



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ROSEMEIRE APARECIDA BEZERRA DE GOIS DOS SANTOS

**MATRICIAMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA:
ESTUDO DE EQUIPES ESF E NASF ATUANDO
NA REGIÃO DA CAPELA DO SOCORRO-SP**

Santos
2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ROSEMEIRE APARECIDA BEZERRA DE GOIS DOS SANTOS

**MATRICIAMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA:
ESTUDO DE EQUIPES ESF E NASF ATUANDO
NA REGIÃO DA CAPELA DO SOCORRO-SP**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo, *Campus* Baixada Santista, para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Educação Permanente em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Laura Câmara Lima
Co-orientadora: Profa. Dra. Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo

**Santos
2015**

Rosimeire Aparecida Bezerra de Gois

MATRICIAMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA: estudo de equipes ESF e NASF atuando na região da Capela do Socorro-SP.

Presidente da Banca:
Profa. Dra. Laura Câmara Lima

Banca Examinadora

Profa. Dra. Virginia Junqueira

Instituição: UNIFESP/BS ASSINATURA: _____

Prof. Dr. Carlos Roberto de Castro Silva

Instituição: UNIFESP/BS ASSINATURA: _____

Prof. Dr. Marco Akerman

Instituição: USP ASSINATURA: _____

Dedicatória

À minha mãe que me ensinou a caminhar
Ao meu pai que me ensinou a sonhar
Aos meus irmãos que me ensinaram a tolerar
Ao meu marido que me ensinou a planejar
Ao meu filho que me ensinou a amar

Agradecimentos

Ao meu *marido* pela ajuda diária, paciência e companheirismo.

À minha família, *Maria do Céu, Vicente, Erick e Robson*, por contribuir com o meu crescimento como pessoa e em todos os âmbitos da minha vida – sou o que eu sou hoje graças a todos vocês!

À *Laura Câmara Lima*, minha orientadora, e *Lucia Uchôa-Figueiredo* minha co-orientadora, por me acolher, orientar, movimentar e ampliar todas as possibilidades dessa pesquisa e de meu olhar. Eterna gratidão!

A *Virginia Junqueira e Carlos Roberto de Castro Silva* pela contribuição intelectual e afetiva durante a qualificação e pelo cuidado, agregando à pesquisa com olhares atentos e perspicácia.

À OS Associação Saúde da Família e à Supervisão Técnica de Saúde da Capela do Socorro que me permitiu realizar a pesquisa.

A todos os profissionais do *NASF e da ESF* da região da Capela do Socorro que contribuíram para a pesquisa acontecer.

Aos colegas de sala do MP, turma 2013, com encontros quinzenais repletos de curiosidades, experiências, depoimentos, descobertas e afeto. Estarão eternamente em minha lembrança!

A *Andrea Domingues, Bárbara Mello e Débora Alcântara* pela troca, companheirismo, cumplicidade e todos os risotos preparados por vocês para nossos jantares ao fim de cada aula, porque vivíamos na república da Tia da Bá. Foi um processo de aprendizado mútuo e viagens com direito a colo, choro, risadas e descobertas.

À Tia da Bá, que gentilmente nos disponibilizou seu aconchegante apartamento para nossas pousadas quinzenais na Praia Grande nesses últimos dois anos.

Aos amigos da vida que me apoiaram e acreditaram em mim.

Aos trabalhadores do SUS que sempre me ensinam com suas experiências profissionais.

*O que dá o verdadeiro sentido ao encontro é a busca,
e é preciso andar muito para se alcançar o que está perto.*

José Saramago

RESUMO: Na década de 1970, o governo brasileiro reformou a Atenção Básica a Saúde (ABS). Do modelo ambulatorial, centrado no profissional médico, passou-se para uma estratégia ou programa de saúde da família (PSF), com novos princípios como: promoção de saúde, responsabilidade sanitária por um território. Em janeiro de 2008, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) foi criado para a ampliação, aumento da resolutividade e integralidade dos cuidados em saúde. O NASF foi pensado como retaguarda especializada, voltada para a ação clínica e educativa em apoio às equipes, usando tecnologias tais como: Apoio Matricial, Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular (PTS), Projeto de Saúde no Território (PST) e Educação Permanente (EP). A pesquisa aqui apresentada tem como objetivo geral investigar os conhecimentos teóricos e as práticas que os profissionais da ESF e do NASF associam ao matriciamento. Os objetivos específicos são: investigar de que forma acontece o matriciamento dentro da rotina cotidiana dos profissionais e se há construção compartilhada; além de possibilitar retorno científico para o poder público e contribuir para efetivação das políticas públicas. Trata-se de estudo descritivo e exploratório, de abordagem quantitativa, com refinamento qualitativo. Foram convidados a participar médicos e enfermeiros do PSF e todos os profissionais do NASF ligados a cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Região da Capela do Socorro do Município de São Paulo. A coleta de dados se deu por questionário; foram necessários cinco encontros de 30 minutos cada, em cinco UBS, para realiza-la. Participaram 78 profissionais: 44 do PSF e 34 do NASF. Foram realizadas estatísticas descritivas e inferenciais. Os resultados revelam que 80% dos pesquisados possuem pós-graduação, mas apenas 35 % são pós-graduados em Saúde da Família, indicando falta de formação teórica específica. As respostas referentes às ações cotidianas de matriciamento, indicam a existência de diferenças entre as equipes PSF e NASF, sobretudo relativamente a três conceitos: Intersetorialidade (32,6% do PSF contra 76,5% do NASF), Educação Permanente (51% do PSF contra 85% do NASF) e Clínica Ampliada (48,8% do PSF e 79% do NASF). As diferenças são menores quanto à prática do PTS e da Discussão de Caso, respectivamente: 76,7% do PSF e 100% do NASF e 85% do PSF e 100% do NASF. Existe mais consenso quando se trata de Trabalho Multidisciplinar. As análises das questões qualitativas permitiram um refinamento, dando acesso aos significados livremente atribuídos ao matriciamento pelos grupos de sujeitos e o conjunto de dados analisados indica que as equipes da PSF tendem a se organizar a partir de um modelo de assistência ambulatorial centrado no médico, enquanto as equipes do NASF estão mais abertas aos outros setores, saberes e espaços de trocas. Percebeu-se que o matriciamento pode ser uma boa estratégia, mas ainda é preciso fazer adaptações que tornem mais compatível o trabalho das duas equipes, por exemplo flexibilizando as agendas dos profissionais ESF, assim como conscientizar os gestores e os formadores das universidades da necessidade de ampliar a visão que eles têm das possibilidades de compartilhamento de saberes e experiências.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Básica; Programa de Saúde da Família; educação permanente.

ABSTRACT: In early 1970, the Brazilian Government reformed the basic attention to health (ABS). The outpatient model, centered in the medical professional, it moved to a strategy or the family health program (PSF), with new principles as: health promotion, health responsibility for a territory. In January 2008, the core of support for family health (NASF) was created for the expansion, increased resolution and completeness in health care. The NASF was thought of as a specialized rear toward the clinical and educational action in support of teams, using technologies such as: Matrix Support, Expanded Clinic, Unique Therapeutic Project (PTS), Health project in the territory (PST) and continuing education (EP). The research presented here aims to investigate the General theoretical knowledge and practices that the ESF professionals and the NASF associated with the Matrix-based. The specific objectives are: to investigate how the Matrix-based into the daily routine of the professionals and shared construction; besides enabling scientific return for public authorities and contribute to effective public policy. It is descriptive and exploratory study, quantitative approach, with qualitative refinement. Were invited to join the PSF doctors and nurses and all the professionals of the NASF linked the five basic health units (UBS) of the region of Capela do Socorro of Sao Paulo. Data collection took place by questionnaire; It took five dates of 30 minutes each, in five UBS, to perform it. 78:44 professionals participated in the PSF and 34 of the NASF. Descriptive statistics and inferenciais were carried out. The results reveal that 80 of surveyed have graduate degrees, but only 35 are post-graduates in family health, indicating lack of theoretical training. The answers regarding the everyday actions of Matrix-based, indicate the existence of differences between PSF teams and NASF, in particular three concepts: intersectoral approach (32.6 of the PSF against 76.5 of the NASF), Permanent Education (51 of the PSF against 85 of the NASF) and Expanded Clinic (48.8 of the PSF and 79 of the NASF). The differences are smaller with regard to the practice of PTS and discussion of Case, respectively: 76.7 of the PSF and 100 of NASF and 85 of the PSF and 100 of the NASF. There is more consensus when it comes to work. The analysis of qualitative issues have enabled a refinement, giving access to freely meanings assigned to the Matrix-based by groups of subjects and the set of parsed data indicates that the PSF teams tend to organize from a model of ambulatory assistance doctor-centric, while the teams of the NASF are more open to other sectors, knowledge and trading spaces. It was noticed that the Matrix-based can be a good strategy, but still need to make adjustments to make it more compatible with the work of the two teams, for example making the ESF professional agendas, as well as raise the awareness of managers and trainers of universities of the need to expand the vision that they have of the possibilities of sharing knowledge and experiences.

KEYWORDS: Primary Care; Family Health Program; continuing education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|--|
| ABS | Atenção Básica à Saúde |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| ANSS | Agência Nacional de Saúde Suplementar |
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| APS | Atenção primária à Saúde |
| ASF | Associação Saúde da Família |
| BM | Banco Mundial |
| CBO | Código Brasileiro de Ocupações |
| CNC | Conselho Nacional de Saúde |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| MS | Mistério da Saúde |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| OS | Organização Social |
| PACS | Programa de Agente Comunitário de Saúde |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| PST | Projeto de Saúde no Território |
| PTS | Projeto Terapêutico Singular |
| RSB | Reforma Sanitária Brasileira |
| SUAS | Sistema Único da Assistência Social |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| Uma trajetória a ser contada | 10 |
| Introdução | 14 |
| 1. Um breve histórico da atenção básica à saúde | 23 |
| 1.1 Da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) até a implementação do Programa de Saúde da Família (PSF) | 23 |
| 1.2 O Núcleo de Apoio à Saúde da Família | 41 |
| 1.3 O matriciamento na Atenção Básica | 47 |
| 1.4 O matriciamento e suas ferramentas conceituais | 51 |
| 1.5 NASF: Modelo de saúde vigente na Supervisão Técnica de Saúde da Capela do Socorro | 59 |
| 2. Objetivos | 63 |
| 3. Método | 64 |
| 3.1 Os participantes | 65 |
| 3.2 Os procedimentos | 66 |
| 4. Resultados | 68 |
| 4.1 Análise quantitativa das respostas às questões fechadas | 68 |
| 4.2 Análise qualitativa das respostas às questões abertas | 85 |
| 5. Discussão | 96 |
| Considerações Finais | 114 |
| Referências bibliográficas | 119 |
| Anexos | 124 |
| Termo de consentimento livre e esclarecido | 124 |
| Carta convite aos gestores | 126 |
| Carta convite ao profissional | 126 |
| Questionário | 128 |
| Aprovação do Comitê de Ética – Plataforma Brasil | |

UMA TRAJETÓRIA A SER CONTADA...

*Se existe um objeto de teu desejo,
ele não é outro senão tu mesmo.*
Jacques Lacan

Ainda na adolescência iniciei a busca incansável pelo que seria quando adulta. Inevitavelmente a busca interna é pelo que se é e pelo que se deseja ser! A busca de qualificação profissional deu-se pelas andanças que a vida proporciona. No ano de 1994, aos 17 anos, matriculei-me no curso de administração com ênfase em comércio exterior, mas todas as disciplinas me soavam como um alemão falando a língua japonesa com sotaque italiano. Não entendia nada daquilo, a não ser as aulas de psicologia, que me fascinavam. Elas me despertavam para a vida e para o melhor que a universidade podia me dar: a curiosidade pela subjetividade humana.

Em 1998 iniciei a graduação em Psicologia, com a certeza de que seria uma excelente psicóloga clínica e que meu consultório seria lotado de crianças e adolescentes que tinham curiosidade pela vida e ansiedade de conhecer o mundo profissional, curar seus traumas, culpas etc. Como todo estudante de Psicologia cheguei à conclusão, ainda no segundo ano da graduação: “Só sei que nada sei”. Mais uma vez Sócrates estava certo com a sua máxima. Nossas verdades absolutas devem ser jogadas fora e temos que mergulhar na imensidão das incertezas. Como diz a música da banda Engenheiros do Hawaii, “a dúvida é o preço da pureza e é inútil ter certeza”.

Descobri que a clínica, no contexto de *setting* terapêutico, me limitava ao mundo externo, ao cotidiano, à troca entre coletivos. Não sabia mais aonde ir, mas sabia que essa não era a clínica em que eu desejava atuar. Sempre me perguntava quais eram as possibilidades de clínicas que existiam na Psicologia. E a saga na busca pelo que se é e pelo que se deseja ser continuava. Lembrando Clarice Lispector, “dizem que a vida é para quem sabe viver, mas ninguém nasce pronto”. E eu não estava pronta, precisava viver outras subjetividades e clínicas, todas as que o mundo dos estudantes pode e deve conhecer.

Em 2000 iniciei estágio em Psicologia na Unidade Básica de Saúde Salvador de Leone, no Município de Itapeberica da Serra (SP). Conheci o mundo da saúde pública e coletiva – foi intenso e apaixonante. Pela primeira vez ouvi falar do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), de acompanhamento ao idoso, de atenção básica, secundária, terciária, de centros de

especialidades, de diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), de luta antimanicomial. Entrei em contato com todos os sentidos do real trabalho na área da saúde e o que ele pode oferecer. Essa clínica fazia sentido, era trabalho da Psicologia além dos muros, na rede, na comunidade, nos grupos, na atenção à saúde coletiva, na política e na patologia como consequência de um sofrimento social, na doença como consequência de uma vida boba e “sujeitada”.

Ainda nesse período conheci duas pessoas importantes na minha vida profissional, dois médicos: Dra. Claudia Maria Chagas, médica hebiatra, e Dr. Yoshifumi Tsudaka, diretor da Unidade Básica de Saúde Salvador de Leone, na qual fui estagiária por dois anos. Estes dois profissionais mostraram-me o que era o SUS e quais as lutas e os adventos sociais e suas histórias nas lutas das políticas públicas, a luta pelo direito à saúde, a consolidação da Constituição de 1988 e as mazelas políticas por trás de uma militância incansável por direitos, dignidade e organização social para a consolidação do sistema de saúde na atenção básica.

Em 2003 formei-me psicóloga, e como toda recém-formada trazia comigo a ansiedade pelo primeiro emprego, a paixão pela saúde coletiva e a esperança de mudar o mundo. Acho que essa era a famosa “onipotência da juventude”, necessária para manter a vida pulsando e em movimento.

Em 2004, fui convidada pela Dra. Claudia a participar de um processo seletivo na Prefeitura Municipal de Embu das Artes, em um projeto patrocinado pela Petrobras, para adolescentes em situação de risco e vulnerabilidade. Novas possibilidades de clínica abriram-se, descobri o mundo da assistência social e das políticas públicas, voltadas ao desenvolvimento humano e econômico, e com elas o Sistema Único da Assistência Social (SUAS). Mas como a vida é sempre movimento, passei apenas dois anos da minha carreira em Embu das Artes, na Secretaria de Cidadania, Centro de Referência da Juventude.

Em 2006 fiz especialização em adolescência e juventude, havia descoberto o mundo da defesa de direitos da infância e da adolescência. E a única coisa que me esperava era exatamente o inesperado: fui trabalhar na Fundação Casa naquele ano, era psicóloga de um programa que prestava serviços assistenciais em parcerias com o Governo do Estado de São Paulo, na oferta de cursos profissionalizantes em comunicação áudio visual. Viver a experiência de entrar em uma “instituição total” permeada por regras intensas e controle não só do Estado, mas de sujeitos em sua pequena certeza que deviam “vigiar e punir”, foi intenso e provocou muita reflexão. Como diria Foucault (1996, p.44): “Todo sistema de educação é uma maneira política de manter ou de

modificar a apropriação dos discursos, com os saberes e os poderes que eles trazem consigo”. Mas como tudo não é por acaso, viver a intensidade do controle, inclusive dos discursos, deixava-me desassossegada: eu precisava voltar ao ponto de partida, no qual eu nasci como profissional. Passar pela Fundação Casa deu-me mais certeza de que ainda não havia encontrado meu lugar como potência de criação e de clínica.

Em 2008 prestei um concurso publico na Prefeitura Municipal de Itapecerica da Serra para psicóloga e fui convocada para assumir o cargo dois anos depois, já em 2010. A essas alturas da vida, com trinta anos de idade, havia me casado e tinha um filho, meu querido João, que me dá a certeza todos os dias de que somos seres divinos e que nascemos para transformar tudo ao nosso redor, e assim ele fez e faz todos os dias, com sua infância necessária e amor pelas descobertas da vida.

Ao voltar a Itapecerica da Serra vi que ela já não era mais a mesma, não havia as mesmas pessoas para cuidar e trabalhar... Eu precisava de algo que fizesse sentido para mim, sentido para a vida! Onde estavam o amor e todos os sonhos? Todos os projetos construídos e implantados em meados do ano 2000 já não existiam mais; as pessoas que por lá passaram já tinham ido, não havia mais resquícios, a construção coletiva estava estagnada porque não havia mais sonhos e possibilidades, eu já não investiria naquele lugar, mas sim todos os que lá então estavam, se assim o quisessem.

Em busca de mais alimento para a alma, em 2009 fui me especializar em saúde coletiva – eu continuava na busca daquele lugar que me ofereceram como estagiária de Psicologia em saúde pública: o lugar da ética, a possibilidade de construção e efetivação de políticas. Sempre me lembro dessa oferta com muita saudade e diria que Dra. Claudia e Dr. Yoshi foram meus mestres. Sigo na saúde coletiva com muito respeito e admiração pela possibilidade de construção e potência de vida – aos mestres com carinho!

Ao longo da vida profissional, de uma forma ou de outra, sempre atuei junto ao SUS, e de junho de 2010 a março de 2014 atuei na equipe de apoio matricial inserida em um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que atende quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas no distrito Capela do Socorro do município de São Paulo, por gestão local de uma Organização Social (OS).

A partir da avaliação de experiência de trabalho como matriciadora de NASF, observei que os profissionais têm bastante dificuldade em atuar em conformidade com o que seria previsto

pela política do programa. No cotidiano das equipes, percebi a existência de um desconforto entre os profissionais do NASF e da Estratégia Saúde da Família (ESF) que impede a realização de trabalho integrado, sobretudo quando os primeiros se apresentam aos segundos como matriciadores, com função técnico-pedagógica. Pareceu-me que, ao colocarem seus interlocutores no lugar de aprendizes, os profissionais matriciadores estariam estabelecendo uma relação permeada por diversas dificuldades e desafios.

Na busca pela descoberta do que seria esse processo matricial, na certeza de que ele deveria ser uma relação de mão dupla, um encontro em que os profissionais pudessem trocar experiências, saberes, pensamentos, dúvidas e aprender uns com os outros foi que em 2013, com um currículo que já havia passado pelas áreas de educação, assistência social, medida socioeducativa, saúde pública e terceiro setor, resolvi prestar o processo seletivo para entrar na segunda turma de mestrado profissional da Baixada Santista. Duas razões me levaram a fazê-lo: uma foi saber que havia algo desse mundo do trabalho entre essas duas equipes que deveria ser explicitado, outra foi porque como psicóloga em saúde coletiva me faltavam informações que qualificassem a minha atuação. Além disso, a escolha pela Baixada Santista foi algo inusitado, algo que me capturou: o fato de ficar submersa por dois dias inteiros, duas vezes ao mês, foi de fato uma “viagem” ao mundo da pesquisa e da descoberta. As viagens eram reflexivas, produtivas, e como todo “estrangeiro” descobrindo o novo, imagens e elaborações me completavam como pessoa e profissional. A troca entre colegas, os almoços, os botecos e os jantares após as aulas sempre eram momentos de muita aprendizagem; o ir e vir de São Paulo a Santos, por um pouco mais de dois anos, foi o que me possibilitou seguir e ter certeza de que o mundo da saúde coletiva era o meu, por escolha.

Atualmente, não mais como psicóloga matriciadora, mas como gestora de UBS com seis equipes de Programa de Saúde da Família (PSF) e uma equipe interdisciplinar NASF, sinto que a viagem não acabou – ela está apenas começando. Entrar em contato com possibilidades criativas para efetivação do SUS no território em que trabalho e gerir uma equipe NASF que tem a função de realizar Projeto Terapêutico Singular (PTS), entre outras tecnologias, me dá a certeza de que, nas palavras de Fernando Pessoa, “tudo vale a pena quando a alma não é pequena”. Assim, meu novo alimento para a alma é iniciar no mundo das pesquisas em relação à busca pelo que se é e pelo que se quer ser. Eu já descobri! Quero ser agenciadora de potência criativa por onde passar ou ficar.

INTRODUÇÃO

*A teoria sem a prática vira “verbalismo”,
assim como a prática sem teoria, vira ativismo.
No entanto, quando se une a prática com a teoria
tem-se a práxis, a ação criadora
e modificadora da realidade.*
Paulo Freire

Toda pesquisa deve ser pautada por um referencial teórico que norteie as interpretações dos fenômenos. Isso significa que não existe apenas a minha verdade, mas que interpretando dados que nos mostram a realidade a partir de um recorte determinado podemos ter uma visão geral do que acontece no cotidiano das equipes do Programa Saúde da Família (Programa Saúde da Família) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da Região da Capela do Socorro (SP). As interpretações não podem ser retiradas de fontes baseadas em “achismos”, mas sim devem ser o resultado de um processo coerente e sistemático, organizado a partir de fundamentos conceituais que possibilitam compreender a realidade. Para tanto se faz necessária uma revisão da literatura referente ao objeto, para que quando formos investigar as ações em saúde do cotidiano possamos ter referenciais que guiem a nossa conduta confirmando que teoria e prática caminham juntas.

Esta pesquisa tem como objetivo o matriciamento como dispositivo de atenção básica à saúde tal como ele é praticado pelas equipes de PSF e NASF da Região da Capela do Socorro (SP). Essa escolha de objeto deu-se não só pela atualidade do tema, mas, sobretudo, por ter percebido a necessidade e certa carência de análises que buscassem interpretar e explicitar os processos que envolvem a apropriação dos conceitos definidos pelo Ministério da Saúde sobre matriciamento e suas tecnologias, e o que se faz de potente do território em que equipes mínimas de PSF e equipes interdisciplinares do NASF venciam, em seu cotidiano, uma realidade que não está inserida nos livros ou nas publicações contemporâneas. Nossa preocupação central é a prática cotidiana do matriciamento, ou seja, o quanto essa ferramenta pode apresentar diversos sentidos para o profissional da Estratégia Saúde da Família (ESF) e NASF, e até que ponto essas equipes de profissionais incorporam esses conceitos e os aplicam em suas atividades cotidianas.

Dentro desse contexto, a conceituação de modelo de atenção à saúde faz-se necessária, uma vez que falar de matriciamento é falar de modelo de gestão de serviços de assistência e

cuidados em saúde na contemporaneidade. Partimos do significado da palavra “modelo”: ela faz lembrar algo a seguir, algo exemplar a ser visto como norma ou forma ideal. Essa possibilidade semântica da palavra “modelo”, nesse contexto entendida como padrão ou referência, tem um peso forte dentro do contexto social e tende a estar presente no entendimento dos modelos assistenciais ou no modelo de atenção. Modelo de atenção à saúde pode ser entendido como uma maneira de organizar ações para a intervenção no processo saúde-doença, articulando os modos de operar, sejam eles tecnológicos ou humanos, na tentativa de serem resolutivos em relação aos problemas de saúde existentes em um coletivo.

Pensando em modelo de atenção à saúde, Teixeira (2011, p.7) afirma:

A construção de um modelo de atenção integral à saúde pressupõe, portanto, o desenvolvimento de um processo de implantação de ações que não são desenvolvidas no sistema de saúde, ao mesmo tempo em que se promove a integração tanto “vertical” quanto “horizontal” de ações que são desenvolvidas.

Nesse sentido, o modelo assistencial atual diz respeito ao modo como são organizadas em uma sociedade as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. Ele pode ser entendido como forma de organizar, articular e gerenciar recursos físicos, tecnológicos e profissionais disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade.

Dentro desse contexto podemos dizer que no Brasil existem vários modelos de saúde desenvolvidos em diferentes momentos históricos. Segundo Morosini & Corbo (2007), no início da República, por exemplo, existiu o modelo sanitarista, com guardas sanitários e outros técnicos que organizavam ações e campanhas para lutar contra as epidemias que assolavam o Brasil no início do século, como febre amarela, varíola e peste. Esse tipo de campanha transformou-se em uma política de saúde pública importante para os interesses da economia agroexportadora daquela época.

Ainda segundo Morosini & Corbo (*ibidem*, p.29),

- Década de 1920: com o incremento da industrialização no país e o crescimento da massa de trabalhadores urbanos, começou as reivindicações por políticas previdenciárias e por assistência a saúde. Nesta época, ainda governo Getúlio Vargas, as CAPs, criadas nos anos 1920, transformaram-se em Instituto

de Aposentadoria e Pensão (Iaps). O que antes era CAP de uma determinada empresa passou a ser um Instituto de Aposentadoria e Pensão de uma determinada categoria profissional (por exemplo: Iapi, Iapetec, Iapmetc). Cada instituto dispunha de uma rede de ambulatórios e hospitais para assistência à doença e recuperação da força de trabalho.

- Em 1923: Os trabalhadores organizaram, junto as suas empresas, as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), regulamentadas pelo Estado.
- A partir da década de 1930, a política de saúde pública estabeleceu diferentes formas de atuação, com instalação de centros e postos de saúde para atender, de modo rotineiro, a determinados problemas. Para isso, foram criados alguns programas, como pré-natal, vacinação, puericultura, tuberculose, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis e outros. Esses programas eram organizados com base nos saberes tradicionais da biologia e da velha epidemiologia que determinavam as prioridades e o modo de organizar as ações, sem levar em conta aspectos sociais ou mesmo a variações de territórios e o estado da população de certa a região.
- Nos anos 50, outras categorias profissionais aderiram ao modelo dos Iaps, formando novos institutos e, conseqüentemente, novos serviços foram inaugurados para assistir os respectivos trabalhadores e seus dependentes. A política de saúde pública reforçou o investimento em centros e postos de saúde com seus programas verticalizados.
- A instauração do governo militar no ano de 1964 determinou novas mudanças. Unificou os Iaps no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), mas manteve o foco na assistência à saúde individual, pois as ações de saúde pública eram de responsabilidade dos governos estaduais e do Ministério da Saúde. Além disso, expandiu o modelo biomédico de atendimento por meio do financiamento e compra de serviços aos hospitais privados o que serviu para expandir o setor privado de clínicas e hospitais, assim como o consumo de equipamentos e medicamentos.
- Em 1975 definiu-se um Sistema Nacional de Saúde em que as atividades de saúde pública continuavam desarticuladas da assistência médica individual. Esta década foi marcada por evidências dos limites da biomedicina. Uma dessas evidências foi quanto a pouca efetividade das ações da biomedicina no enfrentamento dos problemas de saúde gerados pelo processo acelerado de urbanização. Esse foi um processo que ocorreu em alguns países desenvolvidos concomitantemente. Doenças psicossomáticas, neoplasias, violência, doenças crônico-degenerativas e novas doenças infecciosas desafiavam a abordagem centrada em características individuais e biológicas do adoecer. Foi, portanto, vertiginosa a escalada dos custos dos Sistemas de Saúde, evidenciando, mais uma vez, os limites das ações.

Dentro desse contexto, ainda segundo as autoras (*ibidem*, p.31),

do ponto de vista tecnológico, ocorreu um predomínio no uso das chamadas tecnologias duras (dependem do uso de equipamentos) em detrimento das leves (relação profissional-paciente), ou seja, prima-se pelos exames diagnósticos e imagens, mas não necessariamente cuida-se dos pacientes em seus sofrimentos. Nos anos 70, estabeleceu-se, internacionalmente, um debate sobre modelos de assistência que levassem em conta as questões anteriormente mencionadas. Prevaleceram as propostas que enfatizavam a racionalização do uso das tecnologias na atenção médica e o gerenciamento eficiente. A mais difundida foi a de atenção primária à saúde ou medicina comunitária.

Continuando com o relato de Morosini & Corbo (*ibidem*, p.32), vemos que

na década de 80, a expressão “modelos assistenciais” referia-se às formas de organização dos serviços de saúde, envolvendo unidades distintas complexas e tecnológicas relacionadas entre si e nos diferentes espaços, mediante a prestação de serviço, ou como componentes do sistema de saúde, em forma de sistemas locais de saúde. Após a Conferência Pan-Americana de setembro de 1986, houve a implantação de um modelo que visa à reorganização e à reorientação dos sistemas Nacionais de Saúde com base nos processos de descentralização e desenvolvimento local – Sistema Local de Saúde (Silos).

Diante do exposto, podemos supor que o modelo de saúde que se espera atualmente, após a luta coletiva de movimentos e militâncias, é aquele que busca maior articulação de rede de serviços e intersetorialidade, minimizando gastos e aumentando a resolutividade. O objetivo é garantir acesso a todos os cidadãos, com oferta de serviços de qualidade, com eficácia e equidade, além de boa capacidade profissional, recursos físicos e insumos, com tecnologias que permitam análises epidemiológicas e vigilância em saúde, para que se possam organizar ações e ter como resultado a identificação e a resolução de problemas. Todavia, será necessário investimento da ordem de políticas públicas e gestão horizontalizada com participação comunitária e maior controle social, uma vez que sabemos que esse modelo “ideal” é um tanto desafiador e evidência que atualmente os processos de descentralização e desenvolvimento local vêm sendo prejudicados nas últimas décadas por precarização dos serviços e pouco investimento financeiro em todos os níveis de atenção.

Para Teixeira (2006, p.25),

Pode-se conceber um modelo de atenção, que inclui três dimensões: uma dimensão gerencial, relativa aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações de serviços, uma dimensão organizativa, que diz respeito ao estabelecimento das relações entre unidades de prestação de serviço, geralmente levando em conta a hierarquização dos níveis de complexidade tecnológica do processo do cuidado, e a dimensão propriamente técnico-assistencial, ou operativa, que diz respeito às relações estabelecidas entre os sujeitos das práticas e seus objetos de trabalho, relações estas medidas pelo saber em tecnologia que operam no processo de trabalho em saúde em vários planos (promoção em saúde, prevenção de risco e agravos e recuperação e reabilitação).

A partir da prática observa-se que o modelo de saúde que se idealiza é aquele que realiza em seu cotidiano práticas sanitárias, articuladas com as práticas de saúde, dialogando com o coletivo em suas dimensões econômicas, sociais, políticas e ideológicas, e que possa oferecer atenção às questões ligadas ao território adscrito, procurando melhorar a qualidade de vida de seus habitantes, com ações programáticas para uma população que apresenta maior risco de adoecer, fornecendo assim um tratamento qualificado e singular. No entanto, o que vemos ainda predominar atualmente no nosso cotidiano é o modelo de atenção médico-centrado, com características bem particulares e comuns em nosso sistema de saúde, voltado ao individualismo, saúde e doença como mercadoria, ênfase no biologismo, medicalização dos problemas, participação passiva e subordinada dos pacientes.

No quadro a seguir, Andrade, Barreto & Bezerra (2005) fazem uma diferenciação e um comparativo entre o modelo médico centrado convencional e o modelo de atenção primária, também conhecido no Brasil por atenção básica. Essa comparação faz-se necessária para que possamos refletir qual modelo viabiliza a integralidade do cuidado em saúde.

Quadro 1 – A diferença entre atenção médica convencional e atenção primária à saúde
(Andrade, Barreto & Bezerra, 2005, p.331)

| CONVENCIONAL | | ATENÇÃO PRIMÁRIA |
|---------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| Doença | ENFOQUE | Saúde |
| Cura | | Prevenção, atenção e cura |
| Tratamento | | Promoção da saúde |
| Atenção por episódio | CONTEÚDO | Atenção continuada |
| Problemas específicos | | Atenção abrangente |
| Especialistas | | Clínicos gerais |
| Médicos | ORGANIZAÇÃO | Grupos de outros profissionais |
| Consultório individual | | Equipe |
| Apenas setor de saúde | | Colaboração intersetorial |
| Domínio pelo profissional | RESPONSABILIDADE | Participação da comunidade |
| Recepção passiva | | Autorresponsabilidade |

De acordo com o Quadro 1, o modelo de atenção à saúde convencional tem como foco a doença e a cura a partir de sintomas, o tratamento ofertado, parte do princípio da clínica que atua na queixa e conduta de um médico para problemas específicos em que o sujeito procura um atendimento em serviços de saúde que tem como oferta assistência ambulatorial. Como criticam os autores (*ibidem*), o modelo convencional é uma clínica que acontece a partir da demanda espontânea em que o sujeito procura o serviço, sem continuidade no cuidado ou ações de prevenção e de promoção, nem foco na cura e reabilitação; em muitos casos, como intervenção imediatista realiza-se um encaminhamento ao especialista de acordo com a queixa do sujeito.

Ainda em relação ao Quadro 1, observa-se que os autores demonstram que o modelo de atenção ofertado pela atenção primária tem como objeto de intervenção a saúde do sujeito e de um coletivo, de forma longitudinal e de acordo com as demandas de um território adscrito, com foco na promoção de saúde de forma abrangente, bem como atendimento clínico com objetivo de realizar cuidados visando à integralidade e autonomia de sujeitos e coletivos com construção de projetos em saúde que privilegie a autonomia e o protagonismo de sujeitos e coletivos.

Nessa ótica, o que se observa na prática é uma parcela dos profissionais de saúde que encara o cuidado em saúde de maneira individualizada ou pela ótica da enfermidade. Portanto, existe a necessidade de espaços que fomentem a existência de outras perspectivas em suas práticas cotidianas, com um olhar para a qualidade de vida e os processos organizativos,

reivindicatórios e transformadores de grupos sociais em defesa de outros modos de existência e de promoção de saúde.

Do ponto de vista profissional e a partir da experiência, devemos pensar que existe a necessidade da instauração de outro modelo de atenção à saúde que garanta a integralidade, com capacidade de resolver problemas de saúde em um sentido ampliado, e para isso os profissionais têm que ser capazes de realizar ações em equipe interdisciplinar. Idealmente esse modelo prevê articulação entre profissionais, troca de conhecimentos teóricos e práticos, ação conjunta e compartilhada, com fluidez de experiências e ampliação de ações voltadas ao mesmo objetivo: o bem-estar coletivo de um território que está sob a responsabilidade deles.

Esse modelo requer disponibilidade profissional à alteridade e, sobretudo, exercício da atividade que permita a construção de conduta a partir dos princípios e valores dos profissionais envolvidos, para que as ações sejam eficazes sem que parta do julgamento moral ou do desconhecimento da realidade e do contexto social em que os sujeitos estão inseridos. Esse modelo precisa ser permeado da possibilidade da escuta do outro (paciente), de seu desejo e aflições. Espera-se ainda que ele seja norteado pela busca da autonomia e da participação do usuário (paciente) no processo de cuidado, promoção e prevenção e ou reabilitação.

Ainda a partir da vivência profissional, todavia, foi preciso atentar ao fato de que as condições sociais podem influenciar o fenômeno saúde/doença. Esse fato não deve ser tratado superficialmente: precisamos de estratégias que procurem intervir sobre os estilos de vida como eles existem na realidade. É preciso que se leve em consideração o ambiente em que o sujeito está inserido, sua história, sua cultura e a cultura local, bem como a gênese mais profunda dos fenômenos sociais. Será preciso perceber que nunca devemos trabalhar com uma visão reducionista dos sujeitos, não devemos escolher por ele o que pode ser um hábito saudável ou um desejo. É preciso que haja investimento de potência criativa nesses sujeitos, para que eles possam encontrar a motivação e a autonomia para a participação no processo de cuidado e de promoção de saúde de cada um deles.

Para Teixeira (2011, p.4),

Do ponto de vista sociocultural também existem barreiras, sendo a principal delas, sem dúvida, a barreira da linguagem, da comunicação entre os prestadores de serviços e os usuários. Ainda quando chega aos serviços, grande parte da população não dispõe de condições educacionais e culturais que facilitem o diálogo com os profissionais e trabalhadores de saúde, o que se reflete, muitas vezes, na dificuldade de entendimento e de aprendizado acerca do

comportamento que deve adotar para se tornar coadjuvante do processo de prevenção de riscos e de recuperação da sua saúde. Uma simples receita médica pode ser um texto ininteligível para grande parte da população que não sabe ler.

Nesse sentido, observa-se que os profissionais de saúde precisam encontrar estratégias que facilitem a comunicação com os sujeitos que compõe um território, precisam utilizar um diálogo acessível e que faça sentido para quem busca a assistência à saúde. Observa-se que na prática a linguagem técnica serve para troca entre profissionais, mas para o paciente muitas vezes ela prejudica o entendimento da oferta, ressaltando nesse contexto as inúmeras receitas prescritas por médicos sem ao menos se preocupar com a legibilidade e prescrição de maneira que o paciente possa ter autonomia em seu tratamento indicado pelo próprio médico. Isso resulta em um cuidado frágil, em que o paciente é “passivo” e sem possibilidade de empoderamento, ficando à mercê dos profissionais que “acham” que o “básico” é o “muito” que se faz. Todavia, devemos refletir sobre o Projeto Terapêutico Singular (PTS) em que não aparece o sujeito sendo convidado a escolher junto com o serviço quais possibilidades existem para a sua necessidade, muitas vezes subjetiva, e que uma simples receita ou consulta médica responderia.

Como modelo potente de saúde, devemos olhar para a prática da saúde como produção de vida, entender que a má distribuição de renda, o desenvolvimento social, a definição de saúde/doença têm efeitos e produzem fenômenos na vida dos sujeitos e coletivos. Existe atualmente a necessidade da conquista de modelo de saúde que seja voltado não só para a doença do corpo propriamente dita, mas que também possa olhar para as singularidades de cada sujeito e dos indicadores sociais que influenciam na produção de vida e de saúde. Dessa forma, é imprescindível que em nosso país haja a consolidação de práticas sanitárias que procurem concretizar a saúde como um direito e privilegiar a capacidade dos sujeitos de viverem com autonomia. Por meio de práticas de atenção básica em saúde, talvez seja possível influenciar movimentos comunitários em busca de ações cooperativas que tenham por objetivo a superação das desigualdades de “poder” que predominam nas relações entre profissionais e usuários.

A partir da vivência profissional na atenção básica, este trabalho busca discutir a respeito desse novo fazer em saúde que vem sendo prestado nos serviços, nos diversos territórios do país, desde a implementação das políticas públicas do PSF e dos NASF, e que vêm sendo realizadas por profissionais em saúde, muitos dos quais formados há mais tempo e com uma experiência de trabalho consolidada a partir de um modelo tradicional médico-centrado, e outros jovens

formados, com pouca experiência prática e nenhuma formação específica na área da saúde coletiva. O campo é novo, com pouca teorização precedente e tudo por fazer. Ao mesmo tempo, os profissionais estão atuando na prática e as necessidades crescem, junto com a população, enquanto os recursos humanos empregados ficam sempre reduzidos por conta de orçamentos limitados. Nessa mesma ótica, podemos pensar na possibilidade da construção de PTS que partam do princípio da gestão de cuidado com a participação efetiva de profissionais, sujeitos e comunidades.

A incorporação dessa nova relação no modelo de atenção à saúde demanda novos modos de fazer saúde e novas posturas dos profissionais, que facilitem aos usuários potencializar singularidades, percepção de direitos e protagonismo de sua própria saúde e vida. Sobretudo, existem muitas dificuldades no que se refere à aderência a esse modelo de atenção: observam-se práticas centradas no modelo curativista e médico-centrado, com poucos projetos de saúde para o território que ampliem o acesso e as ações. Os profissionais que dele fazem parte em sua construção e efetivação também encontram dificuldades para ampliar suas ações e sua clínica. Observa-se que a rotina com excesso de demanda de todas as esferas de sofrimento humano tem produzido no trabalhador um alto desgaste, e existem outras variáveis dentro do território em que esses profissionais circulam: eles estão expostos a risco e vulnerabilidade da ordem da insalubridade, que também são causas possíveis de adoecimento.

1. UM BREVE HISTÓRICO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

1.1 Da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) até a implementação do Programa de Saúde da Família (PSF)

De acordo com a lei n.8.080 (BRASIL, 1990) o SUS foi instituído com o objetivo de coordenar e integrar ações de saúde em três esferas de governo: estaduais, municipais e federais. O art.4 da mesma lei diz que “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgão e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)”. Ainda nesse mesmo artigo, no §2, “refere que a iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS) em caráter complementar”. Portanto o SUS pode ser entendido como um sistema complexo que tem a responsabilidade de articular e coordenar ações de promoção e prevenção à saúde, além de viabilizar ações curativas e de reabilitação.

O SUS é um produto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), em resposta ao movimento sanitário e de lutas sociais para promover políticas e novos modelos de organização dos serviços oferecidos à população. Um dado importante desse processo é a inserção da saúde no texto constitucional (BRASIL, 1988), como direito de cidadania e dever do estado, com o intuito de garantir o acesso a ações e serviços de saúde a todos os cidadãos.

Dentro desse contexto, o SUS passa a ser integrado nas políticas de proteção social em consonância com as políticas do sistema de previdência social e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Não podemos deixar de citar aquilo que compõe, em seu processo de implantação, o tripé da seguridade social estabelecido na Constituição Federal, descrito no art.194: a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (*ibidem*).

O que seria esperado, a partir desse marco, é que houvesse realmente uma ampliação de direitos no sentido da universalidade e equidade, o que provocaria mudança social e certo

reequilíbrio de forças, permitindo a populações que ficavam excluídas de direitos passa a ser consideradas como membros da pólis, sujeitos de direitos.

De acordo com Pasche & Vasconcelos (2009, p.533),

No campo da saúde isso significou a possibilidade de superação da oferta estratificada de serviços, que diferenciava os indivíduos em indigentes e segurados da previdência Social, e trouxe a oportunidade para reduzir a diferença de atendimento aos moradores do campo e da cidade, e entre as diferentes regiões do País. Estas situações caracterizavam iniquidade no acesso as ações e serviços de saúde, decorrentes da desigual distribuição de recursos físicos, financeiros e humanos. Foram criadas, assim, as condições legais para superar o que Wanderley Guilherme dos Santos (1987) tipificou como “cidadania regulada”.

Neste contexto fez-se necessária as regulamentações do SUS que estão explicitadas na Constituição Federal de 1988, nas constituições estaduais e nas leis orgânicas dos municípios que incorporam e detalham os princípios da lei magna do país. A regulamentação foi feita pelas leis federais n.8.080 e 8.142 (ambas sancionadas em 1990), que detalham a organização e o funcionamento do sistema, e por sucessivas leis, que desde então têm ampliado o arcabouço jurídico nacional relativo à saúde. Entre elas estão a lei de extinção do Inamps e do Sistema Nacional de Auditoria, o estabelecimento do medicamento genérico, a criação do subsistema de saúde indígena, a definição do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANSS), entre outras agências.

O SUS está fundamentado em diretrizes organizativas e princípios doutrinários incorporados ao texto constitucional e às leis ordinárias que o regulamentam. As diretrizes complementam-se na organização do sistema e estão em consonância com os preceitos do bem-estar social. Essas diretrizes do SUS podem ser entendidas como uma resposta à sociedade brasileira que as elegeu com o objetivo de garantir ao sistema de saúde eficácia. Os princípios doutrinários que conferem essa ampla legitimidade são a universalidade, a integralidade e a igualdade de acesso.

No que se refere à universalidade, ela pode ser entendida como o direito à saúde para todos os cidadãos e o acesso sem distinção ou discriminação aos serviços de saúde ofertados. Já a integralidade tem duas dimensões: acesso a todos os níveis de atenção e perceber a pessoa que demanda atenção como um ser inteiro e não fragmentado. Em relação à igualdade de acesso:

usualmente “equidade”, nome utilizado desde a década de ’90 até hoje pela literatura brasileira, nesse contexto, pode ser entendida como a igualdade de acesso citada pela lei n.8080 (BRASIL, 1990). É utilizada para justificar a prioridade de oferta, a organização da demanda e a garantia de acesso aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de morrer ou adoecer em decorrência da desigualdade na distribuição de renda, moradia e serviços, entre outros.

Para Teixeira (2011, p.2),

O SUS é um projeto que assume e consagra os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população brasileira, o que implica conceber como “imagem-objetivo” de um processo de reforma do sistema de saúde “herdado” do período anterior, um “sistema de saúde”, capaz de garantir o acesso universal da população a bens e serviços que garantam sua saúde e bem-estar, de forma equitativa e integral. Ademais, se acrescenta aos chamados “princípios finalísticos”, que dizem respeito à natureza do sistema que se pretende conformar, os chamados “princípios estratégicos”, que dizem respeito a diretrizes políticas, organizativas e operacionais, que apontam “como” deve vir a ser construído o “sistema” que se quer conformar, institucionalizar. Tais princípios são, como vocês sabem, a Descentralização, a Regionalização, a Hierarquização e a Participação social.

Teixeira (*ibidem*, p.2) também afirma que

o princípio fundamental que articula o conjunto de leis e normas que constituem a base jurídica da política de saúde e do processo de organização do SUS no Brasil hoje está explicitado no artigo 196 da Constituição Federal (1988), que afirma: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Esse artigo traz, além da ideia central do direito à saúde como direito de cidadania, inerente a todos aqueles que sejam brasileiros, por nascimento ou naturalização, a noção de que cabe ao Estado a responsabilidade por promover a saúde, proteger o cidadão contra os riscos a que ele se expõe e assegurar a assistência em caso de doença ou outro agravo à saúde.

Nesse sentido, podemos entender que o SUS é responsável pela oferta do conjunto de atenção à saúde que preconiza ações promocionais, preventivas e assistências. As ações de prevenção e vigilância em saúde são realizadas pelos serviços públicos de saúde.

Junto ao processo de constituição do Sistema Único de Saúde do Brasil, temos a Atenção básica à Saúde (ABS) ou Atenção primária à Saúde (APS), que se configura como um conjunto de procedimentos e estratégias que podem ter efeito resolutivo sobre a qualidade de vida dos

indivíduos e das populações. De acordo com dados bibliográficos sobre a história da APS, durante a segunda e terceira décadas do século XX, na tentativa de aproximar o trabalho em saúde da população, as autoridades sanitárias da época desenvolveram os conceitos de distrito sanitário e de centro de saúde. Essas concepções foram postas em prática de várias maneiras em diversos países e acabaram determinando o modo de operar das equipes em saúde e de atender a população visada pelos serviços.

Andrade, Barreto & Bezerra (2009, p.783), a partir de investigações sobre a história da saúde pública e coletiva, afirmam em um de seus artigos: “Nos Estados Unidos entre 1910 e 1915, os esforços para relacionar os serviços a uma população delimitada ou à população de uma área definida, logo levaram à compreensão da necessidade de um foco de administração, que foi denominado Centro de Saúde”. Em 1920, Dawson, ministro da saúde da Inglaterra, aproximou-se dos conceitos atuais de APS quando definiu o centro de saúde como a instituição encarregada de oferecer atenção médica ao nível primário. Segundo Lago & Cruz (*apud ibidem* p.783), Dawson definiu APS nestes termos:

O Centro de Saúde Primário é a instituição equipada com serviços de medicina preventiva e curativa, conduzida por um médico generalista do distrito. O Centro de Saúde Primário deveria modificar-se de acordo com o tamanho e complexidade das necessidades locais, assim como da situação da cidade. Os pacientes se atenderão majoritariamente com médicos generalistas de seu distrito e manterão os serviços de seus próprios médicos.

Em 1966, o informe da Comissão Millis (comissão de cidadão) nos Estados Unidos considerou a APS como a “oferta do primeiro contato, adoção da responsabilidade longitudinal pelo paciente independentemente da presença ou ausência de doença e a integração dos aspectos físicos, psicológicos e sociais da doença” (Rosen, 1994 *apud* Andrade, Barreto & Bezerra, 2009, p.784).

Ainda de acordo com Andrade, Barreto & Bezerra (2009, p.783),

Na década de 1970, nos EUA, a academia Americana de Médicos de Família definiu APS como forma de aporte de cuidados médicos que acentua o primeiro contato e assume a responsabilidade contínua na manutenção da saúde e no tratamento da doença do paciente. Estes cuidados personalizados implicam um determinado tipo de interação e de comunicação entre paciente e o médico, em

que esse último fica responsável da coordenação da atenção aos problemas de saúde do paciente, tanto biológicos, psicológicos como sociais.

Os mesmos autores afirmam também que, em setembro de 1978, ocorreu a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Atá, em que a Declaração de Alma-Atá foi pensada com o objetivo de garantir acesso igualitário a todos os cidadãos, sem injustiças aos direitos à saúde e, sobretudo, aos Direitos Humanos, e era entendida como uma ponte para o desenvolvimento social. Nela foram definidos os princípios da APS e sua relação com o desenvolvimento socioeconômico dos territórios e de suas populações.

Segundo a Declaração Oficial de Alma-Atá, a Atenção Primária de Saúde é fundamentalmente assistência sanitária posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade [...] A APS, mais uma vez se constitui o núcleo do sistema nacional de saúde, faz parte do conjunto do desenvolvimento econômico e social da comunidade. (OMS, 1978)

A APS seria igualmente válida para todos os países, embora pudesse adotar diversos formatos, de acordo com a cultura e o desenvolvimento econômico de cada país.

A Declaração de Alma-Atá definiu que a APS deveria ser orientada de acordo com os principais problemas sanitários da comunidade e prestar atenção preventiva, curativa, de reabilitação e de promoção à saúde. Também deveriam compreender, no mínimo: a promoção de uma nutrição adequada e de um abastecimento suficiente de água potável; saneamento básico; a saúde da mãe e da criança, incluindo planejamento familiar; a imunização contra principais enfermidades infecciosas; a prevenção e a luta contra doenças endêmicas locais; a educação sobre os principais problemas de saúde e sobre os métodos de prevenção e controle correspondentes; o tratamento apropriado para as enfermidades e os tratamentos comuns. O informe atribuía aos outros níveis do sistema de saúde o aporte de serviços mais especializados e de crescente complexidade. (*ibidem*)

Essa mesma conferência internacional sobre cuidados primários em saúde, considerada um marco nesse contexto, trouxe como proposta a medicina comunitária como alternativa para os modelos de saúde voltados para a prestação de serviços médicos. Nesse sentido, a declaração provocou uma mudança nos modos operatórios, que terão consequências diretas nas maneiras de organizar o trabalho dos profissionais e de operar os serviços de cuidado que eles oferecem aos pacientes, que passam a ser integrados em um sistema amplo e complexo. A atenção primária

responderia à maioria das necessidades básicas em saúde e representaria o que se convencionou posteriormente chamar de “porta de entrada” do sistema.

Starfield (2002 *apud* Andrade, Barreto & Bezerra, 2009, p.786) conceitua a

APS como o nível de um sistema de Saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção à pessoa (não a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção à saúde a todas as situações de saúde, exceto as incomuns, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros.

Podemos entender a APS como um tipo de atenção à saúde que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos quanto especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde, com foco na integralidade. Em resumo, ela pode ser compreendida como uma tendência, relativamente recente, de inverter a priorização das ações em saúde de uma abordagem curativa, desintegrada e centrada no papel hegemônico do médico para uma abordagem preventiva e promocional, integrada em outros níveis de atenção e construída de forma coletiva com outros profissionais de saúde.

Essa nova priorização das atividades provoca mudanças no que é esperado dos profissionais de saúde que atuam em função desse modelo. Campos *et al.* (2010, p.132) ressaltam a principal função prescrita para a ABS: atendimento com a exigência da equidade e resolutividade. A Atenção Básica à saúde (ABS) deveria constituir-se em uma das principais portas de entrada para o sistema de saúde (não a única, o que implicaria burocracia intolerável, o pronto-socorro é uma porta possível e necessária, por exemplo). Porém espera-se dela muito mais do que essa função de garantir acesso ao sistema: “Afirma-se que na ABS deveriam ser resolvidos 80% dos problemas de saúde da população (*apud* Who, 1978), desta porcentagem espera-se que, somente, entre 3 e 5% dos casos seriam encaminhados” (*ibidem*, p.132).

Os mesmos autores (*ibidem*, p.133) referem que

É uma tradição em outros países utilizar a expressão “Atenção Primária em Saúde” em lugar de “Atenção Básica a Saúde” como denominamos aqui no Brasil em decorrência da tradução realizada na época em que passou a ser empregada. No Brasil, usamos a palavra “básica” para nos referirmos à atenção primária; entretanto, na nossa tradução de “básica”, o que prevalece é a máxima da conotação, com viés negativo da palavra no sentido mais simples da definição. Contudo, importa mais do que definir a terminologia, o fato de haver inúmeras denotações quanto ao sentido de ambos os termos utilizados, básico ou primário entendido às vezes como elementar, mínimo, simples, primitivo.

Observando a prática cotidiana dos serviços, percebe-se que muitas vezes a definição de ABS, na percepção dos usuários do sistema e dos profissionais, ainda é vista pejorativamente, entendida como um sistema de menor resolutividade, como se suas ações fossem simplistas e ela tivesse foco apenas em situações corriqueiras do cotidiano – a proliferação dessa conotação pejorativa conduz à desvalorização social das ações desse nível de atenção. Outro fato importante a ser mencionado é que o coletivo que utiliza o sistema de saúde, tanto para trabalhar quanto para resolver uma situação da ordem de saúde, parece não entender o atual modo de organização do processo de trabalho da ABS.

Podemos ampliar essa perspectiva do ponto de vista semântico – se nos voltarmos aos sinônimos do mesmo termo teremos também as seguintes definições: indispensável, imprescindível, fundamental, obrigatório, substancial, vital e essencial. Seria necessário que houvesse uma mudança subjetiva do modo de ver o sistema citado para que de fato haja uma mudança de paradigma; se pudéssemos explorar os outros sentidos desse processo de uma forma menos simplista, teríamos assim, talvez, a potencialidade, a força e a intenção desse nível de atenção, e se o processo for visto a partir da sua história e sua essencialidade, poderá ser melhor entendido, aceito e apreciado e provavelmente, de fato, mais resolutivo.

Como os autores citados, reconhecemos que o resgate da definição ampla de ABS depende também (ou talvez principalmente) de políticas públicas que reformulem ou fortaleçam as práticas da atenção básica, orientadas para a sua finalidade de fato (*ibidem*, p.137).

Dentro desse contexto podemos pensar a APS como um modelo de saúde que vai na contramão da lógica de reduzir a utilização do sistema pelas comunidades; podemos refletir criticamente que ele não foi pensado para ser um nível de atenção menos efetivo que se reduz a realizar diagnósticos e encaminhamentos. A APS também não deve ser entendida com uma parte do SUS com a função de cuidar somente da população menos desfavorecida: ela é parte integrante e organizativa do SUS e, como tal, deve ser vista como função elementar para a resolutividade e acesso.

Ao longo das últimas décadas, houve várias formas de organizar a ABS no Brasil. Nesse âmbito, o Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado pelo Ministério da Saúde (MS) com incentivo financeiro para um modelo específico de organização de rede de atenção básica, que traz em seu escopo de trabalho um conjunto de diretrizes, como o trabalho em equipe de base

territorial, a promoção e a prevenção da saúde, o perfil do profissional generalista e a incorporação do Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Desde sua implementação, o Programa Saúde da Família vem se consolidando como método de reestruturação das unidades básicas de Saúde, em harmonia com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), assentando-se como política prioritária de assistência à saúde. De acordo com diretrizes do MS, para o PSF atingir capacidade de resolver problemas e questões relativas à saúde, entende-se que a ABS deverá ordenar algumas diretrizes: trabalho em equipe interdisciplinar, responsabilidade sanitária por um território e construção de vínculo entre equipe e usuários, abordagem do sujeito, da família e do seu contexto, busca da ampliação do cuidado em ABS, reformulação do saber e da prática tradicional em saúde e articulação da ABS em uma rede de serviços de saúde que assegure apoio e amplie a capacidade de resolver problemas de saúde.

Entretanto, antes de nos aprofundarmos em como vem se consolidando a política de ABS e a instauração do PSF em nosso país, devemos enveredar um tanto para o cerne do contexto econômico em que ele nasceu. Dentro desse contexto, é importante compreender as transformações pelas quais tem passado o Estado brasileiro neste final de século e a sua capacidade em implementar políticas para a sociedade brasileira, particularmente as sanitárias. Faz-se necessário refletir sobre as propostas do Banco Mundial (BM) para o setor de saúde brasileiro na década de 1970, uma vez que nesse período definiu-se que os investimentos financeiros por parte do governo fossem voltados a programas de saúde destinados à população pobre. De acordo com o diagnóstico realizado por consultores do BM, o Brasil deveria repensar os investimentos em saúde para populações menos abastadas e em situação de risco e vulnerabilidade que estavam carentes de políticas sociais e que em consequência disso estavam sofrendo prejuízos causados pela pobreza e a miséria.

Segundo Rizzotto (2000, p.127),

em 1975, o Banco Mundial, mesmo assumindo que *“el Banco tiene poca experiencia en la definición de metas concretas de promoción de la salud en los países en desarrollo y tendría que aprender mucho mediante la práctica”*, não deixou de apresentar diretrizes para o estabelecimento de políticas de saúde aos países “em desenvolvimento”. O diagnóstico que o Banco tinha sobre as questões da saúde destes países era de que a raiz do problema estava na pobreza e nas consequências de uma população em rápido crescimento, com nutrição deficiente e condições insalubres de moradia. Para o Banco, os problemas de

saúde dos países “em desenvolvimento” teriam como causas fatores demográficos, má nutrição, hábitos de vida tradicionais, problemas de moradia e vida insalubre, compreendidos como a falta de espaço, ventilação e luz solar. Além disto, esta instituição fazia uma avaliação de que os governos de vários países “em desenvolvimento” investiam muito dinheiro no ápice do sistema de saúde, financiando a construção de hospitais e pagando por uma assistência sofisticada, muito qualificada e de alto custo.

A autora também cita que, partindo desse diagnóstico, o BM determinou diretrizes para uma reforma a ser implantada nos países periféricos e em desenvolvimento, sendo a principal característica a mudança do sistema público, que deveria abandonar a assistência individual de alto custo, realizada em âmbito hospitalar, e concentrar suas ações em uma assistência coletiva, simplificada e descentralizada para o nível comunitário. Dentre as estratégias a serem utilizadas nas reformas estariam as práticas de educação em saúde, com o objetivo de provocar mudanças nos hábitos de vida das populações pobres.

O sistema público de saúde que o BM idealizou para os países “em desenvolvimento”, pregava o abandono do tratamento clínico, dos avanços científicos e tecnológicos alcançados na área médica, hospitalar e farmacológica, ao mesmo tempo em que propõe a criação de serviços de saúde pública que se limitam à assistência básica, com utilização de procedimentos simples e baratos, realizados por profissionais pouco qualificados que, segundo o BM, dariam conta de resolver os “problemas de saúde mais gerais, de caráter familiar e comunitário”.

Rizzotto (*ibidem*, p.128) desenvolve um ponto de vista crítico, afirmando que o BM propõe a construção de um modelo de serviço público descentralizado em nível de comunidade, destinado às populações pobres, transferindo para o indivíduo, a família ou a comunidade a responsabilidade pelo sucesso ou fracasso dos serviços públicos. De acordo com a autora, com a cobrança da assistência à saúde, haveria investimento e forças para arrecadar recursos para os programas necessários e focados em práticas que estivessem especialmente destinadas à ampliação da cobertura de serviços simplificados para as massas que habitam nas periferias das cidades e para as populações das zonas rurais, inclusive sugerindo a valorização de práticas de medicina popular em substituição à medicina científica.

Não se pode negar que algumas políticas do Ministério da Saúde se aproximam das orientações do Banco Mundial, dentre elas a criação de subsistemas de saúde dentro do SUS, o incentivo por meio de diversas ações à ampliação da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde, a transferência de funções do Ministério da Saúde para agências reguladoras e

organizações não estatais, a reestruturação da própria estrutura do Ministério da Saúde ou, ainda, a criação de programas como o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o já citado PSF, dirigidos para as populações mais pobres, fazendo a crítica ao modelo médico hospitalocêntrico e defendendo a necessidade de “inversão do modelo”.

Rizzotto (*ibidem*, p.153) assinala: “Inicialmente é bom salientar que a participação do Banco Mundial, no setor de saúde brasileiro, tem se traduzido muito mais na apresentação de diretrizes e orientações para as políticas nacionais, com o objetivo de promover importantes reformas do setor, do que, efetivamente, no financiamento de projetos ou programas que possam ampliar quantitativa ou qualitativamente os serviços de saúde em nível nacional.

Ainda de acordo com a autora (*ibidem*, p.156), o BM preconizava, em documentos da época:

Há uma especialização exagerada no atendimento ambulatorial, cresce rapidamente o uso de procedimentos de alta tecnologia e, gasta-se muito pouco em promoção e prevenção, os autores dos documentos apresentam como grandes diretrizes para as reformas do sistema de saúde brasileiro, recém-modificado e incluído na Constituição Federal, um conjunto de propostas que podem ser sintetizadas em seis pontos: (1) redução dos investimentos públicos no campo da assistência médica; (2) focalização dos serviços públicos às populações pobres; (3) ênfase nas ações preventivas, especialmente a redução dos fatores de risco; (4) utilização dos recursos públicos em programas que representem, basicamente, bens públicos; (5) estabelecimento de prioridades a partir de uma análise da relação custo/benefício; (6) introdução de reformas institucionais e no sistema de financiamento do setor de saúde, que incluiria a descentralização, com dotação de recursos, prioritariamente para os pobres, mobilização de recursos privados, racionamento da atenção médica e o uso de incentivos e técnicas de gestão modernas. As sugestões para o “racionamento” da atenção médica e o controle de custos no setor de saúde.

Portanto, as estratégias de saúde propostas pelo Governo Federal, como mostra a história, nem sempre visam o bem-estar da população. As políticas de saúde no Brasil refletem as contradições do momento vivido, a economia vigente e as determinações do Banco Mundial, como nos apontam os documentos do próprio banco, que influenciaram e foram determinantes para esse processo. Nas inúmeras propostas e documentos do governo central, as reformas atuais no campo da saúde são apresentadas como uma continuidade e aprofundamento do processo iniciado com o movimento sanitário dos anos '70 e '80 e com a Constituição Federal de 1988, que resultou na criação do SUS.

De acordo com o Ministério da Saúde (*apud* Rizzotto, *ibidem*, p.214),

O processo de reforma sanitária no Brasil vem ocorrendo há mais de uma década e tem peculiaridades que, convém ressaltar, o tornam diferente dos que estão acontecendo na maioria dos demais países do mundo (Ministério da Saúde, 1995, p.9). O sistema de saúde necessita completar o processo de reforma fazendo com que as mudanças administrativas permitam conferir maior grau de resolubilidade, de integralidade das ações e de qualidade (Ministério da Saúde, 1995a, p.2). A criação do SUS foi sem dúvida a política social mais importante e inovadora adotada pelo Estado brasileiro desde a transição democrática ocorrida em 1985.

Entretanto, embora a reforma já tenha acontecido há mais de duas décadas, observa-se que a implementação do programa ainda sofre consequências da atual conjuntura econômica e política do Estado brasileiro, o que é reconhecido pelos próprios poderes públicos: “O estabelecimento de um SUS ainda não foi integralmente alcançado, mas continua sendo reafirmado e perseguido. As mudanças desejadas no setor, portanto, não podem ser vistas como conjunturais, nem compensatórias (BRASIL, 1995b, p.16)”. De fato, autores analisam as contradições entre o sistema idealizado e a prática realizada.

Ainda segundo Rizzotto (*ibidem*, p.216),

Enquanto no plano do discurso permanece a defesa do SUS como um sistema difuso, que por não ser um projeto concluso, permite o seu redesenho no processo de implantação; no plano prático, realizam-se mudanças profundas no campo institucional, jurídico e político, que estão descaracterizando a proposta inicial de um Sistema Único de Saúde, em nível nacional. Utilizando-se do discurso da continuidade, o atual governo tem definido as suas políticas, às quais mostram a direção conservadora e regressiva da contrarreforma que se pretende realizar neste setor público. No campo da gestão, assumiu-se como estratégia modernizante a administração gerencial e a utilização de instrumentos de informatização para a avaliação e o controle dos resultados. Já na área da assistência, o pressuposto parece ser, de um lado, a implementação de programas de baixo custo que atinjam o maior número de pessoas, focalizando a assistência nos mais pobres; e de outro, o fortalecimento e a expansão do setor privado para prestar assistência ao restante da população, que de alguma forma deve arcar com os custos de sua saúde.

Com objetivo de diminuir a mortalidade infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, como prioridade dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e vulneráveis, foi criado pelo Ministério o mencionado Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS). Assim, a partir da experiência acumulada no Nordeste com o PACS, o Ministério da Saúde

percebe a importância dos agentes comunitários de Saúde (ACS) na atuação junto às comunidades locais, e começa a focalizar a família como unidade de ação programática e, conseqüentemente, como reconhecimento da importância do PACS, cria o também mencionado Programa Saúde da Família (PSF).

Assim, o PSF foi concebido a partir de uma reunião sobre o tema “saúde da família” convocada pelo gabinete do Ministro da Saúde com apoio da Unicef, que ocorreu nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993 em Brasília, DF. O objetivo dessa reunião era a reflexão sobre o sucesso do PACS e a necessidade de incorporar novos profissionais para que os agentes comunitários não funcionassem de forma isolada. É importante ressaltar que de acordo com dados históricos a supervisão do ACS estava pautada pela figura do profissional de enfermagem em suas primeiras atuações, no caso no Ceará, e é um modelo que se multiplica até hoje pelo Brasil.

Dessa forma, a Estratégia Saúde da Família (ESF), inicia a sua consolidação como método de reestruturação das UBS, em harmonia com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), assentando-se como política prioritária de assistência à saúde determinada pelo Banco Mundial. O programa surge no Brasil como estratégia de reorganização do modelo assistencial a partir da atenção básica. Acredita-se que a busca de novos modelos de assistência é fruto de um momento histórico, econômico e social, no qual o modelo hospitalocêntrico não atende mais às necessidades do mundo contemporâneo.

Para Rosa (2005, p.1028),

o Programa Saúde da Família (PSF) surge no Brasil como estratégia de reorganização do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com o princípio do Sistema Único de Saúde. Acredita-se que a busca de novos modelos de assistência decorre de um momento histórico social, onde o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não atende mais à emergência das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas. Assim o PSF se apresenta como uma nova maneira de trabalhar saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde.

Como citado anteriormente, podemos entender que o PSF foi pensado com o objetivo de atingir a capacidade de resolver problemas, tendo que manejar questões relativas à saúde de um território com possibilidades e necessidades de projetos de saúde específicos. De acordo com as diretrizes, o que se percebe na prática é a necessidade de uma nova maneira de operar o trabalho em saúde, “tendo a família como o centro da atenção e não somente o indivíduo doente,

introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção” (*ibidem*, p.1028).

Todavia, observa-se que apesar de esforços para centrar a atenção na saúde da família como o centro das propostas de saúde e ações para esse conjunto, ainda existem práticas isoladas com cuidados individualizados. Há uma dificuldade do PSF de atender sua população, uma vez que muitos pacientes são trabalhadores que utilizam o território apenas como domicílio-dormitório, descaracterizando assim a possibilidade de ser atendidos, já que o PSF funciona em dias e horários convencionalmente denominados horário comercial. Na prática eles vêm recorrendo a serviços ambulatoriais de pronto atendimento, sem proposta terapêutica de prevenção e reabilitação e puramente curativa. Como desafio, devemos refletir sobre a necessidade dos serviços locais dialogarem para a garantia da integralidade, bem como da implantação de políticas públicas que possam assistir esse público que fica no “limbo”, sem ter possibilidades de ampliação de acesso.

Diante do exposto podemos certamente dizer que esse período foi divisor de águas para o desenvolvimento de um modo de pensar e de agir em termos de mudança de modelo de organização de práticas de saúde. Aparentemente esse momento foi marcado pela necessidade de transformar o modelo de atenção voltado às práticas curativas em um modelo capaz de resolver problemas e atender necessidades individuais e coletivas, repensar a prática em cuidados e quebrar o paradigma no que se refere a práticas em saúde, sendo necessário criar ações de ordem integral e resolutivas.

De acordo com Rosa (*ibidem*, p.1030), esse movimento de “olhar para a família” deu-se em muitos países, e a formulação do PSF teve a seu favor o desenvolvimento anterior de modelos de assistência à família no Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra, que serviram de referência para a formulação do programa brasileiro.

Podemos entender que, a partir de experiências já existentes em outros países, o MS insere o PSF como uma estratégia que tem por objetivo atender não somente o sujeito, mas também sua família, integralmente e de forma longitudinal, com propostas de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Portanto devemos reconhecer que apesar da história econômica e política em que a reforma do sistema de saúde se deu, o sistema atual, baseado nas diretrizes da ABS, está localizado no contexto nacional com evidência atual de sua efetividade na

melhoria da saúde e com importância para assegurar aspectos de um sistema de saúde baseado na APS e para operar ações que viabilizam a função de outros níveis de atenção à saúde, no caso, a secundária e a terciária.

De acordo com Andrade, Barreto & Bezerra (2009, p.802),

a inegável expansão de acesso da população brasileira à APS aconteceu simultaneamente a um processo continuado de readequação e refinamento da própria ESF. Esse processo inacabado de discussão e reformulação da ESF vem acontecendo nas três esferas governamentais, muitas vezes fomentado pelas escolas estaduais de saúde pública e enriquecido pela experiência dos profissionais de saúde envolvidos, o que vem a definir essa política pública como essencialmente dinâmica e coletiva no seu processo construtivo.

Os mesmos autores (*ibidem*, p.803) afirmam que

a decisão governamental de implantar a Estratégia Saúde da Família transcendeu as limitações temporais e a amplitude limitada inerentes à definição de um programa setorial da saúde. Na verdade, a ESF não foi implantada somente para organizar a atenção primária no SUS temporariamente, mas essencialmente para estruturar esse sistema público de saúde uma vez que houve um redirecionamento das prioridades de ação em saúde, reafirmação de uma nova filosofia de atenção à saúde e consolidação dos princípios organizativos do SUS. Logo, a nosso ver, seria mais apropriado nos referirmos ao PSF como estratégia de saúde e não apenas como um programa setorial de saúde.

A ESF foi pensada como eixo reestruturador do SUS e tem intensificado ações inicialmente preconizadas pela promoção da saúde. Ela prevê, em sua implantação, apoio técnico e financeiro para a capacitação de profissionais que atuarão nas áreas de informação, comunicação e educação popular referente à promoção da saúde. Com relação à equipe da ESF, esta é composta por no mínimo um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco ou seis agentes comunitários de saúde (ACS). Nessa composição também estão previstas equipes de saúde bucal com cirurgião dentista e auxiliar de saúde bucal.

De acordo com dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), passados doze anos de implantação do PSF, são mais de 60 milhões de pessoas acompanhadas e 19.200 equipes na maior parte dos municípios brasileiros, com expressiva ampliação da oferta de serviços básicos em todo o país, abrindo o acesso ao SUS a um grande segmento populacional, rural e urbano. Desta forma, o PSF pode ser entendido como uma decisão de Estado de reorganizar a rede de

assistência à saúde com uma política que aponta para a universalização do acesso da população brasileira à atenção básica e consolide o recente processo de descentralização com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Andrade, Barreto & Bezerra (2009, p.807) afirmam que

a ESF veio essencialmente como uma oportunidade de se expandir acesso à atenção primária para a população brasileira, de consolidar o processo de municipalização da organização da atenção à saúde, de facilitar o processo de reorganização pactuada entre municípios adjacentes e de se coordenar a integralidade de assistência à saúde.

Nesse contexto, pode-se afirmar que

o programa Saúde da família representa tanto uma estratégia para reverter à forma atual de prestação de assistência a saúde como uma proposta de reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial, respondendo a uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco – pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento das ações intersetoriais. Caracteriza-se pela sintonia com os princípios da universalidade, equidade da atenção e integralidade das ações. Estrutura-se, assim, na lógica básica de atenção à saúde, gerando novas práticas e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde. (BRASIL, 2000, p.317)

Como modelo de atenção, diferente do modelo médico-centrado, esse é organizador especificamente para uma população adstrita a um território, operando ações preventivas e curativas e, quando necessário, garantindo o acesso às especialidades. A estratégia é longitudinal, baseada ao mesmo tempo no vínculo de proximidade e na epidemiologia; ela é instituída como política pública preventiva e não curativa, visando à substituição de outros modelos já experimentados no Brasil.

Andrade, Barreto & Bezerra (2005, p.339) utilizam a terminologia “modelo hegemônico” para referir-se ao modelo curativista. De acordo com o quadro abaixo, os autores fazem uma comparação entre o modelo médico-centrado e o modelo-preventivo PSF, hoje denominado ESF.

Quadro 2 – Diferenças entre modelo hegemônico de atenção à saúde e o PSF Brasileiro
(Andrade, Barreto & Bezerra, 2005, p.339)

| MODELO HEGEMÔNICO | PSF |
|--|---|
| Saúde como ausência de doença. | Saúde como qualidade de vida. |
| Base em práticas frequentemente clientelistas, em que a prestação de serviços de saúde era realizada como um favor e não como um direito do cidadão. | Prestação de serviço de saúde como um direito de cidadania. |
| Atenção centrada no indivíduo. | Atenção centrada no coletivo. |
| Centrado em ações curativas. | Centrado na atenção integral para a saúde, incluindo ações de promoção, proteção, cura e recuperação. |
| Hospital como serviço de saúde dominante. | Hierarquização da rede de atendimento, ou seja, garantindo níveis de atenção primária, secundária e terciária articulados entre si. |
| Serviços de saúde concentrados nos centros urbanos municipais. | Serviços de saúde distribuídos em todo o território dos municípios, permitindo acesso a toda a população. |
| Predomínio da intervenção do profissional médico. | Predomínio da intervenção de uma equipe interdisciplinar. |
| Planejamento e programação desconsiderando o perfil epidemiológico da população. | Planejamento e programação com base em dados epidemiológicos e priorizando as famílias ou grupos com maior risco de adoecer e morrer. |
| Não consideração da realidade e autonomia local, não valorização da participação comunitária. | Estimulação da participação comunitária, garantindo autonomia nas ações de planejamento no nível dos territórios das equipes de saúde da família. |
| Funcionamento baseado na demanda espontânea. | Funcionamento dos serviços baseado na organização da demanda e no acolhimento dos problemas da população adscrita. |

Para a reorganização do modelo de saúde e a redefinição do objeto de trabalho foi – e ainda é – exigida a utilização de tecnologias e saberes ampliados e diversificados que ultrapassam as competências e habilidades tradicionalmente exigidas dos profissionais de saúde. Por essa

razão, podemos dizer que essa mudança acabou gerando a necessidade de mudança de perfil dos profissionais responsáveis pelos processos de trabalho nas equipes, tanto no plano do sujeito individual quanto do coletivo.

De acordo com Rosa (2005, p.1032),

para que haja mudança no modelo de atenção, existe a necessidade de formar um novo profissional [...] salientando que se a formação dos profissionais não for substitutiva no aparelho formador, o modelo de atenção também não será na realidade do dia-a-dia. A saúde da família trata de resgatar habilidades perdidas pela tecnologia excessiva e abusada e não da adaptação de novos padrões de excelência. Portanto, há que se conceber um novo perfil de profissionais que atendam o novo “chamamento” do setor.

Na prática que há urgência em repensar as relações estabelecidas entre os sujeitos e seus saberes, as tecnologias que utilizam para a realização do trabalho no seu cotidiano e sua dimensão técnica, ética, política e cultural. A perspectiva de inclusão dessas novas dimensões aponta diretamente para o fato de que a eficácia do modelo, tal como ele foi previsto, pode também estar diretamente relacionada ao modo como os profissionais se relacionam uns com os outros e, sobretudo, às motivações e às articulações que se fazem possíveis entre eles, no sentido de aumentar a potência do trabalho na produção de cuidado, e que possam levar a atitudes e ações singulares dentro do contexto cultural de um território, do modo de pensar, das subjetividades e da vida que por ela pulsa.

Sobretudo, há necessidade de reflexão sobre o quanto o profissional do SUS deve ser habilidoso em apropriar-se de ações que estão além do técnico propriamente dito: as ações em saúde dentro desse contexto devem ser exercidas por sujeitos que estejam preparados para lidar com tecnologias da ordem da subjetividade, além de ser resolutivos no que não está prescrito nos protocolos técnicos e que não seja o ato de operar procedimentos e sim lidar com subjetividades dentro do contexto humano das relações entre sujeitos e a teoria. Dentro desse contexto é preciso ouvir mais, porque o relato das pessoas na orientação do raciocínio diagnóstico e terapêutico foi sendo progressivamente substituído pelo excesso de tecnologias diagnósticas, terapêuticas e prognósticas desenvolvidas ao longo do século XX (AYRES, 2015).

Ainda dentro desse contexto, observa-se no cotidiano que o mundo do trabalho deve estar diretamente relacionado ao ato de cuidar, que em situação de liberdade de expressão opera de maneira singular em cada situação. Percebe-se então que há algo que também permeia as ações

em saúde que não está nos protocolos e sim na subjetividade de cada profissional. A subjetividade é construção histórica e socialmente produzida, construída individual e coletivamente, com base nas histórias de vida, nos encontros casuísticos e nas relações com os diversos agentes sociais, culturais, técnicos e políticos que permeiam os territórios.

Para Franco, Andrade & Ferreira (2009, p.46),

[para] a força desejante de construção do trabalho em saúde e o cuidado, não há uma escolha *a priori* sobre caminhos e o perfil do modelo em construção pelos sujeitos do trabalho em saúde. Agindo conforme sua ética e micropoliticamente atuando em seu processo de trabalho, os profissionais de saúde podem desejar e nesse sentido constroem projetos, que se identifiquem com o modelo hegemônico para a saúde, ou projetos que signifiquem a mudança, respaldando um processo de reestruturação produtiva ou transição tecnológica, fazendo rupturas com o velho modelo e construção de novos modelos de produzir o cuidado em saúde.

A partir da experiência, certamente podemos dizer que a construção do cuidado deve ser entendida como singular e força desejante utilizada como potência para enfrentar a biopolítica do poder que está prescrita em todas as instituições, inclusive de saúde. Nesse sentido, como proteção à possibilidade iminente de alienação, a equipe de saúde deve estar coesa e realizar o trabalho em sintonia com a ética (os padrões éticos deliberados por eles) e procedimentos predeterminados pelos protocolos existentes no mundo do trabalho. O trabalhador deve vislumbrar como potência de realização o uso da criatividade ao relacionar-se com protocolos prescritos pelos gestores, experimentar soluções para os problemas que aparecem, interagindo com a equipe e com o paciente, com foco na construção coletiva necessária para a efetividade das ações em saúde, vislumbrando como retorno o protagonismo do sujeito no seu processo saúde-doença e ressaltando que o inverso disso muitas vezes pode resultar na limitação do trabalhador de reflexão e possibilidades de novos modelos de atenção à saúde necessários no contemporâneo.

Rosa (2005, p.1033) diz que

o PSF propõe nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, promovendo uma relação dos profissionais mais próximos do seu objeto de trabalho, ou seja, mais próximos das pessoas, das famílias e comunidades, assumindo compromissos de prestar assistência integral e resolutiva a toda a população, a qual tem seu acesso garantido através de uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar que presta assistência de acordo com as necessidades reais dessa população, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada. Portanto o PSF torna-se

estratégia significativa para a mudança do modelo assistencial visando à qualidade de vida da comunidade.

Para Teixeira (2006, p.29), o processo de mudança do modelo de atenção à saúde é extremamente complexo,

exigindo um conjunto heterogêneo de iniciativas “macro” sistêmicas, quais sejam, a formulação e implementação de políticas que criem condições para as mudanças ao nível “micro”. Ou seja, [...] é preciso conjugar mudanças nas “regras básicas” do sistema, com o desencadeamento de processos de gestão, que criem condições favoráveis para a introdução de inovações das dimensões gerenciais, organizativas e técnico-assistenciais propriamente ditas, isto é, no âmbito das práticas de saúde, tanto em termos de mudança no conteúdo das práticas de modo a direcioná-las para a solução dos problemas e atendimento das necessidades e demandas da população, quanto na forma de organização do processo de trabalho nas unidades de prestação nos diversos níveis de complexidade.

Com a implantação da ESF, a contribuição para a melhoria da atenção em saúde com o objetivo de apoiar ações visando à ampliação dos cuidados em saúde e o aumento da resolutividade e garantia da integralidade, foram criados, pela portaria GM n.154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), como proposta de fortalecimento e ampliação de ações desenvolvidas pela ESF.

1.2 O Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Considerando o exposto anteriormente, resumimos: com o objetivo de fortalecer a inserção da Estratégia Saúde da Família (ESF) na rede de serviços e a ampliação das ações da Atenção Básica à Saúde (ABS) no Brasil, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), em janeiro de 2008. O principal objetivo foi apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da ABS e aumentar sua resolutividade, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde (BRASIL, 2010a, p.10)

Como discutimos, a Atenção Primária à Saúde (APS) representa um complexo conjunto de conhecimentos e procedimentos e requer uma intervenção ampla em diversos aspectos. A intervenção do Banco Mundial na reforma do setor da saúde no Brasil demandou um

enxugamento das propostas de assistência em nosso país. A implantação da ESF veio para confirmar esse modelo, mas as ações com equipe mínima não foram suficientes. Diante desse contexto, o Ministério da Saúde trouxe como proposta a implantação de núcleos de apoio com equipes multidisciplinares que poderiam ser definidas pelos próprios gestores municipais e pelas equipes de ESF, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais, com base no número de equipes de ESF existentes no território. A portaria GM n.154 prevê a equipe multidisciplinar de acordo com o número de equipes de ESF, porém observa-se que a administração pública utiliza a equipe multidisciplinar muitas vezes de forma equivocada.

Vemos ainda a portaria n.3.124, de 28 de dezembro de 2012:

Para essa definição, deve-se considerar o número de equipes de AB no município, sua disposição na RAS e o número de NASF a serem implantados (bem como sua modalidade). De forma prática, o gestor municipal divide o número total de equipes de AB/SF ativas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) pelo número de equipes que pode ser vinculado a cada modalidade de NASF. A partir desse cálculo, obtém-se o quantitativo de NASFs que poderão ser implantados no município com financiamento federal, considerando os parâmetros para cada modalidade existente. (BRASIL, 2014)

Dentro dessa lógica, a constituição do NASF a partir do número de equipes de família inviabiliza a construção de uma equipe multidisciplinar de acordo com a necessidade real do território, uma vez que não se levam em consideração as características demográficas e socioeconômicas do território e sim o número de equipes de saúde da família a que esse coletivo é vinculado. Isso nos leva à reflexão de que o NASF é uma opção econômica, muitas vezes validada pela transferência de recursos da União para o município, como autoriza a lei de responsabilidade fiscal. As implicações dessa lógica na prática, com variação de distribuição de recursos humanos e o cálculo do número de trabalhadores do SUS não estão ligados à distribuição de recursos financeiros nem às necessidades do território e sim à lógica de gestão de cada território adscrito e de cada administração pública.

No contexto em que o estudo foi realizado, por exemplo, todas as equipes de NASF são oriundas de gestão administrativa via Organização Social em parceria com a administração pública do Município de São Paulo. Confirmando que as ações de saúde voltadas a coletivos vêm em tom menor com um enxugamento de recurso, a ESF continuará atuando sob a ótica de dois profissionais: o enfermeiro como gestor dos ACS e o médico como facilitador de ações de cura e

prevenção, mas com a ajuda e intervenção de equipes multidisciplinares que serão itinerantes, porque estão vinculadas ao número de equipes de ESF em um território, que muitas vezes é a somatória de duas ou mais Unidades Básicas de Saúde (UBS) com ESF.

Sobre a questão da proximidade geográfica, diz o Departamento de Atenção Básica (2010a, p.32):

[...] proximidade geográfica entre as equipes vinculadas, identificada por meio do mapeamento do território: como os profissionais do NASF podem atuar em mais de uma UBS ao mesmo tempo, há de se considerar que a proximidade geográfica entre as equipes vinculadas garante menor distância e menos tempo para deslocamento, otimizando o desenvolvimento de ações pelos profissionais do NASF.

De acordo com o exposto anteriormente, com a intenção de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização e a ampliação das ações da APS no Brasil, o Ministério da Saúde criou os NASF. Um NASF deve ser constituído por uma equipe na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de ESF.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a, p.7), o NASF não constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim apoio às equipes de ESF. Para tanto, o NASF deve atuar de acordo com as diretrizes da APS como as seguintes:

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 e humanização. Assim, a organização dos processos de trabalho dos NASF, tendo sempre como foco o território sob sua responsabilidade, deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e em concomitância com documentos e ou Cadernos de Atenção Básica e do Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias, tais como estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto etc. (*ibidem*)

No que diz respeito à assistência em saúde, as intervenções diretas do NASF frente a usuários e famílias podem ser realizadas, mas sempre sob encaminhamento das equipes de ESF,

com discussões e negociação *a priori* entre os profissionais responsáveis pelo caso. O atendimento direto e individualizado pelo NASF ocorrerá apenas em situações extremamente necessárias e pactuada junto às equipes, gestores e com foco em ações coletivas, como o apoio a grupos, trabalhos educativos e de inclusão social, enfrentamento de situações de violência e ruptura social e ações junto aos equipamentos públicos. Todavia, devemos atentar ao fato de que a intervenção do NASF nesse contexto não será apenas pontual: como integrante da atenção básica e vinculado à ESF, ele deve ter como prática cotidiana a complexidade e a garantia de cuidados longitudinais e o pactuado do cuidado em que todos estão eticamente ligados. Além disso, os atendimentos devem a rigor ocorrer por ações compartilhadas entre profissionais, ficando assim o cuidado em saúde sob responsabilidade coletiva.

De acordo com orientação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a, p.8),

a constituição de uma rede de cuidados é uma das estratégias essenciais dentro da lógica de trabalho de um NASF. Para tanto, sua equipe e as equipes de ESF deverão criar espaços de discussões internos e externos, visando o aprendizado coletivo. Dentro de tal perspectiva, o NASF deve buscar superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsabilizada com a SF. É a situação desejável, mas que não acontecerá de forma espontânea e natural. Sendo assim, é necessário que os profissionais do NASF assumam suas responsabilidades em regime de cogestão com as equipes de SF e sob a coordenação do gestor local, em processos de constante construção.

E ainda no mesmo texto, o MS (*ibidem*, p.8) defende que

o NASF é composto de nove áreas estratégicas, que representam os diversos capítulos da presente publicação. São elas: saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/ práticas corporais; práticas integrativas e complementares.

A referida portaria também traz como pressupostos políticas nacionais diversas em que o NASF deve ter como norte de atuação ações de atenção básica, de promoção da saúde, de integração da pessoa com deficiência, de alimentação e nutrição, de saúde da criança e do adolescente, de atenção integral à saúde da mulher, de práticas integrativas e complementares, de assistência farmacêutica, da pessoa idosa, de saúde mental, de humanização em saúde, além da política nacional de assistência social e da saúde do homem.

O NASF pode ser entendido como uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na atenção básica/saúde da família. Seus requisitos são, além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de equipes de ESF e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família. Nesse sentido, o NASF é definido como uma equipe que apoia apenas a ESF em situações técnicas; no entanto, ele muitas vezes também tem atuação assistencial em virtude da ausência de recursos e de rede de apoio dentro do território para oferecer suporte a situações de média complexidade em que é necessário tratamento, reabilitação e cura. Talvez esse seja o ponto mais crítico para os profissionais que foram formados a partir de um modelo assistencial, baseado no atendimento direto ao paciente, e que pressupõe uma mudança na maneira de operar o cuidado e a constituição de novas relações entre pares.

Para Ministério da Saúde (*ibidem*, p.7)

O NASF deve [...] estar comprometido, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da SF e entre sua própria equipe (NASF), incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde. O NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem no apoio e em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família, com foco nas práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade da equipe de SF.

Em consideração às primeiras atuações das equipes multidisciplinares NASF, o MS precisou orientar novas ações. Atualmente regulamentados pela portaria n.2.488, de 21 de outubro de 2011, os NASF configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as ESF, as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde. Com a publicação da portaria n.3.124, de 28 de dezembro de 2012, o Ministério da Saúde redefiniu os parâmetros de vinculação das modalidades NASF 1 e 2 e criou uma terceira modalidade de conformação de equipe: o NASF 3, abrindo a possibilidade de qualquer município do Brasil fazer implantação de equipes NASF, desde que tenha ao menos uma ESF (BRASIL, 2014).

De acordo o Ministério da Saúde (*ibidem*, p.16), os pressupostos que norteiam a nova portaria orientam a realizar discussões de casos clínicos, o atendimento compartilhado entre profissionais tanto na unidade de saúde quanto nas visitas domiciliares e a construção conjunta de projetos terapêuticos, de forma a ampliar intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde.

As modalidades de NASF hoje estão voltadas para atuação em Equipe Consultório na Rua; eSFR – Equipe Saúde da Família Ribeirinha; eSFF – Equipe Saúde da Família Fluvial e estão desta forma definidas:

- NASF 1 – 5 a 9 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)
- NASF 2 – 3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)
- NASF 3 – 1 a 2 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)

Poderão compor as equipes NASF as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO): médico acupunturista, assistente social, profissional/professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista/obstetra, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra, terapeuta ocupacional, médico geriatra, médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em artes e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (*ibidem*).

Como já exposto anteriormente o manejo do NASF em ações de saúde voltadas à atenção básica parte do pressuposto de que o NASF trabalhe com equipes de referência, no caso, as ESF. No que se refere a equipes de referência, elas representam um tipo de arranjo que busca mudar o modelo de cuidados em saúde predominante nas organizações, evitando a realização de tarefas automatizada em que os profissionais dentro do seu cotidiano de trabalho passam a realizar o cuidado técnico sem a reflexão sobre o que se faz. Ao realizar o cuidado em saúde de uma clientela adscrita, o que se espera é a construção de vínculos com a responsabilidade de pessoas por pessoas, deixando de lado a lógica cobrada via gestão pública de metas, produção e número de procedimentos que operam ainda na lógica taylorista, com práticas fragmentadas e alienadas.

De acordo com o MS (2010a, p.11)

[...é necessário] formar uma equipe em que os trabalhadores tenham uma clientela sob sua responsabilidade, por exemplo, uma equipe responsável por certo número de leitos em um hospital ou, como no caso da equipe de SF, a responsabilidade por uma clientela dentro de um território de abrangência. Então, aqui é essencial ressaltarmos que, quando falamos de equipe de referência [...], remetemo-nos à equipe de Saúde da Família, que é a referência de saúde para certa população na APS. No entanto, não é somente a definição da responsabilização sobre uma clientela que define a equipe de referência. Refere-se, também, a outra dimensão: a distribuição do poder que se quer na organização. Assim, uma equipe de referência é definida também por uma coordenação (gerência) comum e deve enfrentar a herança das “linhas de produção” tayloristas nas organizações da saúde, nas quais o poder gerencial estava atrelado ao saber disciplinar fragmentado e as chefias se dividiam por corporações.

Nesse contexto, as ESF deverão ser entendidas com um grupo de profissionais considerados essenciais na condução de problemas de saúde do território: eles deverão acionar uma rede assistencial necessária a cada caso. Em geral é em tal “rede” que estarão equipes ou serviços voltados para o apoio matricial (no caso, os NASF), de forma a assegurar, de modo dinâmico e interativo, a retaguarda especializada nas equipes de referência (no caso, as Equipes de Saúde da Família).

1.3 O matriciamento na Atenção Básica

O trabalho do NASF é orientado pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial ou matriciamento propriamente dito. Aplicado à ABS, isso significa, em síntese, uma estratégia de organização do trabalho em saúde que acontece a partir da integração de equipes de Saúde da Família (também chamadas de equipes de referência para os usuários) envolvidas na atenção às situações ou problemas comuns de dado território com equipes ou profissionais com outros núcleos de conhecimento diferentes dos profissionais das equipes de AB. Entretanto, concepção do NASF foi pensada a partir da necessidade de equipes multidisciplinares para complementar e ampliar o escopo de atuação da ESF como organizadora da atenção básica, portanto o NASF também é considerado integrante dessa atenção básica.

Segundo o Ministério da Saúde (2014, p.17),

essa interação deve se dar a partir das necessidades, das dificuldades ou dos limites das equipes de Atenção Básica diante das demandas e das necessidades de saúde, buscando, ao mesmo tempo, contribuir para o aumento da capacidade de cuidado das equipes apoiadas, para ampliar o escopo de ofertas (abrangência de ações) das Unidades Básicas de Saúde (UBS), bem como para auxiliar articulação de/com outros pontos de atenção da rede, quando isso for necessário, para garantir a continuidade do cuidado dos usuários. Esses objetivos do apoio matricial do NASF se materializam por meio do compartilhamento de problemas, da troca de saberes e práticas entre os diversos profissionais e da articulação pactuada de intervenções, levando em conta a clareza das responsabilizações comuns e as específicas da equipe de AB e dos diferentes profissionais do NASF.

Ainda de acordo com o MS (*ibidem*, p.13), matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica.

Todavia, no observado a partir da experiência, o modo de produzir saúde é organizado de forma vertical (hierárquica), com uma diferença de autoridade entre quem encaminha um caso e quem o recebe, havendo uma transferência de responsabilidade ao encaminhar. A comunicação entre os dois ou mais níveis hierárquicos ocorre, muitas vezes, de formas simplistas, geralmente por meio de informes escritos, como pedidos de pareceres e formulários de contrarreferência que não oferecem uma boa resolubilidade e dificultam a comunicação e a pactuação do cuidado entre equipes de ESF e NASF.

Dentro do sistema de saúde, o processo de matriciamento estrutura-se em dois tipos de equipes: equipe de referência e equipe de apoio matricial. No que se refere à atuação das equipes de referência dentro desse processo, no caso a ESF, as equipes devem solicitar um apoio matricial quando sentirem necessidade de apoio da saúde mental, por exemplo, ou outra especificidade como a área da reabilitação, da saúde da mulher ou saúde da criança, entre outros (*ibidem*).

O matriciamento facilita ações possíveis e o esclarecimento diagnóstico que muitas vezes é a base para a estruturação de um projeto terapêutico e da abordagem da família. No cotidiano do trabalho, pode haver necessidade de suporte para realizar integração do nível especializado com a atenção primária ou, ainda, a equipe de referência pode sentir necessidade de apoio para resolver problemas relativos ao desempenho de suas tarefas. Há situações em que o matriciamento pode operar de maneira eficaz, por exemplo, em dificuldades nas relações pessoais ou nas situações especialmente difíceis encontradas na realidade do trabalho diário, havendo

nesse caso necessidade de uma ação matricial que pode ser denominada “cuidando do cuidador”, que também pode ser entendida como dispositivo que facilita a comunicação, o cuidado com o profissional e espaço para diálogo.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a, p.13),

[...] o apoio matricial apresenta as dimensões de suporte: assistencial e técnico-pedagógico. A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões podem e devem se misturar nos diversos momentos.

Entretanto, podemos ainda dizer que é pressuposto fundamental da proposta do NASF a compreensão do que é conhecimento nuclear do especialista e do que é conhecimento comum e compartilhável entre a equipe de SF e o referido especialista. Tal conhecimento, todavia, é sempre situacional e mutante. Por exemplo: uma equipe que lida com grande número de mulheres deprimidas ou com sobrepeso teria que incorporar grande quantidade de conhecimentos sobre o manejo dessas condições. Assim, um psicólogo ou um nutricionista e ou ainda um ginecologista que fizer apoio matricial para essa equipe teria que investir grande energia na dimensão técnico-pedagógica, compartilhando conhecimentos com a equipe para que ela pudesse se aproximar da resolatividade desejada para esses casos. E qualquer outro especialista que se preste a realizar apoio para a equipe terá que oferecer conhecimentos diferenciados para serem incorporados pela equipe de referência – inclusive o médico generalista integrante da equipe de ESF pode ser considerando um especialista.

De acordo o Ministério da Saúde (*ibidem*, p.12)

O apoio matricial será formado por um conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência (equipes de SF). Assim, se a equipe de referência é composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais na condução de problemas de saúde dos clientes, eles deverão acionar uma rede assistencial necessária a cada caso. Em geral é em tal “rede” que estarão equipes ou serviços voltados para o apoio matricial (no caso, os NASF), de forma a assegurar, de modo dinâmico e interativo, a retaguarda especializada nas equipes de referência (no caso, as equipes de Saúde da Família).

Assim, o apoio matricial é uma estratégia de organização do processo de trabalho em saúde que acontece a partir da integração de equipes de saúde da família envolvidas na atenção às situações, problemas ou queixas comuns de território.

Para Oliveira (2008, p.274),

quando uma equipe ou profissional de apoio matricial se encontra com uma equipe de referência, o que se pretende é que o apoio matricial auxilie a equipe de referência na formulação/reformulação e execução de um projeto terapêutico singular para um sujeito, individual ou coletivo, que necessita uma intervenção em saúde, à qual a equipe de referência, também a princípio, teve dificuldades.

Podemos dizer que o matriciamento é apoio especializado à assistência, bem como suporte técnico ou um vínculo interpessoal com foco no apoio institucional no processo de construção coletiva. Nesse sentido o matriciamento teoricamente constitui-se numa ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade dessas equipes que atuam dentro de um sistema organizado que é a atenção básica em concordância com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde em relação a ações da ESF, visando à atenção primária em um modelo de cuidados colaborativos para projetos terapêuticos junto à população.

Nesse sentido, Campos (2007, p.400) elucida que “o apoio matricial e a equipe de referência são arranjos organizacionais e uma maneira de gerir o trabalho em saúde com o intuito de ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre diferentes especialidades e profissões”.

Esse modelo de produzir cuidados em saúde que chamamos de matriciamento trabalha com a possibilidade de um jeito novo de operar ações em saúde, em que os profissionais estarão em constante reconstrução do saber. Esse processo que por vezes não é fácil e exige disponibilidade pessoal; ele pode se dar em virtude da interação dos sujeitos com o mundo e dos sujeitos entre si. Essa capacidade de manejo poderá se desenvolver no e com o matriciamento, facilitando assim a elaboração reflexiva das experiências feitas dentro de um contexto interdisciplinar em que cada profissional pode contribuir com um olhar diferente, ampliando a compreensão e a capacidade de intervenção.

Em resumo, o matriciamento pode trazer muitas potencialidades para a qualificação das ações de atenção básica. Entretanto, essa ação em implantação e implementação está permeada de dificuldades que, por vezes, resultam em um descompasso entre o que se preconiza para o

trabalho no cotidiano das equipes de apoio e o que ocorre no real dos serviços de saúde. Portanto, alguns desafios para a prática do apoio matricial precisam ser evidenciados; o jeito contemporâneo de operar ações de saúde na lógica do matriciamento e do apoio de profissionais que não são parte integrante da miniequipe de ESF ainda precisa ser descoberto por cada equipe que compartilha cuidados em ABS. Precisamos ainda pensar em estratégias e possibilidades para a sua concretização, não deixando de lado que precisamos também operar na lógica de um planejamento adequado desse processo, integrando gestores, profissionais e representantes da população.

Para Chiaverini (2011, p.16), o processo de saúde-enfermidade-intervenção não é monopólio nem ferramenta exclusiva de nenhuma especialidade, pertencendo a todo o campo da saúde. Isso torna o matriciamento um processo de trabalho interdisciplinar por natureza, com práticas que envolvem intercâmbio e construção do conhecimento.

Enfim, o apoio matricial é um arranjo preconizado para o trabalho compartilhado, traz em sua estruturação a potencialidade de reduzir a fragmentação da atenção e de promover a constituição de uma rede de cuidados que aumente a qualidade e a resolutividade das ações em saúde.

1.4 O matriciamento e suas ferramentas conceituais

A organização e o desenvolvimento do processo de trabalho para o matriciamento dependem de algumas ferramentas conceituais: clínica ampliada, Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Projeto de Saúde no Território (PST), que determinam os modos operatórios das equipes.

Podemos dizer que clínica ampliada é a ampliação do olhar a partir da troca de saberes entre profissionais, o que deverá resultar em aprendizagem para a clínica, que pode emprestar conceitos de diversas teorias. A conduta de um especialista poderá ter como referência teoria e prática de outra especialidade.

De acordo com o Ministério da Saúde (2010a, p.25),

A proposta de Clínica Ampliada se direciona a todos os profissionais que fazem clínica, ou seja, os profissionais de saúde na sua prática de atenção aos usuários. Toda profissão faz um recorte, um destaque de sintomas e informações, cada uma de acordo com seu núcleo profissional. Ampliar a clínica significa

justamente ajustar os recortes teóricos de cada profissão às necessidades dos usuários.

Na ótica da clínica ampliada pode ser visualizada a possibilidade da reflexão, da quebra de paradigmas, como o lugar que os saberes dos especialistas ocupam como possibilidade de cuidados em saúde ou a possibilidade de reconhecer os limites de todos os saberes e desenvolver uma capacidade crítica em relação às diversas teorias, no ato de cuidar. Talvez a dificuldade para o exercício dessa clínica seja reconhecer que existem limites aos saberes, e que esse é um valioso recurso para a intervenção de qualidade e ética, sem risco de contaminação por julgamento moral, ausência de alteridade e tendo como resultados positivos menores possibilidades de alienação.

Todo profissional responsável pelo cuidado deve reconhecer que muitas vezes é necessário interrogar-se: o que mais é preciso saber para que seja possível contribuir para um processo de “saúde” efetivo? Esse reconhecimento poderá facilitar o cuidado em saúde mais consciente e responsável, que convida outros profissionais a participar de ações clínicas, ampliando a perspectiva de aproximação do problema e com isso, aumentando a potencia da intervenção.

“A perspectiva de uma clínica ampliada é a transformação da atenção individual e coletiva, que possibilita que outros aspectos do sujeito, além do biológico, possam ser compreendidos e trabalhados pelos profissionais de saúde” (CUNHA, 2010, p.12). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a, p.25), a clínica ampliada busca construir sínteses singulares tensionando os limites de cada matriz disciplinar e colocando em primeiro plano a situação real do trabalho em saúde, vivida a cada instante por sujeitos reais. Esse eixo da clínica ampliada traduz-se ao mesmo tempo em um modo de fazer a clínica diferente e na ampliação do objeto de trabalho, com a necessária inclusão de novos instrumentos.

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (*ibidem*, p.26),

reconhecer a complexidade da clínica pode produzir uma sensação de desamparo nos profissionais de saúde, na medida em que fica evidente a dificuldade em se obter os resultados idealizados de forma unilateral. É necessário, portanto, um segundo eixo de trabalho na Clínica Ampliada, que é a construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas. Ou seja, é necessário, em um grande número de vezes, alguma mudança na autoimagem e/ou na expectativa pessoal do profissional de saúde em relação ao seu trabalho, de forma que ele não pretenda estabelecer uma relação unilateral com o paciente. Justamente, o reconhecimento da complexidade deve significar o reconhecimento da necessidade de compartilhar diagnósticos e problemas, assim como propostas de

solução. Este compartilhamento vai tanto na direção da equipe de saúde, dos serviços de saúde e da ação intersectorial, como também do compartilhamento com os usuários. O que significa dizer que, ainda que frequente mente não seja possível resultados ideais, aposta-se que aprender a fazer algo em várias dimensões do problema, de forma compartilhada, é infinitamente mais potente do que insistir em uma abordagem pontual unilateral. Ou seja, é evidente que as questões sociais e subjetivas não se “resolvem” de forma mágica e simples, mas fazer alguma atuação sobre elas (mesmo que seja apenas falar sobre, ou adequar uma conduta) geralmente tem muito mais efeito do que tentar fingir que elas não existem. Evidentemente este eixo da clínica compartilhada nos obriga a um reconhecimento da singularidade de cada situação, para ponderar o quanto é possível e necessário compartilhar diagnósticos e decisões.

Devemos estar atentos à crítica de que realizar a clínica com objeto de trabalho reduzido acaba gerando uma falsa função protetora, porque pode levar o profissional a não realizar uma escuta qualificada, e assim “não ouvir” uma pessoa ou um coletivo em sofrimento. Como mecanismo de defesa, usa-se a racionalização de uma teoria particular ao seu objeto de estudo pautada na graduação inicial de qualquer profissão da saúde. Portanto, esse mecanismo de defesa acaba sendo utilizado no cotidiano do trabalho, em que as ações estão ligadas a tarefas que muitas vezes são impostas por governos locais a partir de metas estabelecidas por gestores, que muitas vezes estão distantes da realidade de trabalho efetiva das equipes.

Outra ferramenta citada e que está intrinsecamente relacionada ao apoio matricial e à clínica ampliada é o Projeto Terapêutico Singular (PTS), instrumento de organização do cuidado em saúde construído entre equipe e usuário, considerando as singularidades do sujeito e a complexidade de cada caso. Nele, a identificação das necessidades de saúde, a discussão do diagnóstico e a definição do cuidado são compartilhadas, o que leva a um aumento da eficácia dos tratamentos.

Segundo o MS (*ibidem*, p.27),

O Projeto Terapêutico Singular (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. É uma variação da discussão de “caso clínico”. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários.

Para Oliveira (2010, p.54), o PTS demanda da equipe uma operação com menor possibilidade de certezas e maior abertura para a negociação, algumas vezes inclusive de seus próprios modos de ver o mundo e os processos de adoecimento e de produção de saúde.

Portanto o PTS pode ser entendido como um momento em que a equipe dialoga e em que todas as opiniões são extremamente importantes para entender o caso, para a realização de um diagnóstico diferencial ou para entender o sujeito com suas demandas complexas e por vezes contraditórias de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definir propostas de ações. É importante destacar que o PTS pode ser elaborado para grupos ou famílias e não só para indivíduos.

O MS defende em documentos de orientação para o trabalho NASF que o PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo e resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar e usuário, com apoio matricial se necessário (BRASIL, 2010a).

Com a utilização dessa ferramenta, a equipe do NASF e as equipes da saúde da família criarão espaços de discussões para gestão e constituição de uma rede de cuidados, como reuniões e atendimentos conjuntos constituindo um processo de aprendizado e de troca. Para Campos (2003 *apud* BRASIL, 2014, p.73).

A utilização do PTS como dispositivo de intervenção desafia a organização tradicional do processo de trabalho em saúde, pois pressupõe a necessidade de maior articulação entre os profissionais e a utilização das reuniões de equipe como um espaço coletivo sistemático de encontro, reflexão, discussão, compartilhamento e responsabilização das ações, com a horizontalização dos poderes e conhecimentos.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014, p.74), ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano são orientadoras na construção de um PTS, sendo importante levar em consideração os quatro momentos apresentados a seguir:

- 1) Diagnóstico e análise: deverá conter uma avaliação ampla que considere a integralidade do sujeito (em seus aspectos físicos, psíquicos e sociais) e que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos, vulnerabilidade, resiliências e potencialidades dele. Deve tentar captar como o sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social.
- 2) Definição de ações e metas: após realizados os diagnósticos, as equipes que desenvolvem o PTS fazem propostas de curto, médio e longo prazo, quais serão discutidas e negociadas com o

usuário em questão e/ou com familiar, responsável ou pessoa próxima. Construir um PTS é um processo compartilhado e, por isso, é importante a participação do usuário na sua definição.

- 3) Divisão de responsabilidades: é importante definir as tarefas de cada um (usuários, equipe de AB e NASF) com clareza. Além disso, estabelecer que o profissional com melhor vínculo com o usuário seja a pessoa de referência para o caso favorece a dinâmica de continuidade no processo de cuidado. A definição da pessoa com a função de gestão do PTS ou gestão do caso é fundamental para permitir que, aconteça o que acontecer, tenha alguém que vai sempre lembrar, acompanhar e articular ações.
- 4) Reavaliação: neste momento, discute-se a evolução do caso e se farão as devidas correções de rumo, caso sejam necessárias.

Dentro desse contexto, as reuniões como ferramenta facilitadora para discussão de casos e construção de PTS são momentos muito importantes, pois cada membro da equipe trará aspectos diferentes e poderá também receber tarefas diferentes, de acordo com a intensidade e a qualidade do vínculo estabelecido com o usuário ou com a família em questão. Uma estratégia possível é reservar um tempo fixo, semanal ou quinzenal, para reuniões de construção e discussão de PTS.

Contudo, a ação matricial com foco na clínica ampliada e no PTS pode ter como objetivo descobrir o sentido da doença ou do sofrimento para o usuário – uma vez que estamos falando em modelo de gestão em saúde com a tecnologia do matriciamento como facilitador de qualidade de intervenção para maior resolutividade – e com isso procurar conhecer as singularidades do usuário para potencializar as possibilidades de autonomia do sujeito e a participação dele em seu próprio processo de saúde e doença.

Já o Projeto de Saúde no Território (PST) tem o mesmo formato e objetivo que o PTS, porém, sua necessidade se apoia na ideia de que o projeto terapêutico pode ser utilizado não só para indivíduos, mas também para coletivos. A intervenção por PST pode se dar a partir do conceito da clínica ampliada e de saúde a partir de determinantes sociais, que muitas vezes pede a organização de estratégias para intervenção em territórios que interagem com necessidades de diversas famílias, grupos específicos e instituições como escola, ONGs ou associações comunitárias.

De acordo com o MS (2010b, p.13), o Projeto de Saúde no Território (PST) foi pensado para ser uma estratégia conjunta das equipes de SF e do NASF para desenvolver ações efetivas na produção da saúde em um território que tenham foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais, de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades.

A elaboração do PST deve ser pensada a partir de uma demanda do território, que no caso pode ocorrer por um acúmulo de demandas ou até mesmo por estudos epidemiológicos com a identificação de população de risco. O diagnóstico pode acontecer a partir de um caso clínico que chame a atenção da equipe, como uma criança que sofreu *bullying* na escola. O diagnóstico de território também pode ser feito por leitura de dados epidemiológicos, por exemplo, a alta prevalência de alcoolismo, diabetes, hipertensão, hanseníase ou de questões de ordem social como violência doméstica. Para tanto, a compreensão do histórico social do território pode ajudar a equipe a planejar ações, metas, desejos, limites e possibilidades.

Para o Ministério da Saúde (2010a, p.30)

O PST deve ser sempre baseado na promoção da saúde, na participação social e na intersetorialidade, bem como na existência de demanda e na criação de espaços coletivos de discussão onde sejam analisadas a priorização das necessidades de saúde, os seus determinantes sociais, as estratégias e os objetivos propostos para a sua abordagem. É no espaço coletivo em que comunidade, outros sujeitos estratégicos (lideranças locais, representantes de associações e/ou grupos religiosos, entre outros) e membros de outras políticas e/ou serviços públicos presentes no território poderão se apropriar, reformular, estabelecer responsabilidades e pactuar o projeto de saúde para a comunidade. É assim que o projeto terá sua finalidade e seu processo de implementação avaliados.

O PST funciona como potencializador de ações de saúde dentro do território para a melhoria da qualidade de vida e redução das vulnerabilidades. O projeto de saúde do território busca estabelecer redes de cuidados e trocas, em um processo de parceria entre os diversos atores sociais do território. O PST possibilita a integralidade do cuidado à medida que trabalha com ações vinculadas à clínica, à vigilância em saúde e à promoção da saúde (BRASIL, 2014).

Podemos também utilizar outras ferramentas no cotidiano do trabalho para qualificar a ação do NASF, como educação permanente (EP), genograma, ecomapa, ações compartilhadas (grupo ou consultas), visitas domiciliares, articulação de rede e o chamado cuidando do cuidador.

A educação permanente é utilizada com o objetivo de qualificar ações e intervenções individuais e coletivas dentro do matriciamento de modo a melhorar a ação de diagnosticar, prevenir e promover o cuidado, introduzindo no processo de trabalho novas possibilidades de trocas de saberes entre os profissionais de saúde. Nota-se que o processo de trabalho clínico assistencial e técnico é complexo, e que as ferramentas utilizadas para a efetivação do mesmo

devem estar articuladas de maneira a favorecer o cuidado integral do usuário, além de potencializar o processo de aprendizado e troca entre equipes (*ibidem*).

Em relação aos grupos, esta ferramenta pode ser pensada como estratégia para cuidados aos usuários e intervenções coletivas eficazes. O grupo não deve ser pensado como uma estratégia para reduzir as demandas que necessitam de intervenções e cuidados em saúde, mas sim para potencializar a socialização, integração, apoio psíquico, trocas de experiências e de construção entre coletivos. Essa ferramenta é tão potente quanto a consulta individual: com ela é possível realizar ações como grupos abertos de acolhimento, grupos temáticos relacionados a determinadas doenças (hipertensão, obesidade, diabetes), oficinas temáticas (geração de renda, artesanato), grupos de medicação, grupos terapêuticos etc. (*ibidem*).

Para o Ministério da Saúde (*ibidem*, p.67), “a principal função de muitos desses grupos situa-se na questão da educação em saúde, sendo o empoderamento, o desenvolvimento da autonomia, a participação e a corresponsabilização dos pacientes alguns de seus objetivos”.

Entretanto, observa-se que ainda prevalece muitas vezes um tipo de prática na contramão da ideia de saúde coletiva: parece haver um descompasso entre o recomendado e o realizado. Os pacientes muitas vezes recebem uma espécie de consulta coletiva, com grandes filas de espera para terminar em atendimentos “individuais”, realizados por ordem de chegada, batizado como “grupo”. Por consequência, isso pode acarretar a chamada “não adesão” dos pacientes. No entanto, as práticas grupais de educação em saúde são excelentes espaços e oportunidades de promoção à saúde: quando bem empregadas podem fortalecer os sujeitos e atuar com foco na prevenção, na lógica de empoderamento e de participação, promovendo novos hábitos, atividades, modificando estilos de vida e relações interpessoais (*ibidem*).

O genograma e o ecomapa também são ferramentas utilizadas na qualificação do trabalho das equipes de ESF e NASF. O genograma tem como função organizar os dados referentes à família e seus processos relacionais, com o objetivo de auxiliar no diagnóstico situacional para a realização de PTS. É utilizado como ferramenta de trabalho pelo profissional de saúde das duas equipes, ESF e NASF. O genograma permite visualização rápida e abrangente da organização familiar e constitui um mapa funcional de registros de dados relevantes para o caso que encontra em análise, o que possibilita analisar a estrutura da família, sua composição, problemas de saúde, situações de risco e padrões de vulnerabilidade (*ibidem*).

O ecomapa é ferramenta de trabalho útil no mapeamento de redes, apoios sociais e ligações da família com a comunidade. Ele pode ser utilizado em conjunto com o genograma para fins diagnósticos, planejamento de ações, retratar dinâmicas de grupo social ou familiar. Essa ferramenta pode auxiliar a visualização de interações da família com pessoas, instituições e grupos sociais, auxiliando na identificação dos padrões organizacionais familiares. Todavia, necessita de atualizações na medida em que ocorrem modificações no contexto familiar, sejam elas de caráter social, cultural ou econômico.

Já a visita domiciliar (VD) é uma ferramenta usual no processo de trabalho das duas equipes e pode auxiliar na realização do diagnóstico situacional. Os atendimentos domiciliares também podem ser úteis para a avaliação inicial como recurso terapêutico ou ainda no acompanhamento longitudinal dos pacientes com dificuldades de locomoção (BRASIL, 2014).

A visita domiciliar é vista pelo Ministério da Saúde (*ibidem*, p.79) como “modalidade de atenção à saúde [que] tem sido amplamente difundida no mundo e tem como pontos fundamentais o paciente, a família, o cuidador, o contexto domiciliar e a equipe multiprofissional. Portanto, é uma atividade que envolve não só os diferentes profissionais da área da saúde, como também o usuário e sua família”.

Os atendimentos domiciliares também podem ser compartilhados entre profissionais e equipes e seguem a mesma metodologia e sistemática que embasa as ações da atenção domiciliar. Contudo, devemos ressaltar que existem algumas particularidades inerentes à dinâmica do processo de trabalho: a principal consiste no fato de os profissionais do NASF não terem vinculação direta com os usuários, porque o vínculo inicial do usuário acontece primeiramente com a equipe de saúde da família, e é esse vínculo que determinará o êxito das intervenções propostas. Todavia, antes dos atendimentos domiciliares compartilhados, devem-se discutir seus objetivos, estabelecer um acordo a ser seguido e definir quais profissionais acompanharão o ACS durante a visita domiciliar (*ibidem*).

O atendimento ou consulta compartilhada pode ter o mesmo objetivo que a VD e a VD compartilhada para fins de intervenção e diagnóstico ou para um matriciamento em ato. É nesse momento que o matriciamento pode acontecer por meio de um procedimento técnico e ou uma intervenção, facilitando o entendimento e a reflexão sobre a conduta de outro profissional, com ganho duplo em que o paciente se beneficiará de uma consulta com dois olhares e o profissional poderá assim ampliar a sua clínica.

Segundo o Ministério da Saúde (*ibidem*, p.82),

no contexto de trabalho do NASF, as consultas compartilhadas constituem ótima ocasião para um contato pessoal entre equipe de apoio e usuário, oportunizando momentos de discussão sobre o caso antes e após o atendimento. Durante a consulta, normalmente estarão presentes ao menos um integrante da equipe de Saúde da Família e um do núcleo de apoio, além do paciente ou seus familiares. A configuração do cenário da consulta dependerá de sua finalidade.

Dentro desse contexto não podemos deixar de mencionar que a consulta específica de especialidades também acontece; essa possibilidade do atendimento individual específico não pode e não deve sair da lógica do apoio matricial, evitando assim que a intervenção da equipe seja de cunho ambulatorial. Muitas vezes a necessidades do paciente ou da família pode determinar a intervenção, e a consulta individual ser um plano de ação dentro de uma proposta de PTS, mas ressaltamos que é importante haver negociação, diálogo, corresponsabilização e ética por parte de todos os envolvidos. A consulta compartilhada e a consulta individual podem ter igualmente potência, dependendo da necessidade do paciente ou do profissional.

1.5 NASF: Modelo de saúde vigente na Supervisão Técnica de Saúde da Capela do Socorro

Diante do exposto e seguindo as diretrizes do MS, com o objetivo de desencadear processos de gestão de atenção à saúde que vão ao encontro das necessidades coletivas, a ESF começou a ser implantada na cidade de São Paulo, a partir de 1996, pela Secretaria de Estado da Saúde, por meio de convênios com instituições parceiras. Diferentemente do contexto nacional, o município de São Paulo optou por repassar os níveis de atenção de saúde para administradores terceirizados: as Organizações Sociais (OS) contratadas para gerir a saúde pública, responsáveis pela administração dos serviços de saúde sob forma de contratações de terceirizados. Todavia, estes profissionais contratados, embora regidos por um estatuto, estão sob a supervisão da Secretaria de Saúde correspondente.

A implantação do NASF no município de São Paulo começou no mesmo ano em que a portaria foi aprovada. Atualmente, o município conta com 86 equipes, das quais 33 estão inseridas na Zona Sul da cidade e apenas cinco na região da Capela do Socorro, que conta com 88

equipes de PSF. A região da Capela do Socorro, onde a pesquisa foi realizada, é composta pelos distritos administrativos de Socorro, Cidade Dutra e Grajaú. Estima-se que essa região possui 607.929 habitantes (FUNDAÇÃO SEADE, s. d.).

A região é composta por uma vasta área abaixo dos canais dos rios Jurubatuba e Guarapiranga, limitada ao norte pela subprefeitura de Santo Amaro por meio do Rio Jurubatuba, ao leste com a subprefeitura da Cidade Ademar e os municípios de Diadema e São Bernardo do Campo, separados pela Represa Billings, a oeste com a subprefeitura de M'Boi Mirim, pelo Rio e pela Represa de Guarapiranga e, ao sul, com a subprefeitura de Parelheiros. Essa região tem uma superfície de 134 km², que corresponde a 8,8% do território do município. Cerca de 90% de seu território está inserido em área de proteção aos mananciais responsáveis pelo abastecimento de 30% da população da região metropolitana. Existem informações de que esta região era habitada pelos índios tupis, que ocupavam também vários pontos da região sul do Brasil.

No que se refere ao crescimento demográfico e econômico, nas décadas de '50 e '60 o estado de São Paulo viveu intenso processo de expansão industrial, com importantes alterações no padrão de localização da indústria mais moderna e de maior porte. Na cidade de São Paulo, este processo teve como um de seus aspectos a ampliação do parque industrial de Santo Amaro, região vizinha, que se consolidou como um dos mais importantes polos de emprego industrial da região metropolitana. O desenvolvimento industrial teve grande influência na Capela do Socorro: a região passou a acomodar parte do crescimento urbano da cidade, uma vez que sua área rural era imensa e relativamente próxima do centro industrial de Jurubatuba e dos dinâmicos centros de comércio e serviços localizados ao sul e sudoeste da região metropolitana. Para a Capela afluíram significativos segmentos da população trabalhadora que buscavam área ainda não consolidada e com disponibilidade de terra urbana a baixo custo.

Os novos bairros que então surgiram acompanharam o padrão periférico de expansão urbana que caracterizou o crescimento de São Paulo particularmente nos anos '70.

O crescimento populacional é um importante indicador das transformações ocorridas na região: de 30.000 habitantes em 1960, a Capela do Socorro passou a 261.230 em 1980. Projeções baseadas no censo de 1991 e na contagem da população em 1996 estimam que a região contava em 2000 com 563.922 habitantes.

Em 1975, a lei dos mananciais estabeleceu baixos limites de densidade para a ocupação do solo e dificultou o licenciamento de empreendimentos na área, mesmo quando adequados às

outras normas legais. Praticamente excluídos do mercado imobiliário formal, os preços dos terrenos tornaram-se extremamente baixos. A depreciação do valor da terra, aliada a outros fatores como uma política habitacional inadequada, a baixa renda dos trabalhadores, a proximidade de grande concentração de empregos e as dificuldades de fiscalização, além de certa conivência por parte dos órgãos públicos, tiveram como efeito a expansão desenfreada dos loteamentos clandestinos e de favelas localizadas em grande parte ao longo dos córregos contribuintes das represas.

Dentro desse contexto, considerando o risco e vulnerabilidade a que este coletivo está exposto, de acordo com dados da Secretaria de Governo da Prefeitura Municipal de São Paulo, as principais causas de óbitos são as doenças hipertensivas, pneumonias, doenças cerebrovasculares e doenças do coração. De acordo com dados epidemiológicos, as comorbidades referidas por essa população são as seguintes: hipertensão, diabetes, alcoolismo, tuberculose, mal de Chagas, deficiência intelectual e motora, epilepsia, hanseníase. Há demandas de saúde mental/reabilitação, imunização e curativo, entre outras, além de demandas específicas para a saúde do idoso, puerpério, pré-natal, saúde do homem, saúde da mulher, saúde da criança e do adolescente. Nesse contexto, a implantação do NASF também vem para suportar ações de apoio a programas como Bolsa Família e Cadastro Único, entre outros.

Estima-se atualmente a existência de cerca de duzentos bairros irregulares na região e de 220 favelas com ofertas de serviços de saúde, entre eles: quatro unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA) e duas unidades de Assistência Médica Ambulatorial Especialidades (AMA-E); um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS infantil; um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Adulto e um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Álcool e Drogas; 17 UBS com equipes de ESF; cinco Núcleos de Apoio à Estratégia Saúde da Família (NASF); um Programa de Acompanhante de Idosos (PAI); um Programa Acompanhante de Saúde da Pessoa com Deficiência (APD); dois Centros de Convivência (CECCO); um Núcleo Integrado de Reabilitação (NIR); um Pronto Socorro; um Serviço de Acompanhamento Especializado – DST/AIDS- SAE e um Hospital Geral – HG. Observa-se que a oferta de serviços ainda é mínima, e de acordo com o número de serviços e ESF e com dados da administração pública local, existem planos de meta de ampliação de serviços no que se refere às equipes de saúde da família: até 2016 está prevista a construção de mais oito unidades básicas de saúde com ESF.

Como preconizado pelo ministério da Saúde, a região conta, desde 2008, com o apoio técnico dos NASF, o que constitui uma retaguarda especializada para as equipes de ESF, pois desenvolvem assim trabalho compartilhado e colaborativo em pelo menos duas dimensões do trabalho em saúde: clínico-assistencial e técnico-pedagógica. A primeira ação, teórico-metodológica, é considerada ação clínica direta com os usuários; a segunda, o apoio matricial. Além disso, tal apoio e a atuação também podem dar-se por meio de atividades que envolvem coletivos e processos de trabalho coletivo de uma equipe. No que se refere à composição das equipes NASF da Capela do Socorro temos assistente social, profissional de educação física, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, médico ginecologista/obstetra, médico pediatra, médico psiquiatra.

Atualmente todos os serviços referenciados, com exceção do Hospital Geral do Grajaú, estão sob a administração da organização social Associação Saúde da Família (ASF), sob contrato de gestão de parceria com o governo que tem por objetivo o gerenciamento e a execução das ações e serviços de saúde em unidades de saúde da rede assistencial da Supervisão Técnica de Saúde da Capela do Socorro, em consenso com as políticas de saúde do SUS e diretrizes da SMS e em conformidade com as matrizes de qualidade, plano de trabalho, gestão de RH e prestação de contas.

Dentro desse contexto, esta pesquisa foi motivada pela vontade de investigar, entender e revelar o que vem sendo feito efetivamente pelas equipes ESF e NASF da Capela do Socorro, o quanto essas ações estão ou não de acordo com as prescrições do MS e o quanto elas estão ou não contribuindo para o desenvolvimento da potência de vida nos usuários, nas famílias e nas populações por elas atendidas. Além disso, o quanto elas estão servindo para viabilizar o desenvolvimento das competências e habilidades dos profissionais, satisfazer seus anseios e trazer respostas para suas dúvidas e inquietações e o quanto estão viabilizando, de fato, a expansão do espectro das ações das equipes para o aprimoramento da atenção à saúde prestada por elas.

2. OBJETIVOS

Geral:

Investigar na rotina cotidiana dos profissionais quais os conhecimentos teóricos e as práticas diárias que os profissionais das diferentes equipes ESF e NASF se associam ao matriciamento e qual o seu papel na atenção básica.

Específicos:

- a. De que forma acontece o matriciamento dentro da rotina cotidiana dos profissionais da ESF e do NASF
- b. Avaliar o processo de construção compartilhada do matriciamento dentro da atenção à saúde;
- c. Possibilitar retorno científico para o poder público e contribuir para a construção e efetivação de política pública.

3. MÉTODO

Em sua primeira concepção, a pesquisa tinha sido planejada como interventiva. Inicialmente, o projeto previa o desenvolvimento de oficinas, nas quais seriam abordados temas relacionados à organização e ao desenvolvimento do processo de trabalho das equipes ESF e NASF. Pretendia-se trabalhar com as ferramentas conceituais relacionadas ao conceito de matriciamento, como clínica ampliada, Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Projeto de Saúde no Território (PST), que determinam os modos operatórios das equipes.

Entretanto, a pesquisadora sentiu falta de mais elementos para compor essas oficinas, de maneira que elas pudessem interessar os profissionais e que pudessem de alguma maneira oferecer a oportunidade para reflexão e construção conjunta de soluções para os problemas encontrados por eles. A partir dessa constatação, ficou evidente a necessidade de fazer um levantamento do que já é feito pelas equipes no território: pensamos que poderia ser interessante ouvir os profissionais a respeito de suas atividades e das facilidades e dificuldades que encontram no seu cotidiano de trabalho, de modo a adequar o conteúdo e enriquecer o planejamento das intervenções.

Houve também um acontecimento que provocou um redirecionamento metodológico. O comitê de ética em pesquisa da Coordenadoria Regional Sul de Saúde – São Paulo, ao qual havíamos submetido o projeto inicial, não autorizou as oficinas e determinou que houvesse ampliação do universo de sujeitos pesquisados para a totalidade das equipes da região Capela do Socorro.

Com o universo ampliado e um novo objetivo, pareceu-nos mais indicado desenvolver uma pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem principalmente quantitativa, utilizando o questionário como instrumento de levantamento de dados e as análises estatísticas (descritivas e inferenciais) e qualitativas para a leitura e interpretação dos mesmos.

Por ser descritiva, a pesquisa também viabiliza a descrição das características de determinada população, com a finalidade de identificar possíveis relações entre variáveis e possibilidade de flexibilidade em seu planejamento (GIL, 2010, p.27).

Segundo Gil (*ibidem*, p.28),

a pesquisa descritiva tem como objetivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, estado de saúde física e mental etc. Outras pesquisas desse tipo são as que se propõem a estudar o nível de atendimento dos órgãos públicos de uma comunidade, as condições de habitação de seus habitantes [...]. São incluídas neste grupo as pesquisas que têm por objetivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população.

Considera-se também que a análise das respostas que foram dadas pelos profissionais das equipes ESF e NASF às questões fechadas e abertas e a comparação entre elas trará elementos importantes para o entendimento dos processos que estão de fato ocorrendo e das relações que esses profissionais têm estabelecido a partir do matriciamento.

Além disso, a presente investigação pretende de alguma forma ter iniciado uma reflexão nos profissionais que responderam ao questionário e que foram levados a pensar sobre os conceitos que envolvem a sua prática e as ações que executam em nome dela.

Pretende-se ainda oferecer a todos os profissionais, sobretudo àqueles que participaram da pesquisa, uma devolutiva (ou um produto), na qual os resultados são apresentados de forma geral, sem identificação de profissionais ou de casos particulares e em que o pesquisador oferecerá aos profissionais a possibilidade de se expressarem sobre o que foi feito e sobre os resultados obtidos e analisados. Essa troca efetiva entre pesquisador e profissionais permitirá a ambos posteriormente, em outras etapas, avançarem na direção de uma ação reflexiva ou de uma práxis, ou seja, de um agenciamento articulado entre teoria e prática em que ambas são potencializadas.

3.1. Os participantes

Os participantes foram quarenta equipes mínimas de ESF distribuídas nas cinco unidades pertencentes ao bairro da Capela do Socorro, na região sul do município de São Paulo (SP): UBS Gaiivotas, UBS Eliana, UBS Chácara do Conde, UBS Três Corações e UBS Varginha. Essas equipes são apoiadas por cinco equipes NASF; cada equipe de PSF tem como sede mãe as unidades citadas. As equipes de PSF são formadas por seis agentes comunitários, um médico(a) e um enfermeiro(a), e pode haver também dois auxiliares de enfermagem e/ou um dentista, de

acordo com a equipe. As equipes NASF são formadas por equipes de saúde mental (psicólogos, terapeutas ocupacionais e psiquiatras), reabilitação (fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionista), pediatria, ginecologista e assistente social. Todos os sujeitos de nível superior (com exceção da odontologia) que trabalham nas equipes referenciadas acima foram convidados a participar do estudo.

Os participantes foram escolhidos a partir de alguns critérios, descritos a seguir.

Os critérios utilizados para a inclusão foram:

- Ser profissional de Unidade de Saúde com Estratégia Saúde da Família do território da Capela do Socorro.
- Ser médico generalista ou enfermeiro das equipes de ESF.
- Ser profissional das equipes NASF que são referência do ESF das equipes que participaram da pesquisa.
- Ter interesse em participar do estudo.

Os critérios utilizados para a exclusão foram:

- Ser profissional de Unidades Básicas de Saúde tradicionais.
- Ser Agente Comunitário de Saúde.
- Ser auxiliar de enfermagem.
- Ser da equipe de saúde bucal ou auxiliar técnico administrativo.
- Não pertencer ao território da Capela do Socorro.
- Ser de equipes NASF que não são referência das ESF que serão entrevistadas.
- Não ter interesse em participar do estudo.

3.2 Os procedimentos

Foram realizados cinco encontros previamente agendados, um em cada UBS, com duração de trinta minutos. Para facilitar os encontros foram priorizados os horários de reunião de equipe de cada UBS em que todos profissionais têm cinco horas semanais reservadas para reuniões técnicas e de planejamento, de acordo com agenda local preconizada pela coordenadoria

regional de saúde da Zona Sul. Todos os profissionais (das equipes-alvo) presentes foram convidados a participar do estudo; foram entrevistados todos aqueles que aceitaram o convite.

Como instrumento de coleta foi utilizado um questionário autopreenchido, contendo vinte questões das quais 16 foram fechadas e quatro abertas. O questionário foi impresso em folha de papel e o profissional respondeu de próprio punho. Conforme o procedimento padrão, esses impressos serão arquivados por cinco anos, sob a responsabilidade da própria pesquisadora. Os respondentes não foram identificados, de forma a resguardar o anonimato e a liberdade de opinião. Na formulação do questionário foram abordados temas e conceitos relacionados ao problema proposto, como projeto terapêutico singular, clínica ampliada, intersetorialidade, apoio matricial, educação permanente, genograma, ecomapa, ações compartilhadas, visitas domiciliares e redes. As quatro questões abertas procuraram captar as expressões que os próprios profissionais associam (livremente) aos conceitos estudados, de modo a ampliar o conhecimento que se tem desses conceitos, do modo que eles foram gerados, a partir da prática desses profissionais nesse território constrangidos pelas suas características e limitações.

Os dados foram organizados e tratados por meio de análises estatísticas descritivas e inferenciais (teste exato de Fisher; análise de correspondência; análise de variância com medidas repetidas e Teste *t* de Student). No que se refere à análise qualitativa, foram avaliadas quais respostas são mais homogêneas e quais mais contrastantes além de quais são os conceitos relativos ao matriciamento e seus derivados com os quais as equipes ESF e NASF estão mais familiarizadas.

Esta pesquisa não apresenta riscos aos participantes. Todos os sujeitos que participaram da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de acordo com a resolução 466/12 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNC).

4. RESULTADOS

Ao longo deste capítulo, com o auxílio de tabelas para melhor ilustração, apresentaremos a tabulação dos resultados da pesquisa em vários itens, comparando quantitativamente (em porcentagem) as respostas às questões fechadas dos questionários entre equipes ESF e NASF. Em seguida realizaremos também uma análise qualitativa de respostas às questões abertas.

4.1 Análise quantitativa das respostas às questões fechadas

Os resultados do questionário sobre matriciamento serão apresentados nas próximas tabelas e discutidos. Inicialmente, na tabela 1 apresentamos o número de equipes, de profissionais, somando médicos e enfermeiros da ESF e NASF e que aceitaram participar da pesquisa.

Tabela 1 – Distribuição de profissionais inseridos nas ESF e NASF e os profissionais que aceitaram participar do estudo

| | n° de ESF | n° real médicos/enfermeiros ESF | n° real profissionais equipe multiprofissional NASF | n° participante profissionais médicos/enfermeiros ESF | n° participante profissionais equipe multiprofissional NASF |
|-----------------------|-----------|---------------------------------|---|---|---|
| UBS Gaivotas | 7 | 14 | 10 | 10 | 7 |
| UBS Jd. Eliana | 10 | 20 | 10 | 13 | 8 |
| UBS Chácara do Conde | 6 | 12 | 10 | 8 | 6 |
| UBS Jd. Três Corações | 10 | 20 | 10 | 6 | 6 |
| UBS Varginha | 7 | 14 | 10 | 7 | 7 |
| TOTAL | 40 | 80 | 50 | 44 | 34 |

Legenda

| | | |
|-------------------|---------------|-----------------|
| n° equipe ESF: 40 | ESF Prof: 80 | ESF partic: 44 |
| n° NASF: 5 | NASF prof: 50 | NASF partic: 34 |

A tabela 1 apresenta a distribuição dos profissionais médicos e enfermeiros da ESF, os profissionais da equipe multiprofissional do NASF e os participantes na pesquisa.

Na Unidade Básica de Saúde Gaivotas há sete equipes de ESF com 14 profissionais médicos/enfermeiros, dos quais dez participaram desta pesquisa. A equipe NASF Gaivotas é composta por dez profissionais da equipe multiprofissional e destes somente sete participaram.

A UBS Eliana é composta por dez equipes de ESF com vinte profissionais médicos/enfermeiros, dos quais treze participaram da pesquisa. Na equipe NASF Eliana participaram da pesquisa oito dos dez profissionais que compõem a equipe multiprofissional.

A UBS Chácara do Conde tem seis equipes de ESF e participaram da pesquisa oito médicos/enfermeiros dos doze profissionais contratados. A equipe NASF Eliana é composta por dez profissionais da equipe multiprofissional e participaram da pesquisa seis.

A UBS Três Corações conta com dez equipes de ESF com vinte profissionais médicos/enfermeiros e participaram da pesquisa seis. A equipe NASF Três Corações é composta por dez profissionais da equipe multiprofissional dos quais seis participaram da pesquisa.

A UBS Varginha tem sete equipes de ESF com 14 profissionais médicos/enfermeiros e participaram da pesquisa dez. A equipe NASF Varginha é composta por sete profissionais da equipe multiprofissional e participaram da pesquisa sete.

No que se refere aos resultados, buscou-se conhecer informações como dados pessoais e profissionais: onde se graduou; tempo de formado; se possui pós-graduação e em que área, quais atividades os profissionais atribuem ao matriciamento; como é organizada a agenda de trabalho; qual a organização da agenda de acordo com as práticas cotidianas normais, e se o profissional pudesse organizar sua agenda quais atividades e tempo em porcentagem ele atribuiria como agenda ideal; qual o momento e o dispositivo usado para diálogo entre profissionais; com que frequência aprende com outro profissional; com que regularidade o profissional pede ajuda a outro; com que frequência ele sai do trabalho satisfeito com as soluções que encontrou em sua prática; que proporção do trabalho é avaliada como inovadora e antiprotocolo; em qual extremo de opostos o profissional se percebe entre clínica médico-centrada e o modelo integral; quando se trata de resolver um caso difícil, quais as prioridades; como avalia o matriciamento e sua resolutividade; quais temas como educação permanente seriam interessantes para o dia-a-dia profissional.

Os resultados mostrados na tabela 2, a seguir, são referentes ao sexo dos sujeitos e um comparativo entre sexos feminino e masculino. Percebe-se facilmente que o sexo feminino predomina na amostra, com percentual de 73,1% do total, principalmente no NASF, em que 76,5% são mulheres. No que se refere ao sexo masculino a situação se inverte: temos 29,5% para a ESF e 23,5% para o NASF. Observa-se um leve efeito de sexo relativo à função, uma vez que a profissão médica concentra, proporcionalmente, mais homens do que as outras.

Tabela 2 – Profissionais de ESF e NASF por sexo

| Sexo | GRUPO | | Total |
|-----------|--------------|--------------|--------------|
| | ESF | NASF | |
| Feminino | 31 70,5% | 26 76,5% | 57 73,1% |
| Masculino | 13 29,5% | 8 23,5% | 21 26,9% |
| Total | 44 100,0% | 34 100,0% | 78 100,0% |

Na tabela 3 teremos a tabulação em relação às categorias profissionais dos dois grupos ESF ou NASF, bem como a quantidade de trabalhadores de cada categoria que participou do estudo. Em relação às equipes PSF, apenas duas categorias de profissionais foram investigadas: médicos (40,9%) e enfermeiros (59,1%). Dentro da equipe NASF, o número de profissionais diferentes que responderam é maior. Os profissionais que mais aparecem compondo a equipe NASF são os terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas, com 17,6% do percentual para ambas as categorias. No que se refere a outros, temos 11,8% de assistentes sociais, 11,8% de fonoaudiólogos, 11,8% de educadores físicos, 11,8% de psicólogos e 8,8% de nutricionistas. Os médicos são minoria: 2,9% de psiquiatras e 5,9% pediatras.

Tabela 3 – Profissionais de ESF e NASF por profissão

| Profissão | GRUPO | | Total |
|-----------------------|--------------|--------------|--------------|
| | ESF | NASF | |
| Médico de ESF | 18 40,9% | 0 0,0% | 18 23,1% |
| Médico pediatra | 0 0,0% | 2 5,9% | 2 2,6% |
| Nutricionista | 0 0,0% | 3 8,8% | 3 3,8% |
| Enfermeiro | 26 59,1% | 0 0,0% | 26 33,3% |
| Fisioterapeuta | 0 0,0% | 6 17,6% | 6 7,7% |
| Médico psiquiatra | 0 0,0% | 1 2,9% | 1 1,3% |
| Assistente social | 0 0,0% | 4 11,8% | 4 5,1% |
| Terapeuta ocupacional | 0 0,0% | 6 17,6% | 6 7,7% |
| Fonoaudiólogo | 0 0,0% | 4 11,8% | 4 5,1% |
| Educador físico | 0 0,0% | 4 11,8% | 4 5,1% |
| Psicólogo | 0 0,0% | 4 11,8% | 4 5,1% |
| Total | 44 100,0% | 34 100,0% | 78 100,0% |

O questionário recolheu informações a respeito da formação dos sujeitos entrevistados, a fim de verificar o quanto eles tiveram uma preparação específica para o campo de trabalho. Procuramos saber de qual tipo de universidade os sujeitos são egressos, se pública ou privada, se possuem pós-graduação e se a pós-graduação é na área de PSF. No que se refere à graduação, como vemos na tabela 4, os sujeitos que estudaram na universidade pública são minoria, 16,9%, enquanto os que cursaram uma universidade privada foram a maioria, 64%. Em relação à pós-graduação, observa-se na tabela 5 que o NASF apresenta um maior percentual de pós-graduandos, com 85,35% de seus profissionais com esse grau. Entretanto, apenas 35,2% do total entre os dois grupos possuem pós-graduação em área de especialidade relacionada com a atuação em saúde da família, como podemos verificar na tabela 6.

Tabela 4 – Profissionais de ESF e NASF por universidade pública ou privada

| Tipo de Universidade | GRUPO | | Total |
|----------------------|--------------|--------------|--------------|
| | ESF | NASF | |
| Pública | 7 16,3% | 6 17,6% | 13 16,9% |
| Privada | 36 83,7% | 28 82,4% | 64 83,1% |
| Total | 43 100,0% | 34 100,0% | 77 100,0% |

Tabela 5 – Profissionais de ESF e NASF em relação à pós-graduação

| Possui pós-graduação | GRUPO | | Total |
|----------------------|--------------|--------------|--------------|
| | ESF | NASF | |
| Sim | 32 76,2% | 29 85,3% | 61 80,3% |
| Não | 10 23,8% | 5 14,7% | 15 19,7% |
| Total | 42 100,0% | 34 100,0% | 76 100,0% |

Tabela 6 – Profissionais de ESF e NASF com pós-graduação em Saúde da Família

| Pós-graduação em Saúde da Família | GRUPO | | Total |
|-----------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| | ESF | NASF | |
| Sim | 16 40,0% | 9 29,0% | 25 35,2% |
| Não | 24 60,0% | 22 71,0% | 46 64,8% |
| Total | 40 100,0% | 31 100,0% | 71 100,0% |

Na tabela 7, a seguir, podemos visualizar a distribuição dos profissionais por tipo de equipe (NASF ou ESF/UBS) e onde estão inseridos dentro do território, ou seja, qual o local de trabalho. Cada UBS/ESF descrita abaixo possui uma equipe de NASF vinculada. No caso, observa-se que a maioria dos sujeitos participantes da ESF estão inseridos na UBS Eliana, e em relação ao percentual de sujeitos da equipe NASF, a maioria que aceitou responder ao estudo está inserida nas equipes NASF Gaivotas e NASF Eliana, com 20,6 % e 23,5%, respectivamente. As equipes que aderiram menos à proposta foram as equipes das UBS e NASF de Três Corações e Varginha. No que se refere aos participantes da UBS Varginha, observa-se menos disponibilidade dos profissionais em participar do estudo: de acordo com a gestão, de dez médicos inseridos nas equipes de ESF a minoria participa de matriciamento no cotidiano das ações – os demais recusaram o convite.

Tabela 7 – Profissionais de ESF e NASF por tipo de equipe e território

| Unidades da Capela do Socorro | GRUPO | | Total |
|-------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| | ESF | NASF | |
| UBS Gaivotas | 10 22,7% | 0 0,0% | 10 12,8% |
| UBS JD Eliana | 13 29,5% | 0 0,0% | 13 16,7% |
| UBS Chác. do Conde | 8 18,2% | 0 0,0% | 8 10,3% |
| UBS Três Corações | 6 13,6% | 2 5,9% | 8 10,3% |
| UBS Varginha | 7 15,9% | 3 8,8% | 10 12,8% |
| NASF Gaivotas | 0 0,0% | 7 20,6% | 7 9,0% |
| NASF JD Eliana | 0 0,0% | 8 23,5% | 8 10,3% |
| NASF Chác. Do Conde | 0 0,0% | 6 17,6% | 6 7,7% |
| NASF Três Corações | 0 0,0% | 4 11,8% | 4 5,1% |
| NASF Varginha | 0 0,0% | 4 11,8% | 4 5,1% |
| Total | 44 100,0% | 34 100,0% | 78 100,0% |

Este estudo também verificou o tempo pelo qual estes sujeitos estão vinculados como trabalhadores dentro das equipes investigadas, bem como a média de idade dos sujeitos da amostra. Para a ESF obtivemos como resultados uma média de 10 anos de formação profissional e 38 meses de vinculação profissional, mínimo de 1 ano de formado e máximo de 34 anos. No que se refere ao NASF os resultados apontam para média de 9 anos de formação e 32 meses de vinculação profissional e mínimo de 1 ano de formado e máximo de 28 anos, e tempo de trabalho com vínculo profissional de um mínimo de 1 mês e máximo de 74 meses. Percebe-se uma leve diferença, no sentido de que os profissionais do PSF possuem um pouco mais de experiência profissional que os do NASF.

Este estudo também se preocupou em verificar quais tecnologias as equipes que fazem parte do matriciamento utilizam. A *discussão de caso* aparece com 51,2% das respostas da ESF e com 100% das respostas do NASF. Ressaltamos que os dois grupos parecem concordar com as ferramentas que fazem parte do matriciamento: o *trabalho multidisciplinar*, com o alto percentual de 95,3% para a ESF e com 88,2% para o NASF, e o *projeto terapêutico singular* com 76,7% para a ESF e 100% para NASF. O *atendimento em grupo* aparece com 74,4% para a ESF e em 50% das respostas do NASF.

Entretanto, os profissionais dessas duas equipes discordam a respeito do termo *intersectorialidade* que aparece relacionado ao matriciamento em 32,6% das respostas da ESF e 76,5% das respostas do NASF. Há também uma discrepância importante entre as respostas das duas equipes em relação à *educação permanente*: ela aparece em 51,2 % das respostas da ESF, ao passo que para o NASF é representada com 85,3%. Em relação à *clínica ampliada*, ela aparece para a ESF em 48,8% e para o NASF em 79,4%. No que se refere ao *ecomapa*, podemos dizer que essa ferramenta é mais usada pelo NASF, com 61,85% das respostas, mas com apenas 23,3% para a ESF. O *genograma* aparece com quase 50% a mais das respostas entre os dois grupos: 44,2% para a ESF e 82,4% para o NASF. Ainda temos uma discrepância em relação à *assistência especializada* aparecendo com 51,2% para a ESF e apenas 26,5% para o NASF. Para melhor apreciação dos dados segue a tabela 8 com uma comparação descritiva entre os dois grupos.

Tabela 8 – Tecnologias que fazem parte do matriciamento segundo equipes de ESF e NASF

| Tecnologias do matriciamento | GRUPO | |
|-------------------------------------|--------------|--------------|
| | ESF | NASF |
| Educação permanente | 22 51,2% | 29 85,3% |
| Discussão de caso | 41 95,3% | 34 100,0% |
| Clínica ampliada | 21 48,8% | 27 79,4% |
| Intersetorialidade | 14 32,6% | 26 76,5% |
| Trabalho multidisciplinar | 41 95,3% | 30 88,2% |
| Ecomapa | 10 23,3% | 21 61,8% |
| Apoio técnico pedagógico | 12 27,9% | 17 50,0% |
| Genograma | 19 44,2% | 28 82,4% |
| Referência e contrarreferência | 24 55,8% | 14 41,2% |
| Assistência especializada | 22 51,2% | 9 26,5% |
| Capacitação | 18 41,9% | 25 73,5% |
| Atendimento individual | 21 48,8% | 10 29,4% |
| Projeto terapêutico singular | 33 76,7% | 34 100,0% |
| Atendimento em grupo | 32 74,4% | 17 50,0% |
| Palestra | 14 32,6% | 15 44,1% |

Verificamos ainda junto aos dois grupos como se dá a organização do processo de trabalho no cotidiano. Iniciamos a investigação pela organização da agenda de trabalho e percebemos uma diferença, uma vez que 4,8% dos sujeitos da ESF refere que os seus compromissos são fixos e não sofrem variações, enquanto os sujeitos do NASF afirmam que não têm compromissos fixos em sua rotina. Da ESF, 28,6% refere que os compromissos são sujeitos a variações, de acordo com as suas necessidades. E para o NASF apenas 5,9% dos compromissos

sofrem variações de acordo com a necessidade. No que se refere à variação da agenda, de acordo com as necessidades do serviço, temos 45,2% para a ESF e 76,5% para o NASF. Esse ponto vale a observação de que os profissionais do NASF ficam mais à disposição do serviço do que os da ESF. Em relação às necessidades dos gestores a ESF diz que 21,4% são agendados conforme a necessidade e o NASF diz que 17,4% dos compromissos não são agendados de acordo com a necessidade deles. Dentro desse contexto observa-se maior flexibilidade da programação das agendas do NASF; no entanto, chama a atenção os 0,0% dos compromissos fixos, sugerindo um excesso de flexibilidade, enquanto os profissionais da PSF talvez fiquem mais atrelados à rigidez das agendas.

O estudo também procurou verificar a organização e o agendamento de compromissos entre ESF e NASF, incluindo no questionário a pergunta: Vocês dispõem de horários específicos em sua agenda para encontros entre ESF e NASF? As respostas, visíveis na tabela 9, indicam que somente 2,4% da ESF dispõem de horários fixos para encontro com o NASF e 71,4% da ESF dizem que possuem horários fixo em sua agenda, deixando somente 26,2% de margem para as variações. Já o NASF responde com maior flexibilidade que os encontros acontecem 58,8% % de forma fixa e em 35,5 % pode haver variação, e 5,9% referem que acontecem segundo a necessidade. Esses resultados indicam uma tendência dos profissionais da PSF a estabelecer uma rotina mais fixa (representada pela agenda de consultas) com hábitos mais arraigados e com menos abertura à mudança e à troca com outros profissionais. Os resultados poderiam denotar uma maior autonomia da parte dos profissionais do NASF, mas também podem significar que estes últimos dependem dos encaixes possíveis concedidos pelos profissionais da ESF.

Tabela 9 – Flexibilidade no agendamento de compromissos entre equipes ESF e NASF

| Disponibilidade de horários específicos na agenda para o encontro entre estratégia e NASF | GRUPO | | Total |
|---|--------------|--------------|--------------|
| | ESF | NASF | |
| Não | 1 2,4% | 0 0,0% | 1 1,3% |
| Sim, possuem horários fixos | 30 71,4% | 20 58,8% | 50 65,8% |
| Estruturados, mas pode haver mudanças e encaixes | 11 26,2% | 12 35,3% | 23 30,3% |
| Não estruturados; acontecem segundo a necessidade | 0 0,0% | 2 5,9% | 2 2,6% |
| Total | 42 100,0% | 34 100,0% | 76 100,0% |

Os meios de comunicação privilegiados entre os profissionais para diálogo são as trocas coletivas durante reunião de equipe em 81,4% das respostas para a ESF e em 67,6% das respostas para o NASF; troca entre equipes durante o apoio matricial, com 25,6% para a ESF e 17,6% para o NASF; trocas interdisciplinares durante atendimento, com 14% para a ESF e 20,6% para o NASF; *e-mail*, SMS, Whatsapp e telefone celular com 18,4% para a ESF e 29,4% para o NASF; conversas presenciais informais com 14% para a ESF e 32,4% para o NASF, e outros, com 7% para a ESF. Esses resultados indicam que o dispositivo que mais viabiliza as trocas entre profissionais ainda são as reuniões, mesmo que elas parecem atender melhor aos propósitos dos profissionais da ESF que dos profissionais do NASF.

No que se refere ao trabalho em equipe procuramos inserir no questionário algo que nos apresentasse a interdisciplinaridade e a clínica ampliada dentro do cotidiano das equipes. Nesse sentido, perguntamos: Com que frequência, na sua prática profissional, você aprende com um colega da mesma profissão? Aos sujeitos eram propostas as opções *nunca*, *raramente*, *com frequência* e *sempre*. O estudo demonstrou que 46,5% da ESF responderam com *frequência* e 23,3% *sempre*; já o NASF refere *sempre* em 47,1% nas suas respostas e 20,6% *com frequência*. Em relação à opção *nunca* o percentual para a ESF é maior que o de NASF, com 11,8%. Esses dados sugerem que os profissionais especialistas do NASF parecem encontrar mais aprendizado no trabalho com outros profissionais do que os médicos e enfermeiros da ESF. Seria necessário um maior aprofundamento de análise e dados complementares para que pudéssemos entender se

se trata de uma questão de formação de abertura à troca de conhecimentos, de hábitos culturais ou corporativistas.

Em relação à troca de saberes entre profissionais, o mesmo questionário contém a pergunta: Com que regularidade você sente vontade de perguntar a opinião de um colega de equipe para tomar uma decisão sobre um procedimento ou uma conduta relativa a um caso? A ESF responde *nunca* em 2,3% das respostas, *raramente* em 27,9%, *com frequência* em 60,5% e *sempre* em 9,3%. No que se refere às respostas do NASF, são 17,6% para *raramente*, 58,8% *com frequência* e 23,5% *sempre*. Nesse sentido, ESF e NASF parecem realizar trocas de experiências entre profissionais, porque os dois grupos totalizam 59,7% para a resposta *com frequência*.

Em relação à motivação profissional, foi indagado aos participantes com que frequência eles saem do trabalho satisfeitos com as soluções que encontraram na sua prática profissional. A tabela 10 mostra que a ESF atribui 2,3% para a opção *nunca* e 23,3% para a opção *raramente* e o NASF atribui 17,6% para *raramente*, podendo essa ser uma porcentagem importante para indicar insatisfação com o trabalho realizado. Entretanto, temos a ESF com 67,4% para *com frequência* e 79,4% para o NASF.

Tabela 10 – Satisfação em relação ao trabalho realizado nas equipes ESF e NASF

| Com que regularidade sai do trabalho satisfeito | GRUPO | | Total |
|---|--------------|--------------|--------------|
| | ESF | NASF | |
| Nunca | 1 2,3% | 0 0,0% | 1 1,3% |
| Raramente | 10 23,3% | 6 17,6% | 16 20,8% |
| Com frequência | 29 67,4% | 27 79,4% | 56 72,7% |
| Sempre | 3 7,0% | 1 2,9% | 4 5,2% |
| Total | 43 100,0% | 34 100,0% | 77 100,0% |

Ainda para avaliar as trocas disciplinares entre os dois grupos inseriu-se no questionário uma questão sobre qual alternativa costumam priorizar em um caso difícil: sua própria avaliação clínica do caso; a avaliação do caso feita pela equipe durante o matriciamento; as demandas e prioridades do usuário e o histórico do caso e do usuário na unidade; as diretivas da chefia da

unidade e os procedimentos protocolares. As respostas obtidas, em ordem crescente do total das respostas nos dois grupos, foram as seguintes:

a) *A sua própria avaliação clínica do caso:*

1° - 42,9% ESF e 4,05 NASF

2° - 31,4% ESF e 12,0% NASF

3° - 14,3% ESF e 72% NASF

4° - 11% ESF e 12% NASF

Com 38,3% das respostas essa opção ficou em 4° entre os dois grupos.

b) *A avaliação do caso feita pela equipe durante o matriciamento:*

1° - 25,6% ESF e 59,4% NASF

2° - 30,8% ESF e 34,4% NASF

3° - 28,2% ESF e 34,4% NASF

4° - 15,4% ESF e 0,0% NASF

Com 42,4% das respostas essa opção ficou em 3° lugar entre os dois grupos.

c) *As demandas e prioridade dos usuários e o histórico do caso e do usuário na unidade:*

1° - 42,1% ESF e 44% NASF

2° - 26,3% ESF e 40% NASF

3° - 21,1% ESF e 8,0% NASF

4° - 10,5% ESF e 8,0% NASF

Com 42,9% das respostas essa opção ficou em 2° lugar entre os dois grupos.

d) *As diretivas da chefia da unidade e os procedimentos protocolares:*

1° - 0,0% ESF e 8,0% NASF

2° - 8,8% ESF e 4,0% NASF

3° - 29,4% ESF e 12% NASF

4° - 61,4% e 76% NASF

Com 67,8% das respostas essa opção ficou em 1° lugar entre os dois grupos.

Ainda a fim de avaliar o matriciamento para os sujeitos que dele fazem parte, solicitamos que ambos os grupos avaliassem sua resolutividade dentro da ESF, escolhendo entre as opções *ótimo, bom, regular e ruim*. Nas respostas, o matriciamento e sua resolutividade aparecem como *bom* para os dois grupos com 50% para ESF e 57,6% para o NASF; *regular* com 40,5% para ESF e 12,1% para o NASF e *ótimo* com 4,8% para ESF e 12,1% para o NASF. Apenas a ESF escolheu a opção *ruim* com 4,8% das respostas. Na maioria, os dois grupos responderam *bom* com 53,3% das afirmações, embora a equipe do NASF se mostre mais otimista comparativamente à equipe da ESF.

Em relação ao processo de trabalho das equipes, perguntou-se aos sujeitos, considerando a sua prática cotidiana normal, quanto tempo do seu mês de trabalho(em porcentagem) ele dedica a cada uma dessas atividades (o total deve somar 100%, com direito à opção *outros*). Como resposta obtivemos as respectivas porcentagens associadas às ferramentas conceituais estudadas, que podem ser vistas na tabela 11:

Tabela 11 – Porcentagem do mês dedicada a diversas ferramentas conceituais nas equipes ESF e NASF

| ATIVIDADES | ESF | NASF |
|------------------------------------|------------|-------------|
| 1) Atendimento clínico | 43,4% | 15,44% |
| 2) Apoio matricial | 6,39% | 14,85% |
| 3)Educação permanente/capacitações | 3,82% | 7,35% |
| 4) Reunião de equipe | 9,2% | 12,5% |
| 5) Visitas domiciliares | 12,64% | 13,82% |
| 6) Grupos terapêuticos | 7,52% | 18,68% |
| 7) Tarefas administrativas | 5,77% | 7,09% |
| 8) Outros | 4,11% | 3% |

Para a ESF, fazendo um comparativo com entre as ações de maior porcentagem, atendimento clínico aparece com 43,4% e visitas domiciliares com 12,64%, além das reuniões de equipe com 9,2%. Observa-se, portanto, que essa soma resulta em 65,24% das ações voltadas para intervenções sem o apoio do NASF. No que se refere ao NASF, temos como respostas dos sujeitos o inverso: 15,44% de atendimento clínico, 13,83% para visitas domiciliares e 12,5% para as reuniões de equipe. Esses resultados são significativos porque demonstram a existência de uma hegemonia da ESF em relação ao atendimento clínico e indicam também uma manutenção do modelo de atenção ancorado no atendimento por consulta individual junto ao profissional médico.

Além disso, em relação ao processo de trabalho das equipes, perguntou-se aos sujeitos qual seria o plano ideal de trabalho, do ponto de vista deles, solicitando que estimassem quanto tempo (em %) do seu mês trabalho eles dedicariam a cada uma dessas atividades. Como resposta tivemos as respectivas porcentagens associadas às tarefas e atividades realizadas:

Tabela 12 – Porcentagem ideal do mês dedicada a diversas ferramentas conceituais segundo os sujeitos de ESF e NASF

| ATIVIDADES | ESF | NASF |
|-------------------------------------|------------|-------------|
| 1) Atendimento clínico | 37,55% | 9,71% |
| 2) Apoio matricial | 8,17% | 17,35% |
| 3) Educação permanente/capacitações | 7,40% | 11,40% |
| 4) Reunião de equipe | 8,61% | 10,74% |
| 5) Visitas domiciliares | 10,64% | 11,18% |
| 6) Grupos terapêuticos | 10,30% | 18,09% |
| 7) Tarefas administrativas | 6,38% | 6,24% |
| 8) Outros | 2,89% | 2,88% |

A análise comparativa demonstra que os grupos apresentam projeções divergentes para o plano ideal, uma vez que, como verificamos na tabela 12, a ESF apresenta maior disponibilidade para ações clínicas com 37,55%, enquanto o NASF tem 9,71%. O matriciamento também aparece com discrepância entre os dois grupos: para a ESF o plano ideal é de 8,17%, e para o NASF, 17,35%.

Para estudar o comportamento de todas essas variáveis (atendimento clínico, apoio matricial, educação permanente e capacitações, reuniões de equipe, visitas domiciliares, grupos terapêuticos e tarefas administrativas) em relação ao tempo que lhes dedicam e ao tempo que realmente gostariam de dedicar-lhes, empregou-se o modelo de análise de variância com medidas repetidas. Os resultados obtidos apresentados nas tabelas anteriores permitem-nos dizer que mais dados seriam necessários para que se possam compreender completamente os determinantes dessas respostas. Ainda assim, fazemos algumas observações:

- A média do atendimento clínico do grupo ESF é maior do que no grupo NASF.
- Os indivíduos dedicam em média mais tempo do que consideram ideal ao atendimento clínico e às visitas domiciliares.
- As médias de tempo gasto no apoio matricial, na educação permanente e capacitações, nas reuniões de equipe e nos grupos terapêuticos do grupo ESF são menores do que no grupo NASF.
- Os indivíduos dedicam em média menos tempo do que consideram ideal ao apoio matricial e à educação permanente e capacitações.

Ainda, para avaliar a proporção de seu trabalho que avaliam como inovador, que não é apenas o que está prescrito no protocolo (%), a ESF responde que 29,26% de sua rotina de trabalho é inovadora, ao passo que o NASF apresenta maior flexibilidade de ações, com 48,06% de respostas não protocolares.

Para verificar associações entre as variáveis categóricas de interesse foi utilizado o teste exato de Fisher. O referido teste autoriza confirmar ou não a existência de associação entre as categorias de interesse (educação permanente, clínica ampliada, assistência especializada, capacitação, projeto terapêutico singular, atendimento em grupo) em relação às variáveis respondidas nas seguintes perguntas: Como você organiza sua Agenda de Trabalho? e Com que frequência na sua prática profissional você aprende com um colega da mesma profissão?

Para comparar os grupos em relação a cada uma das variáveis “proporção do trabalho avaliada como inovadora, fora do prescrito no protocolo (%)”, “clínica individual /clínica ampliada”, “projeto terapêutico protocolar/projeto terapêutico singular”, “atendimento na unidade/ações no território”, “atendimento individual/atendimento de grupos” e “formação inicial/educação permanente”, empregou-se o Teste *t* de Student para amostras não relacionadas. Os resultados obtidos encontram-se na tabela 13 a seguir e permitem afirmar que houve diferença estatisticamente significativas entre os grupos para as variáveis “proporção do trabalho avaliada como inovadora, fora do prescrito no protocolo (%)”, “atendimento individual/atendimento de grupos” e “projeto terapêutico protocolar/projeto terapêutico singular”

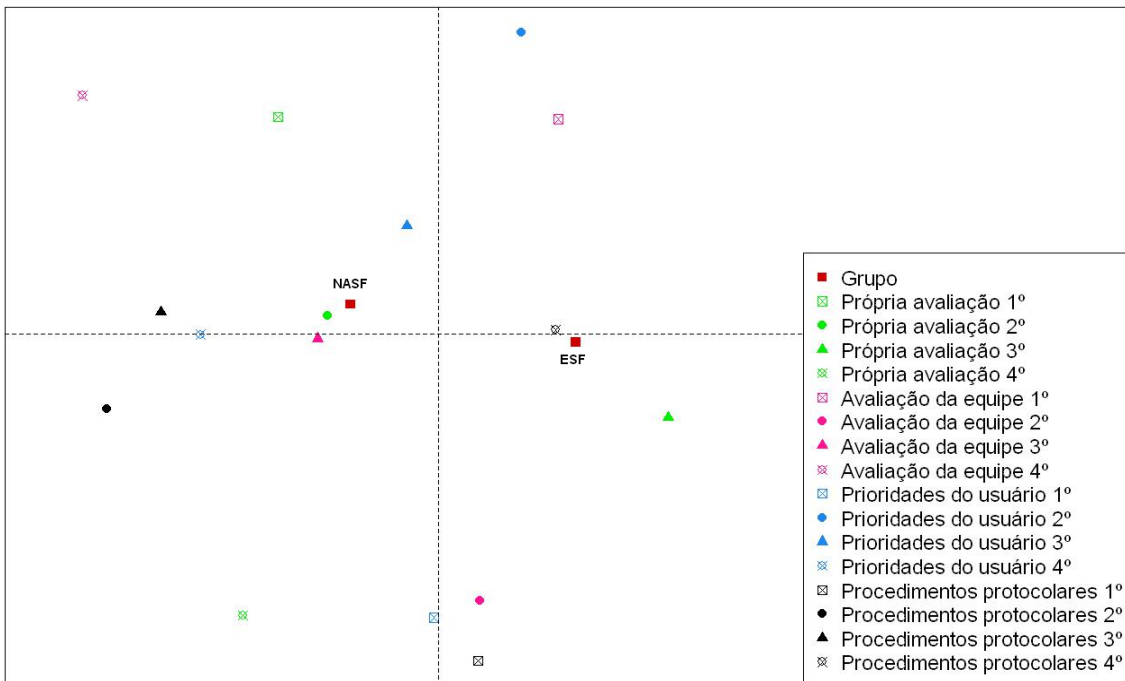
Tabela 13 – Medidas descritivas das comparações dos grupos

| Variáveis | Nível descritivo |
|---|------------------|
| Proporção do trabalho avaliada como inovadora, fora do prescrito no protocolo | 0,002 |
| Clínica individual/clínica ampliada | 0,395 |
| Projeto terapêutico protocolar/projeto terapêutico singular | 0,055 |
| Atendimento na unidade/ações no território | 0,238 |
| Atendimento individual/atendimento de grupos | 0,001 |
| Formação inicial/educação permanente | 0,293 |

Para detalhar o comportamento conjunto entre os grupos da variável “qual alternativa costumam priorizar em um caso difícil”, foi realizada uma análise de correspondência e o resultado está no gráfico 1 a seguir.

Gráfico 1 – Análise de correspondência para as variáveis “grupos” e “qual alternativa costumam priorizar em um caso difícil”

1. A sua própria avaliação clínica do caso.
2. A avaliação feita pela equipe durante o matriciamento.
3. Demandas e prioridades do usuário e o histórico do caso e do usuário na unidade.
4. As diretivas da chefia o apoio matricial e sua resolutividade dentro da ESF.



Na análise de correspondência foram detectados dois padrões mais fortemente caracterizados pelos indivíduos da pesquisa:

- ESF: procedimentos protocolares em 4º lugar e própria avaliação em 3º lugar.
- NASF: própria avaliação em 2º lugar, avaliação da equipe em 3º, prioridades do usuário em 4º.

4.1 Análise qualitativa das respostas às questões abertas

Do ponto de vista qualitativo, a partir das três questões abertas do questionário em que se perguntava aos sujeitos em quais três palavras eles pensavam a partir do termo indutor *matriciamento*, e quais três palavras definem as facilidades e três que definem as dificuldades que eles encontram nas suas tarefas e atividades cotidianas de trabalho, estabelecemos uma primeira caracterização e análise das respostas, organizadas em relação às variáveis de sexo e função, que foram aquelas que pareceram trazer alguma informação interessante e pertinente para a discussão relativa ao matriciamento.

As palavras foram analisadas com auxílio do programa de análise textual Alceste, que opera uma análise pragmática dos léxicos (LIMA, 2008a, LIMA 2008b) preferencialmente utilizados pelas diferentes categorias de sujeitos, designados por variáveis descritivas como equipe (ESF ou NASF), sexo (feminino ou masculino), função (médico, enfermeiro, médico pediatra, médico psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, nutricionista, educador físico, assistente social, fonoaudiólogo). O programa permite também a visualização da cartografia das tensões que separam as diferentes categorias de sujeitos em relação às palavras utilizadas e os contextos lexicais aos quais elas se referem, por exemplo questões relativas à atenção em saúde, à divisão de tarefas entre os membros das equipes, às tensões entre colegas, às questões de acolhimento de pacientes, atendimento dos usuários e de encaminhamentos, às questões administrativas e às questões de infraestrutura física e recursos materiais.

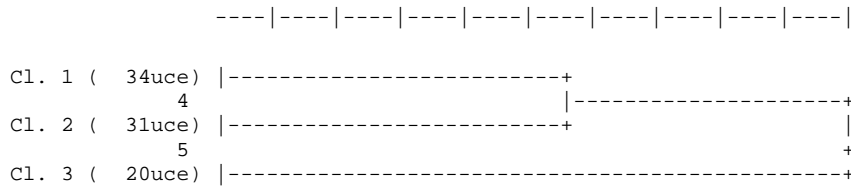
Termo indutor: matriciamento

Iniciaremos descrevendo a análise realizada, pelo programa Alceste, das palavras que os sujeitos associaram ao termo indutor matriciamento.

Note-se que essa análise explica somente 40% do total de termos usados pelos sujeitos (*corpus* inicial); os outros 60% não puderam ser organizados, devido à grande variabilidade individual. Esse índice não é elevado, mas pode ser considerado aceitável, uma vez que se trata da técnica de associação de palavras, em que a variabilidade é grande e na qual se espera menor homogeneidade entre os sujeitos.

Dentro dessa zona de respostas comum a todos, o programa distinguiu três classes estáveis, representadas pelos dendogramas seguintes, nos quais se percebe que as classes 1 e 2 estão separadas da terceira. Ao lado do número da classe encontra-se o número de unidades de contexto elementares (UCE) contidas em cada classe, ou seja, as unidades originais de texto que ficaram classificadas nela.

Dendrograma 1 – classes estáveis (classificação descendente hierárquica)



A primeira classe contém 40% das unidades de contexto elementares analisadas (35 UCE) e está organizada em função de dois termos centrais – equipe e multidisciplinar – e dois específicos, que só aparecem nesse contexto – trabalho, solução. Trata-se de um discurso característico de enfermeiras (mulheres) da ESF, mas também de médicos (homens) e de nutricionistas e fonoaudiólogas (mulheres).

A segunda classe contém 36,47% das unidades de contexto analisadas (31 UCE) e está organizada em função de três termos centrais – casos, discussão e reunião – e dois específicos, que só aparecem nesse contexto – resolução, clínica. Trata-se de um discurso característico das médicas (mulheres) da ESF, mas também de enfermeiros (homens) e de assistentes sociais (mulheres).

A terceira classe contém 23,53% dos trechos analisados (20 UCE) e está organizada em função de três termos centrais – troca, compartilhar e ampliado – e outros dois específicos, que aparecem tipicamente nesse contexto – conhecimento, organização e cuidado. Trata-se de um discurso característico da equipe do NASF, mas também de terapeutas ocupacionais (independente do sexo, mas principalmente mulheres), de nutricionistas e fisioterapeutas (mulheres) e de assistentes sociais (homens).

Percebe-se que cada uma dessas classes diz respeito a um nível diferente de entendimento e de prática do matriciamento. A primeira diz respeito realmente à maneira mais operacional de organizar o trabalho e distribuir as tarefas entre os membros das equipes, e percebe-se que ela está centralizada nos profissionais da ESF (principalmente enfermeiras, mas também médicos). A

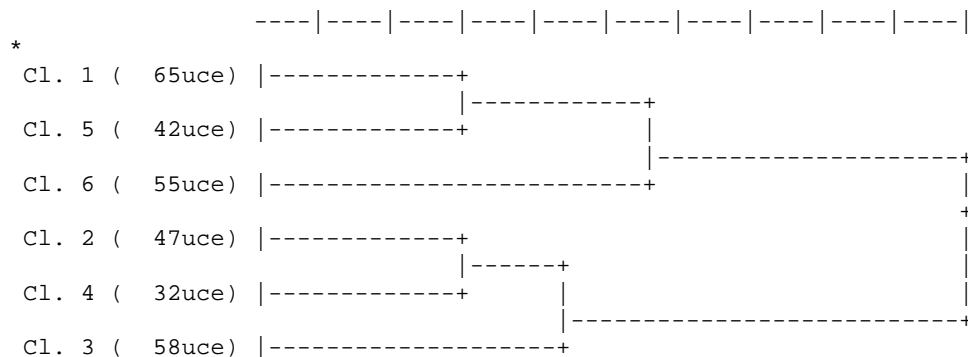
segunda classe tem seu foco na relação com o paciente e na resolução do caso. A terceira diz respeito à troca de conhecimentos entre os profissionais e está centralizada na equipe do NASF. Nesse sentido nota-se que a própria estrutura organizacional e divisão de tarefas determinam que a equipe do NASF fique mais voltada à relação entre colegas, relativa aos profissionais da ESF, do que voltada aos usuários.

Termos indutores reunidos: matriciamento, facilidades e dificuldade

A análise do programa Alceste foi realizada sobre o *corpus* composto pelas palavras que foram associadas pelos sujeitos ao termo indutor *matriciamento* juntamente com as palavras que foram associadas por eles às facilidades e às dificuldades enfrentadas na realização das tarefas e atividades do cotidiano. Note-se que essa análise explica somente 47% dos termos usados pelos sujeitos (*corpus* inicial); os outros 53% não puderam ser organizados, devido à grande variabilidade. Esse índice é baixo, porém melhor que o citado anteriormente (referente aos termos associados ao matriciamento), o que significa que a questão do matriciamento, contextualizada em relação às facilidades e dificuldades, permite a construção de um consenso maior do que as associações feitas ao matriciamento isoladamente.

O programa pôde identificar seis classes estáveis, organizadas conforme dendrograma 2.

Dendrograma 2 – classes estáveis (classificação descendente hierárquica)



O programa identificou as principais palavras e as principais variáveis que participam na composição de cada uma dessas classes. Para a compreensão da importância dos termos nas

análises, o leitor deve considerar que quanto maior o χ^2 associado ao léxico ou à variável, maior é a sua contribuição para a constituição da classe à qual ele aparece.

Um primeiro ponto a ser destacado é que parece haver uma clara dicotomia entre as duas equipes, traduzida pelo fato de que cada uma articula (reúne e separa) os termos usados por elas de uma maneira que lhes é própria. A análise das variáveis mostra que as classes de números 1, 5 e 6 estão mais ligadas às contribuições trazidas pelos profissionais das equipes NASF, enquanto as classes de números 2, 4 e 3 estão mais ligadas aos profissionais do PSF. Os detalhes dos termos usados em cada caso estão organizados e descritos conforme as tabelas a seguir.

Tabela 14 – Números de classe, porcentagens de unidades de contexto elementares (UCE) correspondentes, equipe que produziu o discurso (chi2), função (chi2) e palavras associadas

| Classe | % uce | Equipe | chi2 | Função | chi2 | Palavras | chi2 |
|--------|-------|--------|------|--------|------|-----------------|------|
| 2. | 15,7 | ESF | 53,2 | Enf F | 99,5 | acolhimento | 23 |
| | | | | Enf | 83,2 | domiciliar | 3,7 |
| | | | | F | 6,28 | Consulta | 3,6 |
| 3. | 19,4 | ESF | 28,7 | Mem | 75,7 | Falta | 28 |
| | | | | Me | 33,3 | Material | 17 |
| | | | | M | 11,7 | organização | 16 |
| | | | | Fon F | 3,69 | Paciente | 16 |
| | | | | | | Resolução | 13 |
| | | | | | | comprometimento | 4,3 |
| | | | | | | atendimento | 2,4 |
| 4. | 10,7 | ESF | 6,15 | Me F | 85,5 | encaminhamento | 26 |
| | | | | Me | 48,1 | Casos | 6,6 |
| | | | | TO F | 28,5 | Equipe | 4 |
| | | | | TO | 28,5 | | |

A segunda classe contém 15,7% dos trechos analisados e está organizada em função de um termo central, *acolhimento*, com um chi2 elevado de 23, que indica peso muito grande para a composição da classe, mais dois termos periféricos, *domiciliar* e *consulta*. Trata-se de um discurso fortemente característico de enfermeiras, sobretudo do sexo feminino, uma vez que o chi2 é muito elevado nos dois casos (chi2 respectivamente de 99,5 e 83,2); mas os resultados apontam também para um leve efeito (chi2 6,28) relativo ao sexo feminino, independentemente da função. Porém, a função predomina sobre o sexo, ou seja, as enfermeiras estão bastante identificadas com essa função.

Esses dados informam-nos claramente que o termo *acolhimento* é realmente próprio das enfermeiras, que por sua vez determinam fortemente o que se faz em ESF (chi2 53,2), e essa temática relativa à recepção dos usuários no serviço é realmente própria dessa categoria profissional. Nesse sentido, parece que quem está esperando os usuários e lhes abre a porta de entrada para a atenção básica são as enfermeiras. A análise da próxima classe demonstra que a dinâmica relativa ao sexo masculino (médicos) é complementar à do sexo feminino (enfermeiras).

A terceira classe contém 19,4% dos trechos analisados e está organizada em função de um termo central – *falta* – com um chi2 marcado de 28, o que demonstra que ele é constitutivo da classe, e de quatro termos secundários – *material*, *organização*, *paciente* e *resolução* –, cujo chi2 é moderado, girando em torno de 13 a 17, e mais dois periféricos – *comprometimento* e

atendimento. Trata-se de um discurso muito característico de médicos homens, uma vez que o χ^2 é forte, 75,7, mas também do sexo masculino, em geral (χ^2 11,7) e de fonoaudiólogas (mulheres), com χ^2 3,67. Os pesos dos χ^2 indicam que nesse caso o efeito é mais relativo ao sexo que à função: a leitura atenta das respostas relativas às dificuldades citadas pelos profissionais médicos do sexo masculino auxilia o entendimento, uma vez que percebemos que eles mesmos afirmam ter dificuldades quanto ao acolhimento.

O contraste entre os termos usados nesses dois contextos revela o funcionamento implícito da PSF: às enfermeiras cabe assumir o acolhimento, enquanto aos médicos cabe apontar as faltas; às primeiras cabe lidar com as presenças e aos segundos com as ausências; as primeiras apontam para as eficiências e os segundos para as carências.

A quarta classe contém 10,7% dos trechos analisados e está organizada em função de um termo central, *encaminhamento*, com um χ^2 marcado de 26, o que demonstra que ele é constitutivo da classe, e mais dois periféricos, *casos* e *equipe* (com χ^2 menores de 6,6 e 4 respectivamente). Trata-se de um discurso característico de médicas mulheres, uma vez que o peso dessa combinação de variáveis para a constituição dessa classe é elevado (χ^2 85,5), mas também de médicos em geral (χ^2 48,1) e de terapeutas ocupacionais (χ^2 de 28,5).

Tabela 15 – Números de classe, porcentagens de unidades de contexto elementares (UCE) correspondentes, equipe que produziu o discurso (chi2), função (chi2) e palavras associadas

| Classe | % uce | Equipe | chi2 | Função | chi2 | Palavras | chi2 |
|--------|-------|--------|------|-----------|------|------------------|------|
| 1. | 21,7 | NASF | 20,8 | Psic | 56,9 | grupo | 10 |
| | | | | Me psi | 33,4 | matriciamento | 8,9 |
| | | | | Me psi F | 33,4 | compartilhada | 5,9 |
| | | | | Me F | 33,4 | discussão | 3,9 |
| | | | | Enf M | 33,4 | consulta | 3,8 |
| | | | | Psi M | 29,6 | medico | 3,6 |
| | | | | Fisio F | 29,6 | multidisciplinar | 3,6 |
| | | | | Fisio | 29,6 | caso | 3,6 |
| | | | | Psic F | 25,8 | | |
| | | | | Nutri F | 20,9 | | |
| | | | | Nut | 17,1 | | |
| | | | | EF F | 8,89 | | |
| | | | | EF | 2,35 | | |
| 5. | 14,1 | NASF | 17,3 | Ass | 152 | troca | 11 |
| | | | | Ass F | 89,9 | atendimento | 9,8 |
| | | | | Ass M | 56,8 | ampliada | 8,9 |
| | | | | Fon | 9,14 | administrativo | 4,3 |
| | | | | Fon F | 9,14 | compartilhada | 3,9 |
| | | | | F | 2,86 | domiciliar | 2,1 |
| 6. | 18,4 | NASF | 32,7 | EF | 46,1 | Espaço | 26 |
| | | | | Me Psiq | 41,2 | Físico | 26 |
| | | | | EF M | 41,2 | compartilhar | 13 |
| | | | | Me Psiq M | 41,2 | | |
| | | | | EF F | 12,8 | | |
| | | | | TO | 11,4 | | |
| | | | | M | 8,14 | | |
| | | | | Fon | 4,41 | | |

A primeira classe contém 21,74% dos trechos analisados e está organizada em função de três termos centrais – *grupo* (chi2 10), *matriciamento* (chi2 8,9), *compartilhada* (chi2 5,9) – e mais alguns outros periféricos – *discussão*, *consulta*, *médico*, *multidisciplinar* e *caso* (com chi2 menores). Trata-se de um discurso característico de psicólogos (chi2 56,9), médicos psiquiatras (chi2 33,4), médicas mulheres (chi2 33,4) e enfermeiros homens (chi2 33,4), o que indica uma forte presença de profissionais da área da saúde mental. A aproximação entre as médicas da saúde da família e os profissionais da saúde mental do NASF parece estabelecer-se em torno da discussão dos casos de saúde mental e do trabalho em grupo. Nesse contexto seria interessante aprofundar-se sobre qual é o sentido do termo compartilhar: restaria saber se se trata de fazer junto com ou encaminhar para os especialistas.

A quinta classe contém 17,3% dos trechos analisados e está organizada em função de três termos centrais – *troca* (chi2 11), *atendimento* (chi2 9,8) e *ampliada* (chi2 8,9) – e mais alguns outros periféricos – *administrativo*, *compartilhada*, *domiciliar* – com chi2 menos significativo. Trata-se de um discurso muito característico de assistentes sociais de ambos os sexos (chi2 152), mas sobretudo do feminino (chi2 89,9) e, em pequena medida, de fonoaudiólogos (chi2 9,14).

A sexta classe contém 32,7% dos trechos analisados e está organizada em função de dois termos centrais – *espaço*, *físico* (chi2 26) – e, também, em menor medida, de *compartilhar* (chi2 26). Trata-se de um discurso característico de educadores físicos de ambos os sexos (chi2 46,1), mas principalmente homens (chi2 41,2), de médicos pediatras e terapeutas ocupacionais (chi2 41,2) e, minimamente, dos fonoaudiólogos.

O programa permite também, a partir dos dois gráficos resultantes de uma análise fatorial de correspondências, a visualização dos fatores que estão atuando para a determinação da composição das classes. Os gráficos representados abaixo demonstram a localização de cada uma das variáveis e de cada uma das palavras utilizadas pelas diferentes categorias de sujeitos. A dinâmica de oposições entre lados opostos dos eixos verticais e horizontais permitiu avançar na compreensão de várias das questões relativas à atenção em saúde: a divisão de tarefas entre os membros das equipes, as tensões entre colegas, as questões de acolhimento de pacientes, atendimento dos usuários e de encaminhamentos, as possíveis trocas de conhecimento, as questões administrativas e as questões de infraestrutura física e recursos materiais.

Gráfico 2 – Análise fatorial de correspondências

Projeção das variáveis sob o plano 1 e 2 (correlações)

Eixo horizontal: 1e fator: V.P. =.5150 (35.48 % de inércia)

Eixo vertical: 2e fator: V.P. =.3175 (21.87 % de inércia)

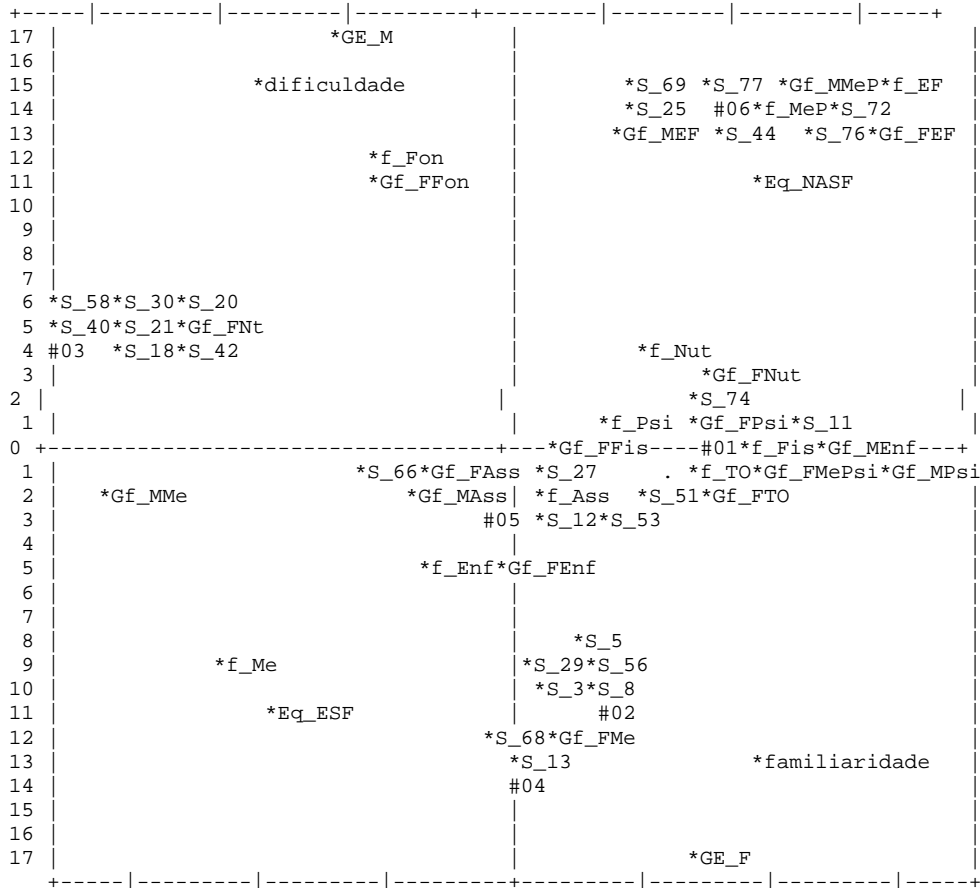
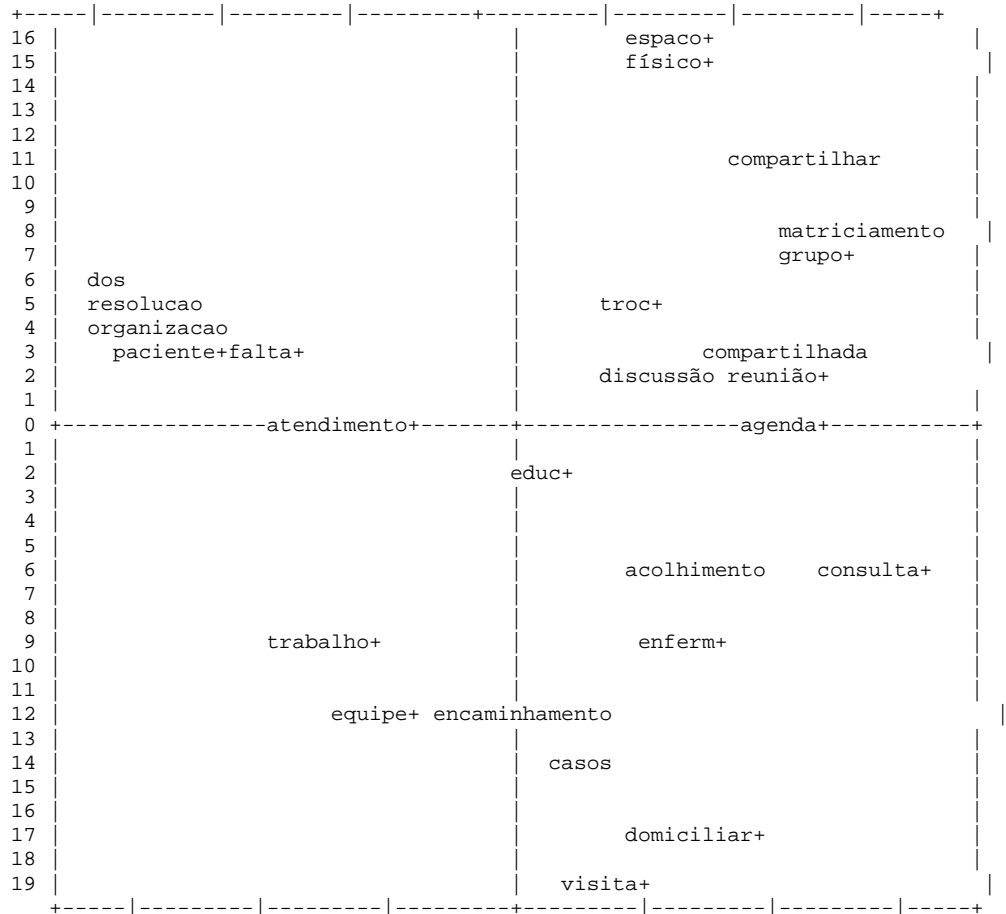


Gráfico 3 – Análise fatorial de correspondências

Projeção das palavras analisadas sob o plano 1 e 2 (correlações)

Eixo horizontal: 1e fator: V.P. =.5150 (35.48 % de inércia)

Eixo vertical: 2e fator: V.P. =.3175 (21.87 % de inércia)



No eixo horizontal parece que existe uma tensão entre atendimento e agenda.

Defendendo a vertente atendimento, do lado esquerdo do gráfico, encontram-se os médicos homens, em grande medida, e as nutricionistas mulheres, em discreta medida, liderando a tendência a falar de um ponto de vista crítico e externo ao trabalho, apontando as faltas e carências (classe 3). Os termos que aparecem são *resolução, organização, paciente, trabalho e equipe*.

Defendendo a vertente agenda, do lado direito do gráfico, encontram-se os psicólogos e enfermeiros homens, médicos psiquiatras, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas, liderando a tendência a falar de um ponto de vista favorável e interno ao trabalho, enfatizando termos como *reunião, discussão, compartilhada* (classe 1), *matriciamento, grupo, acolhimento, consulta, enfermagem*.

Esses resultados indicam que talvez médicos homens procurem trabalhar de forma mais isolada, enquanto os homens de outras profissões que se encontram em posição diferenciada propõem o coletivo como uma possibilidade, que acaba funcionando como contraponto. No centro, entre os dois, aparece o termo *educação*, associado ao núcleo administrativo.

No eixo vertical parece que existe uma tensão entre as facilidades, dentre as quais as *visitas domiciliares e os encaminhamentos*, e as dificuldades, dentre as quais o *compartilhar o mesmo espaço físico e a ESF*.

A questão do sexo está diretamente relacionada à avaliação das facilidades e dificuldades: as mulheres ressaltam as potências e facilidades, dentre as quais estão o *acolhimento, consulta e visita domiciliar* (classe 2) e o *encaminhamento de casos* (classe 4), enquanto os homens ressaltam as *carências e dificuldades*, sobretudo no que diz respeito ao espaço físico que deve ser *compartilhado*, no sentido de dividido (classe 6).

A questão das equipes ESF e NASF está também relacionada às facilidades e dificuldades, mas em cruzamento com a questão das funções; os médicos centralizam a ESF e os educadores físicos e médicos pediatras centralizam o NASF.

No centro do gráfico, em uma região comum a todos as classes, a questão administrativa, que é trazida principalmente pelos assistentes sociais (ambos os sexos) e enfermeiras (mulheres, sobretudo), o que significa que essa questão não é essencial para o entendimento da dinâmica do trabalho de matriciamento entre ESF e NASF ou que ela fica centralizada por essas categorias profissionais.

5. DISCUSSÃO

Esse estudo tem como foco investigar, dentro da rotina cotidiana, os conhecimentos teóricos e as práticas diárias que os profissionais das diferentes equipes ESF e NASF associam ao matriciamento, seu papel na atenção básica e a forma em que acontece o matriciamento dentro dessa rotina com esses profissionais, bem como avaliar o processo de construção compartilhada do matriciamento dentro da atenção à saúde e, por fim, possibilitar retorno científico para o poder público e contribuir para a construção e efetivação de políticas públicas.

Em relação ao sexo dos participantes, a maioria dos sujeitos é do sexo feminino: na equipe ESF 70,5% e na equipe NASF 76,5%. Fazendo um comparativo com o sexo masculino temos 29,5% inseridos na ESF e 23,5% no NASF. De acordo com a tabela 3, estes profissionais estão distribuídos entre as categorias profissionais da seguinte forma: 59,1% na área da enfermagem, inseridas na ESF, e 40,9% de outras categorias. Em relação aos profissionais, 26,9% são do sexo masculino, principalmente exercendo a profissão médica.

Além da pesquisa apresentar resultados em relação ao sexo, ela também investigou a origem da formação acadêmica dos sujeitos: a maioria obteve formação profissional em universidades privadas, totalizando 83,1% do universo dos entrevistados; apenas 16,3% foram formados em universidades públicas. Nesse sentido é importante mencionar que o número de vagas disponíveis nas universidades públicas é proporcionalmente menor que a disponibilidade de vagas em universidades privadas, especialmente para a graduação em medicina. Ainda em relação à formação acadêmica e aquisição de conhecimentos dos dois grupos, nota-se que a equipe NASF apresenta o maior número de profissionais com pós-graduação, sendo estes 85,3%, mas somente 29% do total possuem especialização em saúde da família, enquanto na ESF são 40% com essa especialização.

No que se refere à trajetória acadêmica podemos ressaltar o tempo de graduação para a maioria, 6 a 7 anos. Todavia, existe uma lacuna entre a formação e a área de atuação, como se a inserção na saúde coletiva não fosse o projeto de vida profissional: o investimento acadêmico tem se voltado para outras áreas de especialidades e não para a saúde coletiva e a ESF propriamente dita. Essa avaliação dá-se pelo fato de que 80,3% dos profissionais da ESF e NASF possuem pós-graduação, mas desses somente 35,2% têm pós-graduação em saúde da família, contra 64,8% em

outras áreas. O estudo mostra ainda que em relação ao tempo de vínculo empregatício dos profissionais ao trabalho, para a ESF a média é de 38 meses e para o NASF 31 meses.

Nesse contexto, os dados podem significar que os profissionais não são capacitados ou não buscam obter conhecimento teórico para realizar a prática como deveriam. Podemos entender também que existe urgência de que haja profissionais não só com projeto de trabalhar em saúde coletiva, mas também que tenham também formação para tal. Observa-se que há grande oferta de vagas na área de saúde coletiva, especialmente para médicos, mas há grande rotatividade entre os profissionais que buscam atuar nesse campo, profissionais que por vezes realizam cuidados em saúde coletiva temporariamente, com o desejo de especialização em campos diversos. O efeito disso no campo de atuação pode ser a perpetuação de um modelo de saúde com ações individualizadas e com prejuízo na qualificação do cuidado, e podemos afirmar que há necessidade urgente de estratégias de inovações para que seja possível garantir a execução do trabalho com qualidade.

O mercado de trabalho em saúde coletiva está em construção, extensão e reorganização e com descompasso entre a formação e a qualificação, as oportunidades de formação são escassas e muitas vezes se encontra em descompasso em relação às necessidades do sistema de saúde. Isso acontece porque talvez exista um grau de afastamento entre as instituições formadoras e os sistemas de atenção à saúde, particularmente do SUS sendo necessária a construção de uma gestão democrática do sistema de saúde, este talvez seja um dos desafios que o SUS precisa enfrentar se, de fato, se deseja construir serviços de saúde comprometidos com a qualidade e o cuidado aos usuários.

A tecnologia excessiva tem priorizado operar máquinas e protocolos e a subjetividade humana tem ficado em segundo plano. As adaptações de novos padrões de excelência devem estar relacionadas ao sujeito a ser cuidado e ao cuidador em primeiro plano, e não devemos esquecer que há um potencial de trabalho de todos os profissionais que pode ser aproveitado para cuidados diretos com o usuário, elevando assim a capacidade resolutiva dos serviços. Observa-se que há necessidade de reestruturação dos processos de trabalho, potencializando o “trabalho vivo em ato” e a valise das relações como fontes de energia criativa e criadora de um novo momento na configuração do modelo de assistência à saúde (MERHY & FRANCO, 2008).

Para Merhy & Franco (2008, p.283),

a produção na saúde realiza-se, sobretudo, por meio do “trabalho vivo em ato”, isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. Mas o trabalho vivo interage todo o tempo com instrumentos, normas, máquinas, formando assim um processo de trabalho, no qual interagem diversos tipos de tecnologias. Estas formas de interações configuram um certo sentido no modo de produzir o cuidado. Vale ressaltar que todo trabalho é mediado por tecnologias e depende da forma como elas se comportam no processo de trabalho; pode-se ter processos mais criativos, centrados nas relações, ou processos mais presos à lógica dos instrumentos duros (como as máquinas).

Nesse sentido, serão necessários trabalhadores que operam tecnologias duras (máquinas), mas que também operem tecnologias moles (humanos): isso é o trabalho humano que determinará a produção do cuidado e o modelo de atenção à saúde, que também poderá ter a capacidade de operar em paralelo a isso com instrumentos e protocolos permeados com potência criativa e de vida.

Dentro desse contexto, é necessário que os profissionais da saúde possam ter como norte que a saúde coletiva é uma escolha de atuação profissional, uma vez que para a boa execução de atos é necessário o uso de instrumentos e técnicas, mas também é necessário ser capaz de ter afeto acerca do que se faz no cotidiano do trabalho. Porém, há um campo em comum entre todos os tipos de trabalhadores: todos eles, independentemente da sua formação ou profissão, são operadores da construção do cuidado e portadores das valises tecnológicas: a valise das tecnologias leves, que produz relações, é igualmente de todos (*ibidem*).

A pesquisa também investigou, dentro da rotina cotidiana, quais conhecimentos teóricos e práticas diárias os profissionais das diferentes equipes ESF e NASF associam ao matriciamento. Para tanto inserimos no questionário perguntas pelas quais se viabilizasse a coleta do tipo de dado buscado – perguntas com opções de escolha sobre quais ferramentas fazem parte do matriciamento, entre elas educação permanente, discussão de caso, clínica ampliada, intersetorialidade, trabalho multidisciplinar, ecomapa, apoio técnico pedagógico, genograma, referência e contrarreferência, assistência especializada, capacitação, atendimento individual, projeto terapêutico singular, atendimento em grupo e palestra.

De acordo com o estudo, obtivemos de 85.3% dos profissionais NASF a referência de que o matriciamento representa para eles educação permanente, mas apenas 51.2% da ESF concordam que esta é ação matricial; as respostas apresentam uma diferença significativa entre os dois grupos, no que se refere ao matriciamento como educação permanente (EP). Isso,

provavelmente, se deve ao fato de que a equipe NASF tem a função de realizar EP sobre temas relevantes para as equipes de ESF a partir de demanda explícita ou percebida e pactuada, além de participar da construção de protocolos com as equipes da ESF. Nesse sentido podemos dizer que os profissionais da ESF necessitam mais da EP para a sensibilização da sua importância e dos processos que podem ser disparados a partir dela.

Educação permanente, discussão de caso e clínica ampliada são conceitos que andam juntos quando se fala de matriciamento. Observando as respostas de ambos os grupos, vê-se que resultam em concordância: a EP e discussão de casos são utilizadas como espaço potente para matriciamento. Entretanto, observa-se a necessidade de sensibilizar a ESF para a importância da EP dentro do matriciamento. Observa-se que provavelmente a ESF não entenda a importância da EP ou ainda não reconhece que essa ação possibilitará aos profissionais que dela participam ver o seu saber reconhecido, ampliar os conhecimentos e tornar-se mais competentes, além estimular a cooperação e o trabalho coletivo e, como consequência, melhorar o atendimento e a assistência integral às famílias.

Para Lopes *et al.* (2007, p.148),

a educação permanente é o encontro entre o mundo da formação e do trabalho, no qual o aprender e o ensinar incorporam-se ao cotidiano das organizações. Baseia-se na aprendizagem significativa que se desenvolve a partir dos problemas diários que ocorrem no lócus da atuação profissional, levando em consideração os conhecimentos e as experiências preexistentes da equipe.

De acordo com a prática, o processo matricial deve ser uma relação de mão dupla: os profissionais podem fazer uso desse encontro para a troca e o aprendizado mútuo. Para a eficácia do trabalho da atenção básica, podemos dizer, são necessários espaços contínuos de troca coletiva e exercício cotidiano de cultivar a troca de saberes e manter esse espaço vivo, e é necessário manter em vista o objetivo de que os sujeitos percebam que todo e qualquer encontro entre profissionais pode ser um espaço para que aconteça o apoio matricial. O que está em jogo é interdisciplinaridade, o ganho para os participantes do processo (aprender e ensinar). Este talvez seja o maior desafio da atenção básica, o aprender e ensinar, ação que só será possível por meio da qualidade da relação estabelecida entre eles. A caixa de ferramentas de um é necessária para completar a do outro. O trabalhador sempre depende desta troca, deste empréstimo (MERHY & FRANCO, 2008).

Nesse sentido, observa-se a necessidade de sensibilizar os profissionais homens, sobretudo os médicos com formato de atuação isolado, voltados para ações administrativas e individuais e não para as possibilidades de ganhos em termos de trocas interdisciplinares, educação permanente e qualificação da prática profissional que o matriciamento, quando participativo e orquestrado, pode propiciar. Todo profissional responsável pelo cuidado deveria reconhecer que muitas vezes é necessário interrogar-se sobre o que mais é preciso saber para que seja possível contribuir para um processo de “saúde” efetivo. Esse reconhecimento poderia facilitar um cuidado em saúde mais consciente e responsável, que convida outros profissionais a participar de ações clínicas, ampliando a perspectiva de aproximação do problema e, com isso, aumentando a potência da intervenção. Poderia, ainda, contribuir para que os profissionais das equipes ESF e NASF possam ampliar seus horizontes de ação e ter sintonia, planejando e implantando dispositivos, protocolos e instrumentos melhor adaptados às necessidades dos cuidados em saúde, às necessidades e possibilidades das equipes, dos usuários e das diversas populações que ocupam o território.

Para MERHY & FRANCO (*ibidem*, p.283),

a cena na qual é definido o modelo tecnológico de produção da saúde é permeada por sujeitos com capacidade de operar pactuações entre si, de forma que a resultante dessas disputas é sempre produto da correlação de forças que se estabelece no processo. Essa pactuação não se dá apenas em processos de negociação, mas estrutura-se, muitas vezes, a partir de conflitos e tensões vividos no cenário de produção da saúde, seja na gestão ou na assistência.

A intenção é apresentar o matriciamento como o espaço potente que discutimos, com o os benefícios mencionados para os profissionais e os usuários. Nesse sentido, o Ministério da Saúde sugere que a EP seja utilizada com o objetivo de qualificar ações e intervenções, individuais e coletivas, dentro do matriciamento, de modo a melhorar a ação de diagnosticar, prevenir e promover o cuidado, introduzindo no processo de trabalho novas possibilidades de trocas de saberes entre os profissionais de saúde (BRASIL, 2014).

Podemos pensar que a EP terá potência a partir do momento em que os dois grupos passarem a incorporá-la dentro de todas as ações realizadas, quando ela for uma ferramenta imprescindível para o cotidiano do trabalho de modo que as equipes de ESF e de apoio matricial façam autogestão da EP em uma via de mão dupla em busca da autonomia de cada profissional na gestão do cuidado. Os espaços já existentes deveriam ser potencializados com trocas entre

profissionais, desde aqueles mais acolhedores e com facilidade para trabalhar junto ao coletivo, nesse caso as enfermeiras e profissionais da saúde mental, até os médicos e outros profissionais que apresentaram ações mais voltadas para tarefas administrativas, individuais, e que trabalham de forma isoladas, havendo assim um movimento sinérgico e cooperativo entre as singularidades.

O estudo também apresenta respostas dos sujeitos em relação à discussão de caso: a ESF acredita que o matriciamento é especificamente discussão de caso em 95.3% das respostas; para o NASF essa ferramenta aparece em 100% das respostas. No entanto, a discussão de caso como ferramenta matricial só será potente se no momento da discussão os dois grupos, ESF e NASF, puderem pensar em tarefas de vinculação, intervenção e autonomia do sujeito para a construção do PTS.

Para Rosa (2005, p.1031), o PSF

[...] ao resolver uma série de necessidades, extrapola a esfera da intervenção curativa individual – as chamadas necessidades básicas de saúde – incluindo, principalmente, demandas sanitárias que geram as ações tradicionais da saúde pública (saneamento do meio, desenvolvimento nutricional, a vacinação ou a informação em saúde), as demandas relacionadas a algumas ações clínicas (prevenção, profilaxia e o tratamento de doenças de caráter epidêmico) e as demandas tipicamente clínicas de prevenção e recuperação, apoiados em técnicas diagnósticas de menor uso de equipamentos, mas que, para sua adequada compreensão e efetiva transformação, exigem sofisticada síntese de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas.

Nesse sentido podemos refletir que o estudo aponta para a necessidade das equipes de utilizarem o matriciamento para a discussão de caso, uma vez que as demandas do serviço solicitam uma maior articulação e intervenção. Dentro do preconizado pelo MS, a ESF devem estar voltadas para um leque de ações que necessita o território em que trabalha como prevenção e profilaxia. Todavia, as ações estão prejudicadas pelo excesso de demanda dos usuários e pela relativa escassez de trabalhadores do SUS. Nesse contexto a equipe mínima com médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e ACS gera a necessidade de espaços para reflexão sobre o cuidado e talvez a ESF esteja solicitando do NASF mais atuação assistencial.

Como o NASF não se configura como porta de entrada para a assistência, essa ação, discussão de caso, é e deve ser esse espaço para a construção, estruturação e planejamento dessas ações. Para a ESF parece que ela está sozinha na assistência, aumentando consequentemente o espaço do matriciamento para a discussão de caso. Essa tecnologia destaca-se entre todas as outras nesse território em que o estudo foi realizado. Observa-se que de acordo com o MS as

demandas que devem disparar a assistência do NASF são aquelas que a ESF caracterizar como de alta complexidade. Entretanto, o NASF também pode não estar preparado tecnologicamente para a complexidade, pois na prática lidar com a complexidade é difícil, ressaltando que é difícil para todo e qualquer profissional da atenção à saúde.

Assim, devemos nos remeter ao processo matricial que se estrutura em dois tipos de equipes: equipe de referência e equipe de apoio matricial. Na prática, a atuação que predomina é aquela em que a ESF solicita apoio matricial quando sentir necessidade de retaguarda de ações, por exemplo, da área de saúde mental, reabilitação, saúde da mulher e saúde da criança, entre outras. É importante ressaltar que o matriciamento é um momento importante para a comunicação entre os dois grupos, porque o apoio não deve ocorrer de formas simplistas, por meio de informes escritos, pedidos de parecer e formulários de contrarreferência que não oferecem uma boa comunicação entre as equipes. Esses espaços de discussões devem ser potentes para sair da lógica do cuidado por si só.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a, p.13),

o apoio matricial apresenta as dimensões de suporte: assistencial e técnico-pedagógico. A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões podem e devem se misturar nos diversos momentos.

Ressaltamos que a dimensão técnico-pedagógica a que nos referimos nesse caso poderia atuar junto aos homens que compõem as equipes, uma vez que o estudo aponta para um modo de operar mais rígido, individualizado e burocratizado. Todavia, todo processo de mudança em relação à maneira de trabalhar pode provocar desconfortos, medos e inseguranças, mas sua potencialidade deve incentivar a abertura para um novo modo de operar cotidianamente a construção e a reconstrução dessa proposta de integralização dos cuidados em saúde. Esta é uma aposta que requer persistência, capacidade de perceber os efeitos práticos (positivos e negativos) e capacidade de flexibilidade em relação aos desafios e às necessidades concretas e singulares de equipes multidisciplinares e de coletivos.

No que refere à clínica ampliada, ela é uma ação matricial que também aparece fortemente nas ações dos sujeitos em questão: na equipe NASF, com 79,4%, e na ESF com 48,8% das respostas. Os profissionais NASF parecem entender a proposta e a necessidade dessa

ação dentro do cotidiano do trabalho. No que se refere à discrepância das respostas sobre a clínica ampliada, podemos pensar que a ESF pode não entender a definição de clínica ampliada e ou não haver disponibilidade para reflexão da ordem da EP e ampliação da clínica. Como consequência pode ocorrer a perpetuação do modelo de ações individualizadas, que pode ter pouca potência do ponto de vista da resolutividade.

Para Cunha (2010, p.22), “a clínica ampliada é a transformação da atenção individual e coletiva, que possibilita que outros aspectos do sujeito, além do biológico, possam ser compreendidos e trabalhados pelos profissionais de saúde”. Nesse sentido podemos dizer que ela é a ampliação do olhar a partir da troca de saberes entre profissionais.

A partir dos dados podemos dizer que os dois grupos tem realizado pouca clínica ampliada: a ESF aponta 43,5% para ações clínicas individualizadas, 95% de trabalho multidisciplinar para a ESF e 88,2% para o NASF, 51,2% de ações especializadas para ESF. E quando se trata de aprender uns com os outros, 46,5% da ESF e 20,6% do NASF dizem que aprendem com *frequência* o colega, 23,3% da ESF e 47,1% do NASF dizem que *sempre* aprendem com o colega, mas quando é para pedir ajuda temos 27,9% da ESF dizendo que *raramente* o faz, assim como 17,6% do NASF.

Nesse sentido o apoio matricial para as equipes poderia ser uma maneira de produzir clínica ampliada e gerir o trabalho em saúde com o intuito de ampliar as possibilidades de realizar cuidado e integração dialógica entre profissionais. O inverso disso poderá resultar em pouca aprendizagem para a clínica. Podemos refletir sobre a clínica ampliada como viabilizadora da reflexão, da quebra de paradigmas, como o do lugar que os saberes dos especialistas ocupam como possibilidade de cuidados em saúde, ou seja, a possibilidade de reconhecer os limites de todos os saberes e desenvolver uma capacidade crítica em relação às do cuidado em saúde. Talvez a dificuldade para o exercício dessa clínica seja reconhecer que existem limites aos saberes e que esse é um valioso recurso para intervenção de qualidade e ética, sem risco de contaminação por supostos saberes, julgamento moral, ausência de alteridade, e com menores possibilidades de alienação.

Certamente o que percebemos por meio deste estudo é que quando a ESF não coloca a clínica ampliada como prioridade no encontro entre as duas equipes ESF e NASF podem ser inviabilizadas as possibilidades da clínica resultantes do processo matricial, empobrecendo o cuidado, perpetuando o modelo de práticas centrado em ações individualizadas e fragmentadas.

Este estudo também investigou outras ferramentas, como o projeto terapêutico singular, que pode ser visto como a possibilidade de construção coletiva de estudo de caso e exercício de clínica ampliada, vista de forma que, para cada caso discutido, possa haver um projeto terapêutico singular, construído com propostas e intervenções, ações, decisões, plano estratégico, com profissional referência, prazos para avaliação e reavaliação dos resultados aos cuidados ofertados.

Vimos que as respostas dos sujeitos sobre a necessidade do Projeto Terapêutico Singular como ferramenta essencial matriciamento totalizam 76% para a ESF e 100% para o NASF. Isso mostra que o matriciamento está sendo facilitador para discussão de caso, esclarecimento diagnóstico e estruturação de um projeto terapêutico e abordagem da família. Assim, observa-se que no cotidiano do trabalho o PTS está sendo usado como ferramenta de suporte para realizar integração do nível especializado ou, ainda, entre equipe de referência e equipe de apoio.

Ressaltamos que com o uso dessa ferramenta no cotidiano das ações entre equipes pode aumentar a possibilidade de eficácia da identificação das necessidades dos pacientes, da discussão do diagnóstico e a definição do cuidado. Para Oliveira (2010, p.54), “o PTS demanda da equipe uma operação com menor possibilidade de certezas e maior abertura para a negociação, algumas vezes também, de seus próprios modos de ver o mundo e os processos de adoecimento e de produção de saúde”.

O mesmo autor (*ibidem*, p.274) destaca ainda que

quando uma equipe ou profissional de apoio matricial se encontra com uma equipe de referência, o que se pretende é que o apoio matricial auxilie a equipe de referência na formulação/reformulação e execução de um projeto terapêutico singular para um sujeito, individual ou coletivo, que necessita uma intervenção em saúde, à qual a equipe de referência, também a princípio, teve dificuldades.

Em relação às tecnologias matriciais: a ESF não concorda com o NASF sobre a importância do ecomapa e do genograma para a qualificação do cuidado. A ESF atribuiu ao ecomapa e 44,2% ao genograma como tecnologias que devem fazer parte do matriciamento, ao passo que o NASF atribuiu 61,8% ao ecomapa e 82,4% ao genograma. O estudo sugere que essas ferramentas são pouco utilizadas no cotidiano do trabalho, provavelmente por desconhecimento da sua eficácia ou do que significam. O estudo apresenta-nos a possibilidade de a ESF não estar olhando para as necessidades do território quando descarta a utilização do ecomapa. No que se

refere ao percentual em relação à utilização do genograma, os dados mostram que há baixa utilização dessa ferramenta, o que nos leva à reflexão de que a ESF está olhando somente para o biológico de seus usuários e famílias e não para as necessidades do território e, conseqüentemente, há uma discrepância na qualidade do PTS e do PST sem a utilização dessas ferramentas.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a, p.30),

o Projeto de Saúde no Território (PST) foi pensado para ser uma estratégia conjunta das equipes de SF e do NASF, para desenvolver ações efetivas na produção da saúde em um território que tenham foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais, de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades.

Nesse sentido, além das ferramentas matriciais o PTS e PST deveriam ser encarados como dispositivo de articulação e efetivação de políticas públicas com a participação de todos os equipamentos da comunidade e dos usuários. Todavia, observa-se na prática que o matriciamento nesse território não tem acontecido dessa forma, pois não há participação popular.

O matriciamento deve ser um espaço de reflexões sobre a organização do processo de trabalho e a fomentação dessas tecnologias como ferramenta relevante para pactuação do cuidado e construção de protocolos de intervenção. Será preciso sensibilizar os profissionais da ESF (médicos e enfermeiros) em relação ao fato de que as condições sociais influenciam o fenômeno saúde/doença e não devem ser tratadas superficialmente, e sim com estratégias que procurem intervir sobre os estilos de vida, tais como eles existem na realidade. É preciso que se leve em consideração o ambiente em que o sujeito está inserido, sua história, sua cultura e a cultura local. O matriciamento e a construção de PTS/PST devem inserir o ecomapa e genograma como tecnologias para viabilizar o diagnóstico situacional. Na prática os espaços de reunião de equipe já existentes deveriam ser utilizados para realizar o genograma de todas as famílias que necessitam de PTS e o ecomapa do território em que cada equipe é referência do cuidado, com a participação de todos os sujeitos que compõe as equipes de ESF e NASF. Os espaços para reuniões de equipe da ESF e do matriciamento com o NASF deveriam ser priorizados e poderiam resultar em força potente para a reflexão do cuidado em saúde, evitando assim a burocratização das singularidades, no entanto o estudo aponta para uma baixa disponibilidade para a participação de reuniões de equipe e apoio matricial nos dois grupos.

No que se refere à intersectorialidade, 76,5% do NASF e apenas 32,6% da ESF dizem que ela faz parte do matriciamento: talvez a ESF não perceba a função da intersectorialidade e como ela pode ser articulada dentro de suas ações de atenção à saúde, ressaltando que a intersectorialidade diz respeito aos atores que compõem um território, incluindo setores sociais, educacionais, culturais e religiosos igualmente importantes junto às equipes de ESF e NASF no ato de cuidar dentro do território adscrito. Ela deve ser usualmente acionada para que o cuidado não seja focado apenas no setor da saúde e sim em qualquer rede que se disponha a garantir o cuidado integral e a qualidade de vida do coletivo humano que compuser esse território.

Para Junqueira (1997, p.37),

a intersectorialidade transcende o setor saúde que, em alguma medida acolheu e aprofundou as discussões iniciais e apontou para determinações dos problemas que chegam ao setor, que não podem ser tratados somente por ele, assumindo uma dimensão mais ampla, intersectorial. [...] a lógica intersectorial de atuação deve referir-se basicamente à população e ao espaço onde se situam. Assim, a base populacional e geográfica permite que se identifiquem os problemas e as possibilidades de sua solução para atingir uma vida com qualidade.

Nesse sentido o estudo aponta para uma configuração de cuidados em saúde que pode ser um tanto frágil, pautada por um modelo de atenção à saúde em que a prática da intersectorialidade é falha, sugerindo que os profissionais tendem a olhar apenas para as ações específicas como atividades em grupo, atendimento clínico e reuniões de equipe, confirmando que a intersectorialidade é pouco usada no cotidiano desses sujeitos.

A constituição de uma rede de cuidados é uma das estratégias essenciais dentro da lógica de trabalho de um NASF. Para tanto, sua equipe e as equipes de ESF deverão criar espaços de discussão internos e externos em parceria com setores como as escolas, as organizações não governamentais, as associações de amigos de bairro, os conselhos tutelares, centros de convivência, centros da criança e do adolescente e creches, entre outros, visando o aprendizado coletivo, a articulação de rede de cuidados, o empoderamento do coletivo e PST eficaz. Nessa perspectiva, a ESF e o NASF devem buscar superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsabilizada entre si (BRASIL, 2010a).

Cabe aqui a reflexão de que o apoio matricial seria útil para realizar a ponte e o diálogo entre os setores. Todavia o profissional de saúde não deve ser o único responsável pela articulação dessa ação, que seria centralizada em um setor apenas, e sim ela deveria ser

responsabilidade de todos os setores. A oferta de cuidados médico-centrada, sem ações articuladas para a garantia da intersetorialidade e integralidade, ocorre porque é o modelo socialmente construído, partido do pressuposto de que o paciente precisa apenas de um médico para a cura de seu sofrimento. O papel dos gestores dos serviços com responsabilidade de efetivação de políticas públicas é de extrema importância para atividades extramuros na construção de diálogos que fomentem essa lógica de fazer juntos, fazer mais e com qualidade.

Será preciso fomentar espaços para vislumbrar a possibilidade de um Projeto de Saúde no Território que funcione como potencializador de ações com foco na melhoria da qualidade de vida e redução das vulnerabilidades, com ações centradas no trabalho vivo em ato com a contribuição de setores como educação, assistência, esporte e lazer e participação de todos que compõem o território.

Mehry & Onocko (1997, p.25) afirmam que

Portanto, atuar nestes processos “trabalho vivo dependentes”, permite-nos ir em busca da construção de distintas linhas de fuga, como por exemplo em relação à lógica que preside o processo de trabalho como produção e satisfação de necessidades; ao modo de como se sabe trabalhar, isto é, à sua configuração tecnológica; à maneira como o espaço institucional, da gestão deste processo, está ordenado. Repensarmos a potência e a importância como uma característica situacional que pode ser atravessada por distintos processos instituintes – e mesmo agenciada – torna-se, assim, uma das ousadias.

Certamente este estudo aponta para a importância das equipes criarem espaços dentro do cotidiano para que a construção de rede aconteça, uma rede viva, com troca de experiências, articulação de cuidado e apropriação do território e ainda com ação intersetorial que produza o cuidar, com o matriciamento que pode ser entendido como dispositivo que vem para qualificar o manejo com a rede como ato político e de produção de vida na comunidade e dos trabalhadores.

O trabalho multidisciplinar é visto como ação matricial por 95,3% da ESF e 88,2% do NASF. O que se destacou nas respostas de ambos os grupos foi o alto percentual em trabalho multidisciplinar, confirmando que o modelo em que essas equipes operam é voltado para ações individualizadas e solitárias, porque multidisciplinaridade nesse sentido aparece como ação de diversos profissionais cuidando de um paciente em diversos momentos e não em momentos compartilhados.

Pires (1998, p.176) diz:

A multidisciplinaridade parece esgotar-se nas tentativas de trabalho conjunto, pelos professores, entre disciplinas em que cada uma trata de temas comuns sob sua própria ótica, articulando, algumas vezes bibliografia, técnicas de ensino e procedimentos de avaliação.

Observa-se que o paciente dentro deste contexto é atendido por diversos profissionais, para provavelmente avaliarem a mesma queixa, levando o paciente a produzir queixas diferentes para cada profissional ou fazendo que cada profissional dê uma condução ao caso. Entretanto, se houver a possibilidade de olharmos para essa ação em sua potência, poderíamos talvez qualificar o cuidado em que uma ação individualizada tivesse como objetivo a busca por ação compartilhada a pedido do próprio profissional a outro do paciente que por vezes pode estar inseguro e com dúvida e que poderia então ser beneficiado com o ato de compartilhamento da ação entre dois ou mais profissionais. Essa ação teria como consequência a troca de conhecimentos teóricos e práticos entre profissionais, possibilitando que o matriciamento acontecesse *in loco* e em tempo real, por movimento vivo e sinérgico entre profissionais e sujeito que estaria assim participando autonomamente do processo de cuidado. Nesse contexto, o encontro entre profissionais deve ter como objetivo o acontecimento do apoio matricial e que ele possa auxiliar na construção de um projeto terapêutico singular para o sujeito e coletivos humanos. Contudo, estaríamos minimizando as possíveis dificuldades que a equipe ou profissional de referência, no caso os de ESF e NASF, possam ter durante o cotidiano das ações, minimizando erros, falhas e fracassos na atenção ao modelo que deve buscar a integralidade das ações e do cuidado em saúde.

Nesse caso, a multidisciplinaridade seria transformada em interdisciplinaridade e poderia ser tomada como uma possibilidade de quebra da rigidez dos comportamentos que consequentemente isola as ações de cuidados em saúde. Estaríamos, assim, favorecendo o cuidado compartilhado, realizados por meio de trocas, experiências e teorias. Todavia, a partir dos dados desse estudo podemos pensar que a ESF e o NASF não estão preparados para realizar ações compartilhadas e de interdisciplinaridade e deve haver um descompasso no desejo e na ação de criar possibilidades e protocolos de saúde em conjunto entre esses dois grupos.

Diante do exposto, devemos atentar ao que o cotidiano do trabalho nos aponta como real: os profissionais das diferentes áreas tendem a hierarquizar as ações, mesmo apresentando discurso crítico acerca da divisão do trabalho, e com isso deixam para segundo plano os saberes e as ações de outros âmbitos da produção do cuidado, como o educativo, o preventivo ou o

psicossocial, que aparecem como periféricos ao trabalho, quando o foco nesse contexto é o cuidado especializado. Para Peduzzi (1998, p.2), “a equipe de saúde, portanto, vem se diversificando e tornando mais complexa sua composição, apresentando uma peculiar divisão do trabalho”.

O estudo permite cruzar as respostas dos mesmos sujeitos em relação ao matriciamento como assistência especializada com 51,2% das respostas da ESF e 26,5% para o NASF, e em relação ao atendimento individual com 48,8% para a ESF e 29,4% para o NASF. O que percebemos é que a ESF está em descompasso com o NASF no entendimento das possibilidades do matriciamento, confirmando a crença em que, para esses profissionais, o matriciamento é ação individualizada. Nesse sentido, delinear o pensamento das duas equipes em relação às ferramentas matriciais foi uma tentativa de avaliar os saberes específicos de cada profissional envolvido no processo matricial e de gestão de cuidados.

Para Oliveira (2010, p.274),

os saberes e a prática em comum, articulados em torno de um mesmo objeto de trabalho, constituem um campo (da saúde, das práticas de saúde, do cuidado, da vida em comum). Nessa desejável troca de saberes e práticas, os núcleos devem atuar sinergeticamente articulados pelo campo, pelo interesse comum na melhora das condições do sujeito em questão e, ao mesmo tempo, na avaliação e na construção de novos saberes e práticas em saúde.

A rigor, o matriciamento deveria ser voltado ao mesmo objeto por diferentes profissionais. Todavia, nesse território ele é voltado para ações individualizadas e remete-nos à lógica do encaminhamento, simplesmente acontecendo para “passar a bola”, quase como se fosse necessário lidar apenas com a simplicidade das questões em saúde, e essa complexidade fosse passada para outro profissional, no caso, o NASF. O estudo também aponta para uma discrepância de ponto de vista de ação em saúde coletiva: os mesmos profissionais apontam a referência e contrarreferência como dispositivo de matriciamento com 55,8% para a ESF e 41,2% nas respostas do NASF.

A reflexão que se faz é que temos na ação matricial um agendamento de consultas entre profissionais e um enfraquecimento da tecnologia, indicando um modo de produzir saúde que coloca a ESF e o NASF organizando-se de forma vertical (hierárquica), com uma diferença de autoridade entre quem encaminha um caso e quem o recebe, havendo uma transferência de responsabilidade no encaminhamento. Nesse contexto, observa-se que há relação de autoridade

imposta na ação de quem “encaminha” e quem “recebe” e somente assim o NASF é autorizado a trabalhar de acordo com as diretrizes das equipes de ESF. Esse ato nada mais é que demonstração de centralização de tarefas, de vínculos com o paciente e com o território.

De acordo com o MS, no que diz respeito à assistência em saúde, as intervenções diretas do NASF frente a usuários e famílias podem ser realizadas, mas sempre sob encaminhamento das equipes de ESF, com discussões e negociações *a priori* entre os profissionais responsáveis pelo caso. Tal atendimento direto e individualizado pelo NASF ocorrerá apenas em situações extremamente necessárias e pactuadas junto às equipes, gestores e com foco em ações coletivas como apoio a grupos, trabalhos educativos e de inclusão social, enfrentamento de situações de violência e ruptura social, ações junto aos equipamentos públicos (BRASIL, 2014).

Todavia, devemos atentar ao fato de que a intervenção do NASF não deveria ser apenas pontual: como equipe de apoio à ESF ele deveria ter como prática cotidiana a pactuação do cuidado em que todos serão gestores da atenção a saúde, uma vez que estão ligados ao mesmo território adscrito sob a ótica do cuidado longitudinal, e como práxis os atendimentos devem a rigor dar-se por ações compartilhadas entre profissionais. O fato de realizar encaminhamentos sob concessão pode trazer um sentimento de impotência aos profissionais da ESF e resultar em um movimento coletivo de resistência ao apoio matricial com um peso negativo, o que gera a possibilidade de encaminhamentos fragilizados com o imperativo de encaminhar só os casos que sempre podem ser resolutivos e não aqueles que de fato precisam de um maior empenho de contribuição de todos os envolvidos.

Todavia, o que percebemos são ações isoladas, sem compartilhamento e sob o ponto de vista de que a complexidade do cuidado fica dividida entre quem faz o “básico da Atenção básica” e quem faz o “antiprotocolo”. Esse modo de operar pode ser remanescente da história em que o PSF foi constituído: básico para quem não tem o básico, a complexidade para o especialista, bem como divisão de trabalho na ótica do biológico e com perpetuação de equívocos da ordem do cuidar no contexto real do trabalho. Existe nesse processo um modelo de atenção à saúde agindo conforme a biopolítica, atuando e perpetuando um modelo de atenção com ações individualizadas, com pouca eficácia e poucas perspectivas.

Entretanto, fazendo a crítica a esse modo de operar a saúde no território da Capela do Socorro e no Brasil, como preconiza o Ministério da Saúde, as ações de saúde vêm em tom menor com um enxugamento de recursos. A ESF continua atuando sob a ótica de dois

profissionais: o enfermeiro como gestor dos ACS e o médico como facilitador de ações de cura e prevenção, mas nesse caso com a ajuda e intervenção de equipes multidisciplinares que são itinerantes, porque estão vinculadas ao número de equipes de ESF nos territórios, que muitas vezes é a somatória de duas ou mais unidades básicas de saúde com ESF, como preconiza a portaria n.154/2008. Portanto, dentro dessa lógica, para a ESF fica a função de filtrar a quais casos o NASF oferecerá assistência. Como consequência disso, esses profissionais não podem ter agenda fixa, resultando isso numa dificuldade de criar vínculo com o território e usuários, ficando os profissionais destituídos de autonomia e amputados de certa concretude do trabalho em saúde. Dentro desse contexto, as tensões entre ESF e NASF acumulam-se, e como resultado há práticas desqualificadas, que não garantem a integralidade das ações.

O cuidado deveria e poderia ser uma ação integral com significados e sentidos voltados para a construção da saúde como direito do cidadão. O cuidar, no sentido mais amplo da palavra, é o resgatar, tratar, respeitar, acolher, atender. São adjetivos que se colocados em prática gerarão como resultados pessoas que cuidam de pessoas – talvez seja esta a rota de fuga para a construção de um modelo que possa fazer a ruptura do modelo político pactuado inicialmente com o Banco Mundial.

Todavia, o que se observa é pouca oferta de serviços em relação à assistência à saúde, com defasagem de trabalhadores do SUS dentro de territórios vastos com demandas que muitas vezes são de outra ordem, não somente da atenção à saúde, mas de outros setores. O desafio talvez seja a articulação e a fomentação de rede em que seja possível reivindicar políticas públicas de qualidade com participação social e superação dos problemas que surgem no cotidiano. No entanto devemos deixar claro que nesse caso não será somente a participação social a responsável pelas melhoras da qualidade de vida da população adscrita, e sim também a responsabilidade do poder público em garantir a ampliação de serviços para suprir a demanda do território, e assim haver uma transformação de fato do modelo em que se operam as ações para possivelmente realizar trabalho vivo em ato.

O trabalho criativo, que possibilita a fabricação de um novo produto nesse caso do trabalhador no processo produtivo, pode utilizar com certa autonomia os elementos que já estão dados. Esse autogoverno está marcado pela ação do seu trabalho vivo desse trabalhador em ato sobre o que lhe é ofertado como trabalho morto. As finalidades perseguidas com a ideia de tecnologia envolvem não só os equipamentos, ferramentas ou instrumentos envolvidos na

produção, mas também certo saber tecnológico e um *modus operandi*, que inclusive dão sentido ao que será ou não realizado na atenção à saúde (MERHY & FRANCO, 2008).

O estudo propõe-se também a analisar a agenda dos profissionais da ESF, que apresenta como prioridade a consulta individualizada, que de acordo com a política vigente se enquadra em tempo específico para atendimento e metas a serem cumpridas ao final de cada mês. De acordo com os sujeitos da ESF, em média 43,4% da sua carga horária referente a um mês de trabalho é destinada a atendimento clínico, 6,39% para receber apoio matricial do NASF, 3,82% para EP, 9,2% para reunião de equipe da ESF, 12,64% para visitas domiciliares, 7,52% para grupos terapêuticos, 5,77% para tarefas administrativas e 4,11 para outras atividades. Observa-se que a ESF apresenta uma agenda com 71,4 % de horários. Já a equipe NASF tem maior flexibilidade na organização do processo de trabalho, pois 0,0% referem que os compromissos são fixos. A agenda de trabalho da equipe NASF é construída a partir da necessidade do trabalho, ou seja, no que se refere à organização do trabalho os profissionais da equipe NASF estão submetidos a uma grande variação das ações e a flexibilidade é mais aparente do que real, porque a equipe NASF fica a maior parte do tempo disponível para a demanda da ESF.

A partir das respostas dos sujeitos, nota-se que o matriciamento está burocratizado, as equipes dispõem de horários específicos em suas agendas para o encontro entre ESF e NASF. No que se refere à dinâmica de trabalho dos dois grupos, do ponto de vista da saúde do trabalhador existe um “nó” na autonomia entre esses grupos: parece que a ESF tem mais controle sobre o próprio tempo, já que ele não varia: ele é organizado para as demandas preexistentes, as ações são realizadas de acordo com o esperado pela sua agenda, ao passo que o NASF pode ter um maior desgaste mental, ficando à mercê das decisões na lógica do modelo operante.

A partir dessa situação fazemos notar que existem várias formas de organizar uma agenda de trabalho de uma equipe de saúde que possam atender as necessidades do território em que estão inseridos. Os serviços de saúde são procurados pelos mais diversos motivos, desde a busca de tratamento de doenças crônicas até atendimento de queixas agudas, solicitação de intervenção em relação a situações de violência e vulnerabilidade, orientação sexual, teste rápido de DSTs e AIDS, além de outros problemas caracterizados como sociais, levando o usuário até o serviço de saúde em virtude do vínculo estabelecido com o serviço.

No que se refere à hierarquização das demandas, parece não haver uma qualificação do tempo para a equidade: o tempo é mal administrado, como se não houvesse no cotidiano das

práticas uma necessidade para acolhimento imediato de necessidade do território em que estão inseridos como profissionais. Por exemplo: um paciente num surto psicótico ou outras demandas do território que irá diretamente à procura da ESF por ser seu serviço de referência. Na lógica da organização do trabalho espera-se que a Atenção Básica não lide com situações emergenciais e urgentes de saúde que possam levar a situações iminentes de morte. Nesse caso, essa demanda é para o Pronto Socorro ou a Ama. Todavia, o que poderíamos pensar como demanda emergencial para a ESF e NASF seria a violência doméstica, o luto, o desemprego, a necessidade de um laudo para o INSS, medicalização para casos crônicos que dependem de intervenção farmacológica, a somatização de situações do cotidiano de uma família que resultou em uma gastrite para alguém que dela faz parte, a tentativa de suicídio, dificuldades de relacionamento e conflitos familiares, além de outras situações de ordem da saúde mental, que muitas vezes necessitam de um acolhimento e uma intervenção imediata.

Para Pinto & Coelho (2010, p.232),

a organização do trabalho da equipe deve levar em conta os aspectos locais, os problemas de saúde específicos de cada lugar, os costumes locais, os interesses e desejos dos usuários, mas também as características da própria equipe e de seus modos preferenciais de trabalhar. Assim, uma boa agenda de trabalho é a que permite enfrentar os problemas de saúde da população, que satisfaça os usuários, mas que também faça com que a equipe se sinta confortável e se reconheça no seu trabalho. Afinal, se o trabalho das equipes tem a finalidade de produzir mais saúde para a população, necessitando por esse motivo ter eficácia e efetividade, tem, também, a finalidade de proporcionar condição de trabalho adequada aos trabalhadores.

Talvez a desinformação e a falta de espaço para escuta entre paciente e profissional contribuam para que se perpetue o entendimento equivocado de cuidados em saúde. Observa-se que a ESF desconhece o trabalho do NASF e pouco valoriza a prática matricial, priorizando a busca pelo atendimento individualizado e especializado. No que se refere ao trabalho entre a ESF e NASF, seus profissionais tem dificuldades na reorganização do seu processo de trabalho, não conhecendo os espaços de exercício de reflexão e mudanças possíveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se que a ESF desconhece o trabalho do NASF e pouco valoriza a prática matricial, priorizando a busca pelo atendimento individualizado e especializado. No que se refere à dinâmica entre a ESF e NASF, ambos têm dificuldades na reorganização do seu processo de trabalho, não conhecendo os espaços de exercício de reflexão e mudanças possíveis. Dentro desse contexto, as tensões entre ESF e NASF acumulam-se e, como resultado, tem-se práticas desqualificadas e que não garantem a integralidade do cuidado. Importante ressaltar que este estudo foi feito com uma população específica da região da Capela do Socorro, zona sul do município de São Paulo, com quarenta equipes de ESF e cinco de NASF pesquisadas, portanto não se pretende fazer generalizações, mas foi possível constatar que a ESF é um modelo de atenção à saúde que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos quanto especializados.

O estudo aponta para a ESF como um tipo de atenção à saúde que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos quanto especializados, direcionados para a promoção. Em resumo, a ESF deve ser compreendida como uma tendência, relativamente recente, de inverter a priorização das ações em saúde, de uma abordagem curativa, desintegrada e centrada no papel hegemônico do médico para uma abordagem preventiva e promocional, com clínica ampliada, intersetorialidade e construção de PTS eficazes, integrada em outros níveis de atenção e construída de forma coletiva com outros profissionais de saúde.

Ressaltamos que esse modelo pode ser resolutivo para o Ministério da Saúde, que coloca vários profissionais para assistir o médico e o enfermeiro com seu saber reduzido à formação, sem a possibilidade de vislumbramos equipes de saúde multidisciplinares atuando na lógica da interdisciplinaridade, com PST de acordo com os dados epidemiológicos e a realidade de cada território ao qual está adscrito de maneira longitudinal e com garantia da integralidade do cuidado.

Dentro desse raciocínio, a constituição do NASF a partir do número de equipes de família inviabiliza a construção de uma equipe multidisciplinar de acordo com a necessidade real do território, uma vez que não se tem levado em consideração as características demográficas e socioeconômicas do território e sim o número de equipes de Saúde da Família a que esse coletivo

é vinculado. Isso nos faz lembrar que o NASF é uma opção econômica, muitas vezes validada pela transferência de recursos da união para o município, como autoriza a lei de responsabilidade fiscal. As implicações dessa lógica na prática – em que há variação da distribuição de recursos humanos e um gestor pode calcular o número de trabalhadores do SUS de acordo com necessidades imediatas – não está ligada à distribuição de recursos financeiros nem às necessidades do território, mas sim à lógica de gestão de cada território adscrito e de cada administração pública.

Nesse sentido é importante a reflexão de que não há trabalhador de saúde que sozinho dê conta das necessidades do mundo. Os trabalhadores universitários, técnicos e auxiliares são fundamentais para que o trabalho de um dê sentido ao trabalho do outro, na direção da verdadeira finalidade – do objeto real – do “trabalho em saúde”: cuidar do usuário, o portador efetivo das necessidades de saúde (MERHY&FRANCO, 2008).

O estudo mostra que somente o NASF está propenso a esse modelo de atenção e a ESF ainda não absorve esse discurso, em parte porque o sistema solicita metas e protocolos e em parte porque ainda opera na lógica da política segundo a qual a equipe mínima tem que ser resolutive. O NASF, dentro desse contexto, deve aparecer em tom menor. Todavia, o processo de trabalho pode estar organizado de modo a limitar ao máximo a autonomia e a efetivação da oferta em saúde, por um lado, por haver planejamento prévio feito por diversos níveis de hierarquia guiados pela lógica do sistema e, por outro, porque o profissional pode estar desmotivado. Nessas situações, o trabalho morto captura o trabalho vivo e dá a tônica do processo de trabalho (*ibidem*).

Segundo Peter Pál Pelbart (2008, p.1), o poder penetrou todas as esferas da existência e as mobilizou inteiramente, pondo-as para trabalhar. Desde os genes, o corpo, a afetividade, o psiquismo até a inteligência, a imaginação, a criatividade – tudo isso foi violado, invadido, colonizado, quando não diretamente expropriado pelos poderes, quer se evoquem as ciências, o capital, o Estado ou a mídia.

Devemos repensar as relações estabelecidas entre os sujeitos e seus saberes e as tecnologias que utilizam para a realização do trabalho no seu cotidiano. Cabe citar que essas relações têm dimensão técnica, ética, política e cultural. A perspectiva de inclusão dessas novas dimensões aponta diretamente para o fato de que a eficácia do modelo, tal como ele foi previsto, está diretamente relacionada ao modo como os profissionais se relacionam uns com os outros e,

sobretudo, às motivações e às articulações que se fazem possíveis entre eles (no sentido de aumentar a potência do trabalho na produção de cuidado) e que possam levar às atitudes e ações singulares dentro do contexto cultural de um território, o modo de pensar, as subjetividades e a vida que por ela mesma pulsa.

De acordo com Pelbart (*ibidem*, p.20),

tudo racha e estala como no equipamento de um veleiro destroçado. Talvez o desafio atual seja intensificar esses estalos e rachaduras a partir daquilo que pipoca por toda parte, essa vida não orgânica, os modos de cooperação que surgem aqui e ali, a inteligência coletiva que ferve, as contra-subjetivações que pedem passagem e redesenham nossa paisagem coletiva. Afinal o poder, [...]é superstição, organização do medo: ao lado do poder, há sempre a potência. Ao lado da dominação, há sempre a insubordinação. E trata-se de cavar, de continuar a cavar, a partir do ponto mais baixo: este ponto... é simplesmente lá onde as pessoas sofrem, ali onde elas são as mais pobres e as mais exploradas; ali onde as linguagens e os sentidos estão mais separados de qualquer poder de ação e onde, no entanto, ele existe; pois tudo isso é a vida e não a morte.

Nesse sentido devemos atentar para a necessidade de reflexão sobre o modelo de atenção em que operamos. A tônica aqui não é destruir a política de saúde, o PSF propriamente dito, mas sim, sobretudo, fazer valer cada ideia na sua essência para que ela seja potência de vida e não de morte, pois há mecanismos diversos pelos quais os poderes exercem articulação sobre políticas públicas sem que os executantes em ato percebam o resultado delas. Para Pelbar (*ibidem*, p.2), os mecanismos diversos pelos quais tais poderes se exercem são anônimos, esparramados, flexíveis, rizomáticos. O próprio poder se tornou “pós-moderno”, ondulante, acentrado, reticular, molecular. Com isso, ele incide mais diretamente sobre nossas maneiras de perceber, de sentir, de amar, de pensar, até mesmo de criar.

Nesse sentido é importante percebermos que ainda há nessas equipes de ESF e NASF subjetividades preservadas que não foram capturadas pela subjetivação pós-moderna, e ainda se preserva algo de autonomia e criatividade – porque também há poder imanente e produtivo que pode transformar toda a realidade do serviço e da articulação entre os próprios, para que ações de saúde tenham de fato qualidade e efetividade. Há nas brechas da política “um biopoder que não visa barrar a vida, mas se encarrega dela, intensifica-a, otimiza-a” (*ibidem*, p.1), e que se vai constatando aqui e ali: a verdadeira fonte de riqueza hoje é a inteligência das pessoas, sua criatividade, sua afetividade, e tudo isso pertence, como é óbvio, a todos e a cada um de nós.

Nesse sentido, na urgência de ressignificar a vida e o mundo do trabalho, não podemos deixar de lado que ainda existe a necessidade de olharmos para esses profissionais dentro do território em que estão mais do que nunca vulneráveis. Ressaltamos que o mundo do trabalho, com todas as vertentes aqui citadas, tem sido disparador de doenças laborais, e não podemos negar que atualmente existem muitos profissionais precisando de cuidados em saúde – de fato isso não está recebendo a devida importância. Este estudo não tem a pretensão de enveredar por essa ótica, porém faz a menção a isso por entender que existe a necessidade de estudos nessa área.

Esta pesquisa aponta para um reflexo de produção em saúde balizada por metas e burocratizada e pela ausência de reflexão sobre a prática de “o que se faz e como se faz”, além de ter um excesso de produção voltada ao coletivo com o objetivo de minimizar filas, sem planejamento estratégico e qualificação das ações. O estudo também captou, por meio do método de pesquisa, que as ações são pouco compartilhadas e que o profissional não está olhando para o território em que está inserido. Diante do exposto, a ESF tem muitos desafios desde sua consolidação até os dias atuais, especialmente dentro do território em questão, a Capela do Socorro.

No que se refere aos desafios temos o desconforto dos profissionais por não se permitirem aprender com os colegas: a EP deve ser uma via de mão dupla – além de ensinar se deve também aprender. Todavia, o sistema está organizado de maneira a não facilitar ações compartilhadas e espaços para troca, com rigidez de agendas e tarefas burocratizadas.

A saída para tudo isso seria colocar a criatividade para trabalhar e resgatar a vida e a essência que dela pulsa para continuar produzindo no mundo do trabalho em saúde. Livrarmo-nos desse modo de subjetivação requer disponibilidade profissional à alteridade e, sobretudo, o exercício de atividade que permita a construção de regras de trabalho e de conduta a partir dos princípios e valores dos profissionais envolvidos.

A rota de fuga seria constituída pela possibilidade da escuta do outro, da capacidade de resolver problemas de saúde com sentido ampliado, de profissionais capazes de realizar ações em equipes interdisciplinares, de articulação entre profissionais, de troca de conhecimentos teóricos e práticos, ações compartilhadas com fluidez de experiências e ampliação de ações voltadas ao mesmo objetivo: o bem-estar coletivo de um território que está sob a responsabilidade desses profissionais.

Como modelo potente devemos olhar para a atenção à saúde como produção de vida: entender que a má distribuição de renda, o desenvolvimento social, a definição de saúde/doença têm efeitos e produzem fenômenos na vida dos sujeitos e coletivos, e a partir disso conquistar um modelo de saúde que seja voltado não só ao patológico, à doença do corpo propriamente dita, mas que também olhe para as singularidades de cada sujeito e dos indicadores sociais que influenciam na produção de vida e de saúde. Dessa forma, é imprescindível que em nosso país haja a consolidação de práticas sanitárias que procurem concretizar a saúde como um direito e privilegiar a capacidade dos sujeitos de viver com autonomia. Por meio de práticas de atenção básica em saúde, talvez seja possível influenciar movimentos comunitários em busca de ações cooperativas que tenham por objetivo a superação das desigualdades de “poder” que predominam nas relações entre profissionais e usuários.

Desse modo, este estudo aponta para a necessidade de busca da ampliação do cuidado em saúde que depende do exercício cotidiano de ações clínicas singulares em cada contexto e realidade, considerando as práticas sociais responsáveis pelo sofrimento e a produção de doenças e os modos de subjetivação que produzem sofrimentos em sujeitos e coletivos. Torna-se necessário desconsiderar estratégias de gestão que servem à lógica capitalista que tem oprimido os modos de vida alternativos, prescrito a medicalização de problemas sociais e oferecido curas instantâneas com base medicamentosa, que criam dependência e não modificam a qualidade de vida e nem conduzem à autonomia dos sujeitos.

Diante do exposto, podemos supor que o modelo de saúde que se espera atualmente, após luta coletiva de movimentos e militâncias, é aquele que busca maior articulação de rede de serviços e intersetorialidade, minimizando gastos e aumentando a resolutividade. O objetivo é garantir acesso a todos os cidadãos, com oferta de serviços de qualidade, com eficácia e equidade, além de que haja investimento no número e na melhor capacitação profissional dos trabalhadores do SUS, recursos físicos e insumos, com tecnologias que permitam análises epidemiológicas e vigilância em saúde, para que seja possível organizar as ações e ter como resultado a identificação e resolução de problemas possíveis que possam existir dentro de cada território adscrito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. de H.; BEZERRA, R. C. R. Atenção básica à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. *et al. Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p.783-830.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. de H.; BEZERRA, R. C. R. O programa de Saúde da Família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v.39, n.2, p.327-49. mar.-abr. 2005.

ASSOCIAÇÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA (ASF). 2005. Disponível em: <<http://www.saudedafamilia.org/>>. Acesso em: 7 ago. 2015.

AYRES, J. R. C. M. Ricardo Bruno: história, processos sociais e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v.20, n.3, p.905-912, 2015.

BRASIL. *Relatório final da 8ª. Conferencia Nacional de Saúde*. 8ª Conferência nacional de saúde. Brasília, 1986.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Presidência da República. Casa Civil. Brasília, 5 de out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 7 ago. 2015.

_____. Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Presidência da República. 1990. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/leis/8080.pdf>> e <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 7 ago. 2015.

_____. Departamento de Atenção Básica – Secretaria de Políticas de Saúde/ Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública. Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, v.34, n.3, p.316-9, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n3/2237.pdf>>. Acesso em: 7 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. *Informe da atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de atenção básica*. Série A. Brasília-DF, n.27, 2010a.

_____. Oficina de qualificação do NASF. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2010b.

_____. Portaria número 548. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção saúde. Coordenação Geral de Atenção Básica. 2012.

_____. Núcleo de Apoio à Saúde da Família, v.1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Ministério da Saúde. *Cadernos de atenção básica*. Brasília-DF, n.39, 2014.

CAMPOS, G.W.S. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, v.23, n.2, p.399-407. Rio de Janeiro, 2007.

CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A. V. P. (Orgs.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

CAMPOS, G.W.S.; GUTIÉRREZ, A. C.; GUERRERO, A. V. P.; CUNHA, G. T. Reflexões sobre a atenção básica e a Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A. V. P. (Orgs.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

CARVALHO, S. R. *Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança*. São Paulo: Hucitec, 2007.

CHIAVERINI, D. H. (Org.) *et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília, 2011.

CUNHA, G. T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec, 2010.

FOUCAULT, M. *A ordem do discurso*. 3.ed. Trad. de L. F. de A. Sampaio. São Paulo: Loyola, 1996.

FRANCO, T. B.; ANDRADE, C. S.; FERREIRA, V. S. C. *A produção subjetiva do cuidado: cartografias da estratégia Saúde da Família*. São Paulo: Hucitec, 2009.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEDAE). *Portal de estatísticas do Estado de São Paulo*. Análises e Estudos. s. d. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/>>.

GIL, A. C. *Como elaborar um projeto de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 2010.

JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. *Saúde e sociedade*. v.6, n.2, p.31-46, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v6n2/05.pdf>>. Acesso em: 7 ago. 2015.

LIMA, L. C. A articulação “Themata-Fundos Tópicos”: por uma análise pragmática da linguagem. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v.24, n.2, p.243-246, 2008a.

_____. Programa Alceste, primeira lição: a perspectiva pragmatista e o método estatístico. *Revista de Educação Pública*, Cuiabá: Ed. UFMT. v.17, n.33, jan.-abr. 2008b.

LOPES, S. R. S.; PIOVESAN, E. T. A.; MELO, L. O.; PEREIRA, M., F. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. *Com. ciências saúde*. v.18, n.2, p.147-55. 2007. Disponível em: <http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol18_2art06.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2015.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). *Leituras de novas tecnologias e saúde*. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Cartografias do trabalho e cuidado em Saúde. In: MERHY, E. E. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2002. (Saúde em Debate, 145). p.287-83.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. *Dicionário da educação profissional em Saúde*. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2008. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Trabalho_em_Saude_ts.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2015.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. (Série Didática)

MERHY, E. E.; MALTA, D. C.; SANTOS, F. P. *Desafios para os gestores do SUS, hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão*. In: FREESE, E. (Org.). *Municípios: a gestão da mudança em saúde*. Recife: UFPE, 2004. p.45-76.

MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. (Org.). *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4)

OLIVEIRA, G. N. Cap. 11. Apoio matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. 2008. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A. V. P. (Orgs.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p.273-296.

_____. *O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde*. São Paulo: Hucitec, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Declaração de Alma-Ata 1978. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <<http://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>>. Acesso em: 7 ago. 2015.

PAIM, J. S. Saúde da Família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, v.5, n.9, 2001.

PASCHE, D. F.; VASCONCELOS, C. M. O sistema único de saúde. In: CAMPOS, G.W.S. *et al.* (Orgs.) *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Hucitec, 2009. p.531-62.

PEDUZZI, M. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação*. Campinas, 1998. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

_____. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*, v.35, n.1, p.103-9. 2001.

PELBART, P. P. *Vida e morte em contexto de dominação biopolítica*. Conferência proferida no dia 3 out. 2008. Ciclo O Fundamentalismo Contemporâneo em Questão. São Paulo: Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.iea.usp.br/publicacoes/textos/pelbartdominacaobiopolitica.pdf>>. Acesso em: 7 ago. 2015.

PINTO, C. A. G.; COELHO, I. B. Cap. 14. Co-gestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de atenção básica. CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Orgs.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p.323-45.

PIRES, M.F.C. Multidisciplinaridade, Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade no Ensino. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.* Botucatu, v.2, n.2, p.173-82, fev.1998. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v2n2/10.pdf>>. Acesso em: 7 ago. 2015.

RIZZOTTO, M. L. F. *O banco mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS*. São Paulo, 2010. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

ROSA, W. L. R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, v.13, n.6, p.1027-34. nov.-dez. 2005 .

SÃO PAULO. Site da Prefeitura Municipal de São Paulo. Fonte de dados 2014. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/capela_do_socorro/historico/index.php?p=916>. Acesso em: 7 ago. 2015.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, C. F. A mudança no modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. (Orgs.). *Modelo de atenção à Saúde: vigilância e saúde da família*. Salvador: Edufba, 2006. Série sala de aula, n.3. p.19-58. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/f7/00>>. Acesso em: 7 ago. 2015.

_____. *Os princípios do SUS*. Salvador: Ed. da UFBA, 2011. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2015.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. *Modelo de atenção à Saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas*. In: TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. (Orgs.). *Modelo de atenção à Saúde: vigilância e saúde da família*. Salvador: Edufba, 2006. Série sala de aula, n.3. p.129-68. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/f7/03>>. Acesso em: 7 ago. 2015.

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar de um estudo. As informações existentes neste documento são para que você entenda perfeitamente os objetivos da pesquisa e saiba da sua participação e importância, bem como que sua participação deverá ser espontânea. Após serem esclarecidas as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte deste estudo, você deverá assinar ao final deste documento, que está em duas vias, sendo uma da pesquisadora responsável e a outra sua.

Informações sobre a pesquisa:

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa intitulada “MATRICIAMENTO – Dispositivo de Educação Permanente para a Garantia da Integralidade do cuidado”. Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que tem o objetivo qualificar o matriciamento como espaço de ação interdisciplinar e a educação permanente. Será realizada coleta de dados por meio de um questionário de autopreenchimento com questões abertas e a maioria fechada, o seu preenchimento terá duração de 10 a 15 minutos. Serão abordados assuntos relacionados ao conhecimento teórico e a práticas diárias dos profissionais da ESF e NASF associam ao Matriciamento. São esperados riscos mínimos relacionados a esse procedimento. As informações obtidas serão analisadas, não será divulgada a identificação de nenhum sujeito da pesquisa. Não haverá despesas, compensações ou benefícios diretos pela sua participação, que deve ser livre e voluntária. Você também tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa. Mesmo concordando em participar, você poderá desistir em qualquer momento do estudo, sem qualquer dano ou prejuízo. Em qualquer etapa da pesquisa, você poderá ter acesso às responsáveis pelo estudo, Rosimeire Aparecida Bezerra de Gois dos Santos, pelo telefone (11) 98664-0604, ou endereço Rua Waldemar Gomes Lingoanoti, 201 apto 58 – Jardim Marabá – São Paulo/SP – CEP: 04775-170; ou ainda através do e-mail: rose.gois@hotmail.com, e orientadora Profa. Dra. Laura Câmara Lima, pelo telefone: (12) 98154-5088 ou no endereço Rua Silva Jardim, 136, Vila Mathias - Santos/SP - CEP: 11015-020, telefone (13) 3878-3846; ou ainda através do e-mail: Camaralima.lima@gmail.com.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), R. Botucatu, 572, 1º andar, cj. 14, São Paulo, telefone (11) 5571-1062, E-mail: cepunifesp@epm.br.

Eu, _____ RG: _____ acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li e que foram lidas para mim, descrevendo a pesquisa: *MATRICIAMENTO – Dispositivo de educação permanente para a garantia da integralidade do cuidado*. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a ser utilizados, seus desconfortos e que não há riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

São Paulo, ____ de _____ 2014.

Assinatura do participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a discussão neste estudo.

Assinatura do responsável pela pesquisa

Data: ____/____/____

CARTA CONVITE AOS GESTORES

Ao Gerente de PSF e NASF

Estou realizando a pesquisa *Matriciamento: dispositivo de educação permanente para a garantia da integralidade do cuidado* no Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde” na Unifesp-Baixada Santista – com a finalidade de investigar o que é o matriciamento do ponto de vista dos profissionais da saúde envolvidos com as equipes da ESF e NASF. A pesquisa será realizada com profissionais da ESF (médico e enfermeiro) e profissionais do NASF do território da Capela do Socorro.

Assim, solicito sua colaboração para divulgação da pesquisa dentre os profissionais que trabalham na unidade e também o agendamento de uma data para minha visita à mesma a fim de realizar pessoalmente o convite a esses profissionais. Ressalto ainda que sua participação é muito importante, visto ser fundamental o papel do gerente dentro das equipes. Saliento que estamos interessados nas ideias e opiniões compartilhadas e na discussão e explicações de ponto de vista.

A pesquisa usa uma metodologia baseada na realização de entrevistas, que serão preenchidas pelos próprios profissionais e posteriormente analisadas em todas as suas minúcias e riquezas. Quando a análise estiver concluída, comprometo-me a realizar a devolutiva a todos os profissionais participantes. Para tanto, coletar dados em horários convenientes e apresentar os resultados para discussão.

Ficaremos à disposição para esclarecimentos e retornos individualizados, se essa necessidade se apresentar, bem como será garantido total sigilo das identificações dos profissionais participantes, seus nomes não serão citados em momento algum no desenvolvimento, na conclusão, na divulgação da pesquisa e nas publicações subsequentes.

Data ____/____/____

Rosimeire Aparecida Bezerra de Gois dos Santos

CARTA CONVITE

Ao Profissional

Você está sendo convidado a participar da minha pesquisa de mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde, intitulada *Matriciamento: dispositivo de educação permanente para a garantia da integralidade do cuidado*, que realizo na Unifesp-Baixada Santista. Trata-se de uma pesquisa sobre matriciamento como dispositivo de educação permanente, em que precisarei entrevistar profissionais envolvidos com as equipes da ESF e NASF, uma vez que o ponto de vista dos profissionais da saúde é de extrema importância para esta.

Caso você concorde em participar da pesquisa por meio de um questionário autopreenchido com perguntas abertas e a maioria fechadas, uma data será agendada em sua unidade. A entrevista será realizada por meio de um questionário que você mesmo responderá de próprio punho. Quando a análise dos resultados estiver concluída, comprometo-me a realizar as devolutivas a todos os profissionais participantes. Saliento que a identificação dos profissionais estará sob total sigilo, os nomes não serão citados em momento algum no desenvolvimento, na conclusão e mesmo na divulgação da pesquisa. Pretende-se também organizar um grupo de discussão no qual os resultados serão apresentados aos profissionais das unidades e as equipes.

Sua participação é muito importante visto que as ações propostas pela ESF e NASF dependem do envolvimento de todos os profissionais que nela atuam. Se tiver qualquer dúvida poderá perguntar à pesquisadora em qualquer momento da pesquisa.

Data __/__/__

Rosimeire Aparecida Bezerra de Gois dos Santos

QUESTIONÁRIO

Este questionário será utilizado como instrumento de coleta de dados na pesquisa intitulada: *Matriciamento: dispositivo de Educação Permanente para a garantia da integralidade do cuidado* no Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde na Unifesp-Baixada Santista – com a finalidade de investigar a noção de matriciamento construída pelos profissionais da saúde que estão envolvidos com ele, de modo a identificar entraves e poder elaborar dispositivos capazes de problematizar e ampliar o conceito. A pesquisa será realizada com profissionais da ESF (médico e enfermeiro) e profissional do NASF do território da Capela do Socorro.

Este questionário com 20 questões deverá ser preenchido pelo voluntário.

Seus dados pessoais serão mantidos em sigilo.

Preencha as perguntas a seguir com X ou as preencha de acordo com a sua resposta.

1. Dados pessoais:

Idade: ____ anos.

Gênero Feminino Masculino

2. Profissão:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Médico de ESF | <input type="checkbox"/> Médico Psiquiatra |
| <input type="checkbox"/> Médico Pediatra | <input type="checkbox"/> Assistente Social |
| <input type="checkbox"/> Médico Ginecologista | <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Nutricionista | <input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo |
| <input type="checkbox"/> Enfermeiro | <input type="checkbox"/> Educador Físico |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta | <input type="checkbox"/> Psicólogo |

3. Características profissionais:

3.1 Onde se formou:

Universidade Pública

Universidade Privada

3.2 Quanto tempo de formado: __

3.3 Pós-Graduação: Sim Não

(Se você respondeu “não” na pergunta anterior, pule a questão a seguir)

3.4 Pós-Graduação em Saúde da Família Sim Não **3.5 Onde trabalha:**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> UBS Gaiotas | <input type="checkbox"/> NASF Gaiotas |
| <input type="checkbox"/> UBS Jd. Eliana | <input type="checkbox"/> NASF Jd. Eliana |
| <input type="checkbox"/> UBS Chácara do Conde | <input type="checkbox"/> NASF Chácara do Conde |
| <input type="checkbox"/> UBS Jd. Três corações | <input type="checkbox"/> NASF Jd. Três corações |
| <input type="checkbox"/> UBS Varginha | <input type="checkbox"/> NASF Varginha |

Na pergunta a seguir responda em meses, exemplo 1 ano e 5 meses = 17 meses

3.6 Há quanto tempo trabalha neste local: _____**3.7** Na sua Unidade Básica de Saúde tem equipe NASF Sim Não**4.** Quais são as três primeiras palavras que vem à cabeça quando você pensa em matriciamento?

4.1 a. _____

4.2 b. _____

4.3 c. _____

5. Cite as três tarefas do seu trabalho cotidiano com que você está mais familiarizado?

5.1 a. _____

5.2 b. _____

5.3 c. _____

6. Cite as três tarefas do seu trabalho cotidiano com as quais você encontra mais dificuldade?

6.1 a. _____

6.2 b. _____

6.3 c. _____

7. Das atividades citadas abaixo, quantas do seu ponto de vista fazem parte do matriciamento?

(Marque quantas alternativas julgar necessário):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 7.1 Educação permanente | <input type="checkbox"/> 7.9 Referência e contra referência |
| <input type="checkbox"/> 7.2 Discussão de caso | <input type="checkbox"/> 7.10 Assistência especializada |
| <input type="checkbox"/> 7.3 Clínica ampliada | <input type="checkbox"/> 7.11 Capacitação |
| <input type="checkbox"/> 7.4 Intersetorialidade | <input type="checkbox"/> 7.12 Atendimento Individual |
| <input type="checkbox"/> 7.5 Trabalho multidisciplinar | <input type="checkbox"/> 7.13 Projeto terapêutico singular |
| <input type="checkbox"/> 7.6 Ecomapa | <input type="checkbox"/> 7.14 Atendimento em grupo |
| <input type="checkbox"/> 7.7 Apoio técnico pedagógico | <input type="checkbox"/> 7.15 Palestra |
| <input type="checkbox"/> 7.8 Genograma | |

8. Como você organiza sua agenda de trabalho? (marque a alternativa que represente melhor)

- Os compromissos são fixos e não sofrem variações;
- Os compromissos são sujeitos a certas variações, de acordo com as suas necessidades;
- Os compromissos são sujeitos a certas variações, de acordo com as necessidades do serviço;
- Os compromissos são agendados conforme as necessidades dos usuários e gestores.

9. Na organização de trabalho das equipes, vocês dispõem de horários específicos em sua agenda para o encontro entre ESF e NASF?

- Não. Estruturado, mas pode haver mudanças e encaixes.
- Sim, possui horários fixos. Não estruturado; acontecem segundo a necessidade.

10. Considerando a sua prática cotidiana normal, quanto tempo (em porcentagem) do seu mês de trabalho, você se dedica a cada uma dessas atividades (o total deve dar 100%, com direito à opção outros):

- | | |
|---|--------------------------|
| 10.1 Atendimento clínico | <input type="checkbox"/> |
| 10.2 Apoio matricial | <input type="checkbox"/> |
| 10.3 Educação permanente e capacitações | <input type="checkbox"/> |
| 10.4 Reuniões de equipe | <input type="checkbox"/> |
| 10.5 Visitas domiciliares | <input type="checkbox"/> |
| 10.6 Grupos terapêuticos | <input type="checkbox"/> |
| 10.7 Tarefas administrativas | <input type="checkbox"/> |

| | |
|-------------|------|
| 10.8 Outros | () |
| Total | 100% |

11. Se você fizesse um plano de trabalho ideal para você, quanto tempo (em porcentagem) do seu mês de trabalho você dedicaria a cada uma dessas atividades:

| | |
|---|------|
| 11.1 Atendimento clínico | () |
| 11.2 Apoio matricial | () |
| 11.3 Educação permanente e capacitações | () |
| 11.4 Reuniões de equipe | () |
| 11.5 Visitas domiciliares | () |
| 11.6 Grupos terapêuticos | () |
| 11.7 Tarefas administrativas | () |
| 11.8 Outros | () |
| Total | 100% |

12. Qual é o momento/meio de comunicação que você privilegia/prefere para comunicar com seus colegas de equipe?

- | | |
|--|--|
| () trocas coletivas durante reuniões de equipe | () e-mail, SMS, whatsApp, celular |
| () trocas entre equipes durante o apoio matricial | () em conversas presenciais informais |
| () trocas interdisciplinares durante atendimento | () outros (especificar)_____ |

13. Com que frequência na sua prática profissional você aprende com um colega da mesma profissão?

- () Nunca () Raramente () com frequência () Sempre

14. Com que regularidade você sente vontade de perguntar a opinião de um colega de equipe para tomar uma decisão sobre um procedimento ou uma conduta relativa a um caso?

- ()) nunca () Raramente () com frequência () Sempre

15. Com que regularidade você sai do trabalho satisfeito com as soluções que encontrou na sua prática cotidiana?

- () Nunca () Raramente () com frequência () Sempre

16. Que proporção de seu trabalho você avalia que é inovador, que sai do que é prescrito no protocolo?
 ____%

17. Em relação ao seu trabalho cotidiano, se você tivesse que se colocar entre os dois extremos desses pares de opostos, em que posição você se colocaria?

(Assinale, um número de 1 a 5, sendo 1 e 2 próximos de uma extremidade, 4 e 5 da outra e 3 empate ou neutro).

| | | | | | | | |
|------|--------------------------------|---|---|---|---|---|------------------------------|
| 17.1 | Clínica individual | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Clínica ampliada |
| 17.2 | Projeto terapêutico protocolar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Projeto terapêutico singular |
| 17.3 | Atendimento na unidade | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Ações no território |
| 17.4 | Atendimento individual | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Atendimento de grupos |
| 17.5 | Formação inicial | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Educação permanente |

18. Quando se trata de resolver um caso difícil, qual dessas alternativas você costuma priorizar – enumere todas as alternativas de acordo com as prioridades.

- () A sua própria avaliação clínica do caso.
- () A avaliação do caso feita pela equipe durante matriciamento.
- () As demandas e prioridades do usuário e o histórico do caso e do usuário na unidade.
- () As diretivas da chefia da unidade e os procedimentos protocolares.

19- Como você avalia o apoio matricial e sua resolutividade dentro da ESF?

- () Ótimo
- () Bom
- () Regular
- () Ruim

20. Como educação permanente quais temas e modalidades seriam interessantes para o seu dia a dia profissional: _____
