas Corporais, Práticas Integrativas e Complementares, Reabilitação/ Saúde Integral da Pessoa Idosa e Alimentação e Nutrição. - Descreve as ações recomendadas em cada uma das áreas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Por práticas de atuação (apresenta as ferramentas que o NASF pode utilizar na sua prática de atuação). - Enfoque no apoio matricial como fator estrutural do processo de trabalho, nas etapas necessárias para implantação do NASF, nas Redes de Atenção à Saúde, na articulação intersetorial, e no uso da informação para a qualificação das ações.
Ferramentas/ estratégias de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - Apoio matricial - Clínica Ampliada - Projeto terapêutico singular - Projeto de saúde do território - Pactuação do apoio 	<ul style="list-style-type: none"> - A partir do apoio matricial, considerado como base do processo de trabalho: <ul style="list-style-type: none"> • Práticas grupais • Projeto terapêutico singular • Genograma • Ecomapa • Atendimento domiciliar compartilhado • Atendimento individual compartilhado

¹⁰ Redes de Atenção à Saúde “são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população” (MENDES, 2011).

		<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento individual específico
Diretrizes de atuação	<p>- Com base nas diretrizes da APS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ação interdisciplinar e intersetorial • Educação permanente em saúde (dos profissionais e da população) • Desenvolvimento da noção de território • Integralidade • Participação social • Educação popular • Promoção da saúde • Humanização 	<p>- Com base nas diretrizes da APS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado continuado e longitudinal • Integralidade • Territorialização • Trabalho em equipe • Integralidade • Autonomia dos indivíduos e coletivos
Sugestão de agenda de trabalho/	<p>- Simplificada. Dividida em:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atividades pedagógicas; • Atividades assistenciais diretas; • Ações no território juntamente com as eSF. <p>- Depois cita agenda programática por área temática.</p>	<p>- Abrangente. Elenca como elementos estruturantes da agenda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reunião de matriciamento; • Reunião de equipe NASF; • Atendimento individual compartilhado e específico; • Atendimento domiciliar compartilhado e específico; • Atividade coletiva compartilhada específica; • Elaboração de materiais de apoio e outras ações de educação permanente.
Atendimento individual ou direto ao usuário	<p>- Apenas em situações extremamente necessárias (a partir de discussões e negociação prévia com os profissionais responsáveis pelo caso).</p>	<p>- Após regulação e pactuação com a equipe da APS apoiada;</p> <p>- Reconhece a existência de municípios com rede assistencial insuficiente e a necessidade de contribuição do NASF nesses casos, reforçando a necessidade de negociação prévia com a equipe apoiada.</p>
	<p>- Não aborda o tema avaliação do processo de trabalho do NASF.</p>	<p>- Aborda o tema avaliação do processo de trabalho do NASF.</p> <p>- Apresenta 2 novos conceitos:</p>

Outras observações		<ul style="list-style-type: none"> • A figura do apoiador institucional¹¹, ou funções de gestão equivalentes, para mediação do processo de trabalho intra NASF e com as equipes apoiadas, e; • O papel regulador do NASF¹².
--------------------	--	---

FONTE: Adaptado de BRASIL (2010) e BRASIL (2014).

Outra concepção “subentendida”¹³ dos conteúdos dos Cadernos é que na publicação de 2010, as ações de promoção à saúde propostas para os NASFs são amplamente valorizadas, quando comparadas à publicação de 2014, haja vista que os termos que se referem às ações de promoção à saúde aparecerem 53 vezes no primeiro Caderno, contra 11 vezes no segundo. Este último, nos parece fundar em uma abordagem mais assistencial, ainda que com restrições.

Percebe-se que a atuação clínica (ou assistencial), dos NASFs é pouco valorizada no primeiro Caderno. Já o segundo, esboça ainda de forma incipiente indícios dessa necessidade, especialmente em municípios de pequeno porte, conforme os trechos a seguir:

[...] em muitos municípios, a falta de serviços especializados para referência pelo Nasf e eSF/eAB em situações em que não seja indicado apenas o acompanhamento na Atenção Básica resulta na incorporação dessa responsabilidade por esses profissionais. Sem dúvida, o Nasf pode ampliar o escopo de ações ofertadas na Atenção Básica (até mesmo realizando algumas ações que só existiam em centros de especialidade, por exemplo). No entanto, há que se ter o cuidado de dosar isso, considerando tanto a disponibilidade de profissionais, quanto à possibilidade tecnológica de fazer certas ações com segurança neste âmbito de atenção, contando com a retaguarda de outros serviços quando necessário (BRASIL, 2014, p. 39).

[...] os municípios de pequeno porte, por exemplo, podem requerer maior suporte do Nasf na dimensão assistencial. Isso pode ser realizado desde que associado às ações de suporte técnico-pedagógico que visam a ampliar a capacidade resolutive da própria equipe de Saúde da Família: discussões de caso, atendimentos compartilhados etc. É importante não restringir a atuação do Nasf aos atendimentos individuais (BRASIL, 2014, p. 93).

¹¹ O termo apoio institucional foi proposto por Campos e significa função gerencial para a cogestão, usada nas relações entre serviços, e entre gestores e trabalhadores (CAMPOS et al., 2014)

¹² O papel regulador será abordado no item 2.4.

¹³ O termo “subentendida” foi utilizado aqui no sentido de expressar a percepção da autora mediante a leitura de todo o conteúdo, já que a concepção não é explícita.

Não obstante o referencial teórico de apoio matricial utilizado para a idealização dos NASFs considerar a dimensão clínica-assistencial como uma das frentes de atuação, as diretrizes oficiais apontam para o trabalho prioritário do NASF na dimensão técnico-pedagógica, valorizando as atuações compartilhadas e coletivas, desvalorizando a função assistencial.

Neste cenário, é comum a redução do processo de trabalho dos NASFs a duas frentes de atuação: ou seu foco na prestação de cuidados especializados aos usuários, assistencialismo, ou no suporte técnico-pedagógico às eSF (TESSER, 2016), contradizendo as conceituações do apoio matricial, uma vez que essa lógica inclui os dois conjuntos de ações.

Tesser (2016), em sua publicação cujo conteúdo propõe uma ampliação do escopo de atuação dos NASFs, com a valorização dos cuidados especializados ambulatoriais e do potencial dessas equipes na articulação da APS com a atenção especializada, pontua que as publicações mais recentes de Campos e colaboradores, apesar de reafirmarem a dupla função dos NASFs, enfatizam as ações de suporte técnico-pedagógico, o que pode ter contribuído para essa dicotomia na interpretação. Ressalta que a origem do conceito de apoio matricial está atrelado ao desejo de transformação dos serviços de saúde, no sentido de democratização da gestão, flexibilização da burocratização comum nas instituições de saúde, buscando superar modelos hierárquicos em defesa de uma relação dialógica e horizontal entre os profissionais. Talvez isso pode ter contribuído, na prática em alguns locais e na teoria em textos da saúde coletiva, para o distanciamento do matriciamento das ações clínicas diretas aos usuários, possivelmente também influenciado pela figura do apoio institucional, que se estabelece mais nas relações de reposicionamentos no trabalho, sem menção de assistência direta aos usuários.

Somado às contradições expostas sobre as diferentes concepções do apoio matricial, os materiais do MS que orientam o trabalho dos NASFs contribuem para o esclarecimento de questões relacionadas à sua atuação, porém, não deixam claro a constituição dos papéis dessas equipes, especialmente diante da amplitude do trabalho e das múltiplas tarefas de natureza distintas propostas, permitindo que cada município, ou até mesmo cada equipe, organize seu processo de trabalho muitas vezes sem consonância com os princípios do NASF (LANCMAN; BARROS, 2011; SAMPAIO et al., 2012; LANCMAN et al., 2012; MOURA; LUZIO, 2014; GONÇALVES et al., 2015; PATROCÍNIO; MACHADO; FAUSTO, 2015).

Expostas as contradições e dubiedades diante da temática NASF, Tesser e Poli Neto (2017), salientam que, a partir de algumas experiências distribuídas pelo país ainda não avaliadas sistematicamente, verifica-se que os NASFs vêm absorvendo funções da atenção especializada e recomendam esse modo de atuação. Além disso, sugerem a constituição de equipes análogas a eles, compostas por demais especialidades ainda não inseridas em sua proposta, para atuar de forma personalizada e regionalizada no matriciamento das eSF, para além do sistema de referência e contrarreferência, se corresponsabilizando e atendendo os usuários filtrados pela APS, propondo desse modo, uma relação mais próxima entre especialistas e generalistas da APS, com vistas à educação permanente e discussão dos casos duvidosos, na tentativa de superar a lógica hegemônica dos tradicionais ambulatórios especializados fragmentados. Tal proposta viabiliza ampliação e qualificação do cuidado, inclusive do cuidado especializado, de modo contínuo e colaborativo, atendendo às recomendações para os sistemas de saúde com APS forte.

Em contrapartida, Tesser e Poli Neto (2017) relatam também que nos locais em que o NASF atua somente com oferta de assistência especializada, o matriciamento não é concretizado, necessitando de ações de cunho técnico-pedagógico, que contribuam para a educação permanente, a fim de melhorar a resolutividade na APS.

Outra inversão comum na atuação dos profissionais dos NASFs, é o excesso de tempo utilizado em atividades generalistas (planejamento, acolhimento, atuação territorial, promoção e prevenção), típicas da função das eSF, em detrimento das atividades do seu núcleo de atuação, como o cuidado especializado. As ações compartilhadas entre as eSF e NASF, como por exemplo: consulta compartilhada, visita domiciliar, participação ocasional do NASF em grupos realizados pelas eSF, discussões informais com matriciados em corredores, copa, etc., reuniões para discussão de caso, entre outras; assim como as ações de cuidado especializado direto aos usuários: atendimento individual, grupos do núcleo de saber do NASF, deveriam fazer parte da rotina de trabalho desses profissionais, de modo flexível e conforme demanda das equipes matriciadas (TESSER, 2016).

Como experiência considerada exitosa pela ESF local, inclusive pela viabilização do atendimento clínico especializado, dessa promissora direção de atuação dos NASFs, tem-se em Florianópolis o matriciamento em saúde mental

realizado pelos psicólogos e psiquiatras do NASF. Há uma rotina permanente de discussão dos casos elencados pelas eSF como: avaliação da necessidade de atendimento especializado, disponibilidade dos especialistas para discussões de caso urgentes por telefone, articulação do NASF com o CAPS e a atuação por meio dos atendimentos individuais dos psicólogos e psiquiatras, embora haja certa pressão para tratamentos psicológicos em grupo (TESSER; POLI NETO, 2017).

Em Curitiba, os NASFs foram implantados em 2009 e as atividades desenvolvidas eram focadas basicamente nas ações coletivas e atividades educativas, com pouca ou quase nenhuma atividade clínica direta aos usuários e raros eram os atendimentos compartilhados (entre generalista e especialista). A partir de 2013, houve mudança na orientação da gestão, com vistas a mudanças substanciais no foco do processo de trabalho. O novo direcionamento foi efetivado com a publicação da Instrução Normativa n°. 1 (CURITIBA, 2014), que estabelece diretrizes sobre o processo de trabalho dos NASFs no município. A publicação apresenta as atividades que devem ser priorizadas por essas equipes, entre elas, o atendimento clínico individualizado e a participação no processo de regulação para a atenção especializada. A iniciativa resultou no aumento significativo dos atendimentos individuais (70,6% comparando 2012 e 2014) e uma tendência geral de diminuição dos encaminhamentos da APS para especialistas (PINHEIRO et al., 2016).

Considerando as discussões supracitadas, nesta pesquisa, tem-se a compreensão de que o trabalho dos NASFs deve ser ancorado nas duas vertentes de atuação: no suporte técnico pedagógico, incluindo o papel de regulação (abordado no item 2.4) e na clínica-assistencial, sendo que a última necessita ser valorizada e fomentada. Acredita-se que desse modo, haverá a potencialização deles, tornando-os mais efetivos e aumentando de fato a resolutividade da APS, objetivo final pelo qual essas equipes foram idealizadas e criadas.

2.4 REGULAÇÃO ASSISTENCIAL: UMA NECESSIDADE EM SAÚDE

A regulação é uma função pública importante para garantir maior efetividade das ações desenvolvidas pelos sistemas de saúde. Segundo pressupostos da microeconomia, a regulação dos agentes econômicos seria assegurada pela livre competição, baseados na lei da oferta e da demanda, que de acordo com essa ótica, define melhor a quantidade para produção em dada sociedade ou mercado. Em

saúde, diante da complexidade envolvida, nenhuma das condições de perfeita competição do ponto de vista microeconômico estariam presentes, justificando, portanto, uma ação mais acentuada do Estado (FARIAS et al., 2011).

No campo da saúde, o conceito de regulação vem sendo empregado de maneira muito diversa, com variedade de significados, abordagens e finalidades. Entretanto, possuem em comum o entendimento da regulação a partir da lógica de intervenção do Estado, ligada a uma variedade de funções: normativa, administrativa, econômica e de governança (OLIVEIRA; ELIAS, 2012).

Segundo Farias et al. (2011), entre aspectos observados em qualquer sistema de saúde, revelam-se desequilíbrios entre a oferta do sistema e a demanda e escolha dos usuários, somados aos limites financeiros, culminando na necessidade de racionalizar a assistência à saúde diferentemente da lógica do livre mercado. Do ponto de vista da equidade na assistência em saúde, a regulação é imprescindível para que se possa assegurar o alcance dos objetivos do sistema, equilibrando as diversas falhas de mercado e/ou do governo, características desse setor.

Nas sociedades que alcançaram alto nível de organização dos sistemas nacionais, a saúde não é um bem privado, entretanto, caracteriza-se por elevados preços e por pressão de custos crescentes. Nesse prisma, a regulação se refere à ação do Estado sobre serviços de valor para a coletividade, atuando fora das relações comerciais e governamentais, agindo em favor do interesse público (FARIAS et al., 2011).

No Brasil, o debate mais aprofundado sobre o tema regulação em saúde iniciou a partir 2001-2002, com as Normas Operacionais de Assistência à Saúde 01/2001 e 02/2002. Em 2006, o Pacto pela Saúde¹⁴ também aborda a temática juntamente com o matriciamento e as linhas de cuidado como alternativas para articular gestão do sistema e produção do cuidado (BADUY et al., 2011). Atualmente a regulação é orientada pela Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, portaria n. 1.559, de 1 de agosto de 2008. As ações que integram esta Política estão organizadas em três dimensões de atuação (BRASIL, 2008b, p.1):

¹⁴ Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS.

I - Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;

II - Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e

III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

Definidos os eixos, essa pesquisa tratará da dimensão do eixo III, da regulação assistencial, em razão do processo de trabalho do NASF estar envolvido neste âmbito.

A regulação assistencial é “efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários”. Contempla ainda o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade (BRASIL, 2008b, p. 1).

Uma APS forte, acessível e resolutiva deveria ser capaz de responder 90% dessas necessidades (GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2011). Para cumprir seu papel de porta de entrada do sistema de saúde, deve ter como requisito a exigência de encaminhamento do usuário à atenção especializada, para os casos que não são possíveis de serem resolvidos nesse nível de atenção, exercendo assim, a função de filtro para o acesso a outros níveis. Em alguns países, essa função é conhecida como *gatekeeper* (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Segundo Starfield (2002), os sistemas integrados de saúde em que o médico generalista atua obrigatoriamente como porta de entrada (*gatekeeper*), são reconhecidos como menos onerosos e mais eficientes.

Estudo publicado por Gervas e Fernández (2011), corrobora com essa lógica, em que todos especialistas, incluindo pediatras, ginecologistas e clínicos gerais, e outros profissionais, deveriam trabalhar como consultores dos médicos de família, e estes por sua vez, deveriam ser coordenadores dos serviços que os pacientes necessitam, independentemente do nível de atenção que eles aconteçam, sendo assim, a APS deveria ser um filtro para os encaminhamentos ao serviço especializado.

No Brasil, a oferta de serviços de média complexidade é um dos pontos de maior estrangulamento do sistema de saúde e um dos principais entraves para garantir a integralidade da atenção (SOLLA; CHIORO, 2012).

A lógica de organização do SUS presume uma rede de serviços organizada de forma regionalizada e hierarquizada, favorecendo, entre outras ações, o acesso ao atendimento em todos os níveis de atenção, sendo a APS a porta de entrada a essa rede. A atenção especializada deve se constituir na retaguarda técnica para a APS, que possui o vínculo principal com os usuários, atuando como parte de um sistema de cuidados integrais, assumindo a responsabilidade por estes. Desse modo, a ideia é inverter a lógica dominante nos serviços especializados, frequentemente caracterizados pela falta de vínculo com o paciente e escassa responsabilidade em relação ao processo saúde-doença. Um dos desafios é romper com o modelo hegemônico nitidamente hospitalocêntrico para a prática de um sistema centrado nas necessidades das pessoas, tanto no âmbito individual quanto no coletivo (SOLLA; CHIORO, 2012).

Nessa direção, os processos de regulação para a atenção especializada que tradicionalmente eram exclusividade das Secretarias Municipais de Saúde (no sentido de centralização), gradativamente estão sendo incorporados à rotina dos profissionais da APS, portanto, esse nível de atenção passa a constituir o primeiro nível de regulação no SUS. Um estudo realizado em quatro capitais brasileiras apontou que esse processo de descentralização da regulação, que veio acompanhado com a organização de fluxos para a atenção especializada, foi considerado positivo por gestores e gerentes, entretanto, o desafio é a garantia da qualidade da regulação (ALMEIDA et al., 2010).

Para Farias et al. (2011), a regulação, como ação estratégica, parece representar maior efetividade e eficiência na prestação de serviços no campo da saúde, sobretudo na seleção de prioridades para a oferta de serviços. Os autores entendem que o SUS necessita de ação regulatória para evitar a superprodução

desnecessária, que pode ser observada nos casos de descontrole de acesso espontâneo pelos usuários e na liberdade na definição da oferta de serviços por parte dos provedores. Solla e Chioro (2012) corroboram com a ideia, quando afirmam que há prevalência de interesses econômicos oriundos da produção desnecessária de procedimentos e ineficiente regulação do acesso e do cuidado.

Importante destacar, que a função de filtro das equipes de APS não deve ser barreira, mas sim, garantia de acesso a outros níveis de atenção, fundamental para contemplar os demais atributos (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A temática da regulação, sob o olhar da APS, nos remete às necessidades dos usuários, uma vez que esse nível de atenção é apenas um componente, embora fundamental, do sistema de saúde. Para Feuerwerker (2011), o acesso aos diferentes tipos de serviços em saúde com a manutenção do vínculo e continuidade do cuidado está intimamente relacionado à integralidade. Desse modo, considerar esse atributo como eixo da atenção implica tomar as necessidades em saúde como referência para organizar os serviços e as práticas de saúde, produzindo uma cadeia de cuidados.

Para o alcance da integralidade, é imprescindível que os serviços estejam disponíveis aos usuários e sejam prestados quando necessários (STARFIELD, 2002). Estudos apontam que um dos desafios para o alcance desse atributo é a fragmentação dos serviços, mesmo nos países com APS forte. No Brasil, além da fragmentação do cuidado, outro ponto que tem sido discutido que se relaciona com o tema regulação é a dificuldade de acesso a serviços e procedimentos (BADUY et al., 2011).

Após o período de ampla expansão da ESF no Brasil, principalmente a partir dos anos 2000, há um direcionamento de medidas, por parte de alguns municípios, para alcançar melhor coordenação entre os níveis assistenciais, mas em grande parte deles, essas ações ainda são incipientes. A ausência de integração da rede assistencial, somada à oferta insuficiente, reflete negativamente no acesso aos serviços especializados, considerados um ponto nevrálgico do SUS (ALMEIDA et al., 2013).

Algumas alternativas vêm sendo criadas na expectativa de superar essas dificuldades e melhorar a integração da rede, como por exemplo: territorialização dos serviços de saúde, estratégias para aproximação dos profissionais e qualificação das ações de APS (especialistas consultores e apoio matricial), adoção de protocolos

clínicos consensuados e implantação de sistemas descentralizados que permitam acompanhar o percurso dos usuários e as filas de espera (ALMEIDA et al., 2013).

Em busca da organização e do gerenciamento dos serviços de regulação, o MS criou o Sistema Nacional de Regulação (SISREG), cuja primeira versão (não disponível na internet) data de 2004, para gerenciamento de todo complexo regulatório (desde a rede básica, média, alta complexidade, e internação hospitalar), com vistas ao maior controle do fluxo, promovendo agilidade e transparência ao processo regulatório. Atualmente está em vigor a versão III do SISREG, on-line, disponibilizada de forma gratuita pelo MS, porém, sua utilização não é obrigatória. O Rio de Janeiro está entre as capitais que utilizam esse sistema para a regulação assistencial ambulatorial.

O sistema consiste na inserção das solicitações de consultas e/ou exames pelos médicos de referência dos pacientes. No município do Rio de Janeiro, essas solicitações, que partem dos médicos da APS, são avaliadas pelos médicos reguladores, que verificam a real necessidade de encaminhamento ou não para consultas e/ou procedimentos. As solicitações são listadas por unidade solicitante, podendo ser ordenadas por data de solicitação, gravidade do quadro ou ordem alfabética do nome dos pacientes. Podem também ser agrupadas por especialidade solicitada (ROCHA, 2015).

Desde agosto de 2012, todas as US no município do Rio de Janeiro contam com um médico, que normalmente faz parte da equipe, e acumula a função de Responsável Técnico (RT), cabendo a ele a atribuição de regulador/autorizador das solicitações de exames e/ou consultas da sua própria unidade. Tal atividade qualificou a lista de espera por consultas e procedimentos, tornando-as mais equânimes (CAMPOS; COHN; BRANDÃO, 2016).

O município elaborou um Protocolo para o regulador, um guia de referência rápida que reúne orientações baseadas em evidências e de acordo com os protocolos clínicos e linhas de cuidado estabelecidos pela SMS, para auxiliar os profissionais reguladores na tomada de decisão (RIO DE JANEIRO, 2016a). Todos os médicos da APS podem solicitar exames e consultas, mas apenas o RT tem o poder de liberar as solicitações.

Apesar de todo o esforço do município em reunir as vagas do nível secundário de toda a rede pública de atenção à saúde do município, ainda existem diversos serviços que não disponibilizam vagas para o sistema (principalmente os federais).

Em adição, grande parte dos prestadores cede apenas uma pequena parcela de suas vagas para o SISREG, constituindo fluxos paralelos de atendimento e com isso criam uma demanda própria paralela, seja por meio do acolhimento direto dos usuários ou do agendamento dos pacientes para as vagas de retorno (ROCHA, 2015).

Dentro desse segmento, o NASF, tendo como princípio a responsabilização compartilhada com a equipe de APS, também é parte integrante dos processos de encaminhamento de usuários a outros níveis de atenção, com base nos processos de referência e contra referência, compartilhando, portanto, o acompanhamento longitudinal dos casos e atuando no papel de coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012b).

Cunha e Campos (2011), consideram que o apoio matricial contribui para a regulação das redes assistenciais. Entretanto, alertam que muitas vezes o processo de regulação não valoriza o território, especialmente quando organizado via central de regulação que distribui os usuários sem critérios territoriais e à revelia dos profissionais de referência, fragmentando ainda mais a atenção, na medida que desvaloriza o vínculo entre equipe e usuário e entre equipe e os outros serviços de saúde, embora reconheçam que em alguns casos esse tipo de regulação centralizada é necessário. Campos e Domitti (2007, p. 404) acrescentam ainda que o apoio matricial “pode ser relevante para racionalizar o acesso e o uso de recursos especializados”.

Apesar de no processo de trabalho do NASF estar implícita esta relação, apenas o Caderno de Atenção Básica de 2014 traz um novo papel a ser desenvolvido pelos seus profissionais, que é o de regulador assistencial. Na prática, o fato dos profissionais especialistas que compõe os NASFs discutirem casos com a equipe de referência, realizarem as interconsultas, ou seja, praticarem o apoio matricial, já pressupõe esse papel, entretanto agora, o termo surge de modo oficial, conforme consta no material do MS:

Papel regulador: assim como todos os profissionais do SUS, o Nasf tem responsabilidade pela regulação do acesso, ou seja, por qualificar os encaminhamentos relativos à sua área de atuação, tanto aqueles recebidos das equipes apoiadas, quanto os realizados por outros pontos ou serviços da Rede de Atenção à Saúde. Para isso, deve estabelecer estratégias que busquem aumentar a resolução (ou manejo) da maioria dos problemas de saúde na Atenção Básica e definir, com as equipes vinculadas e atores de outros serviços e da gestão, critérios e fluxos para encaminhamentos para outros pontos de atenção quando necessário (BRASIL, 2014, p.40).

Mesmo apresentado no Caderno de Atenção Básica nº. 39, o MS não deixa claro qual o papel do NASF no processo de regulação. A única menção dessa função está descrita no parágrafo anterior, ou seja, uma abordagem demasiadamente superficial, o que culmina na dificuldade de institucionalização dessa prática por grande parte dos municípios brasileiros. Poucos são os que vêm trabalhando no sentido de orientar o trabalho do NASF incluindo o processo de regulação, como é o caso de Florianópolis/SC, Curitiba/PR e Rio de Janeiro/RJ.

Florianópolis/SC se destaca na organização da atenção especializada ambulatorial em saúde mental, por meio do apoio matricial dos NASFs, que faz a articulação entre as US e os CAPS. Há periodicidade de reuniões para a discussão dos casos e fluxos entre a ESF, NASF e CAPS, promovendo trabalho em rede e uma aproximação entre os profissionais dos serviços da APS e da atenção especializada. Esse processo inclui a regulação negociada dos casos entre eSF e especialistas em saúde mental do NASF, onde todas as demandas e casos que necessitam de cuidado especializado em saúde mental são resolvidos nas reuniões de matriciamento com apoio do NASF e/ou CAPS, culminando na eliminação das listas de espera para atendimento nessa área, que antes longas e demoradas, e na avaliação satisfatória nas eSF locais (TESSER; POLI NETO, 2017).

Em Curitiba/PR, desde 2014, após passar por um processo de mudança no modelo de atuação dos NASFs, a função de regulação passou a figurar o cotidiano dos profissionais que compõe essas equipes, principalmente os médicos, embora as outras categorias profissionais também tenham avançado nesse sentido. Foram selecionadas algumas especialidades a serem reguladas para a maioria das categorias profissionais inseridas no NASF, de modo que esses se tornaram uma referência na regulação clínica dos temas referentes à sua área de atuação, por meio do apoio clínico e da avaliação dos encaminhamentos realizados pela APS para outros pontos de atenção. Os profissionais da APS discutem o caso com o especialista do NASF antes do encaminhamento para a atenção secundária ou terciária, sendo inclusive algumas especialidades de encaminhamento exclusivo. Essa experiência resultou na diminuição de diversas filas de espera para especialidades, assim como contribuiu para a diminuição na taxa de encaminhamentos para especialistas, a partir das consultas realizadas na APS (PINHEIRO et al., 2016).

Neste sentido, no município do Rio de Janeiro, a participação dos NASFs no processo de regulação ambulatorial teve início em 2015, e esta experiência culminou

recentemente na elaboração de um material instrutivo (RIO DE JANEIRO, 2016b), que orienta as ações de responsabilidade do NASF nesse processo, assim como o manejo das listas do SISREG¹⁵.

A justificativa para essa inserção se deve ao entendimento por parte da SMS/RJ, da importância do NASF enquanto dispositivo de apoio às eSF na resolução de problemas clínicos e sanitários, na qualificação dos encaminhamentos, na ampliação do escopo de ofertas, e a consequente redução do número de encaminhamentos possíveis de serem resolvidos na APS, contribuindo para o aumento da resolutividade nesse nível de atenção (ZUMA; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2016).

O Guia elaborado foi estruturado em três grandes eixos: 1) Gestão das listas: onde são abordadas as listas de espera para a atenção especializada (por especialidade) que cada categoria do NASF deve monitorar, o fluxo da regulação ambulatorial, maneiras de fazer a gestão das listas, o seu papel na regulação ambulatorial e as atribuições das categorias profissionais que o compõem na gestão dessas listas; 2) Operacionalização da Gestão das Listas: como construir um plano de intervenção para a gestão das listas do SISREG (passo a passo); 3) Monitoramento e avaliação do processo (ZUMA; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2016).

Na proposta da SMS do Rio de Janeiro/RJ, os NASFs devem servir de dispositivo de apoio às eSF, atuando junto ao regulador na gestão das listas do SISREG, visando a qualificação do encaminhamento via SISREG, a redução do número de encaminhamentos desnecessários e a ampliação do escopo de cuidado da APS, garantindo a coordenação do cuidado e a integralidade da atenção (RIO DE JANEIRO, 2016b).

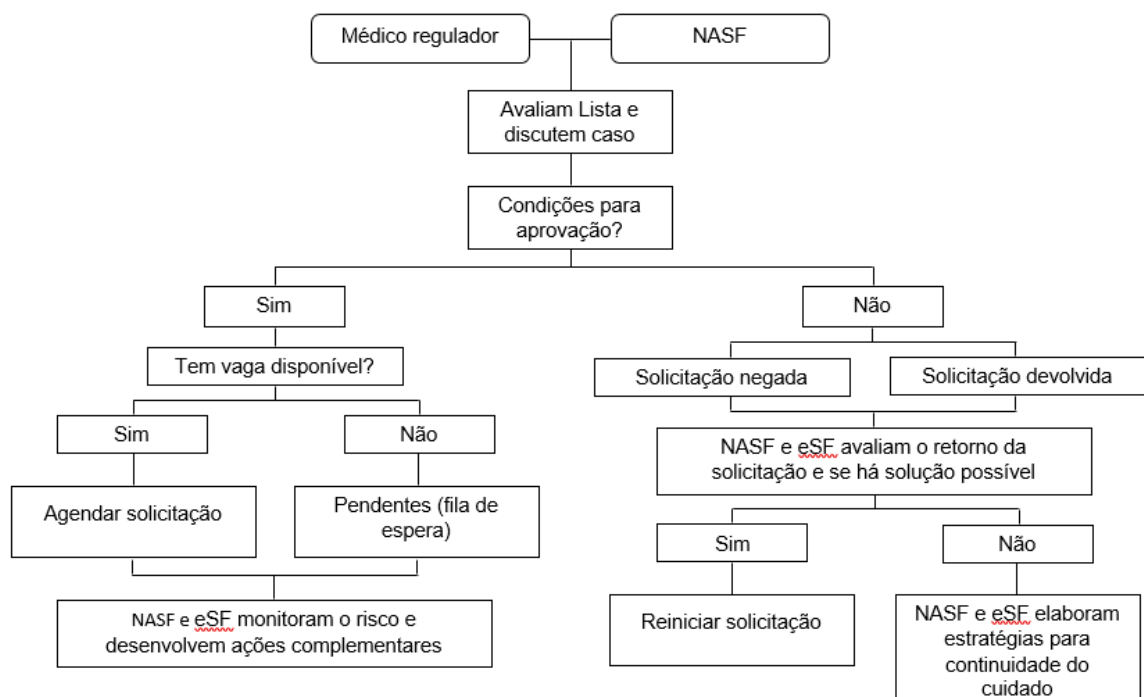
Cabe reforçar que os profissionais dos NASFs não são reguladores, sendo essa responsabilidade exclusividade do RT, no entanto, segundo diretrizes da SMS/RJ, os profissionais devem participar do processo de regulação, auxiliando a equipe de referência e o RT na indicação/orientação da melhor oferta de atendimento ao usuário, e logicamente, tentando resolver os casos referentes à sua área de atuação na própria APS, quando possível.

¹⁵ As listas do SISREG ambulatorial tratam dos encaminhamentos realizados na APS para realização de exames ou consultas na atenção especializada (RIO DE JANEIRO, 2016b).

A SMS/RJ orienta quais são as listas prioritárias que o NASF deve monitorar, entretanto, as US ficam livres para escolher listas alternativas e/ou complementares às definidas pela gestão. No guia elaborado, há descrição das listas por categoria profissional que devem ser monitoradas, de acordo com a área de atuação profissional.

Em síntese, no Rio de Janeiro/RJ, o NASF deve atuar junto à equipe de APS, orientando os possíveis encaminhamentos para a atenção especializada, antes de serem efetivados. A equipe de referência deve acioná-lo antes do procedimento, para que sejam avaliadas as possibilidades de resolução do caso na própria APS, ou a identificação da real necessidade de atendimento do paciente em outro ponto da rede de atenção. Contudo, na prática, nem sempre acontece desse modo, e por vezes ocorre o encaminhamento da equipe de referência sem o contato prévio. Desse modo, a partir da análise das filas do SISREG, o NASF junto com o médico regulador, irá avaliar e discutir o caso, definindo a conduta a ser tomada, se o encaminhamento será efetivado ou não. A seguir, o fluxograma da regulação ambulatorial com a participação do NASF na tomada de decisões (FIGURA 1).

FIGURA 1 – FLUXOGRAMA DA REGULAÇÃO AMBULATORIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO



FONTE: Rio de Janeiro, 2016b.

As atribuições do NASF em relação à gestão das listas do SISREG são: avaliar, em parceria com a eSF e com o médico regulador, a pertinência de cada caso da lista; no matriciamento às equipes, discutir os casos que se optou por retirar da lista; elaborar em conjunto com as equipes de referência, um PTS para os casos mais complexos que podem ser conduzidos pela APS, acionando a rede de atenção à saúde quando necessário; elaborar plano de cuidado para os usuários que precisam de medidas complementares ao cuidado, enquanto aguardam consulta (RIO DE JANEIRO, 2016b).

Em Curitiba, além do apoio clínico prestado pelo NASF (discussões de caso, atendimento compartilhado, atendimento individual), que nos casos de dúvida deve acontecer antes do encaminhamento do paciente para a atenção especializada, os especialistas também são responsáveis por avaliar os encaminhamentos já realizados e que porventura não foram discutidos, no sentido de verificar a possibilidade de resolução do caso na própria APS com seu apoio, ou auxiliar na promoção do manejo mais adequado ao paciente. Esta ação oportunizou a descoberta de diversos casos simples, encaminhados para a atenção especializada sem critério, que deveriam ser resolvidos na própria APS, oportunizando também, ações de suporte técnico-pedagógico personalizadas, de acordo com a necessidade de cada equipe, com vistas à qualificação dos encaminhamentos (melhora na filtragem). Embora esse trabalho tenha se fortalecido nas categorias médicas, algumas das outras categorias atuantes no NASF Curitiba, como fisioterapia, psicologia, e nutrição têm avançado nesse sentido, a partir do monitoramento dos encaminhamentos para ortopedia, psicologia geral, nutrição – linha de cuidado da obesidade, por exemplo.

Já na vivência desta pesquisa no município do Rio de Janeiro, percebe-se a institucionalização do papel regulador do NASF de modo mais decisivo, inclusive com a construção e publicação de um documento de referência que explicita o papel de regulação por cada categoria profissional, além de orientar como deve ser feito esse processo, o que contribui para o direcionamento e fortalecimento desse importante papel que aos poucos vem sendo “desbravado” por experiências locais no país. Apesar da institucionalização da participação do NASF na regulação, este é um processo em construção e precisa ser fortalecido.

2.5 NASF NO CONTEXTO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

A construção da rede de atenção à saúde do Rio de Janeiro/RJ pode ser descrita de acordo com vários períodos históricos, a considerar contextos políticos, técnicos e administrativos. Ao analisar a trajetória da organização sanitária do município na dimensão política a partir de 1979, verifica-se que apesar da tentativa da SMS em implantar uma política de serviços inspirada na Conferência de Alma-Ata em 1978, existia uma rede paralela aos Centros Municipais de Saúde (CMS) da época, e uma maior ênfase à assistência básica ambulatorial (CAMPOS; COHN; BRANDÃO, 2016).

No período entre 1988 e 1997, houve um movimento de universalização da assistência básica, entretanto, excludente, com o crescimento do setor privado e crise do sistema hospitalar. Já no período entre 1998 e 2008, quando o PSF ganha progressiva importância no SUS, com as justificativas de que o município passava por dificuldades quanto ao provimento de pessoal médico e judicialização progressiva da saúde com subfinanciamento, foram implementadas as Organizações Sociais (OS) para a gestão dos recursos humanos em saúde no Rio de Janeiro/RJ. De 2009 a 2015, a proposta é que a APS seja eixo ordenador do sistema de saúde, adotando-se estratégias de expansão de modelos integrais de saúde (CAMPOS; COHN; BRANDÃO, 2016).

As OS, regulamentadas pela lei federal n. 9.637 de 15 de maio de 1998 (BRASIL, 1998) são entidades do terceiro setor, sem fins lucrativos, que prestam serviços mediante contratos de gestão realizados com a administração pública direta (SILVA; BARBOSA; HORTALE, 2016).

Pode-se dizer que o modelo de atenção à saúde no Rio de Janeiro/RJ era predominantemente hospitalar, com baixa cobertura de APS. O eixo de assistência principal era constituído pelos hospitais, que não conseguiam desempenhar adequadamente seu papel, uma vez que era a porta de entrada para o sistema de saúde (MENEZES, 2011). O percentual de recursos próprios da SMS utilizados para custeio da rede hospitalar do município era de 83%, totalmente distorcido em relação às principais capitais do país e de outros países, que gastam em média 37,7%. Nas décadas de 1990 e 2000, o município se destacava pela baixa capacidade de oferta de serviços no nível da APS, financiamento público no limite mínimo constitucional

estabelecido e um crescimento histórico dos planos privados de saúde (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016).

A implantação do PSF no município foi iniciada em 1995, a partir de um projeto piloto em Paquetá e em 1999 houve expansão para mais cinco comunidades de baixa renda: Borel (Tijuca, Zona Norte, AP 2.2), Canal do Anil (Jacarepaguá, Zona Oeste, AP 4), Parque Royal (Ilha do Governador, Zona Norte, AP 3.1), Vila Canoas (São Conrado, Zona Sul, AP 2.1) e Vilar Carioca (Campo Grande, Zona Oeste, AP 5.2) (MIRANDA, 2009).

Em 2001 havia 108 Unidades Básicas de Saúde (UBS), mas funcionavam na lógica de programas de saúde, como hipertensão, saúde da mulher, entre outros, limitando o acesso e a assistência à saúde aos usuários que se enquadravam nesses segmentos. Até 2003 tinham sido implantadas 23 eSF em 10 bairros. Entre 2005 e 2008, apesar do esforço de ampliação do número de eSF, em termos de cobertura populacional, esse número não era significativo. Ao final de 2008 eram 124 eSF implantadas, concentradas nas regiões de extrema pobreza e de altos índices de violência. Nessa época, o orçamento municipal era onerado com grandes hospitais, aliados a esquemas de desvio de recurso no setor saúde, e ao não recebimento de recurso federal extra, uma vez que o município não investia na ESF (CAMPOS; COHN; BRANDÃO, 2016).

Em dezembro de 2008, a cobertura de ESF na cidade era a mais baixa entre as capitais brasileiras, atingindo apenas 3,5% de sua população (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016).

A partir de 2009, o município do Rio de Janeiro fez uma reforma na APS, a partir de 3 eixos: administrativo, de modelo organizacional e de atenção, com mudanças no organograma organizacional da SMS e, implantação de um novo modelo de gestão por resultados (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016). Escolhida para ser a base da reforma, a consolidação da ESF é uma das principais estratégias definidas no Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro/RJ (2013), inclusive para o quadriênio 2014-2017, com vistas à integralidade das ações ofertadas e à equidade da atenção prestada à população.

Para fins de planejamento em saúde, o município do Rio de Janeiro é dividido em 10 Áreas de Planejamento (AP) desde 1993. A AP 1.0 compreende centro e adjacências, 2.1 a Zona Sul, 2.2 a Grande Tijuca, 3.1 a Região da Leopoldina, 3.2 o Grande Méier, 3.3 a Região de Madureira e adjacências, 4.0 a Região de Jacarepaguá

e adjacências, 5.1 a Região de Bangu e adjacências, 5.2 a Região de Campo Grande e adjacências e 5.3 a Região de Santa Cruz e adjacências (RIO DE JANEIRO, 2013; SORANZ; PINTO; PENNA, 2016). Cada AP possui a Coordenadoria de Atenção Primária (CAP), instância responsável pela gestão da atenção no território (CAMPOS; COHN; BRANDÃO, 2016).

Entre os anos de 2008 e 2013, a ampliação da cobertura da ESF passou de 3,5% para 41%. Mais de 800 equipes foram implantadas e neste mesmo período foram inauguradas 71 novas Clínicas da Família (CF), ampliando a rede de atenção à saúde de 100 para 194 unidades (RIO DE JANEIRO, 2013). A expansão da ESF a partir da reforma em 2009 se deu inicialmente nas AP 5.3 e 3.2, sendo alcançada 100% de cobertura apenas na primeira. Em maio de 2015 haviam 860 eSF e mais 5 CF. A meta era alcançar 140 CF com 70% de cobertura da ESF em 2016 (CAMPOS; COHN; BRANDÃO, 2016).

Atualmente, a rede de APS do município é composta por três tipos de unidades: unidades tipo A (US onde todo o território é coberto por eSF); unidades tipo B (US tradicionais, com incorporação de uma ou mais eSF, que cobrem parcialmente o território); e unidades tipo C (US tradicionais, sem a presença de eSF) (RIO DE JANEIRO, 2013; CAMPOS; COHN; BRANDÃO, 2016; SORANZ; PINTO; PENNA, 2016).

Soranz, Pinto e Penna (2016) dividem a reforma em duas linhas estratégicas: a primeira corresponde às mudanças organizacional e administrativa, ampliação do acesso, governação clínica e gestão do conhecimento, e sustentabilidade e desenvolvimento no período compreendido entre 2009 e 2012, e a segunda, com foco nos componentes de coordenação do cuidado e *accountability*¹⁶, e resposta “em tempo e hora”¹⁷, no período inicial de 2013 a 2015.

A inspiração para a elaboração das diretrizes da reforma tomando a APS como ordenadora da organização da rede de saúde se deu particularmente através das experiências de Portugal e Reino Unido. Como exemplos de ações realizadas nos

¹⁶ *Accountability* representa a responsabilidade, a obrigação e a responsabilização de gestores ocupantes de um cargo em prestar contas à luz de parâmetros previamente definidos. Na SMS/RJ esse procedimento foi implantado em 2013 e é tratado como um Seminário de Gestão em que os gestores devem prestar contas à população, profissionais e técnicos. O formato é através de documento pré-definido com indicadores relacionados às ações e serviços de saúde, gasto financeiro e estratégias para alcance das metas não atingidas (OLIVEIRA, 2016).

¹⁷ Resposta em “tempo e hora: estudos realizados pelo município dos tempos de espera para a realização de consultas, exames e procedimentos”.

períodos descritos se destacam: a implantação de 17 novas unidades no modelo de Clínica da Família (CF), implantação de prontuários eletrônicos, criação de protocolos clínicos, implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, criação da Carteira de Serviços¹⁸, instituição do responsável técnico para assumir a regulação para outros níveis de atenção (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016).

Um outro ponto de reestruturação no município foi em relação às metas de cobertura por desempenho e pagamento por produtividade incorporado ao contrato de gestão celebrado entre a SMS e as OS (CAMPOS; COHN; BRANDÃO, 2016). O *pay for performance* ou pagamento por desempenho se refere a incentivos financeiros extras que podem ser obtidos por profissionais da ESF caso sejam atingidas metas estabelecidas. Um dos indicadores mais importantes se refere à realização de consultas para um usuário pelo mesmo médico de família, avaliando nesse caso a longitudinalidade da atenção (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016).

As CAP são responsáveis pela fiscalização dos contratos de gestão estabelecidos com as OS. Nos contratos são discriminados os objetivos e metas a serem alcançados (SILVA; BARBOSA; HORTALE, 2016). Para Harzhein, Lima e Hauser, 2013, a justificativa para a alteração legal que permitisse a contratação das OS no Rio de Janeiro/RJ se deu em razão da agilidade administrativa para aquisição de materiais e de contratação de profissionais, ficando a gestão da APS a cargo da SMS/RJ.

Atualmente existem cinco OS responsáveis pela administração das CF no município do Rio de Janeiro: SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (AP 1.0, 3.2 e 5.3), VIVA RIO (AP 2.1, 3.1 e 3.3), IABAS – Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (AP 4.0, 5.1, 5.2), Instituto GNOSIS (AP 2.2) e a FIOTEC – Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde, responsável apenas pelo território no entorno da Fiocruz, em Manguinhos, na perspectiva de território-escola (SILVA; BARBOSA; HORTALE, 2016).

Nessa lógica, no Rio de Janeiro/RJ, as OS são responsáveis pela gestão administrativa das AP, ou seja, pela contratação de pessoal por CLT¹⁹, aquisição de

¹⁸ Carteira de serviços é um documento norteador que visa orientar as ações de saúde oferecidas à população e garantir aos usuários o conhecimento dos serviços oferecidos pela APS. Esse documento deve ser de acesso aos profissionais, gestores e população (RIO DE JANEIRO, 2016c).

¹⁹ CLT, sigla utilizada para Consolidação das Leis de Trabalho, ou seja, uma norma legislativa que apresenta um conjunto de medidas que visam regulamentar a vida trabalhista (BRASIL, 1943).

insumos, equipamentos e serviços, ficando a cargo da SMS a capacidade regulatória, ou seja, a normatização e definição das regras para execução das atividades, além do controle de resultados por meio de avaliação permanente. Entretanto, a SMS também realiza o monitoramento do processo de trabalho das equipes (SILVA; BARBOSA; HORTALE, 2016).

Soranz, Pinto e Penna (2016) ponderam que os principais desafios do novo modelo organizacional estão relacionados à necessidade de uma mudança cultural para um modelo gerencial por resultados, e que o ritmo da expansão do crescimento da APS tem sido diferente entre as AP, e ainda, que essa expansão da APS é o regate de uma dívida social histórica.

Um estudo sobre a avaliação dos três primeiros anos das CFs na cidade do Rio de Janeiro em 2012 apontou que apesar da revolução na melhora da qualidade da APS em apenas 4 anos, a proposta ainda não está consolidada, especialmente em relação aos atributos acesso, longitudinalidade e coordenação, que necessitam ser muito fortalecidos. Outras recomendações que o estudo aponta são: a intensificação de estratégias de formação de médicos de família e comunidade e a criação de mecanismos que reforcem a importância do papel de coordenador que a APS deve desempenhar (HARZHEIN; LIMA; HAUSER, 2013).

Esse mesmo estudo identificou que as US tipo C são pouco orientadas à APS, tendo suas ações (des)organizadas com base em ações programáticas, recomendando-se extinguir esse tipo de US. As US tipo B são um meio-termo entre as A e C, sendo, portanto, fortemente recomendada a ampliação das US tipo A.

As mudanças em relação ao contexto de saúde que o município do Rio de Janeiro se encontra e que aqui foram apresentadas são fundamentais para compreender o processo de trabalho dos NASFs, uma vez que essas equipes estão inseridas na APS, principal ponto de transformação na reforma ocorrida.

Diante desse cenário, a partir da reorganização da APS e da expansão da ESF, o município implanta em 2011 as primeiras equipes de NASF, no total de 42. Atualmente, são 75 equipes distribuídas entre as 10 APs. Os NASFs estão sob a Coordenação de Policlínicas e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (CPNASF) na SMS/RJ.

O projeto para implantação do NASF no município foi aprovado na reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) em setembro de 2010, com proposta para 47 equipes. Na sequência, houve aprovação do MS. Desse modo, ao longo de 2010 já

foram sendo realizadas oficinas nas CAP para sensibilização dos profissionais sobre o tema (SILVA, 2013).

Em 2011 aconteceram fóruns de discussão por AP, organizados pela coordenação municipal dos NASFs. Em novembro desse mesmo ano houve a primeira Oficina de Qualificação, coordenada pelo Departamento de Atenção Básica do MS, com objetivo de formar multiplicadores para qualificação do processo de trabalho do NASF (SILVA, 2013). A partir disso, vêm acontecendo outros encontros no intuito de padronizar e estabelecer o processo de trabalho no município.

A exemplo, o Seminário ocorrido em março de 2015 com as equipes do NASF e com os gestores regionais, para apresentação e discussão das novas diretrizes de atuação, visando estabelecer parâmetros mínimos, desde à implantação ao monitoramento das ações desenvolvidas por essas equipes no município. Dentre as metas estabelecidas durante esse Seminário, pode-se citar o fortalecimento do seu papel regulador, o estabelecimento de uma agenda padrão para os profissionais, a qualificação do registro eletrônico dos atendimentos, inclusão do NASF no Seminário de Gestão *Accountability* da APS, entre outros. Nesse mesmo período houve também um encontro com os profissionais para Mostra de Trabalhos do Curso de Aperfeiçoamento em Apoio Matricial na APS, com ênfase nos NASF, promovido pelo MS.

Nessa direção, o município vem instituindo alguns materiais orientativos para o trabalho do NASF. Dentre algumas práticas também institucionalizadas pela SMS encontram-se: Ciclo de Debates, Projeto de Saúde Mental e Violência, Guia Rápido do NASF no apoio à regulação ambulatorial, Nota Técnica da atuação do fisioterapeuta no NASF, e Oficinas e manual de registro eletrônico.

Os NASFs foram inseridos no Seminário de Gestão *Accountability* apenas em 2015, apesar dessa prestação de contas existir desde 2013 para as US da APS. A inclusão foi no sentido de entender a importância deles para o alcance de algumas metas prioritárias estabelecidas pela SMS/RJ. Em razão de não ter indicadores contratualizados definidos, a CPNASF, juntamente com outros gestores da SMS e com os apoiadores de NASF, estabeleceu parâmetros indutores de melhoria de resultados, de qualificação da assistência e de apoio às eSF. Como exemplo desses indicadores listam-se: percentual de usuários com transtorno mental, em uso de psicotrópicos, dependentes ou em uso abusivo de álcool e/ou outras drogas, restritos ao leito e/ou ao domicílio, hipertensos e diabéticos dialisados, amputados ou com

sequela de AVC e beneficiários do Programa Bolsa Família. Todos esses relacionados ao acompanhamento/apoio do NASF às eSF. Quanto aos indicadores relacionados ao processo de trabalho, destacam-se: composição da equipe, número de equipes matriciadas, participação do NASF nas reuniões de eSF, mapeamento das atividades das equipes NASF e gestão das listas do SISREG (RODRIGUES; ZUMA; PEIXOTO, 2016a).

Outro ponto que impacta diretamente no processo de trabalho desenvolvido pelo NASF é a figura do apoiador institucional. Cada CAP possui pelo menos um profissional, representante da gestão, que responde pelas questões do NASF no território, denominado apoiador institucional. Um dos papéis desempenhados por esse profissional é a mediação da contratualização e a pactuação entre a CPNASF e os profissionais das equipes do território.

No intuito de propiciar similaridade nos propósitos entre as duas instâncias gestoras do NASF (apoiadores e CPNASF) foram instituídas reuniões mensais, denominadas Grupo de Trabalho (GT) NASF. Nesse espaço são discutidas as diretrizes do trabalho das equipes que serão implementadas em cada território. Atualmente esses encontros são considerados como arranjo com forte potencial de exercício da gestão compartilhada e participativa (RODRIGUES; ZUMA; PEIXOTO, 2016b). Cada apoiador institucional do NASF tem também um cronograma de reuniões com os profissionais de NASF do seu território.

3 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, do tipo Estudo de Caso, com utilização do referencial teórico metodológico proposto por Yin (2015).

Conforme o autor, o estudo de caso é um método preferencial em comparação aos outros quando as principais questões da pesquisa são “como?” e “por quê?”, quando um pesquisador tem pouco ou nenhum controle sobre eventos comportamentais, ou ainda, quando o foco do estudo é um fenômeno contemporâneo. Um estudo de caso possibilita o pesquisador a focar em um “caso”, investigá-lo em profundidade e obter uma perspectiva holística e do mundo real deste (YIN, 2015).

[...] um estudo de caso investiga um fenômeno contemporâneo (o “caso”) em seu contexto no mundo real, especialmente quando as fronteiras entre os fenômenos e o contexto puderem não estar claramente evidentes. [...] o método também é relevante quando suas questões exigirem uma descrição ampla e “profunda” de algum fenômeno social (YIN, 2015, p. 2).

Em outras palavras, a pesquisa de estudo de caso pode ser usada quando se deseja entender um fenômeno do mundo real e quando se assume que esse entendimento provavelmente incorpore importantes condições contextuais pertinentes ao caso a ser estudado (YIN, 2015).

Neste sentido, o estudo de caso se revela a metodologia apropriada para a análise do processo de trabalho do NASF no município do Rio de Janeiro, uma vez que a temática é contemporânea, e ainda, busca-se entender uma das principais questões relacionadas ao método, ou seja, como o NASF funciona, buscando a realização de uma descrição profunda de dois eixos-chave no processo de trabalho: o papel matricial e regulador. Ademais, o tema da pesquisa está totalmente relacionado ao contexto de saúde atual ao qual está inserido.

Conforme o mesmo autor, há uma ampla utilização de estudos de caso incluindo pequenos grupos, comunidades, programas, mudança organizacional, entre outros. Desse modo, essa pesquisa se constitui um estudo de caso único, cuja unidade de análise é o NASF da cidade do Rio de Janeiro.

3.1 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no município do Rio de Janeiro, capital do Estado do Rio de Janeiro. Tornou-se capital do país em 1763, sendo em 1960 substituído por Brasília, mesmo assim, o município continuou sendo importante polo turístico, cultural e comercial. Em 2010 possuía uma área de 1.200,179 km² e uma população de 6.320.446 habitantes. A população estimada para 2016 é de 6.498.837 habitantes (IBGE, 2010). O QUADRO 4 apresenta informações gerais e alguns indicadores da cidade.

QUADRO 4 – INFORMAÇÕES GERAIS E ALGUNS INDICADORES DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO EM 2010

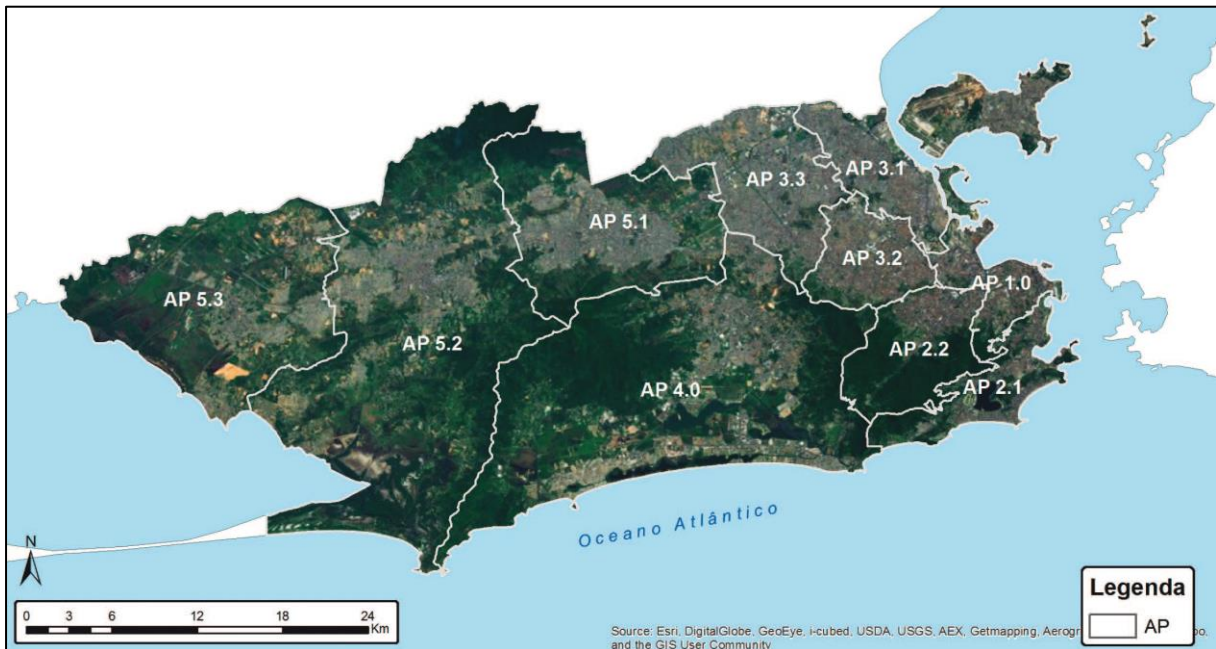
Área	1.200,179km ²
Clima	Tropical
População	6.498.837 habitantes
Densidade demográfica	5.265,82 hab/km ²
Taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais	2,94%
Esperança de vida ao nascer	75,69
Coeficiente de Natalidade (por mil habitantes)	13,30
Mortalidade Infantil (até 1 ano de idade – por mil nascidos vivos)	13,02
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal	0,799 – Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799)
Produto Interno Bruto – PIB (em milhões de reais de 2011)	R\$ 209.336,00
Renda per capita média	R\$ 1.492, 63

FONTE: IBGE (2010), PNUD, IPEA e FJP (2013), IPP (2016)

O município está organizado em 33 Regiões Administrativas (RA) e 160 bairros. A cidade é bastante heterogênea e apresenta diferentes graus de desenvolvimento, com conseqüente desigualdades na distribuição e utilização dos recursos, inclusive dos serviços de saúde (RIO DE JANEIRO, 2013). A FIGURA 2

apresenta a divisão do município por AP. A distribuição dos bairros por AP está listada no QUADRO 5.

FIGURA 2 – MAPA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO POR ÁREA DE PLANEJAMENTO



FONTE: Rio de Janeiro (2013).

QUADRO 5 – DISTRIBUIÇÃO DOS BAIRROS, SEGUNDO ÁREA DE PLANEJAMENTO NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

AP	Bairros
1.0	Benfica, Caju, Catumbi, Centro, Cidade Nova, Estácio, Gamboa, Mangueira, Paquetá, Rio Comprido, Santa Teresa, Santo Cristo, São Cristóvão, Saúde e Vasco da Gama.
2.1	Botafogo, Catete, Copacabana, Cosme Velho, Flamengo, Gávea, Glória, Humaitá, Ipanema, Jardim Botânico, Lagoa, Laranjeiras, Leblon, Leme, Rocinha, São Conrado, Urca e Vidigal.
2.2	Alto da Boa Vista, Andaraí, Grajaú, Maracanã, Praça da Bandeira, Tijuca e Vila Isabel.
3.1	Bonsucesso, Brás de Pina, Complexo do Alemão, Cordovil, Ilha do Governador, Jardim América, Mangueiros, Maré, Olaria, Parada de Lucas, Penha Circular, Penha, Ramos e Vigário Geral.
3.2	Abolição, Água Santa, Cachambi, Del Castilho, Encantado, Engenho da Rainha, Engenho de Dentro, Engenho Novo, Higienópolis, Inhaúma, Jacaré, Jacarezinho, Lins de Vasconcelos, Maria da Graça, Méier, Piedade, Pilares, Riachuelo, Rocha, Sampaio, São Francisco Xavier, Todos os Santos e Tomás Coelho.

3.3	Acari, Anchieta, Barros Filho, Bento Ribeiro, Campinho, Cascadura, Cavalcanti, Coelho Neto, Colégio, Costa Barros, Engenheiro Leal, Guadalupe, Honório Gurgel, Irajá, Madureira, Marechal Hermes, Oswaldo Cruz, Parque Anchieta, Parque Columbia, Pavuna, Quintino Bocaiuva, Ricardo de Albuquerque, Rocha Miranda, Turiaçu, Vaz Lobo, Vicente de Carvalho, Vila da Penha, Vila Kosmos e Vista Alegre.
4.0	Barra da Tijuca, Camorim, Cidade de Deus, Grumari, Itanhangá, Jacarepaguá, Joá, Recreio dos Bandeirantes, Vargem Grande e Vargem Pequena.
5.1	Bangu, Campo dos Afonsos, Deodoro, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Padre Miguel, Realengo, Senador Camará e Vila Militar.
5.2	Barra de Guaratiba, Campo Grande, Cosmos, Guaratiba, Inhoaíba, Santíssimo, Senador Vasconcelos e Pedra de Guaratiba.
5.3	Paciência, Santa Cruz e Sepetiba.

FONTE: CVAS (2011).

O Rio de Janeiro/RJ ocupa o segundo maior PIB do país (IBGE, 2010). Mesmo com o avanço da economia da cidade nos últimos anos, ainda é um município de renda mal distribuída, se considerarmos as diferentes AP. A Zona Sul é a região de maior renda média domiciliar per capita, o equivalente a 7,6 vezes à de Santa Cruz, localizada na AP 5.3, que possui o menor rendimento. Os 20% mais ricos da região da Barra da Tijuca têm renda 58,9% superior aos 20% mais pobres. Em relação ao índice de Gini²⁰, a cidade apresentou o valor de 0,639, mas é maior na Zona Sul e na Barra da Tijuca e menor em Ramos e Santa Cruz, ou seja, há menos desigualdade em áreas mais pobres do que nas regiões mais próximas, entretanto, há muito mais desigualdade entre as AP do que dentro das AP (IPP, 2013).

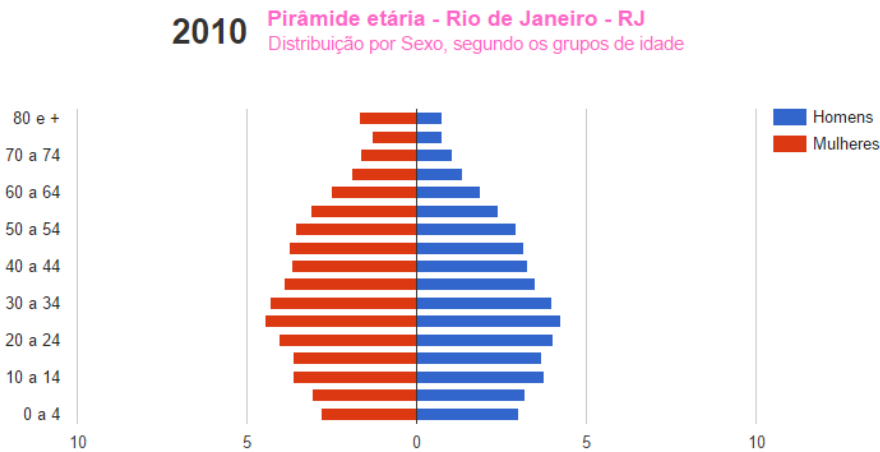
As AP são muito heterogêneas em função da história e evolução da ocupação. A AP 1.0 concentra a maior proporção de pessoas morando em favelas (29,0%), portanto, é nessa área que se concentra o maior aparato público de saúde instalado na cidade. Já a AP 2.1 tem a maior população de idosos (23,1%), a maior densidade demográfica da cidade (14.051 hab./Km²), a menor proporção de crianças de 0 a 14 anos (12,8%). A AP 2.2 se caracteriza por um perfil muito próximo ao encontrado na AP 2.1. As AP 3.1, 3.2 e 3.3 juntas se caracterizam como a área mais populosa da cidade (37,9%), sendo que metade dos moradores de favelas vive nessa região. A AP 4 é a segunda maior em área e considerada um vetor de expansão urbana de rendas

²⁰ É um instrumento usado para medir o grau de concentração de renda. Aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de 0 a 1, sendo 0 a situação de total igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda. O valor 1 significa completa desigualdade de renda, ou seja, uma só pessoa detém toda a renda do lugar.

média e alta. As AP 5.1, 5.2 e 5.3, em termos demográficos, conformam a segunda área mais populosa do município, 27% da população da cidade, o que significa que de cada quatro cariocas, pelo menos um mora na Zona Oeste. Estas áreas constituem um vetor de expansão urbana para as populações de média e baixa renda (RIO DE JANEIRO, 2013).

A pirâmide etária do município para o ano de 2010 apontou uma redução das crianças e adolescentes e o aumento de adultos e idosos (FIGURA 3). A taxa de envelhecimento²¹ passou de 9,11 em 2000 para 10,46 em 2010 (PNUD, IPEA e FJP, 2013).

FIGURA 3– PIRÂMIDE ETÁRIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO SEGUNDO DADOS POPULACIONAIS DO CENSO DE 2010



FONTE: PNUD, IPEA e JFP (2013).

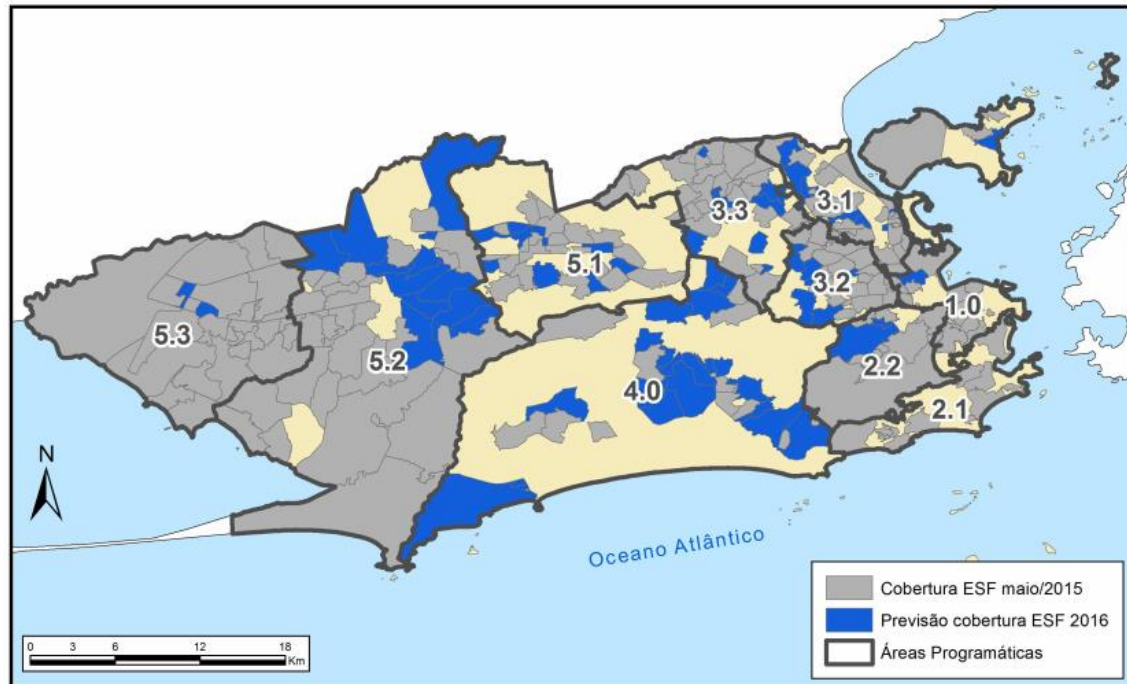
A composição dos equipamentos de saúde do município se dá por 111 CF, 116 CMS, 7 Policlínicas, 32 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 15 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 29 hospitais, 1 Centro Municipal de Reabilitação (CMR) e 9 Centros Especializados de Reabilitação (CER) (SUBPAV, 2016).

Recentemente houve um aumento significativo da cobertura da ESF na APS, passando de 132 equipes em 2008 a 894 equipes em 2015 (FIGURA 4). Entre os anos de 2008 e 2013, a ampliação da cobertura da ESF passou de 3,5% para 41% (RIO DE JANEIRO, 2013). De acordo com a SMS, Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV), em outubro de 2016, a cobertura estava

²¹ Razão entre a população de 65 anos ou mais de idade em relação à população total.

em 60,25%, segundo dados cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

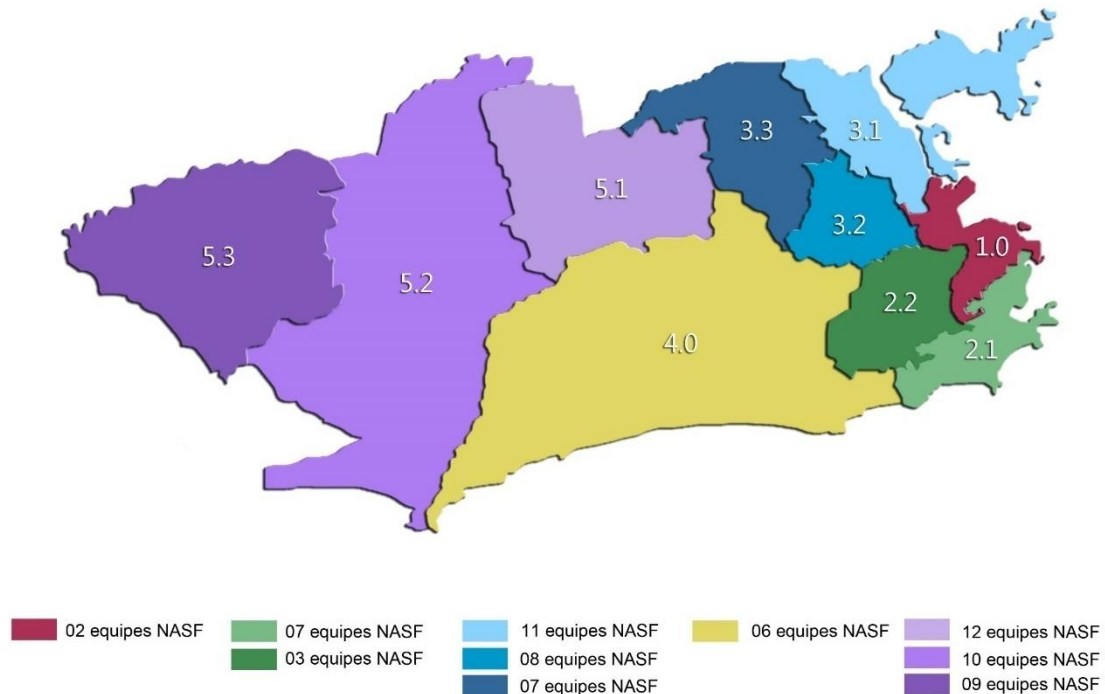
FIGURA 4– COBERTURA DA ESF NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO EM MAIO DE 2015 E PREVISÃO PARA 2016



FONTE: SUBPAV (2016)

Em relação aos NASF, atualmente são 75 equipes distribuídas entre as 10 AP (FIGURA 5). As categorias profissionais que os compõem atualmente são: categorias médicas: pediatra, ginecologista, psiquiatra, clínico geral; e outras categorias: assistente social, farmacêutico, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional de educação física, terapeuta ocupacional, sanitarista. Em um levantamento realizado pela SMS em maio de 2016, havia 575 profissionais, destes, 106 de categorias médicas e 469 de outras categorias profissionais.

FIGURA 5– DISTRIBUIÇÃO DE EQUIPES NASF NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO SEGUNDO ÁREA DE PLANEJAMENTO NO ANO DE 2016



FONTE: Adaptado de Rio de Janeiro, 2013.

3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram da pesquisa dois grupos distintos: gestores do NASF e profissionais que atuam nessas equipes. Representando os gestores, 2 profissionais da coordenação municipal e 9 apoiadores institucionais das 10 AP, totalizando 11 participantes nesse grupo, sendo que um dos apoiadores não se dispôs a participar. A pesquisa foi apresentada pela pesquisadora durante uma das reuniões do GT NASF que ocorrem mensalmente com a Coordenação municipal deles e todos os apoiadores institucionais. A partir disso, foram agendadas e realizadas entrevistas com os gestores que aceitaram participar.

Para a seleção dos profissionais que atuam no NASF, as 10 AP foram agrupadas conforme características de similaridade, resultando em 5 macrorregiões (MCR) (FIGURA 6). A proposta inicial era de selecionar 2 profissionais por MCR, sendo 1 deles da categoria médica, totalizando 10 profissionais, entretanto, durante a coleta das entrevistas, houve a disposição de participação voluntária de mais 3

profissionais, num total de 13 participantes desse grupo. Ao todo somaram 24 participantes.

A justificativa para a escolha de um profissional da categoria médica no grupo dos profissionais que atuam no NASF se deve ao fato de que no município de Curitiba, há uma diferença evidente no foco do processo de trabalho, ao se considerar as categorias médicas e as outras categorias profissionais, especialmente em relação aos temas matriciamento e regulação que envolvem essa pesquisa. A seleção dos participantes do grupo dos profissionais foi feita por sorteio, considerando as 5 MCR. Foi sorteado 1 NASF de cada MCR, e na sequência, sorteado 1 profissional médico e 1 profissional de outra categoria que o compunham. Os critérios de inclusão foram: para o grupo dos gestores: estar atuando como gestor do NASF; e para os profissionais que atuam no NASF: ter no mínimo 6 meses de atuação na equipe. O tempo mínimo solicitado se justifica pelo fato de o profissional estar familiarizado com o processo de trabalho. Os critérios de exclusão para os dois grupos foram: estar afastado de suas atividades por motivo de férias, licença ou tratamento de saúde durante o período de coleta de dados.

FIGURA 6– REPRESENTAÇÃO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO POR MACRORREGIÃO



FONTE: Adaptado de Rio de Janeiro, 2013.

3.3 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de um roteiro semiestruturado (APÊNDICES 2 e 3), sendo realizadas as mesmas perguntas para ambos os grupos. O instrumento de coleta foi testado com um gestor envolvido com o NASF e dois profissionais que atuam nessas equipes no município de Curitiba no início de junho de 2016. Esses testes possibilitaram os ajustes necessários no instrumento antes da coleta.

Desse modo, os dados foram obtidos por meio de entrevistas individuais, conduzidas por questões norteadoras e foram realizadas pela pesquisadora. O instrumento foi composto de duas partes, a primeira composta por informações sobre a caracterização dos profissionais e a segunda buscou-se conhecer o processo de trabalho do NASF, com foco nas perspectivas do apoio matricial e da regulação assistencial.

Para Yin (2015), uma das fontes mais importantes de informação para a realização de um estudo de caso é a entrevista, sendo essa uma fonte essencial de evidência e muito comum nesse tipo de estudo.

As entrevistas foram realizadas no período de junho a setembro de 2016, em local reservado nos equipamentos de saúde. No caso dos gestores, ocorreram em salas de reuniões ou em salas nas CAP, e no caso dos profissionais que atuam em NASF, em consultórios nas CF ou em sala disponibilizada na CAP. Os aspectos éticos de sigilo e codificação dos participantes foram respeitados.

As entrevistas foram realizadas mediante agendamento prévio, no caso dos gestores, a maior parte foi realizada no dia de reunião do GT NASF. Já com os profissionais que atuam nessas equipes, foram realizadas durante o período que a pesquisadora esteve no município, conforme disponibilidade na agenda dos profissionais.

Todas as entrevistas foram iniciadas após a explanação dos objetivos, leitura e assinatura do TCLE e tiveram duração média de 24 minutos. Elas foram audiogravadas com a autorização dos participantes.

Após a etapa de coleta de dados, as entrevistas foram transcritas com o auxílio do aplicativo gratuito disponível na internet, “*otranscribe*”, que possibilita a escuta do áudio em velocidade diminuída, concomitante a uma tela para edição do texto. Após esse processo, o material transcrito foi preparado para ser processado no

software IRAMUTEQ (Interface de R para análise multidimensional de textos e questionários).

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Após a transcrição das entrevistas coletadas, foi realizado o preparo do texto que consistiu na formatação de um *corpus*, ou seja, o conjunto de unidades de texto inicial que posteriormente foi analisado (CAMARGO; JUSTO, 2013a).

A análise dos dados consiste em examinar, categorizar, classificar em tabelas, testar, ou do contrário, recombinar as evidências quantitativas e qualitativas para tratar as proposições iniciais de um estudo (Yin, 2015).

O IRAMUTEQ é um *software* gratuito, desenvolvido sob a lógica da *open source*, ancorado no *software* R, que possibilita diferentes tipos de análise estatísticas, a partir de dados textuais (análise lexical), podendo eles ser entrevistas, documentos, redações, entre outros (CAMARGO; JUSTO, 2013b).

A utilização de softwares estatísticos vem sendo cada vez mais frequente em estudos qualitativos, especialmente na área de Ciências Humanas e Sociais (NASCIMENTO; MEANDRO, 2006; LALOU, 2012).

A análise lexical de dados textuais permite a utilização de métodos estatísticos sobre variáveis essencialmente qualitativas (textos), com o objetivo de combinar vantagens dos enfoques quantitativos e qualitativos. Diferentemente da análise de conteúdo, a análise lexical não tem como conteúdo semântico dos textos, mas sim, o seu vocabulário, que neste caso é identificado e quantificado em termos de frequência e até mesmo posição dentro do corpo do texto. Desse modo, o material lexical é submetido a cálculos estatísticos e, portanto, sistematizados a partir da identificação e organização do seu vocabulário, para posteriormente ser interpretado pelo pesquisador (JUSTO; CAMARGO, 2014).

O uso do *software* IRAMUTEQ possibilita diferente tipos de análises sobre *corpus* textuais, a saber: análises lexicais clássicas, de especificidades, de similitude, nuvem de palavras, e análises quantitativas de dados textuais por meio do método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) (CAMARGO; JUSTO, 2013b).

Nessa pesquisa, foi utilizada a CHD, na qual os segmentos de textos são classificados em função dos seus respectivos vocabulários, e o conjunto deles é repartido em função da frequência das formas reduzidas. Essa análise visa obter

classes de segmentos de textos que apresentam, ao mesmo tempo, vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente dos segmentos das outras classes. A partir dessas análises, o software organiza os dados em um dendograma, ilustrando as relações entre as classes (CAMARGO; JUSTO, 2013a).

A CHD permitiu a análise lexical do material textual, oferecendo contextos (classes lexicais), caracterizados por seu vocabulário específico e pelos segmentos de textos que compartilham esse vocabulário. Após reconhecer as indicações das Unidades de Contextos Iniciais (UCIs), que constituem o corpus de análise, o programa dividiu o material em Unidades de Contextos Elementares (UCEs), que são os segmentos de textos constituídos, na maior parte das vezes, do tamanho de três linhas, o que permite a identificação das categorias emergentes dentro de cada classe (CAMARGO, 2005).

As linhas de comando (linhas com asteriscos) e as variáveis, previamente organizadas para que o software realizasse o processamento dos dados foram denominadas de: **** *n_01, conforme o número de entrevistados, *g_1...11 (para os gestores), *p_1...13 (para os profissionais que atuam no NASF).

Nessa pesquisa, as palavras na CHD foram selecionadas pela sua frequência, significância e pelos valores de qui-quadrado mais elevados na classe, tendo em vista a compreensão de que eram significativas para a análise. Segundo Chartier e Meunier (2011), o teste qui-quadrado é utilizado para verificar a associação da UCE com determinada classe; portanto, quanto mais alto o seu valor, maior é a associação.

Importante esclarecer que a utilização do *software* não se constitui um método, mas um instrumento de exploração de dados. Embora não faça a análise dos dados, facilita o processamento dos textos longos e numerosos. Assim, não se pode subestimar o papel fundamental do pesquisador na análise dos dados, uma vez que a compreensão e a interpretação cabem a quem os analisa (CAMARGO; JUSTO, 2013b; LAHLOU, 2012; CHARTIER; MEUNIER, 2011).

Segundo Yin (2015), o uso de softwares pode servir como um auxiliar capacitado e uma ferramenta confiável, no entanto, o desenvolvimento de uma explicação rica e completa em resposta às questões iniciais da pesquisa exigirá do pesquisador muito raciocínio e análise pós-computador, assim como, sua própria justificativa analítica. Em outras palavras, “para um conjunto diversificado de evidências, você precisa desenvolver, portanto, suas próprias estratégias analíticas” (YIN, 2015, p. 139).

Desse modo, os dados foram interpretados e analisados por meio de leituras exaustivas dos segmentos de texto categorizados em cada uma das classes fornecidas após o processamento dos dados (*corpus couleur*²²), e em consonância com o referencial teórico apresentado.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal do Paraná – Setor de Ciências da Saúde/SCS e da Secretaria Municipal da Saúde do Rio de Janeiro/RJ, respeitando todos os princípios éticos e seguindo a Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Foram garantidos o anonimato, o sigilo, e o direito de desistência da participação por meio da concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE 1). As aprovações se encontram respectivamente nos pareceres n. 1.523.068 CEP UFPR/SCS (ANEXO 1) e n.1.558.227 CEP/SMS-RJ (ANEXO 2).

²² Ao realizar o processamento do texto, o software oferece também como resultado da análise o *corpus couleur* ou corpus colorido, que permite a visualização dos segmentos de texto característicos de cada classe, identificando-os pelas cores das classes, conforme apresentadas no dendograma.

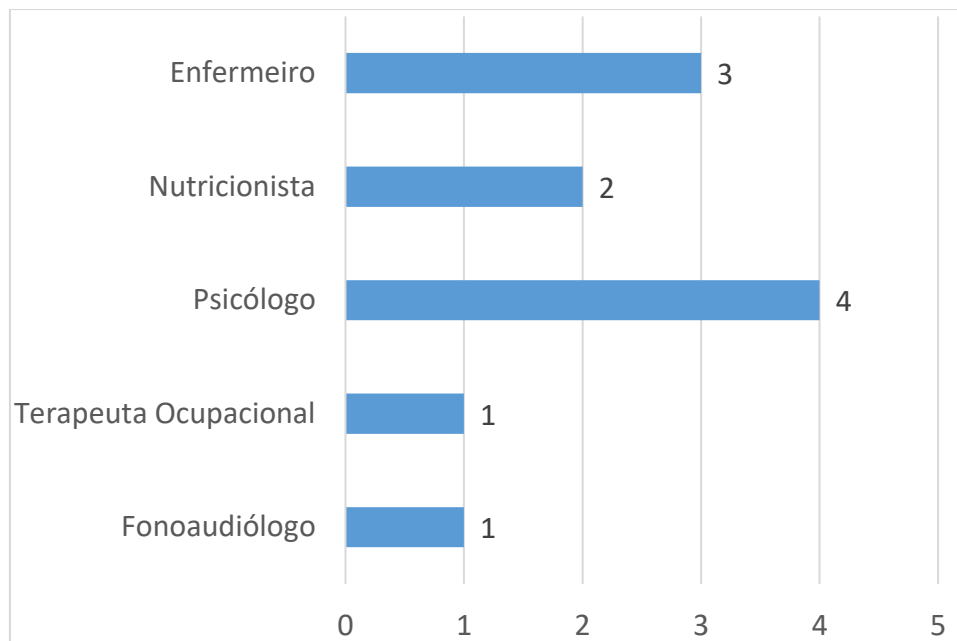
4 RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

4.1.1 Participantes: gestores (apoiadores de NASF)

Como demonstrado no GRÁFICO 1, dos 11 entrevistados nesse grupo, 100% eram do sexo feminino, e pertenciam às seguintes categorias profissionais: psicóloga, enfermeira, nutricionista, fonoaudióloga e terapeuta ocupacional.

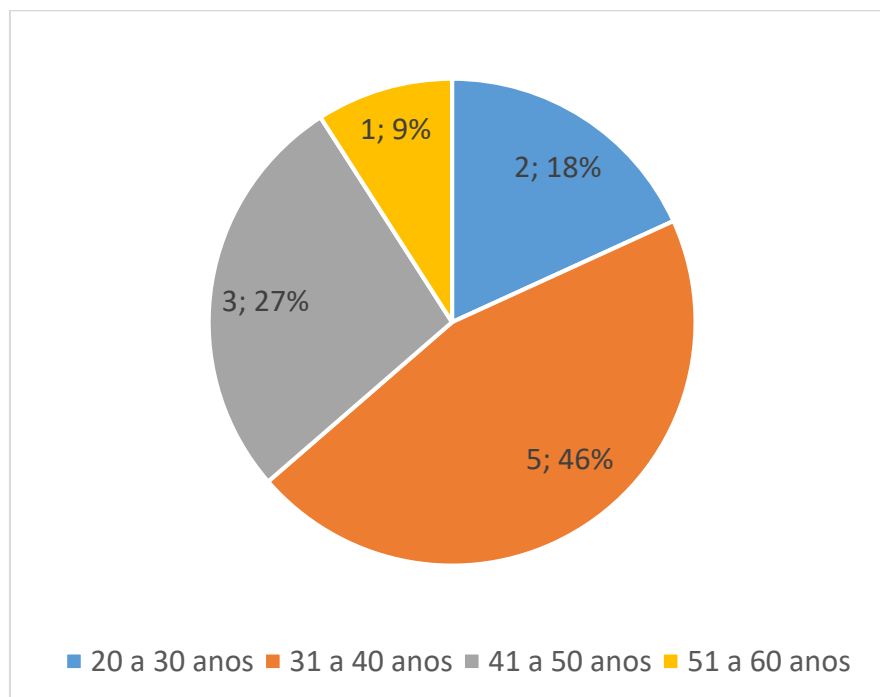
GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS GESTORES DO NASF SEGUNDO A CATEGORIA PROFISSIONAL



FONTE: A autora (2016)

A idade variou de 28 a 51 anos, sendo que a faixa etária predominante foi de 31 a 40 anos, conforme GRÁFICO 2.

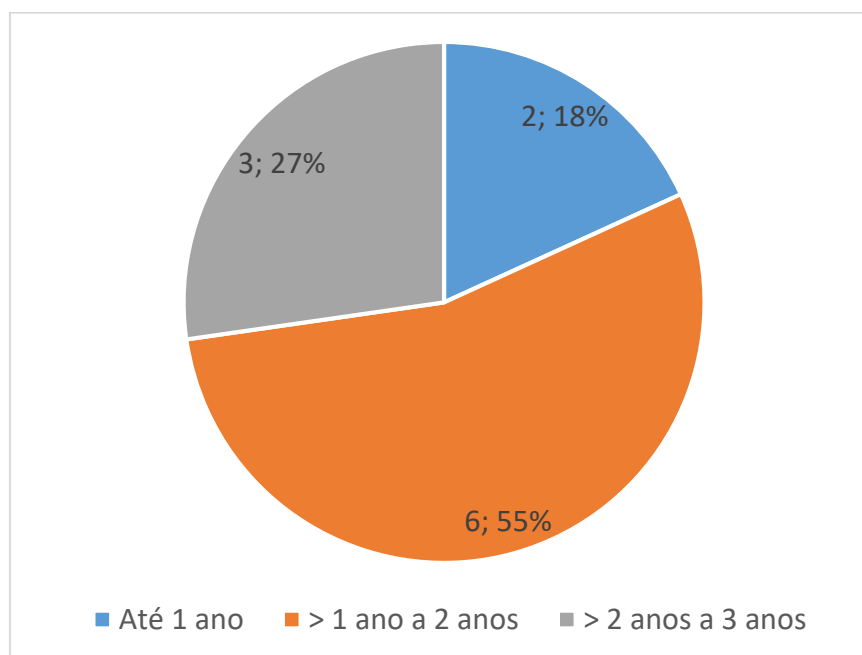
GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS GESTORES DO NASF SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA



FONTE: A autora (2016)

O tempo de gestão no NASF variou de 10 meses a 3 anos, predominando o período compreendido entre >1 ano a 2 anos, de acordo com o GRÁFICO 3.

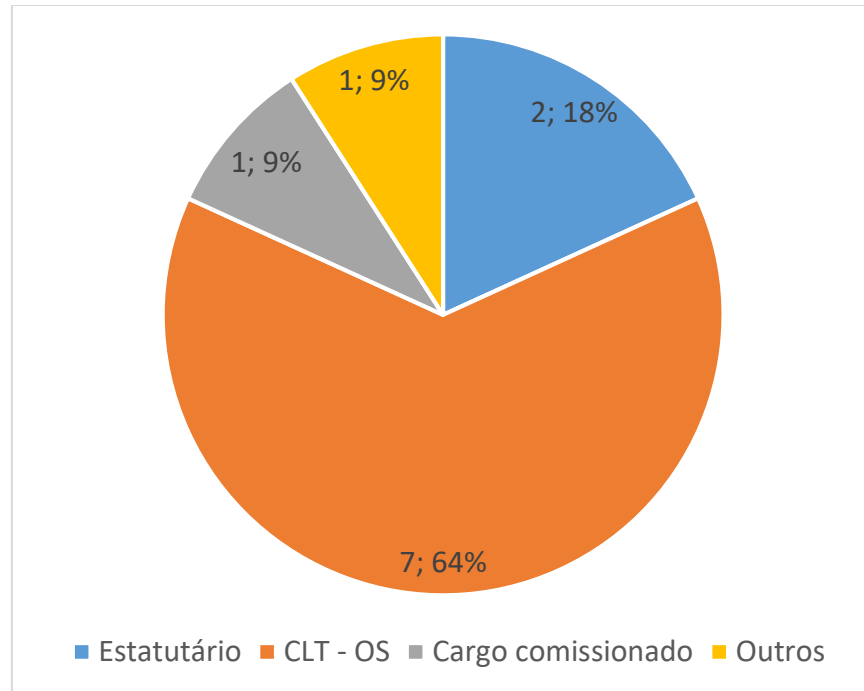
GRÁFICO 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS GESTORES DO NASF SEGUNDO TEMPO DE GESTÃO DO NASF



FONTE: A autora (2016)

O vínculo empregatício predominante foi CLT, por meio das OS, representando 64%. Apenas 18% de estatutários, vide GRÁFICO 4.

GRÁFICO 4 – DISTRIBUIÇÃO DOS GESTORES DO NASF SEGUNDO VÍNCULO EMPREGATÍCIO



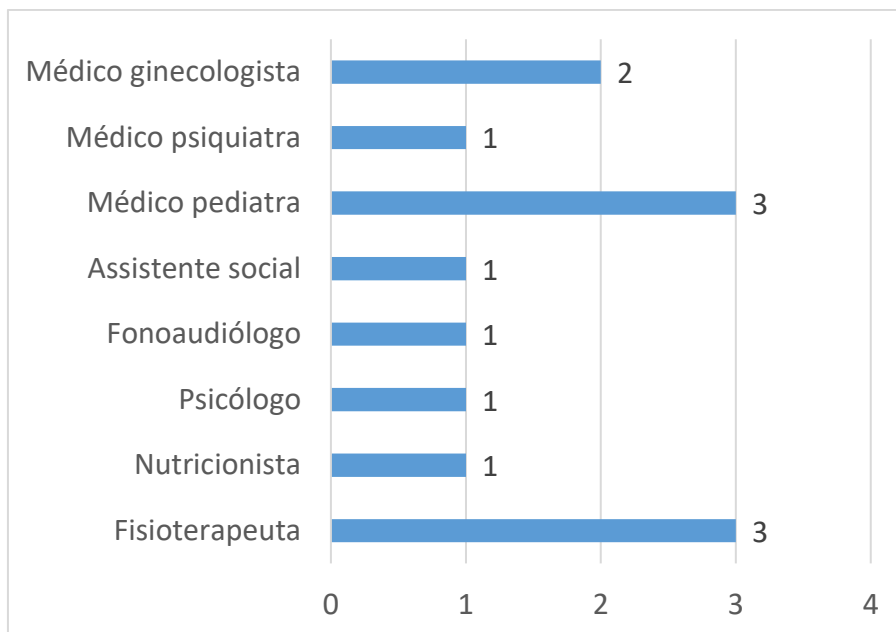
FONTE: A autora (2016)

Em relação à formação complementar, todos, com exceção de 1 participante, declararam ter cursado pós-graduação, sendo 2 deles com mestrado, além de especialização, nas seguintes áreas: saúde da família, saúde mental, gestão de pessoas, atenção primária, auditoria, gestão em saúde pública, saúde pública, saúde do trabalhador e saúde coletiva.

4.1.2 Participantes: profissionais que atuam nos NASFs

Dos 13 entrevistados nesse grupo, 69% eram do sexo feminino e 31% do sexo masculino, e pertenciam às seguintes categorias profissionais: psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, assistente social, pediatra, ginecologista e psiquiatra, conforme GRÁFICO 5.

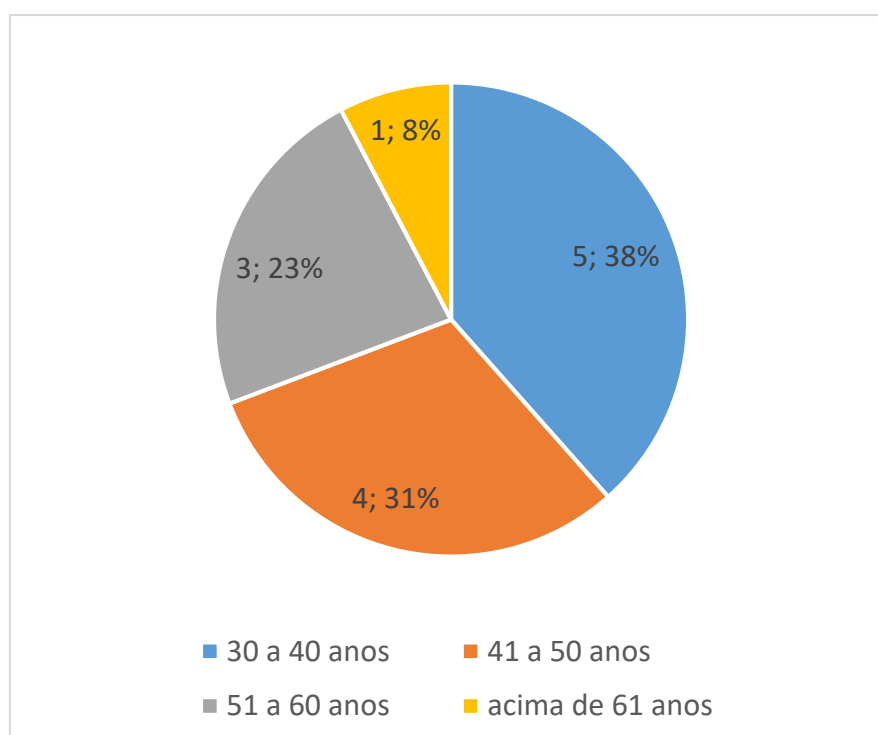
GRÁFICO 5 – DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO NASF SEGUNDO A CATEGORIA PROFISSIONAL



FONTE: A autora (2016)

De acordo com o GRÁFICO 6, a idade variou de 31 a 72 anos, sendo que a faixa predominante foi de 30 a 40 anos.

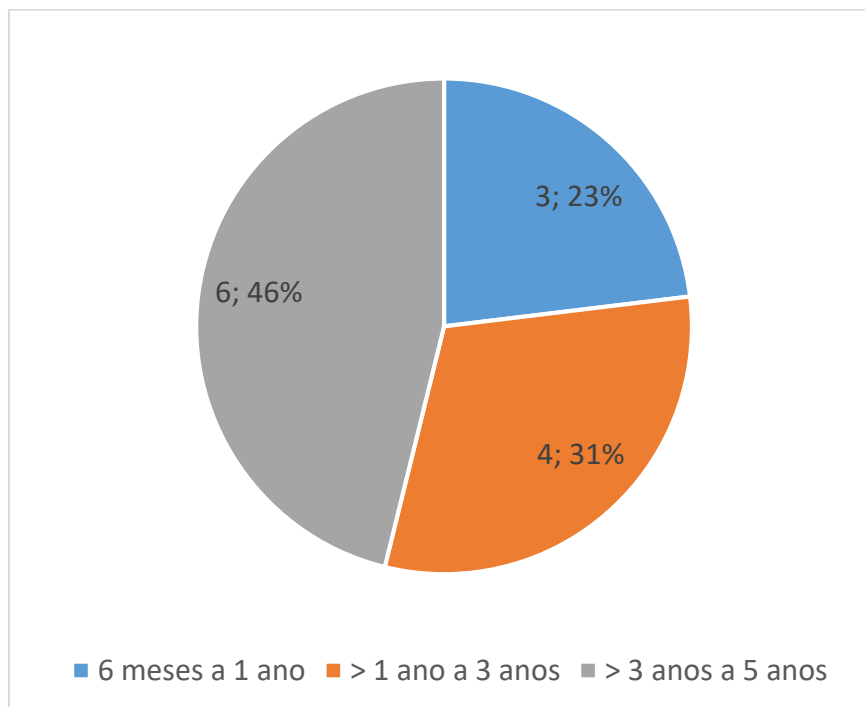
GRÁFICO 6 – DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO NASF SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA



FONTE: A autora (2016)

O tempo de atuação no NASF variou de 6 meses a 5 anos, predominando o período compreendido entre >3 anos a 5 anos, conforme GRÁFICO 7.

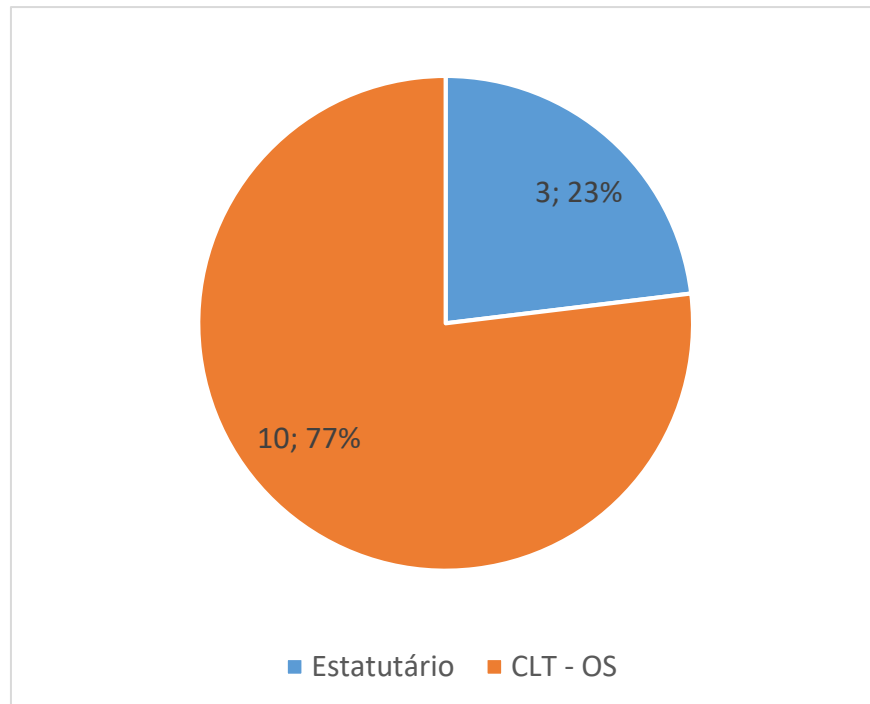
GRÁFICO 7 – DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO NASF SEGUNDO TEMPO DE ATUAÇÃO



FONTE: A autora (2016)

O vínculo empregatício predominante foi CLT, por meio das OS, representando 77%. Apenas 23% dos entrevistados eram servidores estatutários, conforme observado no GRÁFICO 8.

GRÁFICO 8 – DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO NASF SEGUNDO VÍNCULO EMPREGATÍCIO



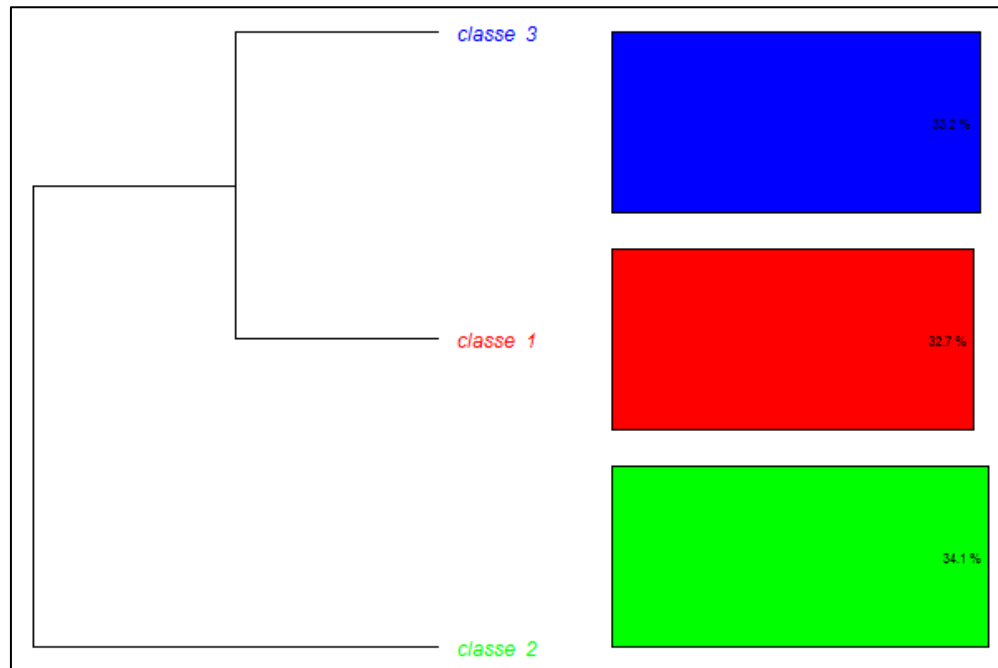
FONTE: A autora (2016)

Em relação à formação complementar, todos os profissionais declararam ter cursado pós-graduação, sendo 2 deles com mestrado, além de especialização. As áreas de aperfeiçoamento citadas foram: neurodesenvolvimento em pediatria, nefropediatria, acupuntura, gerontologia, fonoaudiologia hospitalar, medicina do trabalho, organização hospitalar, políticas públicas e saúde coletiva.

4.2 CLASSES

Conforme demonstrado na FIGURA 7, foram processadas 24 entrevistas constituídas em um único *corpus*, dando origem a 1.813 Unidades de Contexto Elementar (UCE), ou seja, segmentos de texto. Destes, 1.553 (85.66%) foram aproveitados, originando três classes de segmentos de texto. A relação dessas classes está ilustrada no dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD).

FIGURA 7 – DENDOGRAMA DAS CLASSES FORNECIDAS PELO IRAMUTEQ

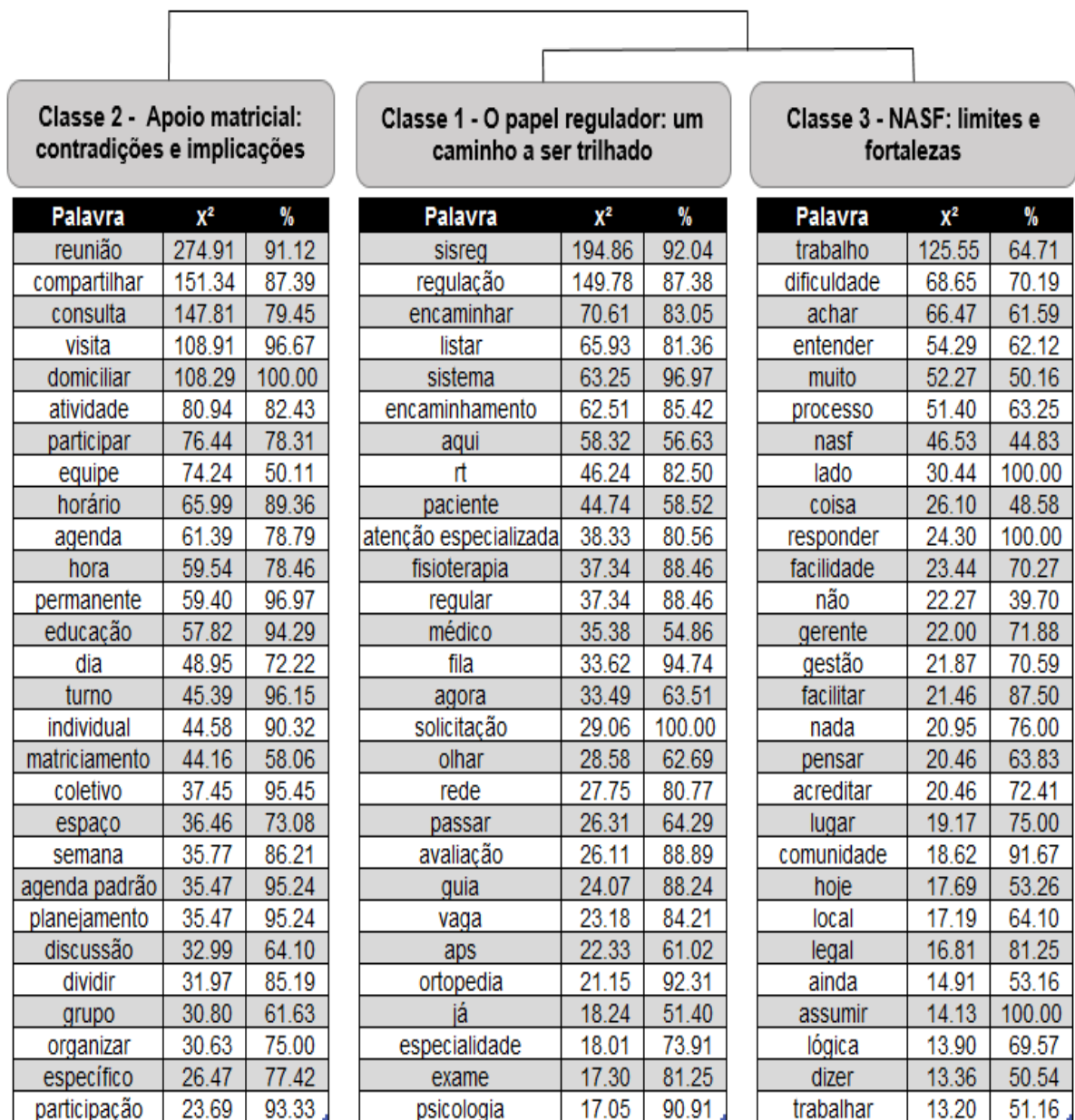


FONTE: A autora (2016)

O dendograma acima apresenta as partições que foram feitas no *corpus* até que se chegasse às classes finais. Ao fazer a leitura da esquerda para a direita, conforme indicado, observa-se a divisão em dois *sub-corpus*, separando a classe 2, constituída de 529 segmentos de texto, que concentrou 34,1% dos segmentos de texto do *corpus* total. No segundo corpus, obteve-se a classe 1, constituída de 508 segmentos de texto, correspondendo a 32,7% e a classe 3, constituída de 516 segmentos de texto, correspondendo a 33,2% do *corpus* total.

A CHD mostrou-se estável com relação às três classes, ou seja, classes compostas de unidades de segmentos de texto com vocabulário semelhante entre si e diferente das classes de outros segmentos de texto. A partir do teste qui-quadrado, da percentagem e da significância, foi computada uma lista de palavras para cada classe, ver FIGURA 8.

FIGURA 8 – DENDOGRAMA DAS CLASSES REFERENTES AO PROCESSO DE TRABALHO DO NASF



FONTE: A autora (2016).

Ao analisar o conteúdo das 3 classes fornecidas pelo *software* Iramuteq, as mesmas foram identificadas com as seguintes nomenclaturas:

Classe 1 – O papel regulador: um caminho a ser trilhado;

Classe 2 – Apoio matricial: contradições e implicações;

Classe 3 – NASF: limites e fortalezas.

A seguir são apresentados alguns segmentos de texto que subsidiarão a discussão das três classes apresentadas.

4.2.1 Classe 1 – O papel regulador: um caminho a ser trilhado

Essa classe revelou aspectos do processo de trabalho do NASF relacionados ao seu papel no apoio à regulação assistencial, expondo questões como a possibilidade de resolutividade dos casos na APS e/ou necessidade de encaminhamento de pacientes para a atenção especializada e limitações no acesso a esse nível de atenção.

Apresentou como mais frequentes e com os valores de qui-quadrado mais elevados os seguintes vocábulos: SISREG, regulação, encaminhar, listar, sistema, encaminhamento, aqui, RT, paciente, atenção especializada.

Grupo gestores:

Na análise dos discursos dos gestores, há o apontamento do papel do NASF no apoio à regulação assistencial e das limitações dessas equipes na resolutividade dos casos na APS:

[...] a gente coloca que uma das atribuições do NASF é qualificação da regulação. Todas as categorias do NASF fazem essa regulação dentro das diretrizes do NASF preconizadas aqui no nosso município, é uma atribuição, da mesma forma que o matriciamento (G 6).

[...] nós temos um acordo, as especialidades que a gente tem no NASF local, só vão para a regulação após matriciamento no NASF, e isso precisa estar descrito no pedido da solicitação [...] porque senão a gente acaba passando, pulando os processos e não consegue avançar. Foi uma atenção que precisamos fazer, é uma obrigação (G 7).

[...] para realizar a regulação a equipe passa para o NASF. Hoje temos isso muito vivo porque a gente também tem essa cobrança no accountability, que é a prestação de contas, e a gente pede que, independente do accountability, que essas listas do SISREG sejam puxadas (G 1).

[...] a gente tem discutido muito com o NASF quando a gente pede para ele olhar as listas do SISREG, principalmente para os profissionais não médicos [...] e a ideia é que esse profissional pegue essas listas no SISREG de solicitações que foram feitas para aquela US que ele matricia e que ele possa olhar [...] ir participando na regulação, na qualificação destas solicitações e o número de encaminhamentos ir reduzindo (G 10).

[...] nós temos aquela situação que o NASF vai dar conta do que está ali, no âmbito que ele pode ter uma resolutividade e tem aquelas coisas que a gente sabe que não vai ser possível ser resolvido só na APS [...] é importante frisar o seguinte, quando regulamos, não é que estamos dando o paciente para a atenção especializada e que ele deixou de ser nosso, ele continua sendo da eSF assim como continua sendo do NASF. Nesse caso o NASF vem principalmente para conseguir qualificar essa regulação (G 4).

[...] eu posso ampliar o seu escopo até esse pedaço, depois desse pedaço eu não dou mais conta, seja pela complexidade, seja pela periodicidade, que é uma discussão que a gente faz muito, de complexidade [...]. Aquele paciente que precisa ser visto 3 vezes por semana pela equipe NASF, não é viável, [então], aquele é um paciente da atenção especializada (G 10).

Os relatos expressam que a participação do NASF no processo de regulação assistencial ainda é um processo em construção. Alguns consideram a regulação como uma atividade importante, enquanto outros apresentam preocupações sobre a redução do NASF a essa função. Das categorias profissionais inseridas, essa atividade está mais instituída na fisioterapia:

[...] o nosso NASF atualmente não está fazendo regulação. Eu tenho sim uma fisioterapeuta que acompanha a lista do SISREG da US dela. Na nossa área isso é muito deficiente ainda, está engatinhando, mas é algo que eu tenho investido nisso. Tenho feito reuniões com as equipes de NASF para conversar sobre a importância de estar regulando (G 2).

[...] [nesse processo] a gente extrapola as possibilidades da APS e possibilita que esse usuário, caso precise, esteja na rede secundária e também na terciária. A regulação, nesse sentido que faz o fluxo e a interligação desses níveis de atenção, é fundamental (G 6).

[...] eu tenho essa preocupação de o NASF virar só um regulador, eu acho estamos um pouco nesse caminho, porque acaba que fica mais visível o trabalho, a resolutividade do trabalho aparece mais quando faz isso. Então vai fazer a gestão de todas as listas do SISREG e a gente perde uma parte importante do trabalho nisso, porque senão o NASF vai ser só a ponte entre a APS e a atenção especializada, e o NASF tem uma potência muito maior do que isso (G 3).

[...] hoje nós percebemos que a reabilitação é nosso benchmarking nesta discussão do NASF no apoio à regulação ambulatorial onde conseguimos zerar solicitações [de fisioterapia] em algumas US e a partir disso, o SISREG é um grande analisador de processo de trabalho. Depende de como você utiliza [...] nós sugerimos listas para várias especialidades, agora vamos começar a trabalhar com outras categorias. Nós trabalhamos com a nutrição, com a fonoaudiologia, a saúde mental estamos trabalhando agora também (G 10).

[...] até porque a gente tem uma dificuldade de trabalhar com os dados do SISREG. Como a gente não ia conseguir puxar tudo [as listas do SISREG], selecionamos uma que era a que tinha mais, que é a ortopedia [verificada pelos fisioterapeutas] e estamos trabalhando só com essa lista (G 3).

Os participantes gestores relataram dificuldades relacionadas ao processo de regulação, seja no acesso às unidades de atenção especializada, seja no desenvolvimento do trabalho, pelo excesso de demandas, ou problemas relacionados à filtragem dos casos:

[...] seria muito importante, e esse é um desafio aqui nosso no Rio de Janeiro, que os sistemas de regulação se comunicassem. Nós temos a rede estadual e municipal de regulação [...] esses sistemas de regulação não se comunicam e isso nos traz impactos que poderiam ser evitados. Isso tem impacto no acesso do usuário à rede e também vai na contramão da integralidade (G 6).

[...] não se conseguia [acesso às listas do SISREG] porque às vezes o profissional NASF buscava, mas como dependia do enfermeiro ou do médico para estar ofertando essas listas, eles nunca tinham tempo. Mas com a insistência eu mostrando a importância [...] a gente foi comendo pelas beiradas e fazendo uma pressão (G 1).

[...] um nó disso é o NASF não ter acesso ao SISREG. Nós dependemos do RT da US. Em algumas US o NASF discute com RT, isso é bem bacana, se consegue fazer [...] tem médico RT que é superaberto, entende que é um cuidado interdisciplinar mesmo e abre para discussão. Alguns não abrem para discussão (G 9).

[...] [a avaliação dos encaminhamentos] deveria ser junto com o NASF, mas muitas vezes não é, justamente pela demanda de trabalho eles encaminham o caso. Mas esse sistema de regulação para determinadas coisas não é feito diretamente com o NASF na minha área (G 2).

[...] não é uma questão fácil [o NASF discutir os casos antes do encaminhamento], é claro, porque a gente esbarra na questão médica [...] antes nós víamos a ortopedia e os fisioterapeutas sentiam uma posição muito desconfortável, porque nem todos os médicos estão abertos para isso. Esbarravam nessa questão: mas o médico sou eu. Eu entendo que preciso da avaliação do outro médico, isso é uma questão de médico para médico. E o NASF ficava nessa situação. Hoje nós vemos algumas questões da ortopedia. Não entramos muito (G 9).

[...] hoje em dia [o SISREG] é um sistema na internet que é muito ruim para determinados casos [...], mas nessa área [psicologia] por exemplo, é péssimo, porque você não regula usuário para psicologia que mora no centro do Rio de Janeiro. Às vezes ele tem uma consulta em Bangu, e se ele tiver que ter algum acompanhamento ele não vai ter, então assim, esquece psicologia. E está no tal do SISREG (G 5).

[...] fazendo uma breve análise no SISREG, não precisa procurar muito, você vê muito encaminhamento mal feito, assim de qualidade mesmo, sem uma definição adequada, outros encaminhamentos que pela definição que eles colocam, percebemos que não precisariam estar ali, que poderiam estar sendo atendidos na APS. A APS poderia estar sendo mais resolutiva e o papel de cada profissional do NASF na qualificação desse encaminhamento. Então nós vemos o potencial do NASF para melhorar a resolutividade na APS e em contrapartida vemos filas gigantes no SISREG (G 11).

[...] tem coisa ali que não precisaria ir para um psiquiatra e que às vezes está no SISREG ou para alguma outra especialidade e que antes poderia estar passando pela equipe do NASF, então o NASF poderia contribuir para qualificar essa solicitação ou para tornar essa solicitação desnecessária. Não

precisa, a gente aqui consegue dar conta dessa situação. Não precisa ir para atenção especializada (G 8).

Grupo profissionais:

Quanto ao papel dos profissionais do NASF no apoio à regulação, verifica-se que esse processo não está totalmente implementado no município. Nos discursos, alguns profissionais executam essa atividade, enquanto outros não. Para este grupo também não há unanimidade quanto a importância da sua participação no processo de regulação assistencial. Fica claro que este é um processo ainda em construção, demonstrado heterogeneidade no município:

[...] regulação são os casos que provavelmente passaram pelos limites da APS e que necessitam ir para uma atenção um pouco mais específica e especializada. Está virando uma função NASF a gente estar regulando também a lista do SISREG (P3).

[...] o médico identifica de repente a necessidade de ele [o paciente] passar pela avaliação do especialista. Esse profissional insere no sistema, mas dependendo da especialidade que ele entenda que o paciente precisa, é quando ele lança mão do profissional NASF. A gente tem um guia que procura mais ou menos direcionar isso. Então, os pacientes de ortopedia, neurologia, reumatologia, alguns de pneumologia, eles costumam passar, no caso, pela fisioterapia antes de inserir (P 10).

[...] com o laudo do médico, do fisioterapeuta, e o encaminhamento para lá [atenção especializada], eles absorvem [o paciente] [...] mas esse contato com o médico antes de encaminhar é feito raramente, infelizmente (P 8).

[...] o SISREG é um ponto que eu ainda tenho que melhorar no meu matriciamento, mas que eu tenho uma combinação com eles, que o que eles acham que tem indicação para a atenção especializada, cirúrgico principalmente, que às vezes eles têm dúvidas, é para vir conversar comigo antes (P 6).

[...] a regulação eu acho que é um instrumento que nós temos que usar e usar bem. Eu já ouvi pessoas dizendo que o NASF veio para acabar com os encaminhamentos do SISREG, para acabar com a lista de espera, para acabar com o encaminhamento. Eu não concordo. Eu não acho que o NASF veio para acabar, o NASF veio para qualificar. Enviavam muitas crianças para neuropediatria, é verdade, era um exagero, agora, eu não parei de enviar [...] a grande facilidade é a gente ter trazido uma discussão de caso com mais qualidade, um SISREG feito com mais qualidade. Isso traz menos trabalho para eles, porque o que eles faziam? Eles enviavam e era devolvido (P 2).

[...] porque todas as eSF, elas não têm essa particularidade de realmente decidir se aquilo tem que ir para um profissional especializado ou não. E acaba que muitas vezes, no meu caso, como é criança, se perde um pouco de tempo [passar pelo processo de regulação], porque eles encaminham primeiro para o pediatra, mesmo se o problema for por exemplo neurológico, eles encaminham para o pediatra para o pediatra decidir se vai encaminhar ou não para o neurologista (P 7).

[...] hoje em dia tudo ficou voltado para a internet, um computador, e tem uma pessoa central reguladora, e tem um sistema que congrega tudo isso. A intenção desse sistema é otimizar a vaga. Como assistente social logicamente eu tenho crítica, porque moramos em uma região que os recursos todos estão centralizados no centro, então fica difícil. Antes de ter regulação, é complicado, antigamente a gente tinha setores privados que prestavam esses serviços (P 13).

Alguns profissionais do NASF também relataram desafios de diferentes ordens relacionadas ao processo de regulação, como: dificuldade no acesso à atenção especializada e diferentes formas de acesso, incluindo a via institucional, por meio do SISREG e via paralela, por contatos diretos, problemas na filtragem dos casos, excesso de demandas e carga horária reduzida:

[...] o SISREG está aí, mas os prestadores antigos não estão no SISREG e essa sempre foi a minha questão, como encaminhar? [...] vou mandar para onde se eu não tenho para onde mandar? Então a gente conversando, vamos tentar arrumar um fluxo, mesmo que seja fora do SISREG, para fazermos esse encaminhamento enquanto os prestadores não entram no sistema (P 11).

[...] no Rio de Janeiro a regulação dos hospitais federais não está no SISREG. Nós não conseguimos regular para eles. O encaminhamento é à mão mesmo, e às vezes de colega médico que trabalha e conhece colega da UFRJ ou conhece o colega da UERJ, e encaminha para as universidades. Eu sou assistente social, eu não participo da regulação, porque assistente social não trabalha nessa área de encaminhamentos médicos. Nossos encaminhamentos são mais para a área de serviço social mesmo, fora, externo e eles não estão no SISREG. No serviço social não existe essa coisa (P 13).

[...] como eu sou 20 horas, eu não consigo estar a todo momento com eles. É isso que chega uma falha, porque às vezes chega no SISREG coisas que não precisariam estar lá [...] essa participação na regulação, é isso que eu preciso melhorar. Eu preciso estar mais perto dos RT na questão desses encaminhamentos [...] eu não consigo chegar, atender, ainda sentar com eles ver o SISREG. Eu vou ter que organizar isso melhor, porque eu realmente não estou conseguindo dar conta de estar junto com eles nesses estágios do SISREG (P 6).

[...] na outra US é até melhor aonde eu faço, porque só é CLT. Todos são da mesma empresa. Aqui é misto. Em alguns casos, alguns médicos são meio fechados para isso, não querem fazer a consulta compartilhada. Eles são os donos da verdade. Lá é bem legal. Se surgiu alguma dúvida que possa acrescentar para o paciente, reúne o médico da equipe, eu, e o paciente e a gente vai discutir se ele precisa de alguma coisa de exame de imagem [antes do encaminhamento] (P 8).

[...] é só fazer uma avaliação melhor, um trabalho em equipe, que às vezes ajuda também. Muita coisa que está sendo encaminhada para atenção especializada não precisaria, poderia ser resolvida na APS (P 1).

Os profissionais também relataram aspectos positivos relacionados ao processo de regulação:

[...] na minha área havia muito encaminhamento para neuropediatria. Uma suspeita de autismo, isso já ia para neuropediatria [...] está agitado, SISREG para neuropediatria. Está distraído, SISREG, portanto o meu matriciamento trouxe uma diminuição desses encaminhamentos, porque no fundo eu acabei dentro da APS avaliando a necessidade dessa regulação (P 2).

[...] nesse caso, eu acho que já está bem redondo, porque no início não. Eles encaminhavam direto. Teve que ser bem falado, bem explicado, para que isso aconteça. A gente começou a fazer essa regulação (P 11).

[...] como eu estou aqui há 7 anos, desde que começou as US com ESF, as coisas vieram melhorando, estão melhorando, os índices de saúde melhoram muito [depois do processo de regulação], os casos de cirurgia que demoravam 6 meses ou 7 antes de ter o SISREG, agora estão indo com menos tempo (P 12).

[...] a gente precisa que esse paciente siga um acompanhamento dentro das equipes. Precisa que as equipes se apropriem desses pacientes e queiram os manter nas equipes [antes de encaminhar], eu estou há 6 meses só no NASF, mas a gente tem conseguido que as equipes comecem a olhar para esses pacientes com um olhar de cuidado e isso tem sido bem interessante (P 3).

Entre os profissionais do NASF, diferentemente do encontrado no grupo dos gestores, aparece fortemente a preocupação do seu processo de trabalho se transformar em ambulatório na APS. Essa visão está diretamente relacionada à compreensão que se tem sobre o papel do NASF na APS:

[...] nós não somos ambulatório, nós não deveríamos ser ambulatório, mas acaba que a fisioterapeuta teve que criar grupos para poder desafogar a lista do SISREG e está assim, 50, 60 pessoas em um grupo só [...] para você melhorar, você precisa ser atendido de 1 a 2 vezes na semana, e isso é ambulatório, isso não é NASF. Estão acabando com os ambulatórios, mas não estão dando para onde essas pessoas correrem, para onde essas pessoas serem atendidas, e complica um pouco (P 4).

[...] [antigamente eu] marcava retorno se houvesse necessidade, mas sempre junto com os profissionais, fosse médico e enfermagem. Atualmente é só eu atendendo [ambulatório] não estou fazendo matriciamento. A regulação é uma coisa muito complicada também aqui [...] aqui eu luto muito com isso porque eu falo, toda a vez que chegam para mim e falam você é a pediatra do NASF? Eu falo: agora eu não sou mais NASF [...] se a coisa continuasse dessa forma [modelo de NASF], eu acho que hoje em dia já teríamos um resultado muito melhor. Só que realmente isso se perdeu, porque a questão da mortalidade da criança aqui e da materno-infantil aumentou na nossa área, então foi essa necessidade de se manter ambulatórios para a gente poder dar um suporte melhor para a população (P 7).

[...] para 20 horas é muito trabalho, então quanto mais eu conseguir que os médicos sejam autônomos, que a equipe seja competente na sua avaliação,

mais me sobra tempo para eu fazer esse trabalho de promoção, senão eu vou ficar limitada a atender (P 2).

[...] caso venha direto [o paciente] direciona pelo fluxo correto, porque senão ambulatoriza, e é uma coisa que a gente tem lutado bravamente para que não aconteça, os profissionais da eSF têm acesso à nossa agenda full time [...] a gente sempre acaba tendo que lançar mão da atenção especializada, até porque, o objetivo do profissional de NASF não é o ambulatório, o objetivo principal não é o ambulatório (P 10).

4.2.2 Classe 2 – Apoio matricial: contradições e implicações

Na segunda classe fornecida pelo *software* Iramuteq estão contempladas questões referentes ao matriciamento, e às contradições que envolvem esse conceito. O tema apoio matricial, referencial teórico-metodológico que orienta o processo de trabalho do NASF, apesar de permear as três classes, aparece nessa com maior ênfase.

Nesta classe os vocábulos: reunião, compartilhar, consulta, visita, domiciliar, atividade, participar, equipe, horário, agenda, hora, permanente, educação, dia, turno, individual, matriciamento e coletivo, foram mais frequentes e tiveram os valores de qui-quadrado mais elevados.

Grupo gestores:

Nos discursos dos gestores há um relativo consenso sobre a definição do matriciamento, sendo em geral definido como troca de saberes entre as equipes NASF e eSF, entretanto, divergem na compreensão dos espaços em que ele pode ser realizado. Nos relatos, o apoio matricial aparece dissociado do atendimento individual, contudo para um dos entrevistados (G3), o atendimento individual é entendido como um dos conjuntos de ações decorrentes do apoio matricial:

[...] matriciamento é poder oportunizar momentos de troca de vivências, experiências, e principalmente, de saber. Não necessariamente precisa ser uma atividade específica [...] é estar em uma posição de compartilhamento e de construção permanente, em que você contribui, mas que você também se permite ser contribuído. E é um lugar que eu diria que precisa ser problematizador, provocador (G 6).

[...] envolve saberes diferentes onde um profissional que tem um saber encontra com outro profissional que tem um outro saber, e a partir daquilo ali, tem um encontro. Eu entendo que isso é matriciamento (G 5).

[...] para mim, matriciamento envolve processo de trabalho, porque ele envolve basicamente o apoio de uma equipe que detém conhecimentos específicos a uma outra equipe que tem outros conhecimentos específicos, então este matriciamento para mim é uma troca, um aprendizado contínuo. Para mim, melhor definição de matriciamento é educação permanente (G 11).

[...] eles faziam esse matriciamento por exemplo, no corredor, na hora que o profissional estava sem paciente, não tinha aquela formalidade [...] e eles achavam que aquilo ali era suficiente para estar fazendo matriciamento, mas o matriciamento você precisa sentar e precisa que seja uma coisa com uma formalidade (G 2).

[...] não dá para entender que o espaço de matriciamento é um espaço só na consulta, eu você e o paciente. Quando eu estou em uma reunião geral discutindo um caso, eu estou fazendo matriciamento, quando eu estou em uma reunião de NASF e convido a equipe para discutir um caso também [...] a equipe mais madura vai fazendo isso no dia a dia, encontra no corredor e conversa, isso é natural, e se eu não considerar isso matriciamento eu vou considerar o quê? (G 7).

[...] acho que o matriciamento é feito principalmente a partir da reunião de eSF, da discussão de caso, [...] em todas essas ações esse apoio está acontecendo porque sempre que tiver um profissional do NASF fazendo qualquer ação junto com profissional da eSF, seja a discussão de caso, seja o atendimento individual, seja a visita domiciliar ou o grupo, vai estar acontecendo o matriciamento (G 3).

[...] o NASF tem um pouco mais de propriedade de entender que o apoio matricial é qualquer atividade que a gente troque com a equipe, seja ela na consulta, eu estou matriciando, seja ela no corredor: fulana, tenho esse caso aqui, o que que você acha? Isso é matriciamento. O grupo é matriciamento. Eu acho que o matriciamento é tudo aquilo que a gente consegue trocar com as equipes. Trocar mesmo, e a gente se colocar na posição de receber também [...] a gente matricia pelo telefone, a gente matricia pelo e-mail, hoje pelo WhatsApp (G 9).

Para os gestores, o apoio às eSF é executado por meio de diversas ações. O atendimento individual aparece em vários relatos como parte importante do processo de trabalho, apesar de não ser consenso entre os gestores. Em alguns relatos, verifica-se a priorização das atividades coletivas ou compartilhadas, ou ainda de atividades generalistas, havendo grande valorização da participação dos NASFs em reuniões. O matriciamento ora aparece como se fosse uma atividade isolada, ora como conceito:

[...] [a agenda padrão dos profissionais do NASF] tem que conter aquelas atividades que a gente entende que são essenciais para o NASF como: visita domiciliar, consulta compartilhada, consulta individual, planejamento, atividades coletivas (G 9).

[...] cada NASF vai organizando a agenda de acordo com a necessidade do território [...] tem a organização da agenda que contempla: matriciamento, visita domiciliar, atendimento direto, que não seria o atendimento

ambulatorial, mas sim o atendimento individual, ações educativas, consulta compartilhada (G 2).

[...] o que eu vejo que as equipes estão conseguindo fazer é consulta compartilhada. Todas as categorias. Eles fazem muita atividade coletiva, que são as atividades em grupo. Eles participam muito com as equipes, nos grupos que têm que acontecer na US, grupo de tabagismo, de gestante, eu vejo alguns NASFs a equipe bem envolvida com essas atividades coletivas (G 8).

[...] as atividades que o NASF realiza são consultas compartilhadas, atividades coletivas, grupos específicos do NASF, grupo de saúde mental, visita domiciliar. O NASF busca estar próximo das equipes nas suas próprias atividades, discussão de casos, enfim, todas as ações que a gente entende como matriciamento (G 6).

[...] nós temos como atividades do NASF: as ferramentas do matriciamento, a visita domiciliar, as discussões de caso, a consulta compartilhada, o atendimento individual, os grupos, a própria questão da educação permanente, as reuniões intersetoriais, as visitas às escolas [...] uma coisa que a gente avançou também no NASF, no início tinha muito aquela questão: mas o NASF não faz consulta individual [...] calma aí, existem casos e casos, a gente precisa reavaliar, o NASF não vai virar ambulatório, não é isso, mas eu tenho casos que eu vou precisar dar uma atenção maior [...] mas que eu visualizo que com uma média de cinco atendimentos eu vou conseguir dar uma resolutividade sem precisar encaminhar (G 4).

[...] tem muito essa coisa em função dessa recusa, não a gente não vai atender diretamente, que é principalmente esse atendimento individual direto que é a maior demanda, e que na verdade não é atendida [...] o NASF é chamado a todo momento para consultas compartilhadas porque já foi entendido que consulta individual não pode, então, o segundo degrau, segundo nível é a consulta compartilhada, porque essa lógica ainda está muito dentro desse atendimento individual (G 5).

[...] tem as consultas individuais que sempre foram um nó porque no início não queríamos que eles fizessem, mas fomos entendendo que era importante que acontecesse então existe também o espaço de consultas individuais (G 7).

[...] um elemento importante do processo de trabalho da equipe é a participação dos profissionais nas reuniões de eSF [...]. A participação do NASF nas reuniões de eSF, que é uma parte grande do trabalho, que é onde tem a discussão de caso (G 3).

[...] tentamos nos organizar de acordo a contemplar as reuniões de eSF porque entendemos como um espaço potente para estar desenvolvendo o matriciamento (G 4).

[...] faz parte da agenda padrão alguns tipos de reuniões: participar das reuniões de eSF, onde pelo menos um representante de NASF deve estar dentro das reuniões [...] um outro momento é a reunião de matriciamento [...] nossa pactuação é que sempre tenha pelo menos um representante do NASF na reunião da equipe técnica para discutir fluxo, caso, e a reunião geral para todos aqueles informes gerais (G 9).

Grupo profissionais:

Os profissionais dos NASF definiram matriciamento do mesmo modo que os gestores, em termos gerais como troca de saberes, mas em alguns relatos percebe-se indícios de transmissão de conhecimento em uma só via, conforme relatos de P3 e P10. Para este grupo, o matriciamento é efetivado com base nas ações compartilhadas entre eSF e NASF. O papel assistencial por meio do atendimento individual não aparece como uma das ações que fazem parte do apoio matricial. Os discursos evidenciam os espaços formais e informais como oportunidades de realização do matriciamento:

[...] o matriciamento, como eu vou explicar, é uma oportunidade que a gente tem de aprendizado, de trocar também, aprendizado tanto eu aprender com eles, quanto eles comigo. É uma troca de conhecimento a respeito de um caso que estamos vendo juntos (P 6).

[...] matriciamento para mim é tornar comum um conhecimento que é à princípio específico, sabendo das especificidades de cada profissão. A gente tem algumas atribuições específicas do profissional, e tem algumas atribuições comuns a vários profissionais (P 4).

[...] é um apoio que a gente dá às equipes no sentido da transmissão de um trabalho mais específico de cuidado, o empoderamento das equipes de como manejar problemas de saúde mental [...] é estar junto como as equipes construindo respostas (P 3).

[...] na nossa realidade não é sempre que acontece [o matriciamento] muitas vezes é no corredor, a ACS pegando gente (P 1).

[...] o matriciamento pode acontecer em diversos momentos, eu acho que não só na consulta compartilhada, mas em uma discussão de caso, em uma educação permanente, em uma visita domiciliar. O matriciamento acontece em todas essas oportunidades (P 6).

[...] o matriciamento a gente procura aplica-lo de duas maneiras: a mais comum é durante as consultas compartilhadas mesmo, onde na hora que você está examinando o paciente, fazendo uma orientação [...] você vai falando: estou fazendo isso aqui para ver, como se tivesse falando com o paciente, mas com intuito de atingir o profissional. Essa é a forma mais comum. A forma mais incomum, mais rara, mas que não deixa de acontecer, é em algumas reuniões que a gente faz, reunião de matriciamento (P 10).

[...] matriciamento acontece tanto nas consultas compartilhadas, até mesmo em conversas, nas reuniões de equipe, acontece a todo instante na verdade. Eu acredito nisso. Acredito que o matriciamento é feito a todo momento, porque é uma agarrada no corredor que o profissional diz (P 11).

[...] o matriciamento é feito ou por via telefônica; bom agora temos o whatsapp que também está funcionando. Isso aí tem que ser colocado porque o whatsapp é uma realidade e uma ferramenta ótima! Tem muitas colegas que colocam aqui as dúvidas no whatsapp. Antes era ou por telefone ou pessoalmente, agora tem o whatsapp (P 12).

Para este grupo, o apoio às eSF se dá de diferentes formas, priorizando as ações compartilhadas, valorizando a participação dos NASFs em reuniões, que na prática nem sempre é viável. O atendimento individual aparece em alguns relatos, especialmente como um desdobramento de uma consulta compartilhada, ou em função do excesso de demanda das eSF, e quando é citado como prioridade no processo de trabalho, é de forma desconectada com a ESF, no modelo de ambulatório tradicional fragmentado:

[...] sou eu quem organizo a minha agenda dentro daquilo que é esperado para o NASF [...] depois eu faço a consulta compartilhada, e antes da consulta compartilhada, eu tento fazer uma discussão do caso e uma análise do prontuário eletrônico. Depois fazemos a consulta compartilhada, e a partir daí podem sair várias diretrizes (P 2).

[...] eu combinava com eles: primeiro, consulta compartilhada [...] eu falo: vocês se organizem e o que vocês precisarem de mim, eu estou aqui. Organizo também atividades educativas [...] participo da reunião de equipe, discussão de caso [...] e eles também têm meu WhatsApp [...] mas eu às vezes me sinto subaproveitada. Tem pouco paciente agendado para consulta compartilhada comigo, eu penso: será que é porque sabe resolver? [...] às vezes o médico está vendo paciente na ambulância, enfermeiro endoidecido, e eu atendo sozinha, porque eu não tenho como exigir deles a participação dentro de uma US que está naquele vuco-vuco do atendimento. Essa exigência de ter que estar junto é bom para a questão educativa, do aprendizado, mas se às vezes isso falha por questões do dia a dia da US [...] eu consigo fazer um outro momento esse aprendizado acontecer. Não precisa ser ali na hora da consulta somente (P 6).

[...] nossa agenda é organizada basicamente pelos próprios profissionais das eSF. Eles fazem as marcações de consultas, consultas compartilhadas também, a gente desenvolve dentro do processo de trabalho, além das consultas individuais e consultas compartilhadas, visita domiciliar [...] claro a gente tem um acesso à nossa agenda até porque muitas vezes quando você faz a consulta compartilhada e em um eventual retorno, a gente acaba sempre marcando essa consulta individualizada [...] mas sempre, todo o atendimento individualizado, pode acontecer de a equipe marcar e não ser possível atender comigo, não tem problema, eu acolho o paciente, atendo o paciente, e dou o feedback [para eSF] (P 10).

[...] no meu caso ela [consulta compartilhada] não ocorre de forma efetiva. Acaba que eu vejo a necessidade sozinha, e como eu não consigo acessar o profissional [...] eu me sinto sozinha em um lugar que eu não posso atender o tempo inteiro porque eu não tenho carga horária para isso, não tenho espaço, e eu vou fazer o que com estas pessoas que aparecem? A outra dificuldade são os próprios médicos entenderem a necessidade da consulta compartilhada. É um trabalho maçante que a maioria não faz, são raros os que fazem. Esse primeiro contato com o paciente deveria ser na consulta compartilhada, mesmo que depois a gente marque as consultas individuais, mas nem sempre acontecem (P 11).

[...] eu faço consulta compartilhada e faço consultas individuais também entre as consultas compartilhadas. Faço visitas domiciliares, discussões de caso, interlocuções com território (P 3).

[...] nosso horário é dividido entre atendimento individual, teoricamente deveria ser 100 % consulta compartilhada, atividade coletiva, visita domiciliar, reunião de equipe NASF, reunião de equipe do NASF participando das reuniões de eSF (P 4).

[...] nós tentamos priorizar as consultas compartilhadas, nem sempre é possível, mas de alguma maneira a gente tenta fazer a troca daquele atendimento. Se naquele momento o enfermeiro ou médico não pôde estar comigo naquele atendimento, no final do dia ou do atendimento, eu tento falar com eles e a gente ter essa troca, até porque algumas coisas eu vou depender deles para a gente chegar em uma resolução porque eu não estou lá todos os dias (P 9).

[...] a maioria é consulta, consulta individual [...] as atividades são basicamente consulta. 80% são consultas [individuais] (P 12).

[...] atualmente meu trabalho está sendo agendas marcadas para atendimento. Eu atendo sozinha, não faço com outro profissional [...] eu não participo das reuniões de eSF. Atualmente só desenvolvo atendimento ambulatorial (P 7).

[...] nós participamos das reuniões de equipe. Nós buscamos espaço nessas reuniões de equipe. Trabalhamos diretamente com as equipes discutindo os casos (P 3).

[...] participar sempre das reuniões de equipe eSF é um dos desafios, é uma das nossas metas para 2016 e 2017. Estamos com esse indicador baixo, mas estamos tentando melhorar ele bastante. Nos últimos 2 meses conseguimos ir em quase todas e estamos nos organizando para que isso melhore (P 4).

[...] aqui infelizmente eu não consigo participar das reuniões de matriciamento e geral, porque a gente também participa das reuniões gerais das US, que ocorrem justamente no horário que eu não estou [...] na outra US a gente tem uma escala de reuniões de matriciamento semanal, e cada semana indicam uma equipe, onde ali a gente faz o mesmo processo de estudo de caso, discussão de casos, e desenvolve o PTS e agendamentos também (P 10).

4.2.3 Classe 3 – NASF: limites e fortalezas

Nesta classe estão contempladas questões referentes ao contexto que o NASF está inserido, que impactam diretamente no desenvolvimento do seu trabalho, apresenta aspectos importantes na construção e consolidação de um processo relativamente novo e repleto de desafios.

A terceira classe fornecida pelo *software* Iramuteq apresentou como mais frequente e com valores de qui-quadrado mais elevados os vocábulos: trabalho, dificuldade, achar, entender, muito, processo, NASF, lado, coisa, responder, facilidade, não, gerente, gestão, facilitar, nada, pensar, acreditar, lugar, comunidade.

Grupo gestores:

Como limites no trabalho do NASF, a importância da compreensão do papel dessas equipes aparece como ponto crucial no discurso dos gestores, evidenciando a dificuldade no entendimento de quais ações lhe competem, tanto por parte do próprio profissional que atua nessas equipes, quanto das eSF, e dos gestores, além de aspectos relacionados a dificuldades de diferentes ordens para o desenvolvimento do trabalho, como questões de infraestrutura e excesso de demandas:

[...] tem profissionais do NASF que não incorporam esse atributo do NASF [de apoio às eSF] é uma coisa que ainda é muito deixada de lado. Ainda ficamos muito na lógica de responder às demandas [atendimento] [...] quando o gerente local não tem essa compreensão [do que é o trabalho do NASF], qualquer construção de trabalho fica difícil, porque a cobrança vai ser sempre uma que o NASF não vai poder atender ou que ele vai ter que dar um jeito de atender, e vai descaracterizar o trabalho do NASF para poder atender a demanda do gerente (G 3).

[...] eu não tenho todos os profissionais [de NASF] ainda que tenham essa visão [de que o NASF deve apoiar no processo de regulação] e que acham isso importante, que isso faz parte do processo de trabalho e isso é uma coisa que eu também tenho discutido muito (G 2).

[...] se é uma eSF que é organizada, que consegue discutir os casos, que entende o que é NASF, o trabalho fica mais azeitado, senão eles estão lá, ficam esperando a demanda chegar (G 8).

[...] todo mundo conhece o trabalho do NASF? Ainda temos aquelas [eSF] que só querem encaminhar, segura que o filho é teu (G 7).

[...] [a eSF deve] olhar o NASF não como algo a mais para eu fazer, um trabalho a mais, mas ainda existe dificuldade de as equipes enxergarem o NASF como um facilitador do processo (G 4).

[...] a grande dificuldade do trabalho do NASF hoje é o entendimento das equipes do processo de trabalho do NASF. Isso é uma questão gritante [...] o não alinhamento de expectativas é uma dificuldade, porque hoje a expectativa do profissional da eSF é uma, a do gerente local é outra, a do NASF é outra, a da gestão é outra, e a expectativa da gestão maior é outra. E o NASF está no meio de tudo isso. E tem também a expectativa do usuário [...] esse não alinhamento da expectativa é uma dificuldade que impacta diretamente no trabalho do NASF [...] quando o gerente local entende o trabalho do NASF, a potencialidade do NASF, o NASF entra na escala de sala, perfeito. Tem gerente que não entende isso, então o NASF não está na escala de sala [...] não entende o processo de trabalho, porque no processo de trabalho do NASF ele também vai fazer atendimento individual, faz parte de todo o processo. Ele não tem entendimento nem do que é o próprio do NASF (G 9).

[...] eu sempre uso esse exemplo, a horta é muito legal, mas eu preciso falar de sífilis, eu preciso falar de tuberculose, eu preciso me ver. Por que tuberculose não tem a ver com você, nutricionista? Temos feito esta discussão [...] porque senão é isso, estou lá fazendo a horta e minha equipe

está se descabelando com caso de óbito no território, e aí não dá. Não podem ser dois processos de trabalho dentro de uma US (G 10).

[...] a ESF de fato reconhecer o NASF como parceiro, como parte do processo de trabalho, porque tanto a ESF quanto o NASF se queixam. O NASF se queixa porque a ESF não os reconhece [...] são queixas dos dois lados com relação a essa coisa do valor do profissional, do reconhecimento enquanto um processo de trabalho, uma política de trabalho. Isso para mim é o grande nó que é o que eu tenho me empenhado muito em fortalecer, essas relações de reconhecimento do trabalho de ambos, para que os dois se reconheçam e que se entendam como parte (G 2).

[...] hoje em alguns NASF a gente ainda encontra um pouco de dificuldade dessa troca com a equipe, mas avaliando dos anos anteriores é quase que nada, antes eu via muita dificuldade nesse sentido e isso acaba impactando em todo o processo de trabalho (G 1).

[...] tem equipe NASF que faz essa mediação muito bem, essa disputa saudável muito bem, de bancar uma lógica de trabalho do NASF de matriciamento mesmo [com as eSF] e tem equipe que não faz, que não tem isso tão incorporado no seu cotidiano de trabalho, e acaba entrando nessa coisa do ambulatório [...] então bom, já que a equipe não funciona do jeito que eu acho que dá para eu apoiar, eu vou fazer outra coisa. E é uma disputa (G 3).

[...] o NASF, não sei se alguém em outra entrevista falou, mas em várias áreas é: o nada se faz ou o não apoia a ESF. Tem muito essa coisa em função dessa recusa. Eu acredito no compromisso dos profissionais, eu aposto naquilo, eu acho que não se trata às vezes nem de competência, se trata de uma mudança cultural mesmo, eu sei como é difícil tudo isso (G 5).

[...] sobre o processo de trabalho do NASF só pontuando, eu sei que a gente tem que fazer as coisas caminharem, mesmo com os atropelos, mas vamos tentar definir condições melhores para as pessoas realmente desenvolverem seu trabalho antes de atochar exigência. Exigência de um monte de coisas. Vamos mesmo definir isso, porque no Rio de Janeiro as pessoas estão pelas tabelas, elas não aguentam mais (G 5).

[...] nós temos US que estão passando por reformas e que o NASF não consegue ter uma sala para colocar a bolsa. Isso parece pouco, mas quando você vai ver no dia a dia, caramba, atendi 15 pessoas hoje e não consegui registrar ninguém porque não consegui achar um computador vazio! São coisas que no dia a dia vão significando para mim que não estão valorizando tanto meu trabalho, e o médico continua com o computador dele. Às vezes são detalhes, mas que constroem na gente um significado ruim e que eu tento valorizar, porque eu sei o quanto é ruim isso (G 7).

[...] as demandas assistenciais são muitas mesmo. A gente tem equipes com uma população muito maior do que deveria, então tem muita equipe que acaba sendo atropelada por essas demandas, se sobrecarregando, e não dando conta de algumas outras funções, como por exemplo, de conhecer território, fazer diagnóstico e planejar. Eu tenho visto que é muito comum as equipes entrarem numa lógica de dar conta ali dos casos pontuais sem conseguir olhar de longe e refletir sobre esse trabalho sem planejar, e é uma luta diária para não cairmos nisso, porque é muito fácil virar um ambulatório, porque a demanda maior é essa. A demanda maior de muitas eSF, de gerente, é de dar conta desses casos (G 3).

Entretanto, entre as fortalezas, observam-se aspectos positivos em relação às equipes NASF como o direcionamento das ações por parte da gestão municipal, a existência dos apoiadores institucionais, além da importância da formação para o desenvolvimento do trabalho:

[...] eu acho o saber multiprofissional, que para a própria equipe NASF, é muito agregador. É uma equipe forte, que consegue ser vista a sua potência (G 4).

[...] estamos evoluindo muito, entendendo que a gente pode impactar outras coisas. Nós não somos só números de consultas, temos que impactar a saúde, afinal, saúde serve para quê? [...] nós temos profissionais muito interessados, muito engajados e que têm construído processos muito interessantes. Não é à toa que eles têm sido premiados pela SMS de várias formas (G 7).

[...] quando eu olho o resultado do NASF, apesar de todas as dificuldades, eu percebo sim que a gente impacta na vida do usuário [...] a gente discutir NASF em lugares maiores também é uma coisa que facilitou. Discutir sobre o NASF com o município, com todas as áreas, é uma coisa bem bacana, porque eu acho que você institucionaliza o trabalho. As pessoas começam a perceber que não é uma coisa do NASF, não é uma coisa minha, é uma coisa institucionalizada (G 9).

[...] nesse tempo que eu assumi essa atribuição [apoiador de NASF] o município vem avançando nesse objetivo de dar corpo ao processo de trabalho do NASF. Quando ele constrói as diretrizes NASF, dá uma descrição mais objetiva do que se espera do NASF, isso deu uma amarração e um norte (G 6).

[...] estes documentos todos [de orientação do processo de trabalho] a gente espera vá ajudar esses profissionais a terem um norte. Eles ficaram muito tempo sem saber o que fazer. Não sabiam o que o NASF fazia, nem como fazia. O que é esse NASF? E não só os profissionais do NASF, mas as equipes apoiadas também (G 11).

[...] sem esses apoiadores [de NASF] nós não conseguiríamos implementar tudo o que temos pensado aqui, apesar de que muitos desses apoiadores não estão exclusivos para trabalharem só com o NASF (G 10).

[...] tem uma característica de formação dos profissionais que eu acho que é fundamental também, tanto da ESF quanto do NASF. A gente vê que por exemplo, médicos da ESF que são médicos de família, com formação, têm uma outra visão do trabalho do NASF. Enfim, várias críticas, mas eles têm uma compreensão melhor desse trabalho e conseguem usar melhor esse trabalho do matriciamento. Tanto médicos quanto enfermeiros que têm essa formação em saúde da família. Tanto isso quanto a formação da própria equipe do NASF, porque tem muitos profissionais saídos de residências, de especializações, que têm uma outra compreensão do trabalho. Formação é uma coisa que é bem importante (G 3).

[...] essa coisa do perfil para profissionais de NASF é importante. Hoje o que a gente faz para contribuir para isso, [...] hoje eu abro o NASF dessa CAP para estágio para residência, porque a gente entende que esse processo formador vai fazer diferença lá na frente [...] o trabalho do NASF é puro artesanal, sabe aquela coisa de ir fazendo, costurando, rematando, constrói

desconstrói [...] o NASF precisa ter esse perfil, mas essa é uma questão para nós, porque os profissionais não estão preparados para isso (G 9).

Grupo profissionais:

No discurso dos profissionais do NASF também se observa como limite a compreensão do processo de trabalho, revelando principalmente a necessidade do entendimento de quais ações lhe competem por parte dos próprios profissionais que atuam nessas equipes e das equipes apoiadas. Na visão deste grupo de entrevistados, há clara tendência de foco nas ações no âmbito técnico-pedagógico, com resistência ao atendimento individual, no sentido de se tornarem responsáveis pelos casos e não mais as eSF. Os profissionais também evidenciaram dificuldades de diferentes ordens para o desenvolvimento do seu trabalho, principalmente relacionadas à infraestrutura e excesso de demandas, especialmente das eSF, que acabam impactando no processo de trabalho deles:

[...] primeiro eu acho que nós profissionais NASF precisamos entender qual é o nosso processo de trabalho, qual é a função NASF. A função NASF é uma função apoiadora, ela não é uma função substitutiva. Ela não tem uma função ali de estar no lugar das eSF, ela tem uma função de responder às demandas da equipe. Ela precisa ser solicitada. O NASF não está ali para substituir a equipe, para ir respondendo, para ir fazendo algo no lugar da equipe, ele está ali para dar um apoio [...] é essa delegação que o psiquiatra matriciador não pode aceitar, a delegação de se transformar o atendimento de NASF em um grande ambulatório, porque é pedido o tempo todo: atenda, atenda, atenda. A gente não pode. Tem que resistir ao pedido da consulta o tempo todo. É preciso investir na consulta compartilhada. É um trabalho difícil porque você nem sempre consegue que a consulta compartilhada seja bem-vinda. Esse pedido é um pedido que você tem que insistir nesse lugar. O matriciamento é feito muito por esse processo da insistência (P 3).

[...] é muito complicado essa visão do especialista na APS, porque geralmente o especialista não é da APS. E a confusão NASF é essa, por isso que muitas pessoas pensam que a gente tem que fazer ambulatório (P 2).

[...] o entendimento do trabalho do NASF, essa é a grande dificuldade é o grande nó. Às vezes a gente tem muita dificuldade com alguns profissionais que não entendem, acham que estou passando o caso para o NASF e não é mais meu. E quando a gente devolve o caso, devolve no sentido assim, ele é nosso, eles têm um estranhamento com a gente. O NASF não faz nada, porque na verdade, eles querem que a gente resolva, quando nós não somos a equipe que dá continuidade do cuidado ali no dia a dia, nós somos a equipe de apoio, nós vamos estar juntos, mas eles são equipe de referência (P 6).

[...] dificuldade para desenvolver o trabalho é às vezes as equipes não entenderem o trabalho do NASF. Eu acho que eles entenderem que a gente não está aqui para fazer ambulatório e absorver tudo. A dificuldade é que às vezes eles não entendem que o caso não passa a ser meu (P 5).

[...] hoje a US está tranquila, está vazia, mas às segundas-feiras a US está cheia, praticamente todos os consultórios ocupados. A gerente já deixa aquela sala da hipertensão e diabetes por conta dos profissionais do NASF, só que nós somos às segundas-feiras em 3 profissionais aqui na US (P 10).

[...] tem um computador para cada equipe, mas não tem um computador para o NASF. Temos que ficar pedindo pelo amor de Deus, ou então vendo uma sala vazia, caçando computador, caçando um lugar nas US, porque não tem lugar para nós. O que sobrar a gente está ali no cantinho (P 1).

[...] desenvolver tudo só em 20 horas eu acho que é pouco, esse tempo deveria ser aumentado. Eu acredito que o NASF realmente foi feito para 40 horas. Depois na nossa US é espaço, nós somos uma US muito pequena e falta aquele espaço para podermos fazer um trabalho mais em grupo. Nossa sala é junto com os ACS. Eu vejo existem US que são grandes e o NASF consegue ter a sua sala e consegue desenvolver um trabalho e outras que não, e tem que se adequar (P 2).

[...] a demanda da US no dia a dia atropela todo mundo, por mais que às vezes a gente se planeje. Aqueles profissionais que eu tenho uma aproximação melhor, que a gente consegue fazer um trabalho bem permeável, bem tranquilo, eles ainda assim têm dificuldade por conta da demanda [...] eu entendo que é corrido, que é complicado, tem muita demanda, mas aos poucos vamos construindo (P 6).

[...] a gente sempre esbarra muito nas demandas, porque as demandas acabam sendo grandes e as equipes acabam ficando um pouco sobrecarregadas com agenda e mais as demandas, e nem sempre eles têm esse horário disponível para estar com o NASF (P 9).

Diferentemente dos gestores, apontaram dificuldades para o cumprimento das metas estabelecidas e a divergência de metas para o NASF e para as eSF:

[...] a gente trabalha o NASF com metas e existe aí uma dissonância entre o que está para a gente e o que está para a eSF. Enquanto o nosso trabalho não estiver embrenhado na meta da equipe, não vai rolar. Eles querem uma coisa e nós queremos outra, e quando a gente entra, a gente está dando mais trabalho, não está somando [...] enquanto as metas não forem juntas, a gente ainda vai ter muita dificuldade de saber como trabalhar, de ajustar as coisas (P 6).

[...] eu acho um pouco de dificuldade nessas metas estabelecidas também. A gente nunca vai conseguir fazer o que diz na lei, o que está proposto, mas é necessário que a gente tenha um olhar melhor, mais eficaz, para essas metas não serem cobradas. Eu sei que tudo é número hoje em dia, mas eu acho que se criou o NASF com uma proposta e isso não deve se perder (P 11).

Em contrapartida, como fortalezas foram apontados aspectos positivos por parte dos profissionais, demonstrando a heterogeneidade em relação ao processo de trabalho do NASF no município. O vínculo com o ACS aparece como importante para o desenvolvimento do processo de trabalho:

[...] eu acho um trabalho interessantíssimo o trabalho do NASF. Ele é superpotente, um trabalho muito potente que tem realmente uma função de construir com as equipes novas possibilidades de cuidado, que tem uma função muito grande. Eu gosto muito de fazer esse trabalho (P 3).

[...] eu gosto muito de trabalhar em equipe, tanto trabalhar com a eSF, quanto trabalhar com uma equipe de NASF que me dá um suporte eu acho que isso faz o nosso trabalho crescer (P 5).

[...] outra facilidade, apesar daqui que somos 3 andares de US fica meio fragmentado, a gente conseguiu uma boa interação[com a eSF]. Eu falei: imagina se fosse todo mundo no mesmo andar? Seria muito bom (P 11).

[...] eu acho que eu tenho facilidade, primeiro porque eu sou médica de família, já tenho vivência da medicina de família, fui médica de família muito tempo [...] mas é porque eu estou ali, tem um outro médico, e um ajuda o outro, isso é uma facilidade, você compreender como funciona a ESF (P 6).

[...] eu acho que conseguimos criar um bom vínculo com alguns ACS, são os que mais trazem coisas, e com algumas equipes, onde o vínculo é melhor, que conseguimos absorver mais casos (P 1).

[...] a grande facilidade de trabalhar como assistente social no NASF com eSF é a questão do ACS, que por incrível que pareça, traz uma abertura enorme. Coisas que a gente nunca via, a gente começa a ver com a presença desses profissionais. Quem falar que o programa de ACS é ruim está mentindo. Eles que vão mesmo, eles que descobrem coisas. O ACS para mim é o personagem principal da ESF, acho que sem ACS não existe ESF (P 13).

5 DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Nesta pesquisa, os discursos dos participantes não expressaram diferenças significativas no processo de trabalho entre os profissionais de categoria médica com os profissionais de outras categorias, como referido na metodologia para a escolha dos participantes, tendo em vista a experiência no município de Curitiba.

O predomínio significativo de profissionais do sexo feminino atuando nos NASFs foi semelhante ao encontrado na pesquisa de Lancman et. al. (2012), realizada no município de São Paulo, assim como a faixa etária predominante dos profissionais atuantes, entre 30 e 40 anos. Entretanto, em relação ao tempo de atuação no NASF, a maioria dos profissionais do município do Rio de Janeiro apresentaram tempo maior do que do município de São Paulo, sendo entre >3 e 5 anos contra 12 a 18 meses, respectivamente. Essa diferença se justifica pelo tempo de implementação dos NASFs nos municípios, já que essas equipes haviam sido implantadas recentemente no município de São Paulo na época da realização do estudo.

Em pesquisa realizada com gestores de um município de grande porte do Paraná, houve predominância do sexo feminino, com tempo de atuação superior a dois anos, e apresentação de formação complementar, assim como encontrado nesta pesquisa (VOLPONI; GARANHANI; CARVALHO, 2015).

5.2 O PAPEL REGULADOR: UM CAMINHO A SER TRILHADO

No NASF, a relação apoio *versus* assistência é controversa, mesmo havendo um referencial teórico de base e pesquisas discutindo essa prática. Se o apoio matricial, ferramenta de trabalho explorada nos documentos normativos e na produção acadêmica gera diferentes apreensões, que dirá a função de regulador para a atenção especializada, cuja descrição se limita a um parágrafo no Caderno de Atenção Básica n. 39. Cabe lembrar que no primeiro Caderno de Atenção Básica do NASF essa atribuição não existia, portanto, somente a partir de 2014 foi conjecturada essa possibilidade perante as normativas oficiais. Diante disso, publicações de experiências dessa atuação são praticamente inexistentes.

Um dos principais desafios do SUS é a garantia qualificada da atenção aos usuários que necessitam de cuidado especializado, de modo pontual ou continuado. Tradicionalmente, os serviços de saúde especializados são desvinculados da APS, sem que haja o contato personalizado entre os profissionais, nem a construção de projetos terapêuticos (TESSER, 2016). Soma-se a isso a estruturação “insuficiente” e heterogênea da rede de cuidados especializados, tornando-a um gargalo na construção do Sistema (TESSER; POLI NETO, 2017).

A coordenação de casos e o papel de filtro, ou seja, a seleção dos usuários que necessitam de serviços especializados, no Brasil, ainda é pouco praticada, o que dificulta ainda mais a construção de uma rede de atenção integrada (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Diferentes estratégias têm sido implementadas em diversos países para promover a integração entre a APS e os demais serviços da rede de atenção, dentre elas: a responsabilização territorial de especialistas, aumentando a comunicação e relação com os profissionais, a comunicação virtual entre esses profissionais (correio eletrônico, videoconferências, aplicativos de mensagens) etc. (PINHEIRO et al., 2016).

Na Espanha, entre as medidas implantadas para aproximar os profissionais generalistas e especialistas, destaca-se a experiência de consultores especialistas nas áreas de cardiologia, dermatologia, gastroenterologia, traumatologia, entre outras. Esses profissionais são vinculados a hospitais de referência e se deslocam aos Centros de Saúde (no Brasil, US), para realização de consultas compartilhadas, capacitações, elaboração conjunta de protocolos (ALMEIDA et al., 2013).

Um estudo realizado em quatro cidades brasileiras: Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória apontou que a preocupação em criar estratégias de integração entre a APS e a atenção especializada ainda é embrionária nos municípios investigados, sendo mais desenvolvida em Belo Horizonte. Dentre as estratégias adotadas, segundo os entrevistados, a teleconsulta e teleconferência foram consideradas como importantes instrumentos para a efetivação dessa prática. Em Florianópolis e Belo Horizonte, a territorialização dos serviços especializados, que funcionam como referência para as US de determinada região também foi avaliada positivamente, pois além de facilitar o acesso, melhora o contato entre o especialista e o profissional da equipe de referência. O matriciamento também se destacou entre

as inovações implementadas para aproximar especialistas e profissionais da APS (ALMEIDA et al., 2013).

O apoio matricial é uma das estratégias relevantes para a racionalização do acesso e do uso de recursos especializados, promovendo ordenação de um sistema interdisciplinar (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Diante da demanda excessiva de encaminhamentos para a atenção especializada e das intermináveis filas para especialidades, e no esforço de efetivar o cuidado em saúde, o município do Rio de Janeiro, além de promover estratégias na tentativa de solucionar, ou ao menos, amenizar esse problema, como por exemplo, a implantação do SISREG, a inserção do RT nas US e a criação de guias e protocolos clínicos que auxiliam na tomada de decisão para os encaminhamentos, traz no NASF a possibilidade de potencializar essa estratégia, inserindo esses profissionais na participação do processo de regulação e desse modo, dispor da capacidade de atuação nos cuidados especializados de acordo com cada área de atuação profissional.

Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória fazem parte dos municípios que também implantaram o SISREG para o gerenciamento do complexo regulatório. Além de regular o acesso, esse sistema permitiu conhecer o tamanho real das filas de espera para a atenção especializada e o seu monitoramento, proporcionando o acompanhamento do percurso do usuário, a reavaliação das filas nas US e o planejamento da oferta em função da demanda, além da definição de prioridades clínicas, avaliação do índice de absenteísmo, entre outros (ALMEIDA et al., 2010).

Apesar dos esforços da SMS/RJ em implementar a regulação ambulatorial como parte do processo de trabalho do NASF, o estudo evidenciou que esse processo ainda está em construção, gerando apreensão por parte de alguns gestores, (apoiadores institucionais) a adoção dessa atribuição, e, portanto, não sendo desempenhada por todos os NASFs do município. Inclusive, verifica-se o receio dessa atribuição se tornar prevalente sobre as demais atividades, reduzindo a atuação dessas equipes à “ponte” entre a APS e a atenção especializada.

Entretanto, neste município, o NASF possui outras funções institucionalizadas. É possível que a resistência ou preocupação por parte de alguns gestores exista talvez pela forte priorização das atividades generalistas, coletivas, educativas, de promoção à saúde e prevenção de doenças, por parte das suas próprias diretrizes oficiais, que acabam desvalorizando o potencial de cuidado

especializado dessas equipes. A categoria profissional que se destaca no avanço do papel regulador é a fisioterapia, relatada por alguns entrevistados, em função da grande demanda para especialidades afins.

Na tentativa de implementar, de fato, essa atribuição, em alguns locais do município do Rio de Janeiro foi definido que na solicitação do encaminhamento do usuário para a atenção especializada, deve estar descrito que o caso foi apreciado pelo NASF, quando assim ocorrer, indicando ao RT que o caso já foi filtrado. Contudo, os entrevistados relatam dificuldades para a obtenção das listas do SISREG, uma vez que não possuem acesso às mesmas, dependendo de outro profissional. Esse obstáculo acaba prejudicando a implementação da nova atribuição, ainda em fase de construção, assim, sugere-se a busca de alternativas para facilitar esse acesso.

Curitiba também tem buscado estratégias na tentativa de superar o modelo tradicional especializado, no sentido de promover uma rede de atenção integrada. Uma delas é a promoção de pontos de (tele)regulação, (tele)consultoria. Antigamente não havia relação entre a APS e a atenção especializada. Os médicos não recebiam retorno algum ou orientação sobre os pacientes encaminhados para as especialidades. Os casos referenciados eram apenas diferenciados como “prioridade” ou não, pelos médicos das US no momento do encaminhamento. Com o passar do tempo, a maioria das pessoas inscritas em filas de espera eram definidas como prioritárias. Foram detectadas muitas situações que poderiam ser resolvidas na própria APS, a partir de uma orientação ou consultoria (presencial ou à distância) (PINHEIRO et al., 2016).

Diante da constatação, uma estratégia adotada por Curitiba foi a instituição do papel regulador aos profissionais dos NASFs, a partir de 2014. Esses profissionais passaram a ser referências na regulação clínica dos temas da sua área de atuação, realizam o apoio clínico aos profissionais de referência e fazem a avaliação dos encaminhamentos realizados para outros pontos de atenção (PINHEIRO et al., 2016). Além disso, são responsáveis por avaliar os encaminhamentos antigos que se encontram em fila de espera, com objetivo de verificar qual a melhor opção para o desfecho do caso: se a permanência do encaminhamento, se o encaminhamento deve ser feito para outra especialidade, ou ainda, se o próprio profissional do NASF consegue resolver na APS. O papel regulador se apresenta mais fortalecido nas categorias médicas, embora outras categorias como fisioterapia, nutrição e psicologia venham avançando nessa prática. Inclusive, para algumas especialidades ou

procedimentos, apenas os profissionais do NASF (não médicos) conseguem encaminhar, de acordo com a sua área de atuação. Um exemplo é o encaminhamento exclusivo via nutricionista de NASF para o serviço especializado na Linha de Cuidado da Obesidade. Outro exemplo é a solicitação de exames audiológicos exclusivamente pelo fonoaudiólogo.

Desse modo, pôde-se observar uma tendência geral de diminuição das filas reguladas pelo NASF após a inserção destes profissionais na prática de regulação. Ademais, gradualmente, esses têm auxiliado a gestão municipal na definição das necessidades dos serviços especializados, justamente for fazerem essa ponte entre os níveis de atenção (TESSER; POLI NETO, 2017). Importante esclarecer que a redução das filas de espera para a atenção especializada não se deve apenas ao papel regulador do NASF, e sim, pela associação dessa função com o apoio clínico dispensado às equipes de referência, que auxiliam na qualificação dos encaminhamentos e no aumento da resolutividade na APS (PINHEIRO et al., 2016).

Alguns estudos descrevem que a relação entre eSF e NASF nem sempre é fácil (LANCMAN et al., 2012; GONÇALVES et al., 2015; KLEIN; d' OLIVEIRA, 2017), por diversas razões, como por exemplo, a expectativa por parte da primeira que o NASF possa responder às demandas por atendimento especializado individual, a dinâmica prevista para o desenvolvimento do trabalho diferente para as duas equipes, a formação e experiência profissional de cada um, entre outras (GONÇALVES et al., 2015). Além disso, a vivência na gestão tem mostrado empiricamente que ainda há a resistência de alguns médicos das equipes de referência quanto à aproximação dos profissionais do NASF, especialmente de outras categorias que não médicas, no que se refere à regulação. A queixa de dificuldade de abertura do médico para discutir um encaminhamento sem critério esbarra em questões corporativas, assim como encontrado nesta pesquisa, sendo difícil o manejo.

Costa et al. (2014) salientam que o trabalho em saúde vai se constituindo a partir de relações de poder reveladas pelo saber médico, e assim, o trabalho acaba sendo desenvolvido isoladamente, e não em conjunto, prejudicando a prática interdisciplinar.

Um item comum na fala dos participantes desta pesquisa foi o encaminhamento de casos para a atenção especializada que poderiam ser resolvidos ou atendidos na própria APS. Zuma, Oliveira e Rodrigues (2016), relatam que após estudo sobre as filas de espera no SISREG no município do Rio de Janeiro, verificou-

se em algumas especialidades a existência de um estreitamento significativo em função da baixa oferta de vagas, mas também pelo excesso de encaminhamentos desnecessários. Outro ponto de destaque foi a baixa qualidade dos encaminhamentos, frequentemente com pouca ou sem descrição clínica que os justificassem. Harzheim, Lima e Hauser (2013) atribuem a dificuldade na identificação de quais problemas devem ou não ficar sob os cuidados da APS no município do Rio de Janeiro à insegurança de médicos recém-formados e despreparados para atuação nesse nível de atenção, contribuindo para que as taxas de encaminhamento sejam altas e inadequadas. Existem queixas frequentes junto à Ouvidoria referentes à regulação ambulatorial e suas limitações. Neste sentido, as comissões locais de regulação (RT) poderão ajudar, juntamente com os NASFs.

A situação acima descrita não é rara de se detectar. Em Londrina, no Paraná, a partir da análise das filas de espera, constatou-se situações adversas como encaminhamentos incompletos e repetidos, usuários que desconheciam o encaminhamento, assim como alguns que já tinham resolvido seu problema por outras vias, e o mais preocupante, casos urgentes perdidos na fila (BADUY et al., 2011). Pinheiro e colaboradores (2016) salientam que mesmo nos países com os melhores sistemas de saúde no mundo é comum o paciente aguardar alguns meses para a realização de uma cirurgia eletiva, mas o maior problema pode ser um sistema que não consiga diferenciar a urgências de casos que podem ser resolvidos na APS. Neste sentido, o NASF pode ser uma excelente ferramenta no auxílio da qualificação das filas e regulação dos casos, resolvendo as situações que são passíveis de resolução na própria APS, e priorizando as situações de urgência que não podem aguardar.

Nesta lógica, não é raro que eSF pouco qualificadas não filtrem adequadamente os casos, gerando excesso de referências. Essa prática também pode sobrecarregar o NASF com excesso de usuários “referenciados”, e ele, como alternativa à quantidade de pessoas referenciadas, atuarem demasiadamente com grupos e ações territoriais generalistas, assim como evidenciado nesta pesquisa. Nesses casos, o suporte técnico-pedagógico é importante, pois induz melhoria na filtragem e faz os usuários necessitados chegarem aos especialistas adequados, evitando que as eSF façam encaminhamentos desnecessários (TESSER, 2016).

Outro ponto de destaque nos discursos tanto dos gestores quanto dos profissionais do NASF foi a dificuldade na integração dos sistemas municipais, estaduais e federais para a oferta de consultas/procedimentos para a atenção

especializada. Esses obstáculos favorecem o acesso paralelo à rede de serviços, muitas vezes por meio de conhecidos pessoais alocados nos serviços de referência, gerando inequidades no sistema de saúde. Rocha (2015), aponta a existência de diversos serviços públicos no município do Rio de Janeiro, principalmente os federais, que não disponibilizam vaga no sistema (SISREG), ou quando disponibilizam é uma pequena parcela, constituindo fluxos paralelos de atendimento, criando demanda própria, por meio do acolhimento direto dos usuários ou pelas vagas de retorno. Sinaliza que essa desarticulação dificulta a organização do acesso dos usuários à rede de serviços. Diante desse cenário de fluxos paralelos, fica difícil determinar a real oferta de consultas especializadas e procedimentos no município. Os hospitais tendem a funcionar como associações, onde quem consegue acesso dispõe de todos os serviços, enquanto pacientes inclusive de maior gravidade não conseguem entrar nunca (HARZHEIM; LIMA; HAUSER, 2013).

Uma pesquisa realizada com profissionais do NASF em João Pessoa também evidenciou o acesso ao serviço especializado por meio de relações pessoais, ou seja, o profissional não acionava o serviço, e sim o conhecido que trabalhava naquele local, demonstrando fragilidades na rede de atenção à saúde. Neste caso, o bom apoiador era aquele que conhecia vários profissionais em diferentes locais, com facilidade de comunicação e era visto como o que tudo resolvia (SAMPAIO et al., 2015).

Esta pesquisa evidenciou que a depender da região de moradia do usuário, as consultas especializadas disponibilizadas via SISREG são impraticáveis, considerando a distância de deslocamento. Cunha e Campos (2011), alertam que em grandes cidades, pode parecer atraente o encaminhamento do usuário para uma consulta no outro extremo da cidade, mas por outro lado, além de significar uma barreira no acesso, dificulta a integração dos serviços de saúde.

Os profissionais do NASF destacaram a dificuldade em cumprir todas as funções pertinentes a eles devido a pouca carga horária e excesso de atribuições/atividades prescritas. Esse relato corrobora com a pesquisa de Sampaio et al. (2015), apontando que todos os profissionais de NASF entrevistados se queixaram de sobrecarga de trabalho com múltiplas atribuições, causando desgaste.

A constituição de redes integradas é essencial para a garantia do cuidado em saúde (ALMEIDA et al., 2010). Neste sentido, o NASF pode ser um potente dispositivo para reverter a lógica dominante dos serviços especializados, frequentemente fragmentados, sem contato com a APS e sem vínculo com o usuário, podendo

contribuir para o melhor alcance da coordenação dos cuidados e integração entre os níveis de atenção.

Diante dos dados desta pesquisa, percebe-se diversos obstáculos na concretização do papel do NASF no processo de regulação ambulatorial como dificuldades no relacionamento entre eSF e NASF, a existência de encaminhamentos desnecessários, casos que poderiam ser resolvidos na própria APS, (além das dificuldades estruturais, mais complexas de serem solucionadas), mas esse é um trabalho que deve ser construído, a partir de ações de educação permanente, paulatinamente possibilitando o empoderamento da equipe matriciada e melhoramento nos aspectos da filtragem dos casos. Logicamente existirão profissionais mais resistentes à ação dos matriciadores, pois entendem que está sendo invadido seu espaço. Neste sentido, seria interessante avaliar a compreensão dos profissionais matriciados (uma das limitações dessa pesquisa).

Há que se cuidar para que o NASF não se transforme apenas em intermediário no encaminhamento para a atenção especializada, desprezando a sua potencialidade de atuação no cuidado especializado efetivo. Em relação ao seu papel, a prática tem demonstrado, empiricamente, que algumas equipes ficam limitadas a apenas mediar as questões que necessitam ou não de atenção especializada, exercendo papel intermediário. Em outras palavras, o NASF fica exclusivamente exercendo papel de filtro (além da atuação voltada para ações de cunho técnico-pedagógico) sem executar atendimento especializado. Em resumo, o NASF diz se vai para a atenção especializada ou não. Claro que essa atividade é fundamental e auxilia na avaliação dos casos que foram referenciados sem necessidade (que não são raros), conseqüentemente, melhorando a qualificação e diminuindo o número de encaminhamentos, mas em contrapartida, se o foco prevalecer apenas nessa prática, desperdiça-se o potencial resolutivo do cuidado especializado.

5.3 APOIO MATRICIAL: CONTRADIÇÕES E IMPLICAÇÕES

Nos discursos dos gestores e dos profissionais se evidenciou o apoio matricial como ferramenta de trabalho dos NASFs, sendo pressuposto para o modelo de atuação, em contrapartida, as divergências e limitações do entendimento e do alcance dessa prática também foram expostas.

Para os entrevistados em geral, o matriciamento foi conceituado como troca de saber, entretanto, para alguns profissionais que atuam nos NASFs, foi conceituado como transmissão de conhecimentos para as equipes apoiadas (uma só via), corroborando com os achados da pesquisa de Klein e d' Oliveira (2017), realizada com psicólogos de NASF do município de São Paulo, uma vez que foram apontadas duas concepções de apoio matricial: a primeira, troca de saber e a segunda, capacitação e supervisão (com exceção a essa última, supervisão, que não apareceu nos relatos dos entrevistados nesta pesquisa). A troca de saber é valorizada no artigo seminal de Campos (1999), em que apresenta o apoio matricial como proposta de um novo modelo de trabalho, baseado na relação horizontal entre os profissionais especialistas e da equipe de referência, com vistas ao rompimento do modelo hierárquico, vertical e fragmentado, comum nos sistemas de saúde.

Segundo Campos e Domitti (2007) e Cunha e Campos (2011), o apoio matricial se concretiza em dois conjuntos de ações: como retaguarda assistencial, por meio dos atendimentos especializados individuais, mantendo o contato com a equipe de referência, que é responsável pelo cuidado e condução dos casos; e como suporte técnico-pedagógico, que pode ser realizado por meio de orientações, troca de conhecimento entre as equipes, atendimento e intervenções conjuntas.

Contudo, ao analisar os dados dessa pesquisa e as publicações sobre NASF que discutem o apoio matricial, somado à trajetória profissional da pesquisadora tanto na atuação prática em uma equipe, quanto parte da gestão delas, quando se trata deste tema, constata-se notoriamente uma dúvida recorrente: o atendimento direto ao usuário, ou seja, o atendimento clínico especializado individual faz parte do matriciamento? E por consequência, o NASF pode/deve fazer atendimento individual?

Apesar do referencial teórico confirmar essa viabilidade, talvez, uma das possibilidades para essa contradição sejam os próprios documentos norteadores para a prática dos NASFs do MS, que valorizam ações de cunho técnico-pedagógico, em detrimento das ações assistenciais, especialmente o primeiro Caderno de Atenção Básica, de 2010, uma vez que o segundo, de 2014, conforme já apresentado, esboça, ainda que timidamente, indícios dessa possibilidade.

Para Tesser (2016), na atuação prática dos NASFs são comuns duas reduções: ou a concentração das atividades na prestação de cuidados especializados aos usuários, "assistencialismo", ou no suporte técnico pedagógico às equipes apoiadas. O autor aponta que tais reduções possivelmente ocorram com maior

frequência em serviços com predomínio da versão assistencialista, entretanto, pontua que na literatura da Saúde Coletiva, a prática de cuidados especializados direto aos usuários é criticada, como se não fosse desejado que a executassem, com exceção das atividades em grupo. Desse modo, o termo matriciamento frequentemente é tido, no sentido reducionista, como sinônimo de suporte técnico-pedagógico às eSF.

Conceitualmente, o entendimento do termo apoio matricial é por vezes equivocado e reflete diretamente na atuação prática dos NASFs. Diante do exposto, é possível afirmar que também parecem existir duas correntes de pensamento sobre este conceito: uma delas, a mais prevalente, é a visão dicotômica de apoio matricial *versus* atendimento clínico direto ao paciente, por vezes denominado “assistência”, como se este último não fizesse parte do apoio matricial. A outra corrente parece entender que o atendimento especializado direto faz parte do processo de matriciamento, e que a partir de um contato entre o profissional de referência com o profissional especialista, pode-se gerar uma demanda para atendimento individual por parte deste último.

Essa dissociação também é referida em um estudo realizado em dois municípios do estado do Rio de Janeiro. Em um dos municípios havia integração entre apoio matricial e atendimentos específicos, e no outro, a dicotomia entre as duas atividades, com priorização de atendimento ambulatorial. Assim, verifica-se a tendência de separar os atendimentos especializados do apoio matricial (PATROCÍNIO; MACHADO; FAUSTO, 2015).

Na pesquisa de Sampaio et al. (2012), p. 321, essas contradições são expostas na fala do gestor da Atenção Básica do município de Campina Grande na Paraíba: “o NASF possui duas vertentes, uma para o apoio matricial e uma para o assistencialismo, e Campina Grande optou pela vertente do assistencialismo”.

Apesar de Lancman e Barros (2011) esclarecerem que o matriciamento pode acontecer também por meio da oferta de assistência especializada ao usuário nas situações de maior complexidade após pactuação entre eSF e NASF, apresentam como um dilema para o profissional do NASF, a necessidade direcionar o trabalho para ações de promoção e desenvolvimento de estratégias de matriciamento com vistas à construção de projetos coletivos, ou em ações direcionadas aos atendimentos individuais.

No relato dos gestores entrevistados nesta pesquisa, o matriciamento aparece dissociado do atendimento individual, com exceção de um dos entrevistados, que o

entende como parte das ações de matriciamento. Entretanto, a maioria dos discursos expressa o atendimento direto especializado como parte do processo de trabalho do NASF, inclusive reconhecendo como um avanço o entendimento da importância dessa prática. Neste sentido, percebe-se equívoco conceitual, em relação ao atendimento individual fazer ou não parte do matriciamento, embora a existência de gestores que critiquem a realização do atendimento clínico direto, e, portanto, priorizem as ações coletivas. Nesses casos, é possível verificar nos discursos a redução do matriciamento às ações técnico-pedagógicas, corroborando com os apontamentos de Tesser (2016). Já para os profissionais do NASF entrevistados, é evidente a associação do matriciamento às ações de cunho técnico-pedagógicas, enfatizando as ações compartilhadas entre eSF e NASF.

Cabe ressaltar que no escopo de trabalho do NASF no município do Rio de Janeiro, está previsto institucionalmente a realização de ações técnico-pedagógicas e clínico assistenciais, que incluem os atendimentos individuais especializados e as atividades coletivas diretas aos usuários.

Dentre as concepções de apoio matricial identificadas em uma pesquisa realizada por Sampaio et al. (2013) com profissionais de NASF de duas cidades da Paraíba, além do apoio técnico pedagógico, ou seja, da troca de saberes capaz de gerar experiência para todos os profissionais envolvidos e contribuir para a autonomia das eSF, o atendimento direto aos usuários por parte do NASF foi considerado como apoio matricial, evitando alguns encaminhamentos para a atenção especializada. Entretanto, no entendimento dos autores do estudo, dependendo de como é operacionalizada, essa prática fere os propósitos do NASF, na medida em que é tido como um dispositivo apenas de contenção de demanda reprimida para serviços de atenção especializada

[...] tal proposta de apoio técnico assistencial, finda, [...] como a oferta de especialistas na Atenção Básica. Neste contexto, a organização da rede dispõe do NASF como um dispositivo de contenção da demanda reprimida para os serviços de maior densidade tecnológica. E ao fazê-lo, o NASF atende aos interesses neoliberais, na medida em que se apresenta como uma alternativa de menor custo à estruturação de uma rede complexa (SAMPAIO et al., 2013, p. 51).

Lancman e colaboradores (2012), apesar da defesa do NASF atuar prioritariamente com foco nas ações coletivas e de promoção à saúde, e de modo compartilhado com as eSF, priorizando as ações de cunho técnico-pedagógico,

trazem o conceito de apoio matricial e reconhecem que o atendimento individual faz parte do matriciamento.

Sobre os espaços em que o matriciamento pode ser realizado, foram citados pela maioria dos entrevistados desta pesquisa: nas interconsultas, nas discussões de caso, nas reuniões de equipe, nos espaços informais como corredores, café, entre outros. Já para psicólogos de NASF do município de São Paulo entrevistados na pesquisa relatada por Klein e d'Oliveira (2017), o matriciamento foi compreendido como sendo restrito ao momento de discussão de caso, gerando inclusive uma disputa entre ESF e NASF, para responsabilizar algum profissional pela assistência específica do caso. Para eles, o matriciamento pode culminar, no máximo, com uma intervenção conjunta, sendo assim, o fato de um profissional do NASF atender de forma individual um paciente lhe confere um papel de contraposição do seu real papel.

A pressão por parte das eSF para o NASF realizar atendimentos especializados individuais foi comum nos relatos dos gestores e profissionais dos NASF entrevistados nesta pesquisa. Esse achado também é relatado em vários estudos, em que as expectativas das eSF sobre os NASFs frequentemente estão atreladas ao atendimento especializado individual, geralmente justificadas pela escassez de serviço de atenção especializada (VANNUCCHI; CARNEIRO JUNIOR, 2012; GONÇALVES et al., 2015; SOUZA; OLIVEIRA; COSTA, 2015; KLEIN; d'OLIVEIRA, 2017). Os profissionais aparecem em constante embate para reforçar à ESF o seu caráter não ambulatorial, e sim de apoio, enquanto as eSF em constante solicitação por atendimento individual (KLEIN; d'OLIVEIRA, 2017).

Diante dos dilemas que envolvem as concepções do apoio matricial, base do processo de trabalho dos NASFs, certamente emergem dúvidas, contradições e desafios que se refletem na prática em diferentes apreensões do papel dessas equipes na APS por parte de todos os envolvidos, como exposto na literatura e nos discursos dos entrevistados.

Perante esse impasse, os NASFs, a depender dos interesses de cada segmento, acabam sendo reduzidos ou à versão assistencialista, modo de atuação geralmente preferido pelos gestores, por ser mais facilmente administrável, tendendo a reproduzir a função de ambulatório especializado tradicional com todas as suas mazelas, ou, por outro lado, os profissionais do NASF podem oscilar entre o foco no desenvolvimento de atividades de prevenção, promoção e educação, reuniões, grupos ou restringir-se ao atendimento clínico especializado sem negociação ou

suporte às eSF, montando uma agenda que rapidamente se esgota, de acordo com as propensões de cada um. Ambas reduções culminam no “subaproveitamento” desses especialistas (TESSER, 2016).

Em adição, a trajetória profissional da pesquisadora permite considerar que quando institucionalmente o NASF é compreendido como equipe de suporte técnico-pedagógico, e portanto, deve desenvolver as atividades em conjunto com as eSF, especialmente consultas compartilhadas, na visão de muitos gestores de US, os NASFs são encarados como obstáculo, já que os atendimentos compartilhados exigem maior tempo de consulta, reduzindo o número de consultas ofertadas pela US no dia. Esta prática compartilhada é frequentemente criticada por esses gestores em razão da demanda excessiva por consultas nas US. Todavia, frequentemente nos locais em que o NASF é concebido como ambulatório especializado, todos os casos acabam sendo encaminhados para o atendimento individual pelos especialistas, e geralmente via papel, que é deixado na pasta do profissional, reproduzindo a lógica de ambulatório fragmentado e isolado, sem o contato entre o profissional de referência e o matriciador.

Outro aspecto suscitado nas entrevistas com os profissionais do NASF (e para alguns gestores) foi a compreensão de que o apoio às eSF deve ser prioritariamente por meio de ações compartilhadas entre essas duas equipes, seja de modo presencial ou não (via telefone, ou WhatsApp). Esse fato é comum, já que nos documentos do MS e nos textos de Saúde Coletiva, há a priorização das atuações em conjunto, como por exemplo: atendimentos em conjunto, discussões de casos, grupos, ações de promoção, prevenção, planejamento e reuniões, quando comparados à mínima ou nenhuma orientação para ações de cuidado individual especializado (TESSER, 2016).

A pesquisa realizada na zona oeste do município de São Paulo demonstrou que o foco do processo de trabalho do NASF é o desenvolvimento de ações compartilhadas, sendo assim, grande parte da agenda desses profissionais é ocupada por reuniões e grupos como os terapêuticos, educativos, oficinas, entre outros (LANCMAN et al., 2012).

Para Gonçalves e colaboradores (2015), as atividades do NASF compreendem prioritariamente ações compartilhadas, em grupo e multiprofissionais, mas reconhecem que o apoio matricial pode ocorrer também por meio da assistência especializada individual, apesar de reafirmarem que, segundo o MS, essa prática não deveria ser prioritária. Os autores relatam na pesquisa realizada em dois NASFs do

município de São Paulo, que a maior parte da carga horária dos profissionais do NASF também era ocupada por reuniões, espaços coletivos, desenvolvimento de atividades compartilhadas e coordenação de vários grupos.

É frequente a confusão na não diferenciação entre grupos envolvendo atividades generalistas e especializadas, assim como evidenciado nesta pesquisa. A atuação do NASF em grupos deveria ser relativa ao núcleo de atuação profissional, caracterizado como cuidado especializado coletivo, enquanto as ações em grupo de caráter generalista deveriam ser coordenadas ou conduzidas pelos profissionais generalistas da APS. Além disso, pressupõe-se que para a criação e condução de uma ação em grupo, o matriciador do NASF deve considerar a sua necessidade em termos de demanda, prevalência, relevância, etc. (TESSER, 2016).

Especificamente sobre o tema reunião, diversos estudos mostram, assim como encontrado nesta pesquisa, a valorização da participação dos profissionais dos NASFs em reuniões de matriciamento e de eSF, por ser por meio desse espaço que usualmente as condutas são definidas (LANCMAN et al., 2013; GONÇALVES et al., 2015; MACEDO et al., 2016).

Para Tesser (2016), as reuniões de matriciamento são importantes, no entanto, a sua idealização como único ou principal espaço de atuação tende a burocratizar e dificultar o acesso do suporte às eSF, além de diminuir a disponibilidade de atendimento de usuários, quando necessário. Deve-se considerar as trocas informais na US, e meios de contato não presenciais como telefone, correio eletrônico e comunicadores digitais, essenciais na relação de apoio entre as equipes.

Em contrapartida, a pesquisa de Souza, Oliveira e Costa (2015), realizada com psicólogos de NASF de dois municípios do estado do Rio Grande do Norte, menciona que nos locais estudados, o predomínio é de atendimento ambulatorial, corroborando com os achados da pesquisa realizada com NASFs em Fortaleza, no Ceará (MACEDO et al., 2016).

Como a atuação dos NASFs constantemente está associada às atividades de cunho técnico-pedagógico, em alguns locais onde o NASF pratica atendimento individual, justifica-se essa ação pela demanda reprimida e déficit de atendimento da atenção especializada, conforme encontrado na pesquisa de Sampaio et al. (2013) na Paraíba, com a justificativa por parte da gestão municipal de um dos municípios estudados.

Tesser (2016), faz uma crítica aos documentos oficiais que norteiam o processo de trabalho do NASF por estimularem a realização de atividades de ordem generalistas, como planejamento, acolhimento, atuação territorial, prevenção e promoção, mesmo quando essas são ligadas ao núcleo de atuação do profissional. Para o autor, essas são atividades de competência da ESF, e o NASF, ao fazê-las, gera ambiguidades e superposições de atividades, facilitando que elas não sejam de fato assumidas efetivamente por ninguém, além de se desviarem das ações de competência do seu núcleo de saber. Com isso, pode haver uma desvalorização do cuidado especializado no SUS.

Lancman et al. (2013) e Gonçalves et al. (2015), indicam que o atendimento especializado direto deve ser oferecido aos usuários em situações clínicas de maior complexidade, após acordo com as equipes de referência.

Essa concepção de atendimento direto aos casos de maior complexidade nos remete a outro ponto importante a ser pensado, e que está diretamente relacionado ao tipo de atividades que ocupam a maior parte da agenda do NASF, que é a estratificação da população que ele atende na APS.

De acordo com o fluxograma apresentado por Tesser (2016), o NASF deveria ser acionado para cerca de 10 a 20% da população do território que ele atua, ou seja, aqueles que a APS não consegue resolver, e o seu apoio contribuiria para o aumento da resolutividade. Contudo, na prática, os NASFs estão envolvidos no atendimento e/ou realização de atividades “comuns” (80 a 90% dos casos), sem desmerecer a necessidade de cuidado das situações de maior prevalência (casos comuns), mas os casos mais complexos, que poderiam ser beneficiados com o apoio, e por que não, com o atendimento individual dele, não conseguem acesso, em função da agenda cheia para dedicação de grande parte das demandas da APS, que deveriam ser respondidas pela equipe de referência.

Um viés que parece existir, a partir da análise das publicações sobre o NASF, é que o atendimento especializado individual inevitavelmente está associado a modelos de atenção fragmentados, hierarquizados, curativistas, sendo que o que se propõe, quando do atendimento direto ao usuário realizado pelo NASF na lógica do apoio matricial, é que ele aconteça de modo horizontal, mantendo o contato entre o profissional encaminhador e o profissional do NASF, a partir de um procedimento dialógico. Contudo, na prática, não é rara a constatação da reprodução de modelos não recomendados.

5.4 NASF: LIMITES E FORTALEZAS

Os documentos do MS que norteiam o processo de trabalho do NASF são genéricos, não especificam nem discriminam as ações que devem ser executadas, e, portanto, apresentam lacunas que possibilitam a interpretação e operacionalização de diferentes formas em relação ao seu papel desempenhado. Essa fragilidade permite que cada NASF atue de acordo com sua própria compreensão ante os desafios identificados no cotidiano de suas práticas (LANCMAN; BARROS, 2011; SAMPAIO et al., 2012; LANCMAN et al., 2012; MOURA; LUZIO, 2014; GONÇALVES et al., 2015; PATROCÍNIO; MACHADO; FAUSTO, 2015). Cabe destacar que as publicações citadas foram feitas antes do segundo Caderno de Atenção Básica do NASF ser lançado, contudo, mesmo após a nova publicação com novos esclarecimentos, permanecem as dúvidas, impasses e diferentes interpretações sobre o que é ou não pertinente ao trabalho.

Neste sentido, o discurso dos entrevistados desta pesquisa aponta a dificuldade e a necessidade de compreensão de quais atividades competem ao processo de trabalho do NASF, num sentido amplo. Constatou-se diferentes ordens de apreensão desse papel por todos os envolvidos, seja o próprio profissional que atua em NASF, os gestores (de NASF e das US) e os profissionais das equipes apoiadas (eSF).

Essas incompreensões afetam diretamente o processo de trabalho do NASF, perpassando por obstáculos que vão desde a (in)disponibilidade de sala para atendimento até a alienação das necessidades do território, culminando muitas vezes no desenvolvimento de atividades que não agregam, totalmente desconectadas com as necessidades da APS, podendo prejudicar o cuidado dos usuários. Nos discursos dos profissionais do NASF foi recorrente o receio de seu trabalho se transformar exclusivamente em atendimentos clínicos isolados e individualizados (“ambulatório”), sem o contato com a equipe de referência, ou seja, num modelo fragmentado, causando resistências às solicitações das eSF por atendimento direto ao usuário.

O hiato existente nas normativas permite também que alguns municípios desvirtuem a função do NASF, como é o caso de João Pessoa, na Paraíba, onde os profissionais desempenham funções políticas-institucionais (mais próximas do modelo de atuação do apoiador institucional), que na prática se convertem em relações administrativas-gerenciais, visto que são reconhecidos como chefes, responsáveis

por resolver desde problemas de cunho burocrático e administrativo, como por exemplo o controle da frequência dos profissionais das eSF, abastecimento e validade de insumos, entre outros, até a mediação de conflitos (SAMPAIO et al., 2015), descaracterizando integralmente a proposta do apoio matricial, que deve ocorrer partindo-se do pressuposto de integração dialógica, horizontal, com vistas a diminuir a fragmentação do trabalho.

Analisando estudos publicados sobre o NASF, assim como os achados dessa pesquisa, é comum o apontamento de dificuldades de entendimento de sua proposta por parte das eSF, considerando que estas têm expectativas diferentes em relação ao apoio do NASF. A este fato cabe a reflexão: se o ele veio para apoiar a ESF e melhorar a resolutividade na APS, na visão dos profissionais matriciados, isso realmente ocorre? Os estudos que apontam essa diferença de expectativa (SAMPAIO et al., 2012; LANCMAN et al., 2012; MOURA; LUZIO, 2014; GONÇALVES et al., 2015; PATROCÍNIO; MACHADO; FAUSTO, 2015) não apresentam a visão do profissional apoiado, ou seja, das equipes de referência. Essa também é uma limitação desta pesquisa, uma vez que os participantes foram apenas os gestores e profissionais do NASF. As hipóteses são várias para as questões que permeiam essa dificuldade de concepção, que vão desde questões institucionais a pessoais; desde a importância institucional dispensada para a inserção do NASF na APS e o que se entende como função dessas equipes, até questões de formação profissional, concepção individual (inflexibilidade, dificuldade de aceitação do novo), necessidades do território, demandas, entre outras.

Outra missão frequentemente atribuída aos NASFs é a de mudar a lógica de trabalho da ESF. Neste sentido, o NASF é concebido, por seu trabalho inovador, como potente dispositivo para a implementação de mudanças nos processos de trabalho da APS. A expectativa é que o NASF rompa com o modelo assistencial, curativo e biomédico (LANCMAN et al., 2012; SAMPAIO et al., 2012; VOLPONI; GARANHANI; CARVALHO, 2015; MARTINEZ; SILVA; SILVA, 2016).

Contudo, essa expectativa, acaba gerando ainda mais incompreensões. Não é raro, a partir disso, o entendimento de que a prática desenvolvida pelas eSF, predominantemente estabelecida por atendimentos individuais, seja considerada inadequada. Parece haver uma radicalização, com a defesa de um dos lados, como se as ações individuais e coletivas não pudessem coexistir. Além disso, há uma forte associação de que sempre que ocorre atendimento individual, é necessariamente

restrito ao modelo biomédico, curativista, dividido por especialidades médicas, e é esperado que o NASF rompa com essa lógica

Assim, o NASF, que possui uma proposta transformadora do processo de trabalho na Atenção Básica por meio da co-gestão, passa a reproduzir o modelo assistencialista focado na atuação individual, com foco na cura (SAMPAIO et al., 2012, p. 321).

Há que se considerar no Brasil a existência de uma herança cultural e ideológica sobre a APS, vista como serviço de saúde de prevenção, educação e vigilância, havendo uma “aversão” à atuação clínica, sendo esta valorizada apenas nas situações epidemiologicamente relevantes (TESSER; POLI NETO, 2017).

Outros pontos recorrentes nas pesquisas realizadas em diversos municípios do país (LANCMAN et al., 2012; VANNUCCHI; CARNEIRO JUNIOR, 2012; AZEVEDO; KIND, 2013; LANCMAN et al., 2013; BONALDI; RIBEIRO, 2014; HORI; NASCIMENTO, 2014; GONÇALVES et al., 2015; MACEDO et al., 2016; MARTINEZ; SILVA; SILVA, 2016) é a precarização das condições de trabalho, expressas principalmente pela carência de recursos como falta de estrutura física para desenvolvimento do trabalho do NASF, e pelo excesso de demandas, assim como apontado nas falas dos entrevistados dessa pesquisa.

As dificuldades de infraestrutura apontadas referem-se principalmente pela indisponibilidade de computador e sala para atuação, dificuldades no deslocamento entre as US apoiadas. Além disso, há uma elevada demanda por atendimentos das eSF, que frequentemente são responsáveis por um grande número de pessoas, bem acima do recomendado. Em entrevistas realizadas com os médicos das US do município do Rio de Janeiro foi comum a queixa do tamanho da população adscrita por eSF, em muitas, superior a 4.000 pessoas, além da falta frequente de médicos (HARZHEIM; LIMA; HAUSER, 2013).

Desse modo, assim como encontrado nessa pesquisa, as experiências publicadas constantemente apontam para uma pressão por parte das eSF por atendimentos individuais do NASF (LANCMAN et al., 2012, GONÇALVES et al., 2015; SOUZA; OLIVEIRA; COSTA, 2015). Há que ressaltar a existência de municípios brasileiros em que os profissionais do NASF atuam em modelo de ambulatório, sem mudar a lógica do processo de trabalho. Cunha e Campos (2011), relatam que problemas como a escassez de serviços especializados pode acarretar na utilização

do NASF de forma substitutiva, e, portanto, equivocada, gerando dificuldades na compreensão da sua função.

Nesta direção, Lancman e colaboradores (2012), apontam que uma das dificuldades encontradas no processo de trabalho dos NASFs decorre do excesso de demandas e deficiências na rede de atenção, contribuindo para atuação de modo ambulatorial. Atribuem a pressão para a realização de atendimentos individuais especializados, por parte das eSF e da população, à precariedade da rede assistencial e dificuldade de encaminhamento dos casos de maior gravidade. Apontam ainda que essa escassez de serviços especializados pode induzir a utilização equivocada do NASF, substituindo-os pelo atendimento especializado.

Hori e Nascimento (2014) salientam que os profissionais do NASF também são sobrecarregados diante da diversidade e quantidade de demandas, o que dificulta a organização do trabalho. Além disso, a existência de desafios na atuação, uma vez que há uma grande demanda por atendimentos individuais em contraposição às diretrizes que orientam que a maior parte dos atendimentos seja em grupo. Desse modo, é recorrente a indagação aos e dos profissionais sobre como colocar em prática as diretrizes, diante da existência de uma enorme distância entre o trabalho esperado e a realidade.

Em Curitiba, desde 2013 os NASFs vêm experimentando um novo modelo de atuação, antes, com foco nas atividades coletivas, educativas, e agora com mais espaço para apoio clínico às equipes de referência. Houve um avanço significativo dos atendimentos individuais, conforme dados de produção. Houve também o aumento dos atendimentos compartilhados, comprovados empiricamente, uma vez que neste momento, não há disponibilidade para registro das consultas compartilhadas no prontuário eletrônico. A ferramenta está em fase de desenvolvimento na rede (PINHEIRO et al., 2016).

Outro desafio também citado pelos profissionais do NASF entrevistados nesta pesquisa está relacionado às distintas práticas de trabalho entre eSF e NASF, e conseqüentemente, distintos objetivos, gerando incompatibilidade entre as metas de produtividade estabelecidas para as duas equipes (LANCMAN et al., 2012; BONALDI; RIBEIRO, 2014; GONÇALVES et al., 2015; KLEIN; d' OLIVEIRA, 2017). Sendo assim, à medida em que as eSF são cobradas por números de atendimentos individuais, o NASF é cobrado por ações compartilhadas com as eSF, criando dissonâncias no processo de trabalho, desfavorecendo a aproximação das equipes. Enquanto houver

essa desarticulação entre eles, cada um com prioridades diferentes, haverá uma eterna disputa de espaço e por consequência, dificuldades nos relacionamentos.

Diante dos desafios e contradições dos processos de trabalho entre eSF e NASF, a insatisfação, por parte desse último, em não conseguir ver os resultados ou os impactos das suas ações, é recorrente, aflorando sensações de impotência e frustração, fazendo com que o profissional se sinta subutilizado, conforme fala de P6, que corrobora com os achados da pesquisa de Lancman e colaboradores (2012) e com a fala de um profissional psiquiatra do NASF do município de São Paulo: “a gente fica arando a terra, afofando a terra, planta a semente e fica regando, regando e não nasce nada e nunca vai nascer. Então é um trabalho absolutamente improdutivo [...] e isso destrói qualquer um [...]” (VANNUCCHI; CARNEIRO JUNIOR, 2012).

Klein e d’Oliveira (2017) também sinalizam que a maioria dos profissionais de NASF entrevistados se queixam de dificuldades para a realização de ações conjuntas com as eSF em função da falta de tempo dessas últimas, sendo que alguns atribuem a dificuldade à resistência da eSF, desconsiderando a complexidade da APS brasileira com sobrecarga de trabalho e excesso de demandas dos profissionais, além das altas metas de produção.

Em suma, enquanto o NASF, segundo documentos normativos, deve prioritariamente atuar de modo compartilhado, com grande parte da agenda ocupada por reuniões e atividades que envolvem a presença das eSF, estas, possuem grande parte da agenda de trabalho voltada para o atendimento de consultas individuais (LANCMAN et al., 2012). Esta incoerência se reflete na efetividade do trabalho dos NASFs.

Frequentemente, o modo de atuação das eSF, predominantemente voltado para o cuidado individual é criticado, pois é entendido como a perpetuação do modelo biomédico de atenção, fragmentado, tecnicista, curativista com vistas a priorização da quantidade ao invés da qualidade (OLIVEIRA; ROCHA; CUTOLO, 2012; SOUZA; OLIVEIRA; COSTA, 2015; MACEDO et al., 2016). Entretanto, não é possível se limitar à visão reducionista, conforme apresentado. Logicamente, não se trata de apoiar ações que preconizam a prática do olhar quantitativo em detrimento ao qualitativo, ou ações que visem apenas o aspecto biológico do indivíduo, isolado de contextos sociais e psicológicos, mas também, não é defensável que a agenda dos profissionais da eSF seja predominantemente permeada de ações educativas, coletivas e práticas de promoção à saúde em detrimento das atividades assistenciais e curativas. Às

contradições aqui expostas cabem a seguinte reflexão: se as US não ofertarem atendimento assistencial, quem irá ofertar? Ou melhor, que nível de atenção deveria ofertar? Em qual lugar os usuários deveriam ser atendidos por queixas comuns e recorrentes? Diante desses questionamentos, nos parece mais sensato o equilíbrio, conforme defendido por Tesser (2016).

O autor destaca que os determinantes gerais que envolvem o processo de saúde ou doença como saneamento básico, alimentação, distribuição da riqueza social, educação, ultrapassam os limites dos serviços de saúde, e os estudos sobre os determinantes gerais e promoção da saúde têm demonstrado uma limitação do impacto dos serviços de saúde sobre esses problemas, desse modo, não devem ser assumidos como prioridade do trabalho dos profissionais da APS, embora devam ali ser problematizados nas diversas dimensões: individual, microsocial e comunitária, como uma das atribuições das equipes. Portanto, necessariamente, o que deve ser realizado na APS é o cuidado clínico aos usuários, sendo essa talvez, a mais importante tarefa dos seus profissionais.

Em síntese, esse cuidado aos usuários deve ser ampliado e centrado nas pessoas, considerando abordagem familiar e comunitária com competência cultural, e deve estar associado com atividades de educação, prevenção, promoção e vigilância, entretanto, essas ações coletivas e generalistas não devem ser entrave ou competir com o cuidado especializado (TESSER, 2016).

Partindo-se do pressuposto que grande parte do tempo dos profissionais das eSF é destinada às ações de cuidado aos usuários realizadas individualmente, algo similar deveria ocorrer com o NASF, entretanto, com atenuações significativas, uma vez que estes atendem aos usuários (que deveriam ser filtrados pelas eSF) e às próprias eSF. Isto posto, as ações especializadas (individuais e coletivas), na lógica interdisciplinar não presencial, deveriam ocupar talvez a maior parte da agenda do NASF, e ainda, deveriam estar articuladas ao apoio às eSF (presencialmente ou não), viabilizando: “discussões de caso, atendimentos conjuntos quando cabível, esclarecimento de dúvidas, regulação, “devolução” de casos, construção compartilhada de projetos terapêuticos complicados, pactuação de ações conjuntas, educação permanente” (TESSER, 2016, p. 7).

Esta configuração de agenda sugerida por Tesser (2016) provavelmente solucionaria os problemas destacados sobre a incompatibilidade de agendas, metas, etc., entre as eSF e NASF.

Dentre as fortalezas apontadas pelos gestores nessa pesquisa, destaca-se o direcionamento das ações por parte da gestão municipal, com a criação de materiais de orientação (protocolos e diretrizes para os serviços), na tentativa de minimizar as lacunas existentes nos materiais oficiais. Lancman e colaboradores (2012) também elucidam que os documentos norteadores do NASF elaborados pelo município de São Paulo foram importantes para o planejamento das ações das equipes.

A presença dos apoiadores institucionais de NASF também foi considerada positiva, na tentativa de auxiliar a propagação e implantação das ações preconizadas pela SMS/RJ. Do mesmo modo, na pesquisa com NASFs de Fortaleza, a instituição do coordenador regional de NASF, cujo papel é de articular ações e equipes no território, foi avaliada como positiva (MACEDO et al., 2016).

A oportunidade de construção de novas possibilidades de cuidado com as equipes também foi citada como aspecto positivo do processo de trabalho do NASF. No estudo com profissionais da APS do município de São Paulo, a potencialidade do NASF na construção de novas ações juntamente com as equipes de referência também foi reiterada (SILVA et al., 2012).

Uma das fortalezas identificadas pelos profissionais dos NASFs no processo de trabalho foi a presença do ACS. Nos relatos, é possível verificar que o ACS é o profissional que frequentemente eles têm maior proximidade. Martinez, Silva e Silva (2016), citando Souza (2013), também relatam essa aproximação em alguns municípios do Ceará. Os autores apontam que eles conhecem a necessidade do território e carecem de profissionais que atendam essa demanda. Talvez, uma das possibilidades para essa familiaridade seja a dificuldade de proximidade com as eSF, visto as incoerências de processos de trabalho entre as duas equipes, ficando o ACS mais disponível para a atuação em conjunto com o NASF.

Diante de toda a discussão até aqui apontada, reforça-se a compreensão de que a atuação dos NASFs pode ser potencializada, a partir de um modelo que compreenda o cuidado especializado aos usuários (seja por meio de atendimento individual ou coletivo), aliado às ações técnico-pedagógicas (compartilhadas entre NASF e eSF) no apoio às eSF, somado ao papel de regulação para a atenção especializada.

O cuidado especializado direto ao usuário é uma das ações que os profissionais do NASF podem e devem realizar, em paralelo ao suporte às equipes de referência. Dessa maneira, os NASFs deveriam assumir o pleno exercício dos

cuidados especializados, mantendo o suporte técnico-pedagógico, porém, sem a exigência de discutir com o apoiador todos os casos filtrados (TESSER, 2016), desde que filtrados adequadamente.

Na prática, Tesser (2016, p.9) explicita que as ações clínicas e as compartilhadas na articulação entre NASF e eSF devem ser complementares e sinérgicas:

função filtro, cuidado especializado, regulação e negociação de prioridades, cuidado intensificado via projetos terapêuticos compartilhados em casos muito complicados, discussões em situações limítrofes e casos duvidosos, gerando educação permanente mútua, qualificando a 'filtragem' por meio de reconhecimento de inadequações e oferta de educação permanente à SF, com aumento da resolubilidade.

Convém reforçar que se a ideia é fazer com que os NASFs, além da realização do suporte técnico-pedagógico, assumam o cuidado especializado explorando melhor a capacidade dessas equipes, não tem como ignorar as constantes queixas em relação às condições de trabalho dos NASFs, que além de falta de espaço para atuação, frequentemente matriciam muito mais eSF do que o recomendado. Soma-se a isso, a quantidade de pessoas que as eSF são responsáveis pelo cuidado. Há que se pensar em estratégias para resolver o problema apontado, ou ao menos, minimizá-lo, para que se possa potencializar o cuidado especializado por meio do NASF.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa permitiu analisar o processo de trabalho dos NASFs do município do Rio de Janeiro nas perspectivas do apoio matricial e da regulação assistencial e descrever a percepção dos gestores dos NASFs e dos profissionais que atuam nessas equipes nas mesmas perspectivas.

A discussão do tema matriciamento permitiu observar que existem divergências e limitações em relação à apreensão do conceito e do alcance dessa prática. Permitiu também vislumbrar que é possível prestar atenção integral e qualificada, sem reproduzir o modelo tradicional de ambulatório especializado fragmentado, mesmo com a realização de atendimentos individuais diretos aos usuários por parte do NASF. Para tanto, é necessário um esforço coletivo na tentativa de promover uma cultura organizacional democrática, pautada nas relações horizontais e dialógicas, valorizando e ampliando o vínculo, com vistas a consolidar a responsabilização clínica e o cuidado multidisciplinar.

Com relação à regulação como uma das funções a ser desempenhada pelo NASF, evidencia-se um processo novo, potente e em construção. Portanto, existem desafios que precisam ser superados, especialmente em relação à operacionalização dessa prática, para que ela seja fortalecida e perpetuada no município do Rio de Janeiro.

Sobre o apoio matricial foi possível apresentar alguns contrapontos da produção acadêmica, porém, sobre o tema regulação, não foram encontradas publicações que discutam especificamente essa atuação por parte dos NASFs, por motivos já discutidos, e aí possivelmente o ineditismo desse estudo. Sugere-se, portanto, que estudos nesse campo da regulação como parte do processo de trabalho do NASF sejam aprofundados, inclusive apresentando também a visão dos profissionais matriciados.

A definição do processo de trabalhos dos NASFs e as suas atribuições não estão claras, tanto para os profissionais que fazem parte dessas equipes, quanto para os gestores e para os profissionais matriciados, haja vista a diferença nos modelos de atuação dos NASFs dentro do próprio município, que dirá em diferentes locais do país.

A carência de definição clara da prática de atuação nos NASFs, talvez pela grande quantidade de atribuições previstas no seu campo de atuação, permite que os municípios operem de acordo com contexto e com as necessidades locais. Desse

modo, o processo de trabalho do NASF vem sendo estruturado desde a sua implantação, de acordo com cada realidade, e é a partir dessas experiências que é possível refletir, avaliar e finalmente mudar as orientações que norteiam as políticas públicas.

Neste sentido, é fundamental os municípios esclarecerem aos profissionais do NASF, das equipes de referência e aos gestores sobre quais os objetivos esperados, e especialmente, qual o foco do processo de seu trabalho, já que no escopo de atuação dessas equipes cabem inúmeras funções e atribuições, a fim de evitar discrepâncias significativas nos modos de atuação.

Merece destaque as distintas práticas de trabalho entre eSF e NASF evidenciadas nesta pesquisa (e em outras apreciadas), gerando incompatibilidades entre metas de produtividade estabelecidas para as duas equipes, além de diferentes expectativas de ambas as partes, ocasionando dificuldades de relacionamento e de reconhecimento do trabalho do NASF.

Apesar da limitação da técnica da coleta de dados deste estudo de caso no que se refere à metodologia utilizada (optou-se pela realização de entrevistas semiestruturadas ao invés de observação participante, por exemplo) em função da inviabilidade de acompanhar essas equipes no cotidiano do seu trabalho; e pelo próprio número de equipes/profissionais entrevistados, pode-se concluir que o processo de trabalho dos NASFs no município do Rio de Janeiro é heterogêneo, a depender da região estudada, mesmo a SMS se esforçando para direcionar e institucionalizar as suas ações. Isso talvez porque o processo de trabalho dessas equipes dependa de uma série de fatores, que vão desde a disponibilidade de estrutura física, à compreensão das diversas partes envolvidas no que se refere ao papel a ser desempenhado pelo NASF.

O Rio de Janeiro é um município que vem apresentando mudanças significativas no modelo de atenção à saúde, com o fortalecimento da APS, e nesse sentido, vem avançando também na discussão, construção, priorização e implementação do processo de trabalho do NASF. Verifica-se todo um esforço coletivo para promover o trabalho e o reconhecimento dessas equipes, a partir da construção de materiais de orientação e diretrizes institucionais, da promoção de educação permanente e de espaços de discussão da temática NASF em toda a rede de atenção à saúde do município, a fim de institucionalizar as práticas.

A partir da discussão sobre as temáticas apoio matricial e regulação assistencial, essa pesquisa além de apresentar a percepção dos apoiadores institucionais de NASF (representantes da gestão municipal) e de profissionais que atuam nessas equipes, permitiu ainda vislumbrar uma possível direção promissora de atuação dos NASFs, revelando a possibilidade de atuação sistemática nos processos de regulação para a atenção especializada, e ainda, a discussão sobre a potência dessas equipes na atuação do cuidado especializado (seja por meio do atendimento individual ou coletivo), supondo amenizar um dos grandes problemas do SUS, que é a rede de cuidados especializados.

Longe de ter a pretensão de responder a todas as questões levantadas nesse estudo, ou de tentar identificar o que é certo ou errado, diante das inúmeras interpretações sobre a função do NASF, o objetivo aqui é promover uma reflexão sobre o tema, a fim de tentar subsidiar gestores, profissionais e pessoas envolvidas no processo de trabalho do NASF sobre quais as possibilidades de atuação dessas equipes que são efetivamente importantes e resolutivas para a APS e para os usuários do sistema, de modo que essas equipes sejam operadas na sua plena capacidade.

É de fundamental importância o desenvolvimento de pesquisas que explorem a operacionalização dos NASFs apresentando esses novos desenhos, novas possibilidades de atuação, visto que são justificados mediante brechas teórico-conceituais aqui já discutidas, no sentido de subsidiar os municípios no direcionamento das ações. A partir das experiências locais, podem-se fazer inferências, de modo a embasar a tomada de decisões na condução da atenção à saúde, visando o fortalecimento da APS e também possibilitando o delineamento das políticas públicas, em busca de melhor atenção à saúde ao usuário do SUS.

Em síntese, vale destacar que da elaboração da proposta de organização de um serviço à sua implantação, tem-se na sua aplicação a complexidade da realidade, desde a apreensão conceitual às limitações objetivas e subjetivas das pessoas que vivem esse processo e do valor institucional, que está intimamente relacionado ao momento político vigente.

REFERÊNCIAS

ABEL, W. D. et al. Integrating mental health into primary care: an integrative collaborative primary care model –the Jamaican experience. **West Indian Medical Journal**, Jamaica, v. 4, n. 60, p. 483-489, 2011.

ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2., p. 286-298, fev. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200008>. Acesso em: 09 mai. 2015.

ALMEIDA, P.F. et al. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98., p. 400-415, jul/set, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000300004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 09 mai. 2015.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1509, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1499.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2016.

AZEVEDO, N.S.; KIND, L. Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Belo Horizonte. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 33, n. 3, p. 520-535, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000300002>. Acesso em: 15 jan. 2017.

BADUY, R. S. et al. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.2, Rio de Janeiro, p. 295-304, fev. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/11.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2016.

BONALDI, A.P.; RIBEIRO, M.D. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: as ações de promoção da saúde no cenário da Estratégia Saúde da Família. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 17, n. 2., p. 195-203, abr/jun, 2014. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=730220&indexSearch=ID>>. Acesso em: 12 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.444, 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/142359.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 17.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº 27. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº 39. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 01 mai. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. 2008a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. 16 dez. 2015>. Acesso em: 16 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. **Política Nacional de Atenção Básica: 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 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 09 mai. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica: **Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Boletim 01**, outubro de 2015. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/boletim_nasf_forum_ab.pdf>. Acesso em: 11 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559 de 01 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 02 de ago. 2008b. Disponível em: <<file:///C:/Users/patya/Desktop/Bibliogr%20REGULA%C3%87%C3%83O/Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Regula%C3%A7%C3%A3o.html>>. Acesso em: 30 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Lei nº 9.637 de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República**

Federativa do Brasil Brasília, DF, 16 mai. 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9637.htm. Acesso em: 04 out. 2016.

BRASIL. Decreto-Lei nº 5.452 de 01 de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 02 mai. 1943. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452.htm. Acesso em: 04 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 jan. 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html. Acesso em: 30 set. 2016.

CALLAHAN, C. M. et al. Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care a randomized controlled trial. **The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 295, n. 18, p. 2148-2157, 2006.

CAMARGO, B. V. ALCESTE: Um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A. S. P.; Camargo, B. V.; JESUINO, J. C.; NOBREGA, S. MAIA da. (Org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB; 2005. p. 511-539. Disponível em: http://www.laccos.com.br/pdf/Camargo2005_alc.pdf. Acesso em: 11 set. 2016.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Universidade Federal de Santa Catarina, 2013a. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>. Acesso em: 17 mar. 2016.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas Psicol.**, Ribeirão Preto, v.21, n. 2, dez. 2013b. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 mar. 2016.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2., p. 393-403, 1999.

CAMPOS, G. W. S. et al. Aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 1, p. 983-995, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000500983&script=sci_abstract&tlng=pt >. Acesso em: 07 set. 2016.

CAMPOS, G. W. S. O anti-taylor: sobre a invenção de um método para cogovernar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out./dez. 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1998000400029 . Acesso em: 07 set. 2016.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.2, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016>. Acesso em: 07 set. 2016.

CAMPOS, G.W. **A clínica do Sujeito**: por uma clínica reformulada e ampliada. mimeo DMPS-UNICAMP, 1997.

CAMPOS, G. W. S.; CUNHA, G. T.; FIGUEIREDO, M. D. **Práxis e Formação Paidéia**: apoio e cogestão em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

CAMPOS, C. E. A.; COHN, A.; BRANDÃO, A. L. Trajetória histórica da organização sanitária da Cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015. Cem anos de inovações e conquistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5., 2016.

CHARTIER, J. F.; MEUNIER, J. G. Text mining methods for Social Representation analysis in large corpora. **Papers on Social Representations**, Paris (FR), v. 20, n. 37, p.1-47, 2011. Disponível em: <<http://www.psych.lse.ac.uk/psr/>>. Acesso em: 11 set. 2016.

COSTA, J.P. et al. Resolubilidade do cuidado na Atenção Primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n. 103, p. 733-743, out/dez., 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0733.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2016.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e Atenção Primária à Saúde. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 07 set. 2016.

CUNHA, G.T. **Grupos Balint Paidéia**: uma contribuição para a co-gestão e a clínica ampliada na Atenção Básica. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000440902&fd=y>>. Acesso em: 07 set. 2016.

CURITIBA. **Instrução Normativa n. 1**. Estabelece diretrizes sobre o processo de trabalho dos profissionais dos NASF no município de Curitiba. Diário Oficial Eletrônico n. 11, Curitiba, PR, 14 jan. 2014. Disponível em: <<http://migre.me/veXob>>. Acesso em: 12 fev.2017.

CVAS. Coordenação de Vigilância Ambiental em Saúde. Áreas Programáticas: bairros. set., 2011. Disponível em: <<http://cvasrio.blogspot.com.br/2012/02/areas-programaticas-bairros.html>>. Acesso em: 20 set. 2016.

DAWSON, B. **Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services.** The Dawson Report, 1920. Disponível em: <<http://www.nhshistory.net/dawson%20report.html>>. Acesso em: 07 set. 2016.

ESCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (orgs). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** 1. ed. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008. p. 385-576.

ESCOREL, L. S. et al. Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 21. n. 2-3, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000200011>. Acesso em: 10 jul. 2016.

FARIAS, S. F. et al. A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.1043-1053, 2011.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G., C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. (org). **Modelos de atenção e a saúde da família.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 43-67.

FEUERWERKER, L. C. M. A cadeia do cuidado em saúde. In: Marins J.J. et al. (org) **Educação, Saúde e Gestão.** Rio de Janeiro e São Paulo: ABEM- Hucitec, 2011- no prelo. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/264810763_A_CADEIA_DO_CUIDADO_EM_SAUDE>. Acesso em: 07 set. 2016.

FIGUEIREDO, M.D.; CAMPOS, R.O. Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 129-138, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100018&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 14 out. 2016.

GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ, M.P. Uma Atenção Primária forte no Brasil. **Relatório sobre como fortalecer os acertos e corrigir as fragilidades da Estratégia de Saúde da Família**, Madri, Espanha, 2011. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/relatoriofinal_portugues.pdf. Acesso em: 9 mai. 2015.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 783-794, 2009.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (orgs). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2012. p. 493-545.

GONÇALVES, R.M.A. et al. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v.40, n.131,

p. 59-74, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572015000100059>. Acesso em: 12 fev. 2017.

HARZHEIM, E.; LIMA, K. M.; HAUSER, L. **Reforma da Atenção Primária à Saúde na Cidade do Rio de Janeiro**: avaliação dos primeiros três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na Cidade do Rio de Janeiro, Porto Alegre: OPAS, 2013. 84p. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/biblioteca_em_saude/050_material_saude_livro_reforma_aps_rj.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

HORI, A.A.; NASCIMENTO, A.F. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3561-3571, 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**: Rio de Janeiro. Censo demográfico 2010. Disponível em: <<http://ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?lang=&codmun=330455&search=rio-de-janeiro|rio-de-janeiro>>. Acesso em: 10 set. 2016.

IPP. Instituto Pereira Passos. Armazém de dados. **Cadernos do Rio**: renda e posse de bens. Rio de Janeiro, junho, 2013. Disponível em: <<http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/>>. Acesso em: 20 set. 2016.

IPP. Instituto Pereira Passos. Armazém de dados. **Rio em síntese**. Rio de Janeiro, junho, 2016. Disponível em: <<http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/>>. Acesso em: 20 set. 2016.

JUSTO, A.M.; CAMARGO, B.V. Estudos qualitativos e o uso de softwares para análises lexicais. In: NOVIKOFF, C.; SANTOS, S.R.M.; MITHIDIARI, O.B. (orgs). **Caderno de artigos**: X SIAT & Serpro. Duque de Caxias: UNIGRANRIO, 2014. Disponível em: <www.lageres.wordpress.com>. Acesso em: 10 set. 2016.

KLEIN, A.P.; d'OLIVEIRA, A.F.P.L. O cabo de força da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o apoio matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n.1, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017000105002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 mar. 2017.

LAHLOU, S. Text mining methods: an answer to Chartier and Meunier. **Papers en Social Representations**, Londres (RU), v. 20, p. 38.1-39.7, 2012. Disponível em: <http://www.psych.lse.ac.uk/psr/PSR2011/20_39.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

LANCMAN, S. et al. Relatório final da pesquisa intitulada: O processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e seus efeitos na saúde mental dos trabalhadores. São Paulo, dez., 2012.

LANCMAN, S.; BARROS, J.O. Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces.

Rev. Ter. Ocup, São Paulo, v. 22, n.3, p.263-269, set./dez., 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/46444>>. Acesso em: 16 jan. 2017.

LANCMAN, S. et al. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 5., p. 968-975, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102013000500968&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 16 jan. 2017.

MACEDO, M.A.V. et al. Análise do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em município do nordeste brasileiro. **Rev. Gerenc. Polit. Salud**, Bogotá, v. 15, n. 30., p. 194-211, jan/jun., 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/545/54546742013.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2017.

MAESENNER, de J. et al. A atenção primária à saúde como estratégia para alcançar a equidade de assistência à saúde: uma revisão da literatura, iniciativa da rede de conhecimento em sistemas de saúde. **Rev. Brasileira Saúde da Família**, Brasília, n. 19, p. 46-72, 2008. Disponível em: <http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/revista_brasileira_saude_familia_n19.pdf>. Acesso em: 10 jul.2016.

MÂNGIA, E. F.; LACMAN, S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. **Rev. Ter. Ocup. Univ. de São Paulo**, São Paulo, v.19, n. 2. mai/ago. 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14030>>. Acesso em: 11 set. 2016.

MARTINEZ, J.F.N.; SILVA, M.S.; SILVA, A.M. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Goiânia (GO): percepções dos profissionais e gestores. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 95-106, jul/set., 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042016000300095&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 fev. 2017.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011. 549 p.

MENEZES, E. A. **Territórios Integrados de Atenção à Saúde como Estratégia para Implementação da Política de Saúde no Município do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www2.unirio.br/unirio/ccbs/ppgenf/arquivos/dissertacoes-arquivo/dissertacoes-2011/edson-alves-de-menezes>>. Acesso em: 04 out. 2016.

MIRANDA, R. B. **O cotidiano da Educação em Saúde de Equipes de Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://livros01.livrosgratis.com.br/cp137127.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2016.

MORERA-LLORCA, M. et al. Experiencia de colaboración entre atención primaria y salud mental em el Departamento de Salud La Ribera, 7 años después. **Gaceta Sanitaria**, Espanha, v. 28, n. 5, p. 405-407, 2014. Disponível em:<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911114000740>>. Acesso em: 09 mai. 2015.

MOURA, R.H.; LUZIO, C.A. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 18, n. 1, p. 957-970, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000500957>. Acesso em: 12 fev. 2017.

NASCIMENTO, A. R. A., MENANDRO, P. R. M. Análise lexical e análise de conteúdo: Uma proposta de utilização conjugada. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 72-88, 2006. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v6n2/artigos/pdf/v6n2a07.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.

OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n.1., p. 229-238, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/pt_1413-8123-csc-20-01-00229.pdf>. Acesso em: 16 out. 2016.

OLIVEIRA, R. P. S. Accountability em Serviços de Saúde Especializados: relato de experiência da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Anais do 12º Congresso Internacional da Rede Unida. **Suplemento Revista Saúde em Redes**. v. 2, n.1, 2016. Disponível em: <<http://conferencia2016.redeunida.org.br/ocs/index.php/congresso/2016/paper/view/5278>>. Acesso em: 04 out. 2016.

OLIVEIRA, R. R.; ELIAS, P. E. M. Conceitos de regulação em saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 571-576, 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v46n3/3741.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2016.

OLIVEIRA, I.C.; ROCHA, R.M.; CUTOLO, L.R.A. Algumas palavras sobre o NASF: relatando uma experiência acadêmica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 574-580, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000600019>. Acesso em: 12 fev. 2017.

OXMAN, T. E.; DIETRICH, A. J.; SCHULBERG, H. C. The depression care manager and mental health specialist as collaborators within primary care. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 11, n. 5, p. 507-516, sept.-oct. 2003. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S106474811261313X>>. Acesso em: 07 mai. 2015.

PASQUIM, H.M.; ARRUDA, M.S.B. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: revisão narrativa sobre o apoio matricial na Atenção Básica. **Corpus et Scientia**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 34-44, jul./dez. 2013. Disponível em: <<http://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/corpusetscientia/article/view/289>>. Acesso em: 01 mai. 2015.

PATROCÍNIO, S.S.S.M.; MACHADO, C.V.; FAUSTO, M.C.R. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e implementação em municípios do Rio de Janeiro. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 105-119, dez, 2015.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000500105&script=sci_abstract>. Acesso em: 12 fev. 2017.

PINHEIRO, P.A.R.G. et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): novo papel na regulação e coordenação do cuidado em saúde. In: MOYSÉS, S.J.; SILVEIRA FILHO, A.D. (orgs). **A Gestão Participativa na Saúde de Curitiba**. 1. ed. Curitiba: IMAP, 2016. p. 61-73. Disponível em: <<http://www.imap.curitiba.pr.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/Cap%C3%ADtulo-6.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2017.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD); INSTITUTO PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (Ipea); FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO (FJP). Rio de Janeiro, RJ. **Demografia e saúde**. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013>> Acesso em: 20 set. 2016.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal da Saúde do Rio de Janeiro. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro 2014-2017**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS20142017.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2015.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal da Saúde. Superintendência de Atenção Primária. **SISREG** – Protocolo para o Regulador. Protocolo Clínico de Critérios para Regulação de Vagas Ambulatoriais. Rio de Janeiro, 2016a.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal da Saúde. Superintendência de Atenção Primária. Coleção Guia de Referência Rápida. **NASF**: Núcleos de Apoio à Saúde da Família no apoio à Regulação Ambulatorial – versão profissional. 1ª edição. Rio de Janeiro, 2016b.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal da Saúde. Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. **Carteira de Serviços**: relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde. Edição revista, atualizada e aumentada. Rio de Janeiro, 2016c.

ROCHA, A. P. **Regulação Assistencial Ambulatorial no município do Rio de Janeiro – RJ**: efeitos da inserção da APS na Regulação. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/14196/1/94.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2016.

RODRIGUES, F. A.; ZUMA, R. G.; PEIXOTO, R. A inserção do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Seminário de Gestão Accountability do Município do Rio de Janeiro. In: 12º CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE UNIDA, 2016. Anais do Congresso. **Suplemento Revista Saúde em Redes**. v. 2, n.1, 2016a. Disponível em: <<http://conferencia2016.redeunida.org.br/ocs/index.php/congresso/2016/paper/view/2728>>. Acesso em: 04 out. 2016.

RODRIGUES, F. A.; ZUMA, R. G.; PEIXOTO, R. Construindo Gestão Compartilhada: a experiência da Coordenação de Policlínicas e Núcleo de Apoio à Saúde da Família no município do Rio de Janeiro In: 12º CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE

UNIDA, 2016. Anais do Congresso. **Suplemento Revista Saúde em Redes**. v. 2, n.1, 2016b. Disponível em: <<http://conferencia2016.redeunida.org.br/ocs/index.php/congresso/2016/schedConf/presentations?track=13>>. Acesso em: 04 out. 2016.

SAMPAIO J. et al. O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. **Rev Bras Ciênc Saúde**, João Pessoa, v. 16, n.3, p. 317-324, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/12572>>. Acesso em: 16 fev. 2017.

SAMPAIO J. et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: refletindo sobre as acepções emergentes da prática. **Rev Bras Ciênc Saúde**, João Pessoa, v. 17, n.1, p. 47-54, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/15932>>. Acesso em: 12 fev. 2017.

SAMPAIO J. et al. Processos de trabalho dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família junto a Atenção Básica: implicações para a articulação das redes territoriais de cuidados em saúde. **Rev Bras Ciênc Saúde**, João Pessoa, v. 19, n.1, p. 41-48, 2015. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/20163>>. Acesso em: 12 fev. 2017.

SILVA, J. P. **A inserção do nutricionista no Núcleo de Apoio à Saúde da Família no município do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/lil-707733>>. Acesso em: 16 out. 2016.

SILVA, V. C.; BARBOSA, P. R.; HORTALE, V. A. Parcerias na Saúde: as Organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5., 2016

SILVA, A.T.C. et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2076-2084, nov., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012001100007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 fev. 2016.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção Ambulatorial Especializada. In: GIOVANELLA, L. et al. (orgs). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2012. p. 547-576.

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5., 2016.

SOUSA, D.; OLIVEIRA, I.F.; COSTA, A.L.F. Entre o especialismo e o apoio: psicólogos no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Psicologia USP**, São Paulo, v.26, n.3, p.474-483, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v26n3/1678-5177-pusp-26-03-00474.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2017.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STEMBERG, S. A.; BENTUR, N. The contribution of comprehensive geriatric assessment to primary care physicians. **Israel Journal of Health Policy Research**, v. 3, n. 44, 2014. Disponível em: <<http://ijhpr.biomedcentral.com/articles/10.1186/2045-4015-3-44>>. Acesso em: 09 mai. 2015.

SUBPAV. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. **Painel de Indicadores**: Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://subpav.org/painel/painel.php>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBÔAS, A. L. Q. Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação. In: PAIM, J. S.; ALVEIDA-FILHO, N. (orgs). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. 1. ed. Rio de Janeiro: MEDBOOK, 2014. p. 287-301.

TESSER, C.D. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da Atenção Primária à Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 62, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2016nahead/1807-5762-icse-1807-576220150939.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2017.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3., p. 941 – 951, 2017.

VANNUCCHI, A.M.C.; CARNEIRO JUNIOR, N. Modelos tecnoassistenciais e atuação do psiquiatra no campo da Atenção Primária à Saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde, Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 963-982, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300007>. Acesso em: 12 fev. 2017.

VOLPONI, P.R.R.; GARANHANI, M.L.; CARVALHO, B. G. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades como dispositivo de mudança na Atenção Básica em saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 2211-231, dez., 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000500221&script=sci_abstract>. Acesso em: 12 fev. 2017.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Ed. Bookman, 2015. 290 p.

ZUMA, R. G.; OLIVEIRA, R. P.; RODRIGUES, F. A. **O papel do NASF na Regulação Ambulatorial: construindo um Guia Rápido**. In: 12º CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE UNIDA, 2016. Anais do Congresso. Suplemento Revista Saúde em Redes. v. 2, n.1, 2016. Disponível em: <<http://conferencia2016.redeunida.org.br/ocs/index.php/congresso/2016/schedConf/presentations?searchInitial=O&track=13>>. Acesso em: 04 out. 2016.

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Patrícia Audrey Reis Gonçalves Pinheiro, Verônica de Azevedo Mazza e Rafael Gomes Ditterich, da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, profissional de saúde de nível superior que atua na rede municipal de saúde do município do Rio de Janeiro-RJ a participar de um estudo intitulado "**Processo de trabalho do NASF na perspectiva do matriciamento e da regulação no apoio à Atenção Primária à Saúde: estudo de caso do Rio de Janeiro**". É por meio das pesquisas científicas que ocorrem os avanços importantes em todas as áreas, e sua participação é fundamental.

- a) O objetivo desta pesquisa é compreender o processo de trabalho dos trabalhadores do NASF no apoio à Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder a uma entrevista que será audiogravada, em que o anonimato e a confidencialidade das informações e relatos serão preservados. A entrevista avaliará a questão do processo de trabalho do NASF especialmente no que se refere ao matriciamento e regulação.
- c) A entrevista será realizada em local disponibilizado pela gestão, em horários que não interfiram no fluxo de atendimento dos usuários nos serviços de saúde. O tempo aproximado para esse procedimento será de 30 minutos.
- d) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado a algum constrangimento ao responder as perguntas durante a entrevista, no entanto, esses serão minimizados, pois os dados, informações ou relatos obtidos serão confidenciais e preservarão o anonimato, já que no roteiro da entrevista não é identificado o seu nome.
- e) Alguns riscos relacionados podem ser que alguma questão cause constrangimento ou desconforto, mas esse risco pode ser solucionado com a possibilidade de você não se pronunciar sobre o que foi perguntado.
- f) Os benefícios esperados desta pesquisa são: o retorno dos resultados, os quais poderão ser utilizados para ampliar as discussões e reflexões acerca do processo de trabalho do NASF, bem como, apontar as potencialidades e fragilidades relacionadas ao processo de trabalho. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.
- g) Os pesquisadores: **Patrícia Audrey Reis Gonçalves Pinheiro** (mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná). Endereço para contato: Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, Rua: Francisco Torres, nº 830, 7º andar, Edifício Laucas, telefone: (41) 3350-9467, e-mail: patgoncalves@sms.curitiba.pr.gov.br, tel: (41) 8414-8072;

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.
Parecer CEP/SD-PB.nº 1523068
na data de 29/04/2016

Rubricas:
Participante da Pesquisa _____
Pesquisador _____
Orientador _____

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR/
CEP/SD / Rua Padre Camargo, 285 – térreo – Alto da Glória – Curitiba/PR
Telefone: (41) 3360-7259 e-mail: cometica.saude@ufpr.br

Profa. Dra. Verônica de Azevedo Mazza (professora do curso de Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná e coordenadora do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná). Endereço para contato: Av. Prof. Lothario Meissner, 632, 3º andar, Jardim Botânico, telefone comercial: (41) 3361-3799, e-mail: mazzas@ufpr.br tel: (41) 9619-9723; **Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich** (professor do curso de Odontologia, Departamento de Saúde Comunitária), Endereço para contato: Rua Padre Camargo, nº 280, 7º andar, telefone comercial: (41) 3360-7241, e-mail: prof.rafaelgd@gmail.com, tel: (41) 9719-9755, são os responsáveis por este estudo e poderão ser contactados em horário comercial (das 8:00h às 12:00h e das 13:00 às 17:00h) para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

- h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.
- i) As informações relacionadas ao estudo poderão conhecidas por pessoas autorizadas pelos pesquisadores e pelas autoridades legais. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida sua confidencialidade.
- j) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.
- k) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.
- l) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.
Parecer CEP/SD-PB nº 1523068
na data de 29/04/2016.

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR/
CEP/SD / Rua Padre Camargo, 285 – térreo – Alto da Glória – Curitiba/PR
Telefone: (41) 3360-7259 e-mail: cometica.saude@ufpr.br

APÊNDICE 2

ROTEIRO PARA ENTREVISTA DO GESTOR

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

Formação (profissão): _____

Tempo de formação: _____

Formação complementar:

() especialização () mestrado () doutorado – Área: _____

Cargo atual: _____

Tempo de gestão no NASF: _____

Vínculo empregatício: _____

QUESTÕES:

1 – Como é organizado o processo de trabalho do NASF?

- organização da agenda de trabalho (organização das atividades, reuniões, quantas equipes apoia, planejamento e definição de atividades)

2 – Quais são as atividades que o NASF desenvolve?

- descrever as atividades propriamente ditas (rotina de trabalho)

3 – Para você, o que é matriciamento?

4 – Como é feito o processo de matriciamento no NASF?

5 - Para você, o que é regulação assistencial?

6 – Como é feita a regulação no NASF?

7 – Quais são as facilidades e as dificuldades encontradas para o desenvolvimento do trabalho do NASF?

APÊNDICE 3
ROTEIRO PARA ENTREVISTA DO PROFISSIONAL QUE ATUA NO NASF

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

Formação (profissão): _____

Tempo de formação: _____

Formação complementar:

() especialização () mestrado () doutorado – Área: _____

Cargo atual: _____

Tempo de atuação no NASF: _____

Vínculo empregatício: _____

QUESTÕES:

1 – Como é organizado o seu processo de trabalho no NASF?

- organização da agenda de trabalho (organização das atividades, reuniões, quantas equipes apoia, planejamento e definição de atividades)

2 – Quais são as atividades que você desenvolve no NASF?

- descrever as atividades propriamente ditas (rotina de trabalho)

3 – Para você, o que é matriciamento?

4 – Como é feito o processo de matriciamento no NASF?

5 - Para você, o que é regulação assistencial?

6 – Como é feita a regulação no NASF?

7 – Quais são as facilidades e as dificuldades encontradas para o desenvolvimento do seu trabalho no NASF?

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA UFPR – SETOR CIÊNCIAS DA SAÚDE/SCS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Processo de trabalho do NASF na perspectiva do matriciamento e da regulação no apoio à Atenção Primária à Saúde: estudo de caso do Rio de Janeiro

Pesquisador: Verônica de Azevedo Mazza

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 54228916.5.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.523.068

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, do tipo Estudo de Caso, intitulada “Processo de trabalho do NASF na perspectiva do matriciamento e da regulação no apoio à Atenção Primária à Saúde: estudo de caso do Rio de Janeiro” sob a responsabilidade da Professora Doutora Verônica de Azevedo Mazza, pesquisadora, orientadora e coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR, com a participação do coorientador Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich, professor do curso de Odontologia e do Departamento de Saúde Comunitária da UFPR e participação da Patrícia Audrey Reis Gonçalves Pinheiro, mestranda do programa de Saúde Coletiva da UFPR.

Objetivo da Pesquisa:

O presente projeto de pesquisa tem como objetivo geral “compreender o processo de trabalho dos trabalhadores do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no apoio à Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro”.

Objetivos Específicos: “descrever a percepção dos profissionais do NASF sobre o seu processo de trabalho na perspectiva do matriciamento e da regulação; descrever a percepção dos gestores do NASF na perspectiva do matriciamento e da regulação.”

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Telefone: (41)3360-7259

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.523.068

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores relatam que “pode existir um risco mínimo no momento da entrevista que possa causar constrangimento e desconforto por parte do participante, tendo sido informado às medidas e cuidados para preservar a integridade, privacidade e anonimato dos participantes, assim como os esclarecimentos dos objetivos do estudo e eventuais dúvidas”.

Os pesquisadores destacam entre os benefícios “O benefício da pesquisa, para os profissionais, será o retorno dos resultados, que poderá ser utilizado para ampliar as discussões e reflexões sobre seus processos de trabalho, bem como, para a gestão, apontar as potencialidades e fragilidades relacionadas ao processo de trabalho dos NASF. Já para a sociedade, os benefícios, mesmo que indiretos, podem contribuir no aperfeiçoamento e na melhoria da política pública de saúde, uma vez que o NASF é uma estratégia utilizada na APS que afeta o cidadão usuário do SUS nesse nível de atenção.”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, do tipo Estudo de Caso, com utilização do referencial teórico metodológico proposto por Yin.

A pesquisa tem como objetivo de compreender o processo de trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no apoio à Atenção Primária à Saúde (APS) do município do Rio de Janeiro, descrevendo a percepção dos gestores e dos profissionais que atuam no NASF sobre o processo de trabalho desenvolvido por essas equipes, especialmente nas perspectivas do apoio matricial e da regulação no encaminhamento dos usuários para outros níveis de atenção.

A contextualização do estudo pauta-se na literatura considerada relevante à temática abordada, apropriada aos objetivos do estudo e atualizada.

A Secretaria Municipal da Saúde do Rio de Janeiro participa como instituição coparticipante.

Participantes do Estudo

Os participantes do estudo serão constituídos por 11 Gestores e 20 Profissionais que atuam nos NASF, maiores de 18 anos, de ambos os sexos que aceitem participar.

Tamanho da amostra

Quanto aos participantes à amostra será constituída por 11 gestores e 20 profissionais (10 representantes das categorias médicas e 10 representantes de categorias não médicas) que atuam nos NASF, no município do Rio de Janeiro.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.523.068

Critérios de Inclusão e Exclusão

Serão incluídos na pesquisa dois grupos de participantes. O primeiro, constituído por “gestores, que atuam como gestor do NASF”.

O segundo grupo será constituído por “profissionais de saúde, que atuam nos NASF e tenham no mínimo 1 ano de atuação no NASF”.

Serão excluídos do estudo os gestores e profissionais que estiver afastado de suas atividades por motivo de férias, licença ou tratamento de saúde durante o período de coleta de dados.

Plano de recrutamento:

A seleção dos participantes será feita após a aprovação do projeto no CEP/SD e aprovação final na Plataforma Brasil.

"-A divulgação da pesquisa junto aos gestores será realizada por meio de comunicação via Skype, durante uma das reuniões mensais do GT NASF, precedente à data da coleta, com o objetivo de esclarecer os objetivos e finalidades da pesquisa e convite para participar da pesquisa;

-Quanto aos profissionais que trabalham no NASF, a divulgação da pesquisa será realizada por meio de comunicação impressa (carta convite), a ser afixada no mural das Unidades Básicas de Saúde, após autorização pelo gestor;

-Os profissionais podem manifestar seu interesse por meio do e-mail informado pelos pesquisadores na carta convite;

-A seleção dos participantes será realizada por sorteio, sendo 1 profissional médico e 1 profissional não médico de cada AP, que tenham manifestado interesse e disponibilidade em participar do estudo;

-Os profissionais que manifestarem interesse e não forem sorteados, será encaminhado um e-mail de agradecimento pela disposição;

-Os participantes sorteados serão convidados e os pesquisadores entrarão em contato por e-mail ou telefone para agendar as entrevistas, as quais poderão ocorrer no momento das reuniões periódicas com o apoiador institucional do NASF, ou em horário a ser definido pelo entrevistado. Serão convidados a participar, sendo entregue o TCLE e na sequência o agendamento da entrevista;

-As entrevistas serão realizadas na própria instituição, em local onde não haja interferência de outras pessoas”.

Coleta, Análise e Tratamento de Dados

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo
Bairro: Alto da Glória
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.523.068

A coleta de dados será realizada mediante duas estratégias: pesquisa documental – documentos internos produzidos pela equipe da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) do Rio de Janeiro – e entrevista audiogravadas com os participantes da pesquisa.

O instrumento de coleta de dados será composto por dados sociodemográficos e por perguntas relacionadas ao processo de trabalho do NASF nas perspectivas do matriciamento e da regulação. As entrevistas serão realizadas no período após a aprovação final na Plataforma Brasil a dezembro/2016, por meio de um roteiro semiestruturado. As entrevistas serão audiogravadas e realizadas em uma sala reservada, durante as reuniões periódicas tanto dos gestores (GT NASF), quanto dos profissionais dos NASF, ou em horário a ser definido pelo entrevistado, que não interfira no desenvolvimento de suas atividades.

A análise dos dados do estudo será realizada de acordo com referencial de Robert K. Yin. Nesta pesquisa optar-se-á pela síntese cruzada dos dados e para auxiliar o processamento dos dados da pesquisa qualitativa, será utilizado o software IRAMUTEQ. De acordo com os pesquisadores “o software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) é um programa informático livre e ancorado no software R, que possibilita diferentes análises estatísticas de textos produzidos a partir de entrevistas, documentos, entre outros.

Os pesquisadores atenderam as solicitações de ajustes no TCLE quanto a complementação de informações referentes ao horário de disponibilidade dos pesquisadores e endereço institucional, além do detalhamento do plano de recrutamento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta todos os termos e documentos requeridos.

Recomendações:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto cumpre os requisitos necessários para sua realização e os ajustes solicitados foram atendidos.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR **Município:** CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -**



Continuação do Parecer: 1.523.068

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS).

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_674930.pdf	10/04/2016 23:21:21		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido.doc	10/04/2016 23:20:52	PATRICIA AUDREY REIS GONÇALVES PINHEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_Patricia_Pinheiro_corrigido_pag_17.docx	10/04/2016 23:20:33	PATRICIA AUDREY REIS GONÇALVES PINHEIRO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	11/03/2016 19:16:29	PATRICIA AUDREY REIS GONÇALVES PINHEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_Patricia_Pinheiro.docx	09/03/2016 22:40:17	PATRICIA AUDREY REIS GONÇALVES PINHEIRO	Aceito
Outros	Check_List.pdf	09/03/2016 22:40:03	PATRICIA AUDREY REIS GONÇALVES PINHEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	09/03/2016 22:39:31	PATRICIA AUDREY REIS GONÇALVES PINHEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso_para_inicio_da_pesquisa.pdf	09/03/2016 22:38:43	PATRICIA AUDREY REIS GONÇALVES PINHEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_uso_especifico_do_material_e_ou_dados_coletados.pdf	09/03/2016 22:38:29	PATRICIA AUDREY REIS GONÇALVES PINHEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_tornar_publicos_os_resultados.pdf	09/03/2016 22:38:17	PATRICIA AUDREY REIS GONÇALVES PINHEIRO	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR **Município:** CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.523.068

Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_tornar_publicos_os_resultados.pdf	09/03/2016 22:38:17	PINHEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_confidencialidade.pdf	09/03/2016 22:38:06	PATRICIA AUDREY REIS GONÇALVES PINHEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Concordancia_Instituicao_Cooperativa.pdf	09/03/2016 22:37:52	PATRICIA AUDREY REIS GONÇALVES PINHEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Concordancia_Servicos_envolvidos.pdf	09/03/2016 22:37:38	PATRICIA AUDREY REIS GONÇALVES PINHEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_concordancia_do_orientador.pdf	09/03/2016 22:37:26	PATRICIA AUDREY REIS GONÇALVES PINHEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Analise_de_Merito.pdf	09/03/2016 22:37:14	PATRICIA AUDREY REIS GONÇALVES PINHEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Ata_de_aprovacao_do_projeto.pdf	09/03/2016 22:37:01	PATRICIA AUDREY REIS GONÇALVES PINHEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Oficio_Encaminhando_Atade_Aprovacao.pdf	09/03/2016 22:22:35	PATRICIA AUDREY REIS GONÇALVES PINHEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Oficio_pesquisador_encaminhando_projeto_ao_CEP_SD.pdf	09/03/2016 22:20:21	PATRICIA AUDREY REIS GONÇALVES PINHEIRO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

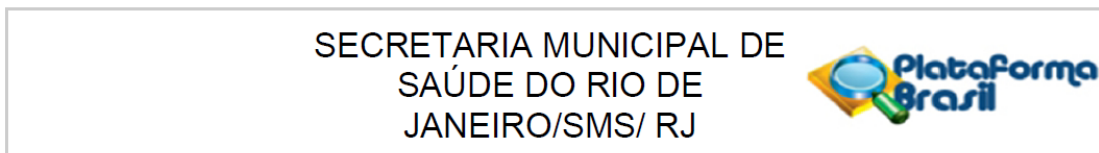
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 29 de Abril de 2016

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)

ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DO RIO DE JANEIRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Processo de trabalho do NASF na perspectiva do matriciamento e da regulação no apoio à Atenção Primária à Saúde: estudo de caso do Rio de Janeiro

Pesquisador: Verônica de Azevedo Mazza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 54228916.5.3001.5279

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.558.227

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa intitulado: Processo de trabalho do NASF na perspectiva do matriciamento e da regulação no apoio à Atenção Primária à Saúde: estudo de caso do Rio de Janeiro que será desenvolvido pela pesquisadora responsável: Verônica de Azevedo Mazza.

Objetivo da Pesquisa:

* Objetivo Geral:

- Compreender o processo de trabalho dos trabalhadores do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no apoio à Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro.

* Objetivos Específicos:

(i) Descrever a percepção dos profissionais do NASF sobre o seu processo de trabalho na perspectiva do matriciamento e da regulação;

(ii) Descrever a percepção dos gestores do NASF na perspectiva do matriciamento e da regulação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com a Resolução 466/2012 "... A eticidade da pesquisa implica em (...) ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos..." Toda pesquisa

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja	CEP: 20.031-040
Bairro: Centro	
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485	E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

**SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ**



Continuação do Parecer: 1.558.227

sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMS-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (item IV.3 .d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.5.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_674930.pdf	10/04/2016 23:21:21		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido.doc	10/04/2016 23:20:52	PATRICIA AUDREY REIS GONÇALVES PINHEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_Patricia_Pinheiro_corrigido_pag_17.docx	10/04/2016 23:20:33	PATRICIA AUDREY REIS GONÇALVES PINHEIRO	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_674930.pdf	11/03/2016 19:18:13		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	11/03/2016 19:16:29	PATRICIA AUDREY REIS GONÇALVES PINHEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_Patricia_Pinheiro.docx	09/03/2016 22:40:17	PATRICIA AUDREY REIS GONÇALVES PINHEIRO	Aceito
Outros	Check_List.pdf	09/03/2016 22:40:03	PATRICIA AUDREY REIS GONÇALVES PINHEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	09/03/2016 22:39:31	PATRICIA AUDREY REIS GONÇALVES PINHEIRO	Aceito

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

**SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ**



Continuação do Parecer: 1.558.227

Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso_para_inicio_da_pesquisa.pdf	09/03/2016 22:38:43	PATRICIA AUDREY REIS GONÇALVES PINHEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_uso_especifico_do_material_e_ou_dados_coletados.pdf	09/03/2016 22:38:29	PATRICIA AUDREY REIS GONÇALVES PINHEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_tornar_publicos_os_resultados.pdf	09/03/2016 22:38:17	PATRICIA AUDREY REIS GONÇALVES PINHEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_confidencialidade.pdf	09/03/2016 22:38:06	PATRICIA AUDREY REIS GONÇALVES PINHEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Concordancia_Instituicao_Cooperativa.pdf	09/03/2016 22:37:52	PATRICIA AUDREY REIS GONÇALVES PINHEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Concordancia_Servicos_envolvidos.pdf	09/03/2016 22:37:38	PATRICIA AUDREY REIS GONÇALVES PINHEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_concordancia_do_orientador.pdf	09/03/2016 22:37:26	PATRICIA AUDREY REIS GONÇALVES PINHEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Analise_de_Merito.pdf	09/03/2016 22:37:14	PATRICIA AUDREY REIS GONÇALVES PINHEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Ata_de_aprovacao_do_projeto.pdf	09/03/2016 22:37:01	PATRICIA AUDREY REIS GONÇALVES PINHEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Oficio_Encaminhando_Atade_Aprovacao.pdf	09/03/2016 22:22:35	PATRICIA AUDREY REIS GONÇALVES PINHEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Oficio_pesquisador_encaminhando_projeto_ao_CEP_SD.pdf	09/03/2016 22:20:21	PATRICIA AUDREY REIS GONÇALVES PINHEIRO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 24 de Maio de 2016

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br