

ANÁLISE DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DO MARANHÃO

ANALYSIS OF SUPPORT CENTERS TO FAMILY HEALTH IN MARANHÃO STATE, BRAZIL

Nathália Cristina Silva Pereira¹, Mônica Elinor Alves Gama²

Resumo

Introdução: O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) amplia a abrangência das ações da Atenção Básica, representando a continuidade do cuidado na área da reabilitação. **Objetivo:** Avaliar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família existentes no estado do Maranhão. **Métodos:** Estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo utilizando dados secundários oriundos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Resultados:** Foram investigados 108 municípios, apresentando 109 NASF tipo 1 e 17 NASF tipo 2. Eram 729 profissionais cadastrados, sendo a fisioterapia com o maior número (182). Na área médica, totalizou 27 profissionais. O tipo de vinculação dos profissionais predominante é estabelecido por meio de contratos (610) e a carga horária de 40 horas (563). **Conclusão:** Possibilitou conhecer e quantificar o NASF, além de categorizar os seus serviços. Demonstrando a fragilidade das políticas de saúde no contexto local.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família. Promoção da Saúde.

Abstract

Introduction: The Support Center for Family Health (NASF, from the Portuguese acronym) extends the scope of actions of Primary Care, representing the continuity of the care in rehabilitation. **Objective:** To evaluate the Support Centers for Family Health from the state of Maranhão, Brazil. **Methods:** Quantitative, descriptive and retrospective study using secondary data from the National Registry of Health Facilities. **Results:** We investigated 108 municipalities, with 109 NASF type 1 and 17 NASF type 2. There were 729 registered professionals, being physical therapy the majority (182). In the medical field, totaled 27 professionals. The type of binding of the predominant professionals is established through contracts (610) and the duration of 40 hours (563). **Conclusion:** The study made possible to know and quantify the NASF, in addition to categorize their services. Demonstrating the fragility of health policies in the local context.

Keywords: Primary Health Care. Family Health. Health Promotion.

Introdução

A Portaria de Nº 154 de 24 de janeiro de 2008 cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), tendo como objetivo a inserção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, e aumentar a resolutividade dela, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde¹.

Também afirma que o apoio matricial será formado por um conjunto de profissionais que não têm relação direta com usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência (equipes de Saúde da Família).

A portaria determina que os NASF estejam classificados em três modalidades, NASF 1, NASF 2 e NASF 3. O NASF 1 deverá ser composto por no mínimo 5 profissionais de nível superior, podendo ser: Médico Acupunturista; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Pediatra; Médico Psiquiatra; Assistente Social; Educador Físico; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional. O mesmo deverá ser vinculado a no mínimo 8 Equipes de Saúde da Família e no máximo a 20 Equipes de Saúde da Família.

Já o NASF 2 deverá ser composto por no mínimo

3 profissionais de nível superior, podendo ser: Assistente Social; Educador Físico; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional. Suas atividades deverão ser vinculadas a no mínimo 3 Equipes de Saúde da Família.

O NASF 3 foi criado a partir da portaria Nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, deverá estar vinculado a no mínimo 1 e a no máximo 2 ESF e/ou Equipes de Atenção Básica para as populações específicas (consultórios de rua, equipes ribeirinhas e fluviais)².

O NASF e as equipes de Saúde da Família atuam de forma colaborativa e compartilhada, em ações como as de orientação à família e ao usuário, sobre manuseio, posicionamento e atividades da vida diária, ações de inclusão escolar, laboral ou social das pessoas com deficiência, e ações voltadas ao idoso com problemas de locomoção ou acamado. Também definem os encaminhamentos, se necessários, do usuário/família para obtenção de órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção e programas públicos de auxílio social. O profissional deve se responsabilizar pelo acompanhamento dos casos, planejando, atuando e avaliando resultados em conjunto com as equipes de Saúde da Família³.

O presente estudo se justifica pela necessidade

¹ Terapeuta Ocupacional. Especialista em Saúde da Família e Residência Integrada Multiprofissional em Saúde - Atenção à Saúde Renal (HU-UFMA). Universidade do Estado do Pará - UEPA.

² Doutora em Medicina (USP). Pediatra (SUS-USP). Diretora acadêmica da Faculdade Laboro. Contato: Nathália Cristina Silva Pereira. E-mail: nathaliacristinasp@gmail.com

de avaliar os NASFs existentes no Estado do Maranhão, tendo como objetivo caracterizar os tipos de NASFs, quantificar os profissionais, fornecer o número de equipes vinculadas, tipos de vínculos profissionais e carga horária exercida pelos profissionais.

Métodos

Estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo, para observar, registrar, analisar e correlacionar os fatos ou fenômenos, sem manipulação nem inferência do pesquisador⁴, para descrever os fatos e características presentes em uma determinada população⁵, utilizando fontes de dados secundários para caracterizar as ações dos NASFs nos municípios do Estado do Maranhão.

O estado do Maranhão possui uma área de aproximadamente 331.937,450 km² e população de 6.574.789, com 217 municípios⁶. Foram incluídos neste estudo, municípios com NASF registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), com uma amostra composta por 108 municípios. Estabelecida por não probabilística intencional, baseada em julgamento feito pelos pesquisadores e elementos que apresentam as características desejadas por eles⁵.

A coleta ocorreu em fevereiro de 2014 por meio de investigação em banco de dados do CNES, da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) e do site das prefeituras dos municípios selecionados. Para a coleta de dados utilizou-se um instrumento pré-estabelecido contendo as variáveis: tipo de NASF, categoria profissional atuante, equipes de Saúde da Família vinculadas, tipos de equipes, carga horária e tipo de vínculo dos profissionais. Considerou-se os dados atualizados até dez/2013.

Resultados

Dos 108 municípios maranhenses incluídos nesta pesquisa, os que se destacaram pelo número de NASF foram: Imperatriz (5), Codó (3) e Lago da Pedra (3); em contrapartida a capital, São Luís, não possui NASF. O NASF predominante foi o tipo 1, totalizando 109 e 17 do tipo 2 (Figura 1).

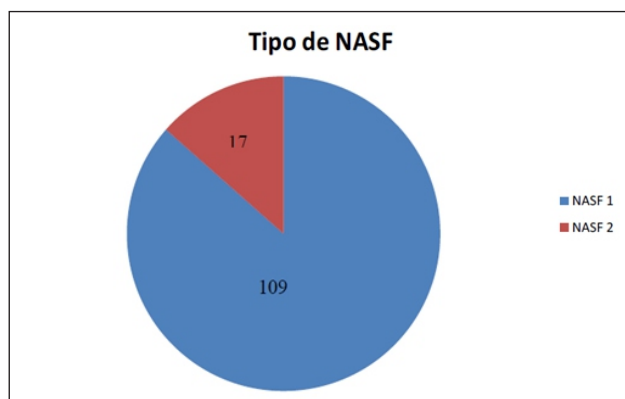


Figura 1 - Tipo de NASF. Maranhão, 2013.

O município de Imperatriz (MA), apresenta o maior número de equipes vinculadas ao NASF (41), seguida de Codó (MA), com 23, por outro lado, os municípios maranhenses de Sítio Novo, São José dos Basílios, São Domingos do Azeitão, Santana do Maranhão,

Presidente Médici, Milagres do Maranhão, Matões do Norte Junco do Maranhão, Cedral, Arame e Altamira do Maranhão se tornaram municípios de menor vinculação com apenas 3 equipes. Entre as equipes vinculadas, predominaram saúde bucal (597) (Figura 2).

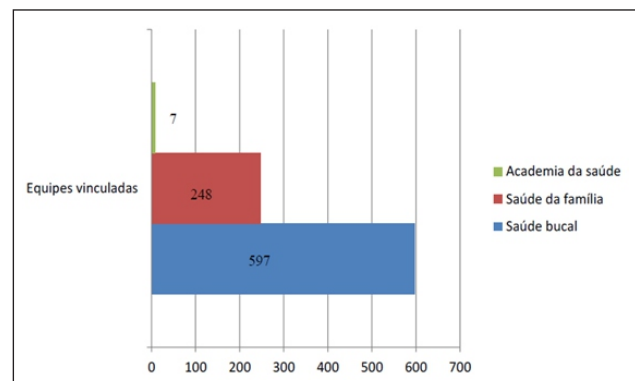


Figura 2 - Equipes vinculadas ao NASF. Maranhão, 2013.

Localizado na Região Nordeste, com 1.197 NASFs, no ano de 2013, o Maranhão se destaca em 4º lugar com 126 NASFs, porém apresenta má distribuição, segundo dados da SAGE (Figura 3).

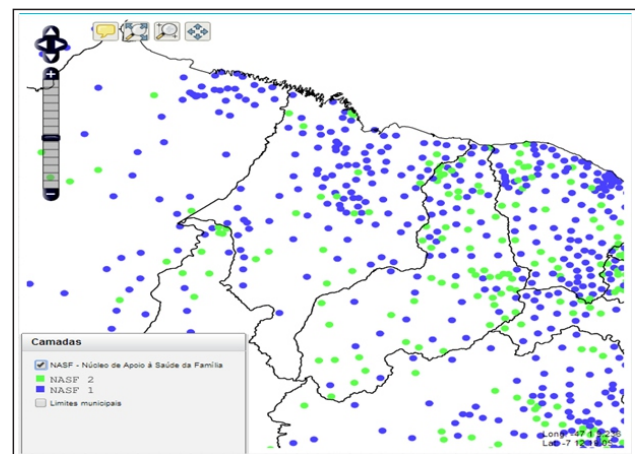


Figura 3 - Distribuição do NASF. Maranhão, 2013.

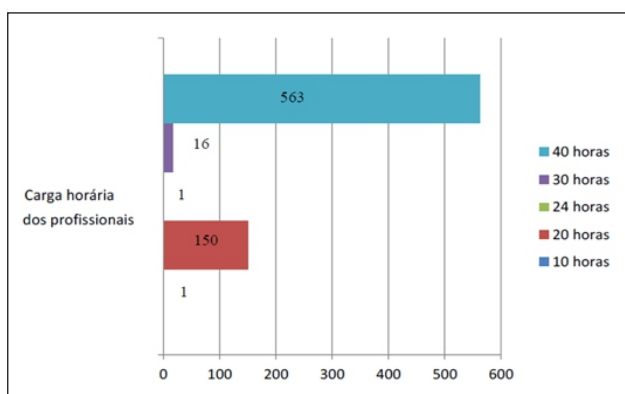
Fonte: SAGE - Sala de Apoio a Gestão Estratégica / Ministério da Saúde.

As categorias profissionais presentes foram fisioterapeuta, educador físico, terapeuta ocupacional, nutricionista, assistente social, psicólogo, farmacêutico, médico ginecologista e obstetra, veterinário, pediatra e psiquiatra, totalizando 729 profissionais. A fisioterapia foi à categoria com o maior número de profissionais (24,96%), seguida de nutricionista (13,30%) e assistente social (12,89%). O médico pediatra se faz presente com (1,64%). Observou-se que das 13 profissões que compõe as equipes do NASF, de acordo com a portaria Nº 154/08, 11 estão contempladas. O médico acupunturista e homeopata não estão presentes à equipe. Destacam-se entre os tipos de vínculo dos profissionais os contratados (83,44%), seguido de emprego público (7,38%) e estatutário (6,56%) (Tabela 1).

A carga horária predominante é 40 horas (563), seguida de 20 horas (150) e por último 24 e 10 horas (1 em cada) (Figura 4).

Tabela 1 - Categoria e vínculo de profissionais inseridos no NASF. Maranhão, 2013.

Categoria profissional atuante	n	%
Fisioterapeuta	182	24,96
Nutricionista	097	13,30
Assistente social	094	12,89
Psicólogo	087	11,93
Fonoaudiólogo	081	11,11
Farmacêutico	056	07,68
Terapeuta Ocupacional	053	07,27
Educador Físico	052	07,13
Médico pediatra	012	01,64
Médico veterinário	009	01,23
Médico ginecologista e obstetra	005	00,68
Médico psiquiatra	001	00,13
Total	729	100,0
Tipo de vínculo profissional		
Contratado	610	83,44
Emprego público	054	07,38
Estatutário	048	06,56
Sem vínculo	017	02,32
Cargo comissionado	002	00,27
Total	731	100,0

**Figura 4** - Carga horária semanal dos profissionais do NASF. Maranhão, 2013.

Discussão

A predominância de NASF 1 se deve ao número de equipes vinculadas, porém poucos municípios possui a presença do mesmo. Entre as razões que contribuem para esse fato destacam-se a gestão municipal, o preparo da equipe técnica, o exercício do controle social, o tamanho e a localização, o acúmulo histórico e a própria trajetória do setor saúde do município. Além do papel do governo estadual no planejamento e organização da assistência no território estadual⁷.

Entendendo a saúde bucal como parte integrante do processo de saúde, a incorporação oficial do cirurgião-dentista na equipe e o incentivo financeiro através da portaria Nº 1.444 resultaram em um grande impulso e expansão das equipes no Brasil. A predominância de equipes de saúde bucal é reflexo da atual Política Nacional de Saúde Bucal, que tem como pres-

supostos a operacionalização da oferta de serviços na atenção básica⁸.

Dentre as categorias predominantes se destaca a fisioterapia. O Maranhão possui 758 fisioterapeutas registrados no CNES, sendo 448 de estabelecimentos públicos⁹. A expansão da municipalização das ações, a ampliação da ESF e as novas políticas governamentais de indução à formação de profissionais voltados ao sistema público e às necessidades da população refletem o impacto do quadro observado¹⁰. Outro ponto que contribui para o quadro é o crescimento do número de fisioterapeutas.

A necessidade de conhecimentos específicos para atuação na Atenção Primária de Saúde (APS) e o despreparo nos cursos de graduação se tornam um desafio para a definição do papel profissional entre as categorias com menos oferta de profissionais¹¹. Além da presença de poucos cursos de terapia ocupacional e educação física no Maranhão.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) divulgou um boletim com os resultados da pesquisa demográfica médica no Brasil, apontando a pediatria como a especialidade mais procurada para formação¹². A definição dos profissionais que irão compor cada tipo de NASF é de responsabilidade do gestor municipal, respeitando as necessidades locais e disponibilidade dos profissionais.

Há uma tendência no âmbito do trabalho no Brasil a generalização de contratos por tempo determinado, subcontratações e terceirização¹³. Os contratos firmados pelos municípios favorecem a consignação de empregos por uma pequena parte da população e exclui a promoção de concursos públicos.

A presença de vínculos estabelecidos por contratos retrata a ausência de concursos públicos no estado, seguido por uma prática enraizada no nepotismo que vigora nos municípios do Maranhão. A carga horária de 40 horas demonstra a luta diária dos profissionais e seus respectivos sindicatos pela sua diminuição, para que se tenha qualidade na prestação de seus serviços.

A justificativa se fundamenta na carga horária excessiva, precariedade do vínculo trabalhista, dificuldade de trabalho em equipe multiprofissional e a compreensão sobre o seu papel profissional no NASF^{14,15}.

O estudo possibilitou o conhecimento sobre os NASF existente no estado MA, de quantificar, identificar a distribuição no estado e categorizar os serviços prestados.

Os NASF são serviços que visam modificar a forma de saúde. E vem ganhando espaço no cenário de saúde do Maranhão. No entanto, ainda apresenta desigualdade em sua distribuição, apresentando como principal erro a ausência desse serviço na capital, São Luís. Este ponto representa a falta de interesse dos gestores e a manutenção de práticas hegemônicas.

Percebe-se a relevância e necessidade de pesquisas com este propósito, não apenas no Maranhão, mas no Brasil para que se consolidem as práticas, qualifique as políticas e se obtenha transparência quanto os serviços, possibilitando planejamento, inferências setoriais que possam contribuir para reflexões sobre os desafios do NASF.

Referências

1. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 04 mar. 2008. p. 38-42.
2. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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 Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para as populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 02 jan. 2013. p. 223.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília, Ministério da Saúde, 2010.
4. Rampazzo L. *Metodologia científica para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação*. São Paulo: Edições Loyola; 2005.
5. Gressler LA. *Introdução à pesquisa: projetos e relatórios*. 2ª Ed. São Paulo: Loyola; 2004.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. *Atlas do Censo Demográfico 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.
7. Tomasi ARP, Rizzotto MLF. Análise da distribuição e composição profissional dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Paraná. *Saúde debate*, 2013; 37(98): 427-436.
8. Calado GS. *A inserção da equipe de saúde bucal no Programa de Saúde da Família: principais avanços e desafios*. (Dissertação). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
9. *Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES*. 2010. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?home=1>. Acesso em: 19 jul 2014.
10. Costa LR, Costa JLR, Oishi J, Driusso P. Distribuição de fisioterapeutas entre estabelecimentos públicos e privados nos diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde. *Rev Bras Fisioter*, 2012; 16(5): 422-430.
11. Santos SFS, Benedetti TRB. Cenário de implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e a inserção do profissional de Educação Física. *Rev bras ativ fís saúde*, 2012; 17(3): 188-194.
12. Conselho Federal de Medicina - CFM. *Sete especialidades concentram mais da metade dos médicos brasileiros*. 2013. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23589:set-especialidades-concentram-mais-da-metade-dos-medicos-brasileiros&catid=3:portal. Acesso em 19 jul 2014.
13. Medeiros CS, Carvalho RN, Cavalcanti PB, Salvador AR. O processo de (des) construção da multiprofissionalidade na atenção básica: limites e desafios a efetivação do trabalho em equipe na estratégia saúde da família em João Pessoa-PB. *Rev Bras Cienc Saúde*, 2011; 15(3): 319-328.
14. Ronzani TM, Ribeiro MS. Práticas e crenças do médico de família. *Rev Bras educ med*, 2004; 28: 190-197.
15. Mello GA, De Mattos ATR, Souto BGA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Médico de Família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. *Rev bras educ med*, 2009; 33(3): 464-471.