



## Texto preparatório para o ABRASCÃO 2018

### ALGUNS APONTAMENTOS E PROPOSIÇÕES RELACIONADAS AO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF

Autores: Lílian Miranda (Ensp/Fiocruz) e Eduardo Melo (Ensp/Fiocruz)

#### *Um pouco da situação:*

- A criação do NASF é mais recente que a implantação das Equipes de Saúde da Família (EqSF). Trata-se de um arranjo que fortalece a Atenção Básica (AB), porque pauta-se por uma lógica de trabalho que busca superar fragmentação, *especialismos*, burocratização e hierarquização. Tal lógica, juntamente ao processo de trabalho que dela deriva, são mais complexos em termos de organização e de práticas cotidianas (os profissionais do NASF ocupam um lugar intermediário entre usuários e equipes, entre atenção básica e outros componentes das redes).
- Observou-se, nos últimos anos, a ampliação das possibilidades de qualquer município implantar NASF com financiamento federal, além da redução do número de EqSF que cada equipe NASF apoia. Segundo dados do MS, havia 1317 NASF implantados em 2010, 4426 em 2016 e 4755 em 2017;
- Existe uma dificuldade de obtenção de dados consistentes e mais detalhados sobre o NASF, em função da incipiência do sistema de informação que o contempla (E-SUS AB) e da natureza do trabalho desenvolvido pelo arranjo (equipes de composição variável, sem responsabilidade direta pelos usuários). Observa-se maior facilidade para detectar a produção (de diferentes ações e com alguma generalidade) do que efeitos e resultados do trabalho. Há, ainda, a possibilidade de visualização de alguns dados a partir do PMAQ;
- Segundo CNES as categorias que compõem o NASF mais frequentemente são psicologia, nutrição, fisioterapia, serviço social. A esse respeito, vale interrogar se tal composição indica o reforço nas muito necessárias ações de reabilitação e saúde mental;
- Em diferentes localidades do país e mesmo de uma única cidade, os NASF apresentam modos de organização do trabalho (tipo de atividades e formas de relação com a equipe) variáveis, de acordo com características e demandas locais. Trata-se de uma flexibilidade de

adaptação às realidades locais que confere vantagem ao dispositivo, quando comparado a outras políticas e programas.

### ***Alguns desafios centrais dos NASF:***

- O NASF não pode ser analisado sem a consideração aos desafios mais gerais enfrentados pela AB, tais como subfinanciamento, cobertura e acessibilidade, dificuldades para composição da equipe, resolutividade e capacidade de cuidado, articulação com a rede de saúde, legitimidade social. A estes acrescentam-se questões socioculturais, na medida em que trata-se de um arranjo pautado por uma lógica de cooperação e reconhecimento dos limites das especialidades, implantado numa cultura marcada pelo individualismo e alta competitividade.
- **Desafios de ordem estrutural:**
  - A quantidade e a “cobertura de NASF”: ainda existe elevado número de municípios onde não há NASF e, naqueles em que o arranjo está implementado, observa-se que muitas equipes NASF cobrem (informalmente) número elevado de EqSF;
  - Baixo investimento na infraestrutura de trabalho do NASF (há problemas de transporte, equipamentos e materiais, especialmente para ações de reabilitação);
  - Sobrecarga de trabalho das equipes de saúde da família, dificultando a interação com profissionais do NASF e reforçando a lógica do encaminhamento tradicional.
- **Desafios conceituais e de formulação:** (des)entendimentos sobre atribuições do NASF, com destaque para as polarizações entre “atender pacientes” *versus* “fazer ações coletivas”, desgastando as relações entre profissionais do NASF, das Esf e da gestão. O lugar do *núcleo* e do *campo* profissionais num contexto de trabalho em equipe, bem como da dimensão técnica específica *versus* prática relacional, são questões vivenciadas, muitas vezes, mais como polarizações do que como tensões produtivas.  
É necessário, portanto, problematizar em que medida a “forma” NASF se sobrepõe à “função/sentido” apoio, ou seja: qual o limite entre organização mínima e burocratização? Em que medida as demandas e necessidades das EqSF e dos usuários vêm antes, junto, ou depois das necessidades dos profissionais do NASF, ou mesmo das normativas?

- **Desafios de ordem organizacional:**

- O trânsito do NASF entre equipes de saúde da família e entre atores de outras modalidades de serviço de saúde. Trânsito este que viabiliza a constituição de relações fundamentais à coordenação e continuidade do cuidado (acesso a ações e serviços com integração e sintonia) e a certo nível de regulação do acesso feito desde a APS;
- O (re)ordenamento do escopo de ofertas a serem feitas na APS (via NASF) ou em outros pontos da rede, colocando em análise o quanto apontam para o aumento desejável do acesso e da capacidade de cuidado na atenção básica (com novas ofertas e incorporação tecnológica inclusive) ou para um esvaziamento e desestruturação desnecessária de outros pontos de atenção, tendo como balizador a noção de integralidade, que supõe a existência de redes (loco-regionais).

- **Desafios de ordem pedagógica e de suporte ao processo de trabalho:** Considerando a complexidade de operar ações a partir do referencial teórico-metodológico do apoio matricial, há que se reconhecer que os profissionais do NASF são desafiados a operar numa dimensão micropolítica e relacional com as equipes de saúde da família (por vezes oferecendo discussão de caso quando a demanda é por encaminhamento, o que pode ser tenso, a depender do contexto) e, ao mesmo tempo, numa dimensão técnica (agregando aportes do seu núcleo profissional que podem fazer diferença no cuidado ofertado). Cabe-lhes compartilhar casos, responsabilidades, acionar saberes e técnicas próprias da profissão/especialidade, assumir a incerteza ou um não saber, transitar entre equipes e entre serviços, considerar os usuários e as equipes de referência, enfim, trata-se de **um modo de atuação desafiador, frente ao qual** não cabe idealização (mesmo que os profissionais do NASF já fossem formados para este tipo de trabalho).

### ***Algumas proposições***

Acima apontamos que os desafios para o NASF se colocam em distintos planos, desde a formulação da política nacional até o cotidiano do trabalho. Sendo assim, fazem-se necessárias proposições de distintas naturezas e dirigidas a diferentes âmbitos:

1. Qualquer proposição relacionada ao NASF deve ser considerada em suas especificidades, mas também num plano geral da APS e das redes de saúde. Sendo assim, no que diz respeito ao contexto mais amplo, aponta-se para a necessidade de redimensionar o número de usuários por equipe de saúde da família (com vistas à qualificação da atenção e diminuição

da sobrecarga de trabalho), levando em consideração características como vulnerabilidade social e atribuições das equipes. Trata-se de uma proposta que requer enfrentamento de alguns nós críticos, como o subfinanciamento e a disponibilidade de profissionais, especialmente médicos. Para tanto, podem ser úteis e oportunos estudos e prospecções que forneçam subsídios e justificativas;

**Em relação ao NASF, especificamente, propomos:**

2. Viabilizar a implantação de NASF para todos os municípios e o dimensionamento adequado dentro de cada um deles;
3. Enfrentar problemas relacionados à indefinição de coordenação do NASF. Sugere-se, por exemplo, que profissionais de NASF que atuam apenas em uma unidade tenham como chefe o gerente ou responsável pela unidade. Já aqueles NASF que atuam em mais de uma unidade, podem ter no coordenador de área/distrito ou de atenção básica a sua referência de chefia. Em ambos arranjos, ou em outros a serem criados de acordo com realidades locais, importa que as funções de coordenação/chefia fiquem esclarecidas e, concomitantemente, os espaços de gestão compartilhada sejam sustentados e/ou reforçados.
4. Inserir a formação em apoio matricial nas residências médicas e multiprofissional;
5. Ampliar as ofertas de formação e educação permanente para os profissionais dos NASF;
6. Fomentar a realização e/ou análise de experiências inovadoras de organização e funcionamento dos NASF, buscando enfrentar desafios referidos à tensão núcleo-campo e ao escopo de ações nos diferentes componentes da rede de atenção à saúde;
7. Fomentar a ampliação das ações de matriciamento oferecidas por serviços especializados incumbidos de receber casos cujos problemas/situações específicas não podem ser acompanhados apenas na APS. Tal trabalho pode ser disparado tanto pelos casos em que partiu da APS o pedido de apoio/encaminhamento, quanto por aqueles frente aos quais os serviços especializados consideram importante encaminhar ou compartilhar o cuidado com a APS;
8. Fomentar a formulação de mecanismos de avaliação do trabalho dos NASF coerentes com a sua lógica de atuação, bem como estudos e pesquisas que evidenciem efeitos e resultados dos NASF para as ESF e para os usuários;