



**UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA**

MELISSA APARECIDA VERNINI YAMAGUCHI

**APOIO MATRICIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA
PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

LONDRINA

2014

MELISSA APARECIDA VERNINI YAMAGUCHI

**APOIO MATRICIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA
PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Regina Melchior

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a Rossana Staevie Baduy

LONDRINA

2014

MELISSA APARECIDA VERNINI YAMAGUCHI

**APOIO MATRICIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA
PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Regina Melchior

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a Rossana Staeve Baduy

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Regina Melchior
Universidade Estadual de Londrina

Prof^a. Dr^a. Brígida Gimenez Carvalho
Universidade Estadual de Londrina

Prof^a Dr^a Ana Lúcia Abrahão
Universidade Federal Fluminense

Londrina, 30 de Maio de 2014.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelo dom da vida.

À minha mãe pelo amor, e pela mulher guerreira e inspiradora que é.

Ao meu pai pelo apoio e conselhos nos momentos em que mais precisei.

Às minhas irmãs Mariana e Maria Eduarda por compartilharem comigo momentos de alegria e descontração.

Ao meu amado marido Ricardo, pela paciência e amor incondicionais, e por compreender meus momentos de ausência para execução deste trabalho. Sem você não teria forças para finalização desse sonho. Te amo.

À minha querida orientadora Regina, por sua condução, dedicação, amizade, afeto e orientação. Soube compreender os momentos difíceis como ninguém.

À Rossana, minha querida co-orientadora, por suas brilhantes colaborações teóricas e de sua vivência sobre o tema, enriquecendo minhas reflexões.

À Paula e a Kátia, por partilharem de muitos momentos de troca e angústias.

Aos profissionais das unidades de saúde participantes da pesquisa pela disposição e contribuições a pesquisa.

Aos trabalhadores de saúde das Unidades de Saúde da Família participantes do estudo, sem vocês este estudo não seria possível.

À banca examinadora pelas disponibilidades em auxiliar na construção do trabalho.

Aos colegas do grupo de pesquisa por proporcionarem bons encontros com discussões e reflexões imprescindíveis para o andamento dessa pesquisa.

Aos professores do mestrado por tornarem o aprendizado um processo dinâmico, acessível, participativo, intrigante e possível.

À Secretaria de Pós-Graduação pelo apoio técnico.

À Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de estudo

À Fundação Araucária e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio financeiro ao projeto de pesquisa.

Enfim, a todos que contribuíram, direta ou indiretamente, na construção desta pesquisa.

RESUMO

YAMAGUCHI, Melissa Aparecida Vernini. **Apoio matricial na atenção primária à saúde na perspectiva dos profissionais da estratégia saúde da família.** Londrina, Paraná. 2014. 103 fls. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Paraná. 2014.

RESUMO

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado em 2008, é constituído por equipes com profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar em conjunto com as equipes de Saúde da Família (eSF), utilizando ferramentas como o apoio matricial, para oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às eSF. Contudo, o matriciamento na atenção primária à saúde é um processo ainda em construção, demanda mudanças de práticas e apresenta obstáculos em sua implementação. Sendo assim, este estudo teve como objetivo compreender o apoio matricial desenvolvido pelo NASF sob a perspectiva dos profissionais das equipes Saúde da Família (eSF). Esta foi uma pesquisa exploratória, descritiva, do tipo qualitativa, realizada em quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Londrina – PR, vinculadas a um NASF. Os sujeitos foram integrantes das eSF de cada UBS, totalizando 15 participantes, sendo que em cada UBS foi entrevistado um de cada categoria profissional. Os instrumentos utilizados no trabalho de campo foram a observação, a entrevista e a análise documental, e para análise dos resultados foi realizada análise de conteúdo, segundo Bardin. Da análise das entrevistas emergiram as seguintes categorias: 1. Compreendendo a organização do NASF; 2. Concepção de apoio matricial; 3. Encontro NASF e equipes SF e 4. Aspectos facilitadores e dificultadores do trabalho do NASF. Os discursos evidenciaram que a organização do trabalho do NASF era reconhecida pelos profissionais da eSF, pelas agendas e visitas domiciliares individuais, responsabilização prioritária do NASF pelos grupos com a comunidade, raros momentos de encontros e interação entre os profissionais do NASF e eSF. Porém há certa tentativa de articulação de ações e interação entre esses profissionais. Na relação NASF e eSF ainda predomina a fragmentação do cuidado e a lógica do encaminhamento. Com relação ao matriciamento, houve avanço nessa prática, porém os participantes compreendem essa metodologia de trabalho como sinônimo de uma reunião mensal para discussão de casos somente, e havia pouca valorização desse espaço pelos profissionais das eSF. Havia dificuldade no processo de trabalho matricial, devido ao pouco tempo, dos integrantes do NASF, em cada unidade. A fragmentação do cuidado ainda se mostra como obstáculo estrutural a ser vencido pelas novas práticas. Há necessidade de produção de espaços de reflexão e análise do processo de trabalho para os trabalhadores das equipes de saúde da família e NASF para que possam produzir e disseminar inovações na prática do apoio matricial.

Palavras-chave: Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Equipe Interdisciplinar de Saúde. Trabalho em equipe.

ABSTRACT

YAMAGUCHI, Melissa Aparecida Vernini. **Matrix support in primary health care professionals from the perspective of the family health strategy.** Londrina, Paraná. 2014. 103 fls. Dissertation (Master's Degree in Public Health) – Londrina State University, Paraná. 2014.

ABSTRACT

The Support Center for Family Health (SCFH), created in 2008, consists of teams of professionals with different areas of expertise, which should work in conjunction with the Family Health Teams (FHT) to bridge the fragmented logic still hegemonic in health care, using tools such as matrix support, to provide both backup care and technical and pedagogical support to FH teams. However, the matricial in primary health care is a process still under construction, requires changes in practices and presents obstacles in its implementation. Therefore, this study aimed to understand the support matrix developed by SCFH from the perspective of the Family Health Teams (FHT) professionals. This was an exploratory, descriptive research, qualitative type of, conducted in four Basic Health Units (BHU) in the city of Londrina – PR, linked to a SCFH. The subjects were members of FHT in each BHU, totaling 15 participants, and in each BHU one of each professional category was interviewed. The instruments used in the fieldwork were observation, interview and document analysis, and, for analysis of results, content analysis was performed, according Bardin. Analysis of these interviews revealed the following categories: 1. Understanding the organization of SCFH; 2. Conception of matrix support; 3. Meeting of SCFH and FHT; and 4. facilitating and hindering aspects of the work of the SCFH. The speeches showed the organization of work of SCFH was recognized by FHT professionals by the schedules and individual home visits, priority responsibility of SCFH by groups with the community, rare moments of encounters and interaction between professionals of SCFH and FHT. But there is some attempt to articulate actions and interactions among these professionals. In SCFH-FHS relation fragmentation of care and the routing logic are still predominant. Regarding the matrix-based strategies, there has been progress in this practice, however the participants understand this methodology as a synonym for a monthly meeting to discuss cases only, and there was little appreciation of this space by FHT professionals. There was difficulty in the work process matrix, given the short time, of the members of CFH in each unit. The fragmentation of care still shows itself as a structural obstacle to be overcome by new practices. It is necessary to produce spaces of reflection and analysis of the work process for workers in family health teams and CFH so they can produce and disseminate innovations in practice the matrix support.

Keywords: Family Health. Primary Health Care. Interdisciplinary Team Health. Teamwork.

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE FIGURAS

Página

Figura 1 – Sistematização das categorias de análise.....	61
-----------------------------------------------------------------	----

LISTA DE QUADROS

LISTA DE QUADROS

Página

Quadro 1 – Níveis de contato e integração entre disciplina e profissões da saúde	44
Quadro 2 – Fatores determinantes para o trabalho em equipe sob a perspectiva interprofissional colaborativa.....	45
Quadro 3 – Unidades de Saúde, segundo número de habitantes	56
Quadro 4 – Trajetória acadêmica e profissional dos sujeitos da entrevista, Londrina-PR, 2013	60

LISTA DE TABELAS

LISTA DE TABELAS

Página

Tabela 1 – Distribuição dos participantes integrantes das ESF nas UBS observadas, segundo categoria profissional, Londrina, 2013.	58
Tabela 2 – Distribuição do número de profissionais entrevistados, segundo categoria profissional, Londrina – PR, 2013.....	59

LISTA DE ABREVIATURAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário da Saúde

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas

AB – Atenção Básica;

APS – Atenção Primária à Saúde;

AMS – Autarquia Municipal de Saúde;

CEP/UEL - Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina

ESF – Estratégia Saúde da Família;

eSF – equipes de Saúde da Família;

MS – Ministério da Saúde;

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família;

OSCIP - Organização da Sociedade Civil e de Interesse Público;

PSF – Programa Saúde da Família;

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

UBS – Unidade Básica de Saúde;

UEL – Universidade Estadual de Londrina;

USF – Unidade de Saúde da Família;

SUMÁRIO

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	20
2 INTRODUÇÃO	22
2.1 APOIO MATRICIAL: CONCEITOS E DIRETRIZES.....	26
2.2 CONTEXTO DA IMPLANTAÇÃO DA ESF E NASF EM LONDRINA.....	30
3 OBJETIVOS	34
3.1 OBJETIVO GERAL	34
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
4 PRESSUPOSTOS E REFERENCIAL TEÓRICO	34
4.1 TRABALHO EM SAÚDE NA PRODUÇÃO DO CUIDADO.....	34
4.1.1 CUIDADO EM SAÚDE.....	34
4.1.2 PROCESSO DE TRABALHO.....	37
4.1.3 TRABALHO EM EQUIPE.....	42
5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	48
5.1 TIPO DE ESTUDO	48
5.2 ÁREA DE ESTUDO E SUJEITOS	49
5.3 INSTRUMENTOS UTILIZADOS NO TRABALHO DE CAMPO	50
5.3.1 Observação Participante	50
5.3.2 Entrevista.	51
5.3.3 Análise Documental.....	53
5.4 ANÁLISE DO MATERIAL	53
5.5 ASPECTOS ÉTICOS	55
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES	56
6.1 CENÁRIO ENCONTRADO NO ESTUDO	56
6.2 APRESENTANDO AS CATEGORIAS DE ANÁLISE	61
6.2.1 Compreendendo a Organização do Trabalho do NASF.....	61
6.2.2 Concepção do Apoio Matricial	72
6.2.3 O Encontro entre NASF e ESF.....	74
6.2.4 Aspectos Facilitadores e Dificultadores do Trabalho do NASF	81
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
APÊNDICES	93
APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista	94
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- Observação	

Profissional	95
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Entrevista	96
APÊNDICE D - Autorização para Análise de Documentos e Registros	97
ANEXOS	98
ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética	99
ANEXO B - Modelo da ficha de plano terapêutico	102

1 APRESENTAÇÃO

Minha experiência com a Estratégia Saúde da Família (ESF) se iniciou no município de Marília, onde me graduei em Enfermagem em 2008. Já no 1º ano de graduação tive contato com a ESF, pois fazia parte do currículo irmos 3 vezes por semana a uma Unidade Saúde da Família (USF) para Unidade Prática Profissional, momento em que visitávamos algumas famílias e conhecíamos suas realidades.

Essa oportunidade despertou meu olhar para a atenção primária à saúde e me instigou a conhecer essa estratégia que visa ao cuidado integral do indivíduo e família. Sendo assim, no 2º ano, podíamos escolher fazer um estágio em qualquer área e em qualquer instituição, e eu escolhi fazer em uma USF em Marília mesmo, para conhecer melhor o trabalho da enfermeira nessa área. E foi então que o encantamento se completou.

No 4º ano, fiquei 6 meses em uma outra USF, já vivenciando melhor o papel da enfermeira. Naquele momento, tive certeza de que queria me especializar nessa área. Em 2009, iniciei o curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, na Universidade Estadual de Londrina (UEL), então me mudei para Londrina.

O início foi um pouco difícil, pois a organização da ESF nesse município era diferente daquela com que eu estava acostumada. A essência, porém, era a mesma: a responsabilização pelo cuidado, a criação de vínculo, o trabalho em equipe, tudo que eu mais gostava nesse trabalho! Dessa experiência, tive aproximação com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), pois comigo havia outros residentes de outras áreas que compunham essa equipe, além da vivência da possibilidade de auxílio para enfrentamento da complexidade dos problemas desse nível de atenção, e o compartilhamento das dificuldades que esses profissionais enfrentaram para desenvolver seus trabalhos.

Depois da residência, continuei trabalhando na mesma unidade; com a saída dos residentes, chegou outra equipe NASF, e as dificuldades foram as mesmas. Percebia que os profissionais do NASF estavam com dificuldades para conquistar seus espaços, visto que a expectativa dos profissionais da ESF com relação a esses outros profissionais, era o atendimento clínico à demanda, e a

equipe NASF tentava propor outras formas de trabalho com a equipe, visando dar subsídios para sua atuação. Isso me causou um incômodo, queria entender melhor essa relação NASF-ESF. Portanto, minha grande inquietação era: Como os profissionais da ESF entendem e avaliam o apoio matricial desenvolvido pelo NASF?

A busca por aprimoramento resultou no meu ingresso em 2012, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina. A opção pelo tema se deu a partir de um encontro com a orientadora e outras duas mestrandas, que também possuíam inquietações referentes à implantação do NASF na Atenção Primária. Assim, surgiu um projeto de pesquisa intitulado “Implantação do Matriciamento no estado do Paraná: um olhar para os processos de trabalho e de mudança na atenção primária à saúde”, cujo objetivo é compreender como o matriciamento vem sendo desenvolvido no Estado do Paraná, considerando a prática da ESF, o processo de trabalho do NASF e sua utilização como instrumento no processo de mudança pelos gestores de saúde. Portanto, esta pesquisa está inserida nesse projeto de abrangência maior.

Para a pesquisa, os trabalhadores envolvidos foram de outras unidades em que eu nunca estive inserida. Em agosto de 2012, decidi me dedicar somente à pesquisa e saí da assistência.

Porém, desde outubro de 2013, voltei a atuar como enfermeira de uma equipe SF, só que em um município do interior de São Paulo, que tem a conformação de uma equipe em cada USF, porém não há NASF neste município ainda.

Assim, a finalidade desta pesquisa foi de conhecer o que os profissionais da ESF compreendem por matriciamento, por meio de uma reflexão sobre seus processos de trabalho e, assim, poder contribuir para a consolidação dessa prática.

2 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi implantado no Brasil a partir da Constituição Federal de 1988, incorporando princípios doutrinários de universalidade, equidade, integralidade, e se estrutura sob a forma de uma rede de serviços descentralizados, hierarquizados e regionalizados, com participação popular para atender com resolubilidade as necessidades de saúde de toda população brasileira (BRASIL, 1990).

O SUS desdobra-se e operacionaliza-se em numerosas ações e iniciativas que o tornam alvo de constantes questionamentos sobre sua eficácia, eficiência e efetividade, com indagações, por exemplo, relacionadas ao modelo de assistência e qualidade dos serviços prestados, mostrando que está aquém de suas garantias, por problemas ligados tanto no que diz respeito a entraves estruturais quanto a problemas de ordem organizacional ou gerencial (NOVAES, 2000; CUNHA; CAMPOS, 2011).

Na tentativa de superação dos problemas de ordem organizacional, especialmente em relação à reordenação do modelo de atenção, a atenção básica (AB) surge com um papel fundamental: como organizadora das práticas de cuidado, por favorecer a produção de vínculos terapêuticos, em conjunto com a corresponsabilização, a organização do cuidado em rede, com trabalho em equipe e com sua ação sobre o território. Neste sentido, a AB possibilita a oferta de uma atenção de maneira mais organizada e em sintonia com as singularidades das situações, de forma eficaz e eficiente (BRASIL, 2010a).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), revisada na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, no Brasil, a AB deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade, da territorialização e da participação social (BRASIL, 2007, 2012a).

Na PNAB, os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” (APS), em suas atuais concepções, são considerados como equivalentes,

associando-se a ambos os princípios e diretrizes acima definidos. Com isso, a AB ou APS abrange a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e suas famílias e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012a).

Visando fortalecer esse papel da AB, em âmbito nacional, oficializado pelas políticas públicas, a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), na década de 90, traz no centro de sua proposta a expectativa de reorientar o modelo de assistência à saúde, responsável pela “ineficiência do setor”; “insatisfação da população”; “desqualificação profissional” e “iniquidades” e, assim, contribuir para a construção e consolidação do SUS (BRASIL, 2007; FRANCO; MERHY, 2007).

Com a consolidação do PSF em abrangência nacional, que posteriormente passou de programa para Estratégia Saúde da Família (ESF), esta se apresenta com o propósito de superar um modelo de assistência calcado na supervalorização das práticas da assistência curativa, especializada e hospitalar, que induzem ao excesso de procedimentos tecnológicos e medicamentosos e na fragmentação do cuidado (GIL, 2008). A família passou a ser considerada a unidade de intervenção, firmando-se a premissa da reorientação das práticas profissionais, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença, incluindo ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, de forma integral e contínua (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2010).

As equipes da ESF, caracterizadas como equipe mínima e multiprofissional, são compostas por médico, enfermeiro, auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo se estender também com a integração de uma equipe de saúde bucal composta minimamente por cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal, sendo todo trabalho focalizado em áreas estratégicas de atuação. É recomendado que cada equipe seja responsável por 600 a 1.000 famílias, o que pode corresponder a cerca de 2.400 a 4.500 habitantes (BRASIL, 2007; 2012).

Apesar da saúde da família atuar no nível de APS e este ser considerado simples, muitas vezes os problemas nesse âmbito de atenção são extremamente complexos, mostrando mais uma vez que somente a reestruturação do modelo de

atenção não é suficiente para suprir toda a complexidade que envolve a atenção a saúde. Diante dessa complexidade e a fim de alcançar a integralidade da atenção e a interdisciplinaridade das ações, foi se evidenciando a necessidade da presença de outros profissionais de saúde integrando as equipes da ESF.

É neste contexto que o Ministério da Saúde, através da portaria ministerial GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, criou o NASF, que tem a finalidade de reorganizar a assistência à saúde no que diz respeito à atenção básica e auxiliar na qualificação do SUS (BRASIL, 2008).

Segundo a portaria nº154, citada acima, e a de nº 3124, de 28 de dezembro de 2012, em que constam os critérios atuais para implantação, características específicas e composição das ocupações, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família podem ser organizados nas modalidades NASF 1, NASF 2 e NASF 3 (BRASIL, 2012b).

A modalidade NASF 1 deverá ter uma equipe formada por no mínimo, cinco profissionais, entre eles: médico acupunturista, assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional; e que reúnam algumas condições, tais como: a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 (duzentas) horas; b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter, no mínimo, 20 (vinte) horas e, no máximo, 80 (oitenta) horas de carga horária semanal (BRASIL, 2008, 2012b).

Já o NASF 2, para municípios com população abaixo de 10 habitantes/Km², deverá ter uma equipe de profissionais composto por, no mínimo, três profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes: assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional; que reúnam as seguintes condições: a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 120 (cento e vinte) horas; b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (quarenta) horas de carga horária semanal (BRASIL, 2008, 2012b).

Por fim, a modalidade NASF 3 deverá ser composta por profissionais que reúnam as seguintes condições: a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 80 (oitenta) horas; b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte horas); e c) cada ocupação, deve ter, no mínimo, 20 (vinte) horas e, no máximo, 40 (quarenta) horas de carga horária semanal (BRASIL, 2012b).

O NASF deve ser constituído por equipes, com profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuem em conjunto com os profissionais das equipes Saúde da Família (eSF), compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes às quais o NASF está cadastrado. Esse núcleo de apoio tem como responsabilidade central atuar e reforçar nove diretrizes da atenção à saúde: a ação interdisciplinar e intersetorial, a educação permanente em saúde, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a promoção da saúde e a humanização. Está dividido em nove áreas estratégicas, sendo elas: atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica (BRASIL, 2010b).

A atuação do NASF deve ser de forma compartilhada com as equipes SF para transpor a lógica fragmentada ainda hegemônica no cuidado à saúde. Sua organização se pauta em novas formas de arranjos, utilizando ferramentas, como o apoio matricial, que pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, que, no caso da atenção básica, são as equipes de saúde da família (CAMPOS, 1999; CUNHA; CAMPOS, 2011).

Estudo realizado por Almeida e colaboradores (2011), com o objetivo de descrever e analisar as ações empreendidas em quatro centros urbanos para fortalecer a Estratégia Saúde da Família, no Brasil, concluiu que a presença de profissionais de apoio contribui para o oferecimento de uma atenção mais resolutiva, mas também aponta para a necessidade de acompanhamento dessa nova configuração, com a finalidade de evitar que esses profissionais de apoio assumam, de forma progressiva, um número crescente de atendimentos de grupos específicos, reiterando uma prática fragmentada.

O matriciamento na APS vem sendo apresentado como uma metodologia

de trabalho com potencialidades para transformação do modo como se organizam e funcionam serviços de saúde. Porém, trata-se de um processo ainda em construção, visto que demanda mudanças de práticas dos profissionais e apresenta obstáculos em sua implementação. Sendo assim, vimos a necessidade de compreender o apoio matricial desenvolvido pelo NASF sob a perspectiva dos profissionais da eSF.

2.1 APOIO MATRICIAL: CONCEITOS E DIRETRIZES

Segundo Bertussi (2010), existem diferentes tipos de apoio praticados no âmbito da saúde. Essa autora traz uma discussão sobre as vertentes de apoios. Um primeira vertente seria o Apoio-intervenção, organizada a partir de trabalhador(es) de saúde como representantes da gestão para a interlocução com as equipes das unidades de saúde; esses representantes desenvolvem o trabalho a partir das indicações institucionais, sem dar brecha para a produção do(s) encontro(s) em ato, informando e transmitindo informações, conhecimentos e regras/normas a serem seguidas. Uma outra vertente teórica significativa é a Análise Institucional. A metodologia Paidéia de Campos indica o Apoio Institucional como referência para produzir processos de autoanálise dos coletivos na gestão. Assim, o trabalhador apoiador, como parte integrante da equipe de condução, produz o encontro com as equipes das unidades de saúde e coloca em análise seus problemas e suas questões no campo da gestão e da condução dos processos decisórios, num arranjo para diminuir a fragmentação do processo de trabalho e a distância da gestão entre áreas e setores de uma organização.

No âmbito da atenção, considerando a necessidade de colocar para conversar diferentes saberes técnicos – entre diferentes especialistas ou entre diferentes profissões da saúde – existe a proposição, acolhida pela metodologia Paidéia, do Apoio Matricial, entendido como uma forma de promover interlocução entre profissionais de diferentes especialidades, numa tentativa de aproximação e cooperação e produção de suporte ao manejo dos projetos terapêuticos. Seria um arranjo para diminuir a fragmentação do processo de trabalho decorrente da especialização crescente em quase todas as áreas de conhecimento e ampliar a resolubilidade das ações em saúde, definindo responsabilidades de coordenação e instituindo espaços de diálogo, aprendizagem e cooperação entre profissionais de

diferentes serviços (BERTUSSI, 2010).

Neste estudo, o entendimento da expressão “apoio”, que é central na proposta do NASF, remete à compreensão de uma tecnologia de gestão denominada “apoio matricial”, que vem compor o processo de trabalho das equipes de referência (equipe de Saúde da Família), equipe esta responsável pela atenção contínua do indivíduo e/ou da família (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Para Bertussi (2010), reconhecer que as equipes de referência requerem de mais ferramentas e, portanto de apoio, para ampliar sua potência e a compreensão do cuidado, é um avanço. Agregar apoio especializado e/ou profissional pode ser uma oportunidade de apoio matricial para qualificar a clínica, mas é preciso discutir como construir esse apoio para que ele efetivamente potencialize mudanças nas práticas de atenção.

O apoio matricial deve ser utilizado como ferramenta por um conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas têm como tarefa prestar apoio às eSF. Assim, se a equipe de referência é composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais na condução de problemas de saúde dos usuários, eles deverão acionar os NASF que são voltados para o apoio matricial, de forma a assegurar, de modo dinâmico e interativo, a retaguarda especializada (BERTUSSI, 2010).

As equipes de referência devem ser apoiadas até o limite de suas possibilidades técnicas e estruturais, na formulação/reformulação e execução de projetos terapêuticos singulares individuais e coletivos, utilizando, como uma das estratégias, as trocas de saberes e articulações de modo multidirecional, entre equipes e profissionais (OLIVEIRA, 2010).

No que diz respeito às dimensões do apoio matricial, 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.

Campos e Domitti (2007) afirmam que o apoio matricial serviria para construir espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores. O termo apoio matricial é composto por dois conceitos operadores:

O primeiro termo – apoio – sugere uma metodologia para ordenar essa relação entre referência e especialista não mais com base na autoridade, mas com base em procedimentos dialógicos.

O segundo deles – matricial – indica uma mudança radical de posição do especialista em relação ao profissional que demanda seu apoio. [...] indica essa possibilidade, a de sugerir que profissionais de referência e especialistas mantenham uma relação horizontal, e não apenas vertical como recomenda a tradição dos sistemas de saúde. Trata-se de uma tentativa de atenuar a rigidez dos sistemas de saúde quando planejados de maneira muito estrita segundo as diretrizes clássicas de hierarquização e regionalização (Campos e Domitti, 2007, p. 401-402).

Portanto, apoio matricial é um arranjo organizacional e uma metodologia para a gestão do trabalho, com o objetivo de integração dialógica entre distintas especialidades, e depende da personalização da relação entre as equipes saúde da família, e da ampliação dos cenários, ou seja, um cardápio de atividades, como atendimento conjunto entre profissionais de diferentes áreas, discussões de temas prevalentes, análise de estratégias para lidar com demanda reprimida, por exemplo, entre outras (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Dentro dessa lógica, a equipe de referência e apoiadores são encarregados de intervir sobre um mesmo objeto, buscando atingir objetivos comuns e sendo responsáveis pela realização de um conjunto de tarefas, ainda que operando com diversos modos de intervenção (DOMITTI, 2006).

Algumas ferramentas tecnológicas podem ser utilizadas: pactuação de apoio à gestão, compreensão ampliada do processo saúde-doença, construção compartilhada dos diagnósticos terapêuticos, ampliação do “objeto de trabalho”, transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho e suporte aos profissionais de saúde, projeto terapêutico singular (diagnóstico, definição de metas e avaliação) e projeto de saúde do território (BRASIL, 2010b).

Essa forma de trabalho vai em busca da oferta de ações e serviços potenciais à alteração dos problemas de forma positiva, construindo novos saberes e práticas em saúde, oportunizando um processo de formação permanente, ao mesmo tempo em que amplia o olhar e a capacidade resolutiva da atenção (OLIVEIRA, 2010).

Tem ainda uma proposta integradora que visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos e centros de regulação. Os efeitos burocráticos e

pouco dinâmicos dessa lógica tradicional podem vir a ser atenuados por ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais (CHIAVERINI, 2011; DOMITTI, 2006).

Quando um usuário utilizar o serviço matricial, ele não deve deixar de ser usuário da equipe de referência, ou seja, a lógica do encaminhamento dá espaço para um desenho de projetos terapêuticos que são executados pela equipe de referência com um conjunto mais amplo de trabalhadores. Porém, a responsabilização pela condução do caso continua com a equipe de referência (CAMPOS, 1999).

Como o matriciamento é uma das metodologias que conduzem a prática do NASF, e é relativamente nova na atenção básica, ainda apresenta muitos obstáculos para sua implantação e execução. Domitti (2006) destaca, dentre os obstáculos, o político e o de comunicação, que podem ser caracterizados como a tradição de concentração de poder trazida pelos sistemas de saúde hierarquizados, concentrada nos diretores, nos médicos e nos especialistas. Esse cenário dificulta o matriciamento e mesmo o funcionamento de equipes de referência, que dependem de um importante grau de compartilhamento do poder entre distintos profissionais componentes de uma equipe e deles com outros especialistas.

Um estudo realizado no Rio Grande do Sul, que buscou apresentar o trabalho realizado pelos residentes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde/Universidade Federal de Santa Maria, como apoiadores matriciais, sob a ótica dos profissionais que integram as equipes de referência da Estratégia de saúde da Família, revelou limitações sobre o tema por parte das equipes e ainda dificuldade deles para identificar a ação desenvolvida pelos residentes, na condição de apoiadores matriciais (ROSA et al., 2011).

Essa não apreensão do trabalho matricial impede que ele se desenvolva em sua potencialidade, como idealizado. A equipe de referência é igualmente importante e responsável para que ele ocorra. É necessário que o apoio matricial seja parte de um processo de re-invenção de novas organizações e relações, e não uma ferramenta isolada num contexto extremamente hierarquizado.

O método do apoio matricial depende da existência de espaços coletivos, ou seja, do estabelecimento de algum grau de cogestão ou de democracia

institucional para que cumpra seu papel de auxiliar na implementação de ações mais qualificadas e de aumentar a capacidade resolutiva das equipes. Dessa forma, contribuiria para a superação de modelos centrados nos interesses corporativos e econômicos, passando a centrar seus esforços nos usuários, ultrapassando a produção de procedimentos em si para a produção de saúde em defesa da vida (DOMITTI, 2006; MERHY, 2002; BERTUSSI, 2010).

2.2 CONTEXTO DA IMPLANTAÇÃO DA ESF E NASF EM LONDRINA

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) foi criada como programa pelo Ministério da Saúde, em 1994, e desde então tem se constituído como um importante movimento no sentido de reorientar o atual modelo de atenção à saúde (CARVALHO, 2010).

Londrina, desde 1993, iniciou o desenvolvimento de um novo modelo de atenção centrado no coletivo, com base nas diretrizes do SUS, com vistas a ampliar o conceito estritamente médico da saúde, que era a base dos serviços de saúde (BADUY, 1998).

Em abril de 1995, através de convênio entre Londrina e União, foi implantado o Programa Saúde da Família, mais como uma estratégia que pudesse reorganizar a atenção básica no município, na qual procurou se preservar os aspectos positivos do modelo vigente e incorporar novas práticas sanitárias visando superar problemas crônicos, como a baixa resolutividade, grupos de risco sem acesso aos serviços, falta de priorização dos problemas enfrentados, evidenciados pela demanda reprimida e reclamações frequentes (CARVALHO, 2010).

O PSF foi chamado de Programa Médico de Família, e optou-se por implantar nos distritos rurais, que eram quatro, devido à dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde e à constatação de que os mais desfavoráveis indicadores de saúde eram da zona rural (BADUY, 1998).

Os profissionais que atuavam nas UBS já existentes nesses locais foram integrados às equipes com extensão de carga horária de 6h para 8h, e houve processo seletivo para contratar enfermeiro e médico (BADUY, 1998).

A partir do ano de 2001, houve ampliação da implantação do PSF, com

formação de 81 equipes, garantindo a cobertura de 100% da área rural e 70% da área urbana.

Em 2002, houve ampliação para 93 equipes em 50 UBS, e, em abril de 2003, totalizaram-se 96 equipes, além de serem criadas 8 equipes de Saúde Bucal. Em 2005, chegou-se a 102 equipes (LONDRINA, 2002).

A implantação dessa estratégia na área urbana exigiu a aprovação de uma lei municipal (Lei nº 8452 de 09/07/2001) que estabeleceu a possibilidade de participação no PSF dos profissionais da rede municipal de saúde (médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem), desde que concordassem com expansão de carga horária para até 40 horas semanais. Os médicos pediatras e ginecologistas que aderiram à estratégia passaram a atuar como clínico gerais nas ações no território e continuaram como especialistas nas dependências da UBS. No entanto, mesmo com grande participação dos servidores municipais, não foi possível, com o quadro próprio, montar um número de equipes que fosse suficiente para atingir a cobertura populacional proposta (70%), além do fato de o município não contar, em seu quadro de profissionais, com a categoria “agente comunitário de saúde”, essencial para a constituição das equipes. Sendo assim, houve a necessidade da contratação de profissionais, ACS, médicos e enfermeiros, para complementar o número de equipes definido inicialmente, o que foi garantido mediante convênio e com uma instituição filantrópica, Irmandade Santa Casa de Londrina, conforme previa a lei acima referida (CARVALHO, 2010).

Em Londrina, já existia uma lógica de divisão territorial, definida pelas áreas de abrangência das UBS, o que facilitou a apropriação do território pelas equipes de PSF. Os profissionais de saúde das Unidades tiveram que se defrontar com uma organização de trabalho diferente da usual, com o desafio de trabalhar em equipe, superar as distâncias entre os seus diversos membros e se defrontar com as limitações de conhecimento técnico frente às novas demandas trazidas pelos ACS (CARVALHO, 2010).

Para superação desses problemas iniciais, foram realizadas oficinas de trabalho e a estruturação e efetivação dos grupos de acompanhamento e apoio às ESF. Além disso, utilizou-se a Educação Permanente para atender a necessidade de organizar as demandas vindas do território, visto que essa ferramenta possibilita a capacitação dos trabalhadores a partir da reflexão de sua prática e tem como

objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. Com esse processo, buscava-se a consolidação do PSF, de suas diretrizes e princípios, e mudanças no processo de trabalho (CARVALHO, 2010).

No segundo semestre de 2008, atendendo à portaria 154 de 24/01/2008 do Ministério da Saúde, em Londrina foram implantadas 10 equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família, constituídas por fisioterapeuta, nutricionista, educador físico, farmacêutico, psicólogo e agente redutor de danos. O objetivo dessas equipes era aumentar as possibilidades de atuação das equipes saúde da família, aumentando sua resolubilidade. Buscando a integralidade, deveriam desenvolver ações planejadas em conjunto com as equipes locais. Os NASF deveriam complementar o trabalho das 90 Equipes Saúde da Família (ESF), quantitativo de equipes daquele ano (LONDRINA, 2009).

Nesse processo de implantação, em 2008, foram realizadas algumas ações para facilitar a introdução desses novos profissionais na atenção básica, tais como:

- curso introdutório de 200 horas para preparar os profissionais de saúde para atuarem no NASF, incluindo Oficinas envolvendo as Equipes de Saúde da Família, preparando-as para o trabalho integrado com esses núcleos.
- conhecimento do território e responsabilização para com a população adscrita;
- conhecimento do perfil epidemiológico;
- planejamento e avaliação das ações, através de reuniões semanais e mensais a serem programadas;
- visitas domiciliares para diagnóstico da área, prestar assistência, realizar ações preventivas e educativas, promoção do autocuidado, busca ativa;
- capacitação de profissionais das equipes de PSF – ações de matriciamento;
- atividades em grupos com a comunidade;
- reuniões e outras atividades com grupos programáticos (hipertensos, diabéticos, gestantes, terapia comunitária, adolescentes, asma, idoso,

caminhada e alongamento, planejamento familiar, saúde bucal, do adulto e do trabalhador).

- discussão de Casos Clínicos;
- planejamento das ações em equipes;
- avaliação das ações;
- articulação Intersetorial;
- parceria com a comunidade;

Essas ações foram desencadeadas de forma heterogênea em cada NASF, com diversos problemas, como:

1. dificuldade de adaptação dos profissionais contratados, com rotatividade razoável deles;
2. desconhecimento do que é atenção básica e o SUS pela maior parte dos profissionais contratados;
3. dificuldades nos relacionamentos com as equipes;
4. dificuldade de todos os envolvidos (equipe local e NASF e mesmo população) em compreender qual o papel do NASF.

Segundo esse relatório de 2009, as dificuldades eram esperadas por se tratar da implantação de uma proposta nova, sem referências anteriores e pelo fato de estarem sendo incluídas profissões que anteriormente não faziam parte da atenção básica (LONDRINA, 2009).

Entre abril e setembro de 2009, houve suspensão do trabalho do NASF para regularização do processo de contratação. A partir de 01 de outubro de 2009, essas equipes multiprofissionais foram realocadas nas Unidades de Saúde, sendo que, para a Zona Rural, houve apenas a contemplação com o profissional de fisioterapia e para as demais Unidades (à exceção do Redutor de Danos), os demais profissionais voltaram a atuar (LONDRINA, 2009).

Em 2012, com 76 Equipes de Saúde da Família (ESF) e 13 equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Londrina manteve as 10 Equipes dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF) implantadas em 2008, constituídas por profissionais de diferentes áreas de saúde (nutrição, fisioterapia, farmácia, educação física, psicologia), que atuam junto às ESF em seus respectivos

territórios (LONDRINA, 2012).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender o apoio matricial desenvolvido pelo NASF sob a perspectiva dos profissionais da ESF.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Retratar as concepções dos profissionais da ESF sobre apoio matricial e sobre sua própria atuação nesse processo de trabalho.
- Analisar o processo de trabalho matricial em relação à articulação de ações e interação entre os profissionais da ESF e NASF.
- Verificar o que os profissionais da ESF esperam do NASF na perspectiva da articulação e da interação.
- Conhecer facilidades e dificuldades no matriciamento referidas pelos profissionais da ESF.

4 PRESSUPOSTOS E REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 TRABALHO EM SAÚDE NA PRODUÇÃO DO CUIDADO

4.1.1 Cuidado Em Saúde

As formas para identificação de um problema de saúde e o seu restabelecimento, na história da humanidade, sempre variaram conforme a cultura, os conhecimentos e recursos disponíveis em cada sociedade e época histórica (BRASIL, 2005).

As práticas dos profissionais de saúde com foco no corpo biológico, é

uma construção que foi sendo processada nas sociedades ocidentais, europeias durante séculos e foi se desenhando como a maneira mais usual de olhar para o adoecimento humano. E o que responde a isso é a clínica, que permite, através dos sinais e sintomas, ter acesso aos quadros lesivos patológicos que requerem intervenções terapêuticas, capazes de devolver uma normalidade perdida ou ameaçada (MERHY, 2009).

O desenvolvimento da medicina científica contou com grande apoio econômico. Sua capacidade de recuperar e manter o funcionamento do corpo dos trabalhadores – independentemente das causas do adoecimento estarem relacionadas às condições de vida e de trabalho – contribuiu para diminuir as tensões sociais e para a reprodução das relações capitalistas. Os interesses econômicos e as necessidades de acúmulo de capital estimularam um modelo de assistência à saúde baseado no consumo de consultas médicas, equipamentos e medicamentos e na oferta de uma atenção especializada e hospitalar (BRASIL, 2005).

Essa forma de viver consumista é própria do mundo capitalista o qual produz os modos das relações humanas até em suas representações inconscientes, os modos como se trabalha, como se é ensinado, como se ama, como se fala, em síntese, ela fabrica a relação do homem com o mundo e consigo mesmo e, assim, cria e recria necessidades (BRASIL, 2005).

Com essa influência do pensamento positivista, houve a redução da concepção de saúde à mera “ausência de doença”, e o cuidados assumiram a forma de “ações e procedimentos técnicos” informados pela ciência biomédica e descolados do mundo vivido (MERHY, 2009). Diante de tudo isso, o que se vê, ao longo dos últimos anos, principalmente na evolução do SUS, é que são muitos os esforços para promover uma mudança nos modos de se produzir o cuidado e de realizar o trabalho em saúde.

Para este estudo partimos da compreensão de cuidado como uma ação integral baseada na concepção da saúde em seu sentido mais amplo. É entendido como o tratar, respeitar, acolher, atender o ser humano, que muitas vezes apresenta-se fragilizado e isolado pelos valores que emergem do regime de produção capitalista atual (LUZ, 2004).

O cuidado é uma produção viva em ato. É produzido por vários sujeitos, em convivência, articulação, negociação e interação e que dependendo do tipo de relação estabelecida, mais ou menos intercessora entre o usuário e os trabalhadores que prestam a assistência, resultará em um cuidado mais ou menos cuidador (MERHY, 2006, 2002).

O encontro entre os usuários e os profissionais de saúde é um momento fundamental para identificar a singularidade que o processo de adoecimento adquire para quem demanda atenção e as linhas de força que o estão determinando, de maneira a poder pensar em estratégias de intervenção que possam mudar esse processo. Captar as necessidades singulares de saúde nesse momento requer do profissional abertura para inclinar-se para o usuário, para a escuta, para o estabelecimento de vínculo, de laços de confiança. Implica acolher o outro, oferecer espaço para a fala e para o diálogo (BRASIL, 2005).

Porém, a prática predominante desconsidera o indivíduo em sua integralidade. As pessoas buscam por cuidado, porém o profissional de saúde está voltado para, a partir de uma queixa, diagnosticar e tratar uma doença. Além disso, o pensamento predominante, da medicina científica, tende a fazer com que a relação dos profissionais seja com a doença, e não com a pessoa. Os profissionais, assim, restringem seu objeto de intervenção ao corpo doente, distanciando-se da pessoa e de seu sofrimento (BRASIL, 2005).

Essa tendência se acentua, pois se ampliam as possibilidades de identificação de anormalidade, antes mesmo de estas se manifestarem através de algum sinal ou sintoma. A anamnese, a conversa, a história do aparecimento dos sintomas, o olhar, a ausculta, a palpação do corpo doente deixam de ter importância para o diagnóstico, uma vez que a doença pode ser revelada pelos exames laboratoriais e de imagem.

O cuidado vai adquirindo outros significados. Ocorre um progressivo distanciamento da história de vida, das emoções, dos sentimentos e das condições sociais das pessoas que traduzem possibilidades distintas de adoecer e de manter a saúde. Os profissionais, muitas vezes, não percebem outras dimensões que possam estar relacionadas ao adoecimento (BRASIL, 2005).

As orientações dos profissionais, por dialogarem pouco com a história de

vida e familiar, seus valores e desejos, tendem a ser normativas e prescritivas, contribuindo muito pouco para produzir mudanças nas relações que as pessoas estabelecem com os seus problemas de saúde, para ampliar suas possibilidades de intervir no processo de adoecimento e, assim na sua autonomia e protagonismo no cuidado à saúde (BRASIL, 2005).

Outro aspecto relevante nessa análise, é que a prática em saúde, embora embasada em uma teoria científica, é profundamente dependente de valores morais, éticos, ideológicos e subjetivos dos profissionais, pois envolve interpretação, ajuizamento e decisão pessoal na aplicação do conhecimento científico às situações concretas e singulares. Portanto, as diferentes práticas profissionais também estão relacionadas às diferentes possibilidades de lidar com o momento de encontro com o usuário. No encontro, usuários e profissionais são mutuamente afetados (BRASIL, 2005).

Desta forma, o processo de trabalho em saúde, a forma que são constituídas as equipes, as tecnologias predominantes nos encontros, afetam diretamente este encontro e produzem diferentes formas de cuidado.

4.1.2 Processo De Trabalho

O mundo do trabalho em saúde é um campo de práticas que está ligado à própria constituição da sociedade. O momento do trabalho em saúde se dá pelo encontro entre trabalhador e usuário, que é quando acontece a produção do cuidado (BRASIL, 2005).

O trabalho em saúde sempre tem uma finalidade, que está ligada ao atendimento à determinada necessidade da pessoa, seja ela de que tipo for. Portanto, as necessidades de saúde são objeto das ações de saúde, e o cuidado é o produto do trabalho em saúde. Sendo assim, a produção desse cuidado deve ter como objetivo a promoção, proteção e recuperação da saúde.

As necessidades de saúde são amplas. Segundo Cecílio (2001), estão organizadas em quatro grupos: boas condições de vida, que se expressa por meio de boa moradia, alimentação, entre outros fatores ligados ao meio ambiente adequado; o segundo grupo é representado pela necessidade de autonomia e autocuidado no modo de “andar a vida”; o terceiro grupo compreende a garantia de

acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida; e o quarto grupo refere-se à necessidade de ter vínculo e de ter relação de confiança com um profissional ou uma equipe de saúde. Com isso, constatamos que os problemas de saúde são de extrema complexidade, pois envolvem várias dimensões da vida, e o trabalho em saúde, para ser eficaz, deve responder a essa complexidade, surgindo, assim, diversas possibilidades para a produção do cuidado.

Essa classificação das necessidades tem por base a formação de um modelo assistencial pautado pela integralidade, diretriz que se organiza acionada por certos projetos terapêuticos que requisitam recursos para a assistência aos usuários. A integralidade pode se realizar como uma diretriz burocrática e meramente prescritiva, quando sobretudo os processos de sua realização ficam centrados nos procedimentos, no ato burocrático, nas maquinarias, instrumentos, protocolos, dando pouca liberdade para os próprios trabalhadores, ou pode assumir a configuração de um trabalho mais pautado pelas tecnologias relacionais. O processo em ato é o que vai definir como essa diretriz se institui no processo produtivo (MERHY, 2002).

O trabalho em saúde é produzido no encontro de subjetividades e ultrapassa os limites das maquinarias, dos instrumentos, das normas, dos protocolos. Dessa forma, é conferido ao trabalho em saúde um grau de liberdade significativo na escolha do modo como produzir os atos de saúde. Ou seja, no momento do encontro entre trabalhador e usuário, ou nas relações entre os trabalhadores, cada um desses atores opera com uma concepção de saúde e de cuidado, e é neste momento de encontro que se materializa o ato de saúde. Assim, o ato em saúde é sempre fruto de diferentes concepções, nunca produto de uma ação isolada do trabalhador ou do usuário (MERHY, 2002).

Merhy (2006) discute que, quando um trabalhador de saúde encontra-se com um usuário, no interior de um processo de trabalho, estabelece-se entre eles um espaço intercessor que sempre existirá nos seus encontros, mas só nos seus encontros e em ato. É o espaço em que cada uma das partes, se colocam com suas necessidades, projetos, ansiedades, dores, medos, desejos, sonhos, potencialidades, em um dado contexto, e é aí que está a potência do trabalho vivo em ato, que está em ação, que vai se dando, que vai se fazendo no próprio ato.

No trabalho em saúde, que se produz no encontro entre trabalhador e

usuário, a centralidade do trabalho vivo é ainda mais significativa, tendo o trabalhador uma certa autonomia em relação à sua ação, ao seu poder de decidir coisas em seu micro espaço, segundo um certo recorte interessado. E a esta autonomia Merhy (1997) denomina autogoverno. Então, em todo lugar em que ocorre um encontro entre trabalhadores de saúde, trabalhador de saúde e usuário, operam-se processos nos quais interagem diversos tipos de tecnologias que os profissionais utilizam para atuar, definidas como tecnologias duras, leve-duras e leves.

Para Merhy (2002, 2006), as tecnologias duras são representadas pelas máquinas, normas e estruturas organizacionais. As tecnologias leve-duras são os saberes estruturados, os conhecimentos técnicos. As tecnologias leves são as das relações interpessoais, como o vínculo, o acolhimento, as responsabilizações. O arranjo entre as tecnologias determina o modo de produção dos atos de saúde, levando à produção de cuidado centrado em procedimentos ou no usuário.

Ainda nessa análise do trabalho, Merhy (2002, 2006) conceitua o trabalho morto como o produto de um processo de trabalho humano anterior, ou seja, são instrumentos, ferramentas, normas e protocolos que já se aplicaram a determinado trabalho anterior. Quando o processo de trabalho é comandado pelo trabalho vivo, o trabalhador tem uma grande margem de liberdade para ser criativo, relacionar-se com o usuário, experimentar soluções para os problemas que aparecem, interagir com o usuário no processo de produção de sua própria saúde, fazendo-o sujeito. O processo de trabalho norteado pelo trabalho morto é pré-programado, fica sob o comando dos instrumentos, limitando a ação do trabalhador àquilo que já foi determinado pelo protocolo, etc. Há pouca interação usuário-profissional (BRASIL, 2005).

Toda atividade produtiva envolve sempre o Trabalho Morto e o Trabalho Vivo em ato, para que se realizem os produtos desejados. No processo de trabalho, um deles tem a hegemonia e determina, no caso da saúde, o perfil da assistência (MERHY, 2004).

Assim, uma prática clínica resolutiva, além da disponibilidade de equipamentos, requer dos profissionais competência técnico-científica e também nos aspectos relacionais. Porém, para Merhy, os modelos tecno-assistenciais predominantes hoje na saúde do Brasil, as relações entre usuários de serviços de

saúde e trabalhadores se produzem em espaços intercessores preenchidos pela “voz” do trabalhador e pela “mudez” do usuário. Ou seja, na produção das práticas em saúde, há um empobrecimento do uso das tecnologias leves. As abordagens e intervenções dos profissionais de saúde, de modo geral, focam os aspectos biomédicos e dos procedimentos, e suas orientações tendem a ser normativas e prescritivas, com pouco diálogo com a singularidade do usuário (MERHY, 2004).

Nesse referencial teórico descrito acima, o autor ainda considera que o modelo assistencial predominante tem, no seu modo de produção do cuidado, um processo de trabalho centrado no trabalho morto, e, portanto, a mudança desse modelo requer que o processo de trabalho tenha como centro o trabalho vivo, com utilização predominante das tecnologias leves, e, secundariamente, se utilize das tecnologias leve-duras e duras, conforme a necessidade dos projetos terapêuticos singulares. A captura do trabalho vivo atua como obstáculo significativo à concretização do princípio da integralidade da atenção e à construção de um processo produtivo cuidador (MERHY 2002).

Esses processos de mudança são entendidos como uma reestruturação produtiva da saúde, que é caracterizada por um modo de produzir saúde, em que o cuidado é centrado em uma clínica que envolva também o aspecto afetivo e subjetivo do usuário (FRANCO; MERHY, 2012).

Existem muitos processos anunciados como mudança, mas que não criam uma inversão tecnológica e, assim, não se efetuem realmente. Então, concluímos que a reestruturação produtiva, que é um processo instituinte no modo de produção do cuidado, pode ou não se instituir como uma nova modelagem tecnoassistencial para a saúde. Se ocorrer de fato a mudança almejada, nós consideramos que houve uma Transição Tecnológica, que se concretiza a partir da realização do trabalho em saúde centrado no usuário com suas potencialidades e necessidades de saúde, tendo como eixo o trabalho vivo em ato (FRANCO; MERHY, 2012).

Uma tentativa de Reestruturação Produtiva pode ser verificada na Estratégia Saúde da Família que representa a resposta da política brasileira a um conjunto de contradições da sociedade e do sistema de serviços (FRANCO; MERHY, 2012).

Nessa perspectiva, pressupõe-se a ESF como um espaço aberto para a construção do cuidado orientado por um novo pensar e agir, um cuidado reposicionado como um valor, uma ação integral que tem significados e sentidos voltados ao direito do ser (UCHÔA, 2009).

Na situação específica do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, as eSF funcionam como equipes de referência, e a equipe de apoio matricial seriam os NASF, que foram criados para aumentar a resolutividade das ações da eSF. O apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar um cuidado integral embasado nas tecnologias leves, e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões (DOMITTI, 2006).

O matriciamento necessário, no dia a dia dos serviços de saúde entre os processos produtivos, tanto os que resultam em procedimentos bem definidos quanto os que estão implicados com os atos cuidadores, poderia se dar de maneira que os gestores dos atos cuidadores sejam os responsáveis, perante o usuário e o estabelecimento de saúde, pela realização das finalidades da produção do cuidado (MERHY, 2004).

É possível matriciar procurando construir a figura do gestor do cuidado, que sempre será um cuidador. Mesmo quem atua como trabalhador de uma unidade de produção, pelo domínio que tem de uma certa competência específica, pode ser um cuidador de certos usuários, passando a responder pela produção do projeto terapêutico individual (MERHY, 2004).

Porém, o que, em muitos casos, se percebe é que se muda a forma de produzir, sem, no entanto, alterar o processo de trabalho centrado nas tecnologias duras. A formação de equipe, o deslocamento do trabalho para o território, o incentivo ao trabalho de vigilância e promoção da saúde, e o matriciamento do NASF são estratégias que dão uma ideia de que há mudança do modo de produzir saúde; no entanto, especialmente na atividade clínica, o núcleo do cuidado continua operando um processo centrado na lógica instrumental, prescritiva, de produção do cuidado, fortemente centrada nas tecnologias duras (FRANCO; MERHY, 2012).

A mudança verificada, nesses casos, não chega a alterar de fato as estruturas do modelo assistencial vigente, o modo de produção do cuidado

permanece submetido à lógica do alto consumo de tecnologias duras, substituindo processos mais relacionais (FRANCO; MERHY, 2012).

Assim, a gestão dos serviços de saúde tem um papel importante na organização do processo de trabalho e no desenvolvimento de dispositivos institucionais que contribuam para o trabalho em equipe, para a construção cotidiana de novos modos de produção de cuidado, de novas relações dos profissionais com os usuários, bem como entre os profissionais.

4.1.3 Trabalho Em Equipe

As características organizacionais das instituições de saúde têm forte influência na noção de trabalho em equipe nas práticas de saúde, além de serem fortemente influenciadas por fatores externos a elas, e, ainda, pelas características individuais e profissionais dos trabalhadores de saúde que se predispõem mais ou menos para essa forma de organização do trabalho em saúde (PEDUZZI et. al., 2012).

Portanto, pode-se afirmar que o conceito de trabalho em equipe de saúde, bem como a implementação dessa forma de trabalho, não é simples, mas pode representar um componente da reorganização das práticas de atenção em saúde que são predominantemente individualizadas, fragmentadas, voltadas apenas ao âmbito biomédico do adoecer. Este modelo vem sendo debatido e mostra-se historicamente incapaz tanto em promover transformações nos processos de adoecimento quanto em manter boas as condições de saúde (PEDUZZI et. al., 2012).

A proposta de reorganização dos serviços e das ações de saúde com base no trabalho em equipe aparece respaldada pela noção de atenção integral ao paciente, que requer de forma mais objetiva e intensa a integração dos saberes e trabalhos nas instituições de saúde, democratização das relações de trabalho e atenção dos membros dessa equipe voltada às necessidades de saúde dos usuários dos serviços, contribuindo na construção de saberes e práticas que vão além do modelo biomédico, abarcando as múltiplas dimensões da saúde (PEDUZZI et. al., 2012; PEDUZZI, 2001).

A noção de trabalho em equipe surgiu, então, como forma necessária de

se contrapor às formas hegemônicas de atenção em saúde e, ainda, como dispositivo interrogador da ênfase dada na formação especializada e curativa dos profissionais de saúde, que são fatores que dificultam o estabelecimento do trabalho em equipe, na lógica da colaboração entre os seus membros e na integração dos diferentes saberes (PEDUZZI, 2001).

Contudo, a ideia ainda predominante sobre o trabalho em equipe nos serviços de saúde é a coexistência de vários profissionais em um mesmo local de trabalho, atendendo a mesma clientela. O que não implica, necessariamente, integração e interação desses profissionais, e, em consequência, esta conformação de agrupamento não apresenta os potenciais para a mudança da lógica tecnoassistencial na direção da integralidade da atenção à saúde, que é, como se apontou anteriormente, a principal justificativa para a organização do trabalho na modalidade do trabalho em equipe interprofissional (PEDUZZI et al., 2012).

Franco e Merhy (2007) colocam que o trabalho em saúde é sempre coletivo, visto que o trabalhador de saúde não dá conta sozinho do complexo objeto desse trabalho. E o trabalho em equipe, nesta perspectiva, também exige a construção coletiva das ações em saúde, já que pode permitir a troca de informações almejando um melhor plano terapêutico.

Nesse sentido, faremos uso das contribuições de Peduzzi et al. (2012), que apontam para a distinção entre os termos “inter” e “multi” e entre “disciplinar” e “profissional”, pois são os que estão mais presentes na literatura e citados nas práticas. O termo “inter” remete a uma ideia de maior interação e integração do que “multi”. Já o termo “disciplinar” refere-se à ciência ou área de conhecimento, e “profissional”, a uma área de atuação ou trabalho, a uma prática profissional.

Quadro 1 - Níveis de contato e integração entre disciplina e profissões da saúde.

Multidisciplinar	Refere-se ao agrupamento de várias disciplinas ou áreas do conhecimento, com justaposição de diversas disciplinas, sem que ocorra integração entre estas.
Multiprofissional	Refere-se ao agrupamento de profissionais com formação em diferentes áreas, em um mesmo local de trabalho, sem que ocorra a articulação entre os seus trabalhos ou as suas ações.
Interdisciplinar	Refere-se à integração entre diferentes disciplinas ou áreas do conhecimento, preservando a autonomia de cada área e a noção de interdependência entre elas. Essa integração requer interação e comunicação entre os membros que participam do projeto, e é por meio dessa integração e dessa interação que ocorre o enriquecimento do conhecimento.
Interprofissional	Refere-se à integração do trabalho executado por profissionais de diversas áreas, por meio da sua interação e comunicação, preservando a especificidade do trabalho de cada área, mas pressupondo a interdependência entre elas.

Fonte: Peduzzi et al. (2012)

Diante dessa conceituação, fica claro que o trabalho realizado na perspectiva interprofissional, que pressupõe os diversos trabalhos executados por diferentes áreas profissionais, apresenta-se como o objetivo almejado no processo de construção do trabalho em saúde.

Para melhor compreensão do trabalho em equipe na perspectiva interprofissional, recorre-se à tipologia elaborada por Peduzzi, que identifica as características dos dois principais tipos de trabalho em equipe: a equipe “integração”, que se refere à equipe nas quais os profissionais buscam a interação/comunicação e a articulação das ações que executam, próximas à prática interprofissional; e a equipe “agrupamento”, que é sinônimo da ideia ainda predominante de trabalho em equipe como mero agrupamento de profissionais com a justaposição de ações e delegação das funções (PEDUZZI, 2012; PEDUZZI, 2001).

Ainda na perspectiva de instrumentalizar as formas de trabalho em saúde, com base no trabalho em equipe sob a lógica da interprofissionalidade, cabe destacar os fatores determinantes para que o trabalho em equipe na perspectiva interprofissional colaborativa se estabeleça.

Quadro 2 - Fatores determinantes para o trabalho em equipe sob a perspectiva interprofissional colaborativa.

Determinantes organizacionais

- Filosofia institucional favorável como valorização da participação, da liberdade de expressão e do reconhecimento da interdependência das ações das diferentes categorias profissionais.
- Suporte administrativo, como lideranças que motivem e coordenem o trabalho em equipe.
- Recursos materiais e estruturais que favoreçam a interação, como espaços de encontro, reuniões para a discussão do trabalho e organização arquitetônica que permita o contato contínuo entre os profissionais (proximidade física).
- Mecanismos de coordenação do trabalho, como protocolos discutidos e aprovados pela equipe, documentação padronizada, reuniões formais

para a discussão do trabalho (grupos de discussão) e formalização das regras e dos procedimentos.

- Horizontalidade e flexibilização nas relações hierárquicas.

Determinantes interacionais

- Voluntariedade ou predisposição ao trabalho interprofissional, que depende da formação profissional e da maturidade.
- Coesão grupal determinada pela constância da composição de uma equipe (manutenção dos mesmos membros por período duradouro de tempo, que favorece o vínculo e a confiança mútua).
- Compartilhamento dos mesmos objetivos.
- Confiança no trabalho do outro, que decorre do tempo de trabalho compartilhado, da paciência, dos esforços e das experiências positivas prévias, de demonstração de competência e do conhecimento.
- Habilidades comunicativas, como saber negar, abertura e disposição para a escuta e comunicação ativa.
- Respeito mútuo obtido por meio do reconhecimento da complementaridade e interdependência da ação do outro profissional.

Determinantes sistêmicos (externos aos serviços de saúde)

- Equidade de poderes entre as profissões (status social).
- Equilíbrio nas relações de gênero.
- Valores culturais que predispõem o individualismo e a especialização, contrários à prática colaborativa.
- Sistemas educacionais de formação profissional devem favorecer a prática colaborativa e não favorecer apenas (manutenção do território) a imersão na própria categoria que leva à centralização (autonomia não integrativa). Essa prática deve ser considerada nas instituições de ensino e nas atividades de formação em serviço.

Fonte: Peduzzi et al. (2012)

Os fatores determinantes da prática interprofissional apresentados pressupõem o trabalho em equipe desenvolvido com a busca da interação entre os

profissionais, entendida como a prática comunicativa que possibilita a construção de um projeto que seja compartilhado por todos, e da articulação, ou seja, a conexão e interfaces existentes entre as intervenções técnicas peculiares de cada área profissional. Essa concepção de trabalho em equipe mostra que os aspectos comunicativos permeiam todas as instâncias deste trabalho, pois a comunicação se configura em um dispositivo capaz de promover a interação entre os membros da equipe de saúde e entre a equipe e os usuários dos serviços de saúde (PEDUZZI et al., 2012).

A ESF destaca o trabalho em equipe como pressuposto e diretriz operacional para a reorganização do processo de trabalho em saúde (BRASIL, 2007). Porém, ainda persiste uma noção de equipe que se restringe à coexistência de vários profissionais numa mesma situação de trabalho, compartilhando o mesmo espaço físico e a mesma clientela, o que configura dificuldades para a prática das equipes, visto que a equipe precisa de integração para buscar assegurar a integralidade da atenção à saúde.

Como se referiu e havia sido analisado anteriormente, a atenção integral à saúde pautada na concepção da integralidade e no uso racional e responsável dos recursos disponíveis requer o trabalho em equipe interprofissional, que configura uma prática integrada e colaborativa entre os profissionais (PEDUZZI et al., 2012).

Contudo, para o funcionamento efetivo em equipe, baseado em colaboração interprofissional, a deliberada vontade e orientação de seus integrantes é necessária, mas não suficiente. É fundamental a instauração de ambiente democrático e de estruturas e mecanismos institucionais que garantam o surgimento, desenvolvimento e manutenção de espaços intraequipes que permitam o florescimento de práticas fundadas na cooperação entre saberes e ações (FURTADO, 2007).

Com a criação do NASF, há a possibilidade de ampliação da oferta das práticas integrativas e complementares. É desejável que os profissionais do NASF compartilhem ações em parceria com as equipes de saúde da família, para otimizar a atuação de ambos e a atenção à saúde dos usuários, à medida que podem ser oferecidas ações diversas para grande parte dos usuários com doenças crônicas e a revisão de tratamentos fundamentados apenas na medicalização das doenças.

Mais uma vez, cabe destacar a necessidade de construção do trabalho em equipe, integrado, agora entre os profissionais das equipes de saúde da família e os do NASF, e, para isso, a necessidade de promover discussões de casos clínicos e estimular ações compartilhadas que possam tanto qualificar o trabalho, tornando-o mais efetivo, quanto constituir educação permanente dos profissionais e das equipes.

A interação e a comunicação entre os profissionais são elementos fundamentais para a articulação das ações, a colaboração interprofissional e a integração da equipe (PEDUZZI et al., 2012).

Assim, a ausência de comunicação por parte dos integrantes da equipe pode comprometer a atenção integral ao usuário do serviço, bem como acarretar a omissão de ações de saúde.

5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

5.1 TIPO DO ESTUDO

Neste estudo foram adotados postulados de uma pesquisa exploratória, descritiva, do tipo qualitativa, por permitir maior aproximação junto às situações de trabalho e se mostrar mais pertinente aos objetivos desejados.

Compreende-se que o referencial qualitativo amplia o esquema explicativo, ao trabalhar com o universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes, abrangendo um espaço mais profundo de relações, processos e fenômenos que, muitas vezes, não são possíveis de serem apreendidos por meio da operacionalização de variáveis (MINAYO, 2004).

O significado é a preocupação essencial desse tipo de abordagem, em que o pesquisador preocupa-se com o processo, que é revelar como o objeto de estudo, que é o matriciamento do NASF sob a perspectiva das eSF, acontece e como ele se manifesta, não revelando apenas o resultado. Para isso, é importante o pesquisador estar atento aos objetivos, escutar, observar expressões, registrar tais

informações e avaliar, inclusive sua postura e corrigi-la, se necessário (TRIVIÑOS, 1987).

Pesquisas exploratórias objetivam facilitar a familiaridade com o objeto de pesquisa, de forma a tornar a questão mais clara (GIL, 2008). Para Cervo e Bervian (2002), a pesquisa exploratória realiza descrições precisas da situação e quer descobrir as relações existentes entre os elementos componentes da mesma e configura-se como o passo inicial no processo de pesquisa pela experiência e um auxílio que traz a formulação de hipóteses significativas para posteriores pesquisas.

De acordo com Cervo e Bervian (2002), os estudos descritivos, assim como os exploratórios favorecem as tarefas da formulação clara do problema e da hipótese como tentativa de solução. Trata-se do estudo e da descrição das características, propriedades ou relações existentes na comunidade, grupo ou realidade pesquisada. A pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos.

5.2 ÁREA DE ESTUDO E SUJEITOS

Este estudo está vinculado ao Projeto de Pesquisa “Implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Estado do Paraná: um olhar para os processos de trabalho na atenção básica à saúde”, financiado pela Fundação Araucária.

Para investigação, optou-se por trabalhar em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Londrina – PR, vinculadas a um NASF, visto que cada núcleo atua em cerca de quatro a cinco UBS, e cada uma é composta de duas a três equipes SF.

Londrina, em 2012, contava com 52 Unidades Básicas de Saúde, onde estavam alocadas 76 Equipes de Saúde da Família (ESF) e 13 equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Além dessas equipes, havia 10 Equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, que atuavam junto às eSF em seus respectivos territórios (LONDRINA, 2012).

A equipe de NASF foi escolhida após nós, pesquisadores, nos encontrarmos e apresentarmos nossa proposta de pesquisa para a equipe gestora central, e, diante do fato de estarmos pesquisando o matriciamento, a escolha da

gestão por essa equipe foi norteadada por critérios próprios de essa equipe ser a que mais se aproximava da proposta de trabalho. Sendo assim, os sujeitos da pesquisa foram integrantes das equipes de saúde da família de cada uma das quatro UBS em que esse NASF atuava.

5.3 INSTRUMENTOS UTILIZADOS NO TRABALHO DE CAMPO

As técnicas utilizadas no trabalho de campo foram a observação participante, a entrevista e a análise documental. O período no campo foi de outubro de 2012 a março de 2013.

5.3.1 Observação Participante

A observação constitui elemento essencial para a pesquisa. Por meio dela, os fatos são percebidos diretamente, sem qualquer intermediação (GIL, 2008). A observação participante consiste na participação real de uma situação determinada, é uma forma complementar de compreensão da realidade empírica (GIL, 2008; MINAYO, 2010).

As observações aconteceram nas quatro unidades de saúde nas quais a equipe NASF escolhida pela gestão central atuava e tinham como objetivo observar como se dava o matriciamento, se havia a articulação de ações e interação entre eSF e equipes NASF, e quando e como ocorriam, para, assim, nortear a formulação das questões para a entrevista com os profissionais.

A duração foi de um mês em cada unidade, acompanhando o dia a dia das eSF na articulação e interação com o NASF. Foram observadas reuniões de matriciamento, rotina das unidades, atividades diárias das equipes, visitas domiciliares, atividades em grupo com o NASF, reuniões de equipe e geral. Todas essas atividades somaram aproximadamente 320h de observação no período de outubro a dezembro de 2012 e fevereiro de 2013.

Para registro das observações, foi utilizado o diário de campo, que é um instrumento que permite o registro detalhado do conteúdo das observações no campo de pesquisa (BEZERRA, ARAÚJO, BARROSO, 2006).

O registro dos fatos observados se deu predominantemente de forma descritiva, com análise de algumas observações. Foram registrados todos os momentos de observação, e após a saída diária do campo de pesquisa, eram anotadas reflexões do que foi observado. Segundo Barbosa e Hess (2010), no diário de campo é importante registrar aquilo que faz sentido ao pesquisador, que desperta reflexões ou sentimentos, que o angustia e o envolve, e, particularmente, que anote as possíveis relações ou conexões provisórias entre os diferentes fatos ou idéias apresentados pelo fato observado.

5.3.2 Entrevistas

Segundo Lakatos e Marconi (2008), a entrevista trata-se de uma conversa orientada entre duas pessoas, das quais uma delas é o entrevistador e a outra o entrevistado. De acordo com Cervo e Bervian (2002), a entrevista tem o objetivo de recolher, por meio de interrogatório do informante, informações para a pesquisa.

A entrevista permite que o pesquisador se aprofunde no modo como cada participante do estudo percebe e significa a sua realidade, por meio de informações que possibilitem descrever e compreender as relações que se estabelecem no interior dos grupos, determinados em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas, o que geralmente torna-se difícil de ser alcançado com outros instrumentos de coleta (DUARTE, 2004).

Neste trabalho, o tipo de entrevista utilizada foi a semiestruturada (Apêndice A), com questões e temas elaborados após as observações para complementar os dados obtidos e captar as perspectivas dos profissionais da eSF sobre o trabalho matricial do NASF. Para as entrevistas, utilizou-se um roteiro baseado nas seguintes questões norteadoras: organização do trabalho do NASF na unidade, articulação e interação da eSF com o NASF, concepções dos profissionais sobre apoio matricial, avaliação, facilidades e dificuldades do processo de trabalho matricial.

Com a finalidade de aprimorar as questões do instrumento, foi feito pré-teste por meio de uma entrevista realizada com um trabalhador com formação superior atuante em UBS que não havia sido selecionado para o estudo. Também foram feitas adequações do roteiro durante o desenvolvimento da produção dos

dados. Minayo (2010) enfatiza que o roteiro pode e deve ser modificado não somente mediante a realização do pré-teste, mas durante o processo interativo que ocorre no decorrer da coleta dos dados, pela identificação de temas significantes não previstos anteriormente.

Para a entrevista, foi escolhido um profissional de cada categoria em cada unidade que estivesse atuando há mais de 6 meses. A escolha foi de forma intencional, de maneira a mesclar profissionais das diferentes equipes. Com relação à amostragem intencional, Thiollent (2004) afirma que ela proporciona a seleção de pessoas com maior relevância em relação ao problema do estudo. Quando havia mais de um profissional que atendesse aos critérios, houve um consenso entre os membros das categorias profissionais de quem teria o interesse em participar do estudo. Com isso, totalizaram 15 participantes da pesquisa. Para Minayo (2010), o número ideal de entrevistas é aquele que permite ao pesquisador explorar o fenômeno sob várias dimensões.

As entrevistas foram realizadas em fevereiro e março de 2013 por esta pesquisadora, após encerradas as observações, e ocorreram mediante agendamento por contato telefônico ou visita nas unidades, para a definição do dia e horário de início com os participantes do estudo. Elas aconteceram no ambiente de trabalho dos profissionais, contudo, antes da entrevista, foi observado se o ambiente físico estava adequado: se havia silêncio, se o local era confortável, tendo cuidado para que não houvesse interrupções externas. Ao entrevistado foi esclarecido que a entrevista era confidencial e que ele não seria identificado, permanecendo no anonimato (GIL, 2008; CERVO e BERVIAN, 2002).

Todas as entrevistas realizadas foram gravadas e posteriormente transcritas. Após a leitura, retiraram-se os vícios de linguagem e realizaram-se as correções ortográficas. Os participantes foram identificados por códigos, a fim de assegurar o sigilo de sua identidade. Para identificar os enfermeiros, foi utilizada a letra E, para os médicos a letra M, para as auxiliares de enfermagem as letras AE, e para as ACS a letra A. As entrevistas foram numeradas conforme a ordem de sua realização. Como exemplo dos códigos de identificação temos: AE1, A2, E3 e assim sucessivamente.

5.3.3 Análise Documental

O uso de análise documental como técnica de abordagem qualitativa tem sua importância, pois possibilita a complementação das informações que foram obtidas por meio de outras técnicas, desvelando aspectos novos de um tema ou problema (LUDKE, 2005).

Na literatura, encontramos que os documentos são fontes de dados registrados de maneira escrita, que se referem à realidade humana, revelando informações sobre sua vida e sua história, sendo um tipo de informação valiosa e que pode ser utilizada em pesquisa (PHILLIPS, 1974).

Segundo Gil (2008), deve-se considerar no desenvolvimento da pesquisa documental a exploração de grande número de fontes documentais, que podem ser de primeira mão, os quais não receberam qualquer tratamento analítico, por exemplo, “os documentos oficiais, reportagens de jornal, cartas, contratos, diários, filmes, fotografias, gravações etc.”, e de segunda mão, aqueles que de alguma forma já sofreram análise, como: “relatórios de pesquisa, relatórios de empresa, tabelas estatística etc.”.

Para a análise documental desta pesquisa, utilizamos todos os recursos disponíveis que tinham relação com o apoio matricial, entre eles prontuários, fichas, atas de reuniões, fotos, cadernos de controle, entre outros existentes, todos indicados pelos profissionais envolvidos na pesquisa.

5.4 ANÁLISE DO MATERIAL

Segundo Gil (2008, p. 75),

A análise tem como objetivo organizar e resumir os dados de forma tal que possibilite o fornecimento de respostas ao problema proposto para a investigação. Já a interpretação tem como objetivo a procura do sentido mais amplo das respostas [...].

A técnica adotada para a análise dos dados obtidos foi a Análise de Conteúdo, de Bardin (2004, p.37):

Conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Essa análise, ainda segundo Bardin (2004), é composta por diferentes fases, que se organizam em três polos cronológicos: 1- fase de pré-análise; 2- exploração do material; e 3- tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A fase de pré-análise é considerada a fase de organização, correspondendo a um período de intuições, mas que tem por objetivo operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais. Para atingir os objetivos desta primeira fase, seguem-se os procedimentos da leitura flutuante, que consiste em estabelecer o contato com os materiais a serem analisados, deixando-se invadir por impressões e orientações.

A fase de exploração do material consiste na administração sistemática das decisões tomadas na fase anterior. É considerada a fase de análise propriamente dita.

A terceira fase, a de tratamento dos resultados obtidos e interpretação, parte da transformação dos dados brutos em dados significativos e válidos. O pesquisador/analista, assim que torna os resultados significativos e fiéis, propõe inferência e realiza interpretações a propósito dos objetivos traçados, podendo ser relatadas outras descobertas inesperadas.

Foram utilizados, na análise, os produtos das observações que foram registrados no diário de campo, as transcrições das entrevistas, a análise documental, além do referencial teórico que embasou toda a discussão dos dados.

As observações e as transcrições foram lidas e relidas exaustivamente, seguidas por uma síntese dos resultados das observações de cada uma das unidades e uma síntese de cada entrevista. Após, foram identificadas, em cada síntese das entrevistas, pontos relevantes que pudessem revelar a perspectiva desses profissionais com relação ao trabalho matricial do NASF e, então, foi feita a relação desses produtos com as observações, evidenciando convergências e divergências, relações e contradições. Essa análise levou à criação de categorias que estruturassem o fenômeno estudado.

Para a interpretação dos resultados, foi utilizado referencial teórico de textos oficiais relacionados ao trabalho do NASF, cuidado em saúde, trabalho em equipe, apoio matricial/matriciamento e outros temas que surgiram durante a análise.

Procurou-se, em todas as etapas do trabalho, abordar a conjuntura que permeava o objeto de estudo, como seu histórico e as políticas que se relacionam ao objeto em questão. Por fim, buscou-se realizar a interlocução entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa com base nos objetivos traçados no início da investigação, estabelecendo-se uma relação de mão dupla entre o empírico e o teórico, entre o concreto e abstrato, entre o particular e o geral num movimento dialético, conforme sugere Minayo (2004).

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (CEP-UEL) e contemplou os princípios éticos que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos com base na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que fundamenta-se nos principais documentos internacionais que emanaram declarações e diretrizes sobre pesquisas que envolvem seres humanos, recebendo parecer de aprovação nº 93.228 e registrado no Sistema Nacional de Informações Sobre Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (SISNEP), com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 06127012.7.0000.5231, constante no Anexo A. Foi submetido também à autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina, por envolver profissionais a ela vinculados.

Os participantes receberam esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa e foram convidados a participar dela. Os indivíduos que aceitaram fazer parte da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em que consta a autorização para observação (Apêndice B), participação, gravação e transcrição das entrevistas (Apêndice C) e análise documental (Apêndice D).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 CENÁRIO ENCONTRADO NO ESTUDO

Como dito anteriormente, foi acompanhado o trabalho dos profissionais das eSF de quatro UBS, e posteriormente alguns deles foram entrevistados, e, para fins didáticos e de sigilo, as UBS estudadas serão denominadas de UBS 1, 2, 3 e 4, ordem pela qual foram realizadas as observações das atividades diárias das eSF, com ressalva para as reuniões de matriciamento, quando aconteceram, que foram observadas nos quatro meses de pesquisa em todas as unidades, independentemente de em qual unidade a pesquisadora estivesse em intensa observação. Abaixo é apresentado um quadro com a população, segundo IBGE 2010, de responsabilidade de cada UBS.

Quadro 3 - Unidades de Saúde, segundo número de habitantes

UBS 1	9.850 hab.
UBS 2	14.722 hab.
UBS 3	11.317 hab.
UBS 4	15.923 hab.

Fonte: IBGE 2010.

Inicialmente, a proposta era observar como é a rotina da unidade e assim definir os espaços de observação. Porém, na primeira unidade observada, após sete dias, diante da fragmentação do cuidado e o foco ser o matriciamento, mudou-se a estratégia para observar prioritariamente espaços de encontro entre o NASF e eSF, e assim foi com as outras unidades: observação do cotidiano e depois do conhecimento da área de estudo eram definidos os espaços prioritários, e esses espaços foram semelhantes em todas as unidades, com exceção de alguns existentes em umas e inexistentes em outras.

Abaixo são apresentadas as Unidades de Saúde, os períodos de observação e os espaços observados:

- UBS 1, outubro de 2012. Foram observadas: rotina da unidade, atividades diárias da equipe, visitas domiciliares, atividades em grupo com o NASF, duas reuniões matriciamento, reunião de uma equipe.
 - UBS 2, novembro de 2012. Reuniões de matriciamento, rotina da unidade, atividades diárias da equipe, visitas domiciliares, atividades em grupo com o NASF, três reuniões de uma equipe, uma reunião de cada uma das outras duas equipes e uma reunião geral.
 - UBS 3, dezembro de 2012. Rotina da unidade, atividades diárias da equipe, visitas domiciliares, atividades em grupo com o NASF, uma reunião de cada uma das três equipes e uma reunião geral.
 - UBS 4, fevereiro de 2013. Rotina da unidade, atividades diárias da equipe, atividade em grupo com o NASF, reunião de matriciamento.
- A composição das equipes estudadas está apresentada na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes integrantes das eSF nas UBS observadas, segundo categoria profissional, Londrina, 2013.

Unidades	Médico PSF	Enfermeiro PSF	Auxiliar de Enfermagem PSF	Agente Comunitário de Saúde	
UBS 1	Equipe A	1 Ped	1	1	4
	Equipe B	1 CG	1	1	4
UBS 2	Equipe A	1 GO	1	2	4
	Equipe B	1 Ped	1	2	4
	Equipe C	1 CG	-	2	2
UBS 3	Equipe A	1 CG	-	2	4
	Equipe B	1 GO	1	2	4
	Equipe C	1 CG	1	1	4
UBS 4	Equipe A	-	1	1	2
	Equipe B	-	1	1	2
	Equipe C	-	-	-	1
	Equipe D	-	-	-	2

Observa-se que as unidades estavam todas com déficit de algum profissional na época da pesquisa, o que poderia dificultar as inserções dos profissionais em diversas atividades que são demandadas no cotidiano do trabalho.

Interessante observar que justamente a unidade 4, que é responsável por um maior número de habitantes, é a que apresenta o maior déficit de funcionários, principalmente de médicos, pois, no período de pesquisa, não havia nenhum.

Destaca-se que, em algumas unidades, o pediatra ou ginecologista-obstetra (GO) é também o médico de família. Ele é o GO na unidade, porém tem extensão de carga horária para atuar com a eSF, que, conforme observado, garante que uma vez na semana sejam realizadas visitas domiciliares junto com sua equipe.

O NASF escolhido para o estudo também se apresentava com déficit de profissionais: sem psicólogo nas quatro unidades e sem fisioterapeuta em duas unidades, pois esses dois profissionais não tiveram seus contratos renovados após uma avaliação da gestão central com a gestão local. Os profissionais do NASF e da eSF estavam contratados por tempo determinado, de um ano, renovável por mais um ano, através de um teste seletivo realizado pela Prefeitura Municipal, em agosto de 2011. Na época da pesquisa, que se iniciou em outubro de 2012, já havia sido renovado o contrato por mais um ano, porém houve avaliações para determinar aquele cujo contrato seria renovado, e, nesse processo, foram demitidas a psicóloga e uma fisioterapeuta da equipe NASF estudada, profissionais estes que, do início ao fim da pesquisa, não haviam sido repostos.

Para entrevista, os participantes foram selecionados de acordo com os critérios estabelecidos. As categorias dos profissionais estão apresentadas na tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição do número de profissionais entrevistados, segundo categoria profissional, Londrina – PR, 2013.

Categoria Profissional	Total
Enfermeiro	4
Médico	3
Auxiliar de Enfermagem	4
Agente Comunitário de Saúde	4
Total	15

No quadro 4, está apresentada a trajetória acadêmica e profissional dos entrevistados segundo a categoria profissional.

Quadro 4 – Trajetória acadêmica e profissional dos sujeitos da entrevista, Londrina-PR, 2013.

Categoria Profissional	Formação Complementar	Tempo de serviço na UBS
AE1	Curso sobre Saúde da Família	17 anos
ACS2	Curso de formação de ACS	8 anos
E3	Especialização em Saúde Coletiva	7 meses
E4	Residência Multiprofissional em Saúde da Família	7 meses
AE5	Curso sobre Saúde da Família	9 anos
ACS6	Curso de formação de ACS	6 anos
M7	Mestrado em Saúde Coletiva	8 anos
AE8	Curso sobre Saúde da Família	15 anos
M9	Mestrado em Saúde Coletiva	7 anos
M10	Residência em Neurologia	3 anos
E11	Especialização em Saúde da Família	7 meses
ACS12	Curso de formação de ACS	5 anos
E13	Especialização em Saúde da Família	2 anos
ACS14	Curso de formação de ACS	12 anos
AE15	Curso em Saúde da Família	8 anos

Podemos observar neste quadro que, do total de participantes, 12 possuíam dois anos ou mais de tempo de serviço, e somente três estavam atuando na unidade há menos de um ano, o que nos leva a refletir que, apesar do déficit de profissionais, os que estão atuando possuem tempo de serviço suficiente para possibilitar vínculo e responsabilização pelo cuidado da comunidade assistida.

Em relação à formação complementar dos participantes, todos referiram

apresentá-la, sendo que, dos 15 entrevistados, somente uma pessoa não apresenta formação na área de saúde coletiva/saúde da família.

6.2 APRESENTANDO AS CATEGORIAS DE ANÁLISE

Das análises realizadas emergiram as seguintes categorias: Compreendendo a organização do NASF; Concepção de apoio matricial; Encontro entre profissionais do NASF e eSF; e Aspectos facilitadores e dificultadores do trabalho do NASF –, apresentadas, a seguir, de forma sistematizada. Ressalta-se que esta construção foi determinada pela compreensão do pesquisador sobre o fenômeno estudado.

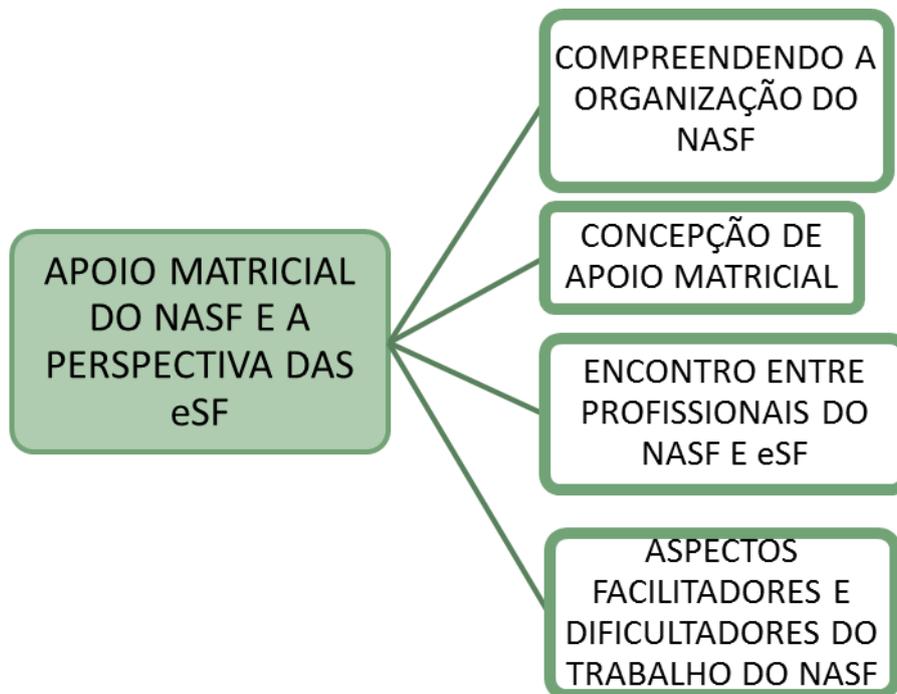


Figura 1: Sistematização das categorias de análise.

6.2.1 Compreendendo a Organização do Trabalho do NASF

A primeira categoria retrata a visão dos profissionais da eSF acerca da organização do trabalho dos apoiadores, que, segundo o conteúdo das entrevistas, a equipe NASF é composta por *educador físico, nutricionista, farmacêutica e fisioterapeuta* (AE1), sendo que, em algumas unidades, há fisioterapeuta e em outras não, além do

que em todas as unidades *está faltando o psicólogo* (AE5). A fisioterapia tem uma característica diferenciada, com carga horária de 30h, enquanto os outros profissionais cumprem 40h. Além disso, a esse NASF estudado, no momento da pesquisa, estavam vinculadas duas fisioterapeutas, sendo uma fixa, na UBS 4, e a outra se dividia entre outras duas UBS: uma da equipe NASF observada, UBS 2, e outra UBS de uma equipe NASF diferente. Deveria, ainda, haver um terceiro fisioterapeuta vinculado ao NASF estudado, que atuaria nas outras duas UBS, 1 e 3, porém, durante o período do trabalho de campo, ainda não havia esse profissional.

Observou-se que, em média, cada profissional do NASF fica dois períodos na semana em cada unidade, e somente as fisioterapeutas, por terem uma organização diferenciada, apresentavam maior frequência em cada unidade.

Com relação ao déficit de profissionais do NASF, as equipes Saúde da Família se mostraram bastante afetadas pela ausência deles, trazendo que *uma dificuldade agora é não ter a psicóloga e a fisioterapeuta* (AE8). Houve uma situação em que uma paciente procurou o psicólogo para continuar a terapia, entretanto, na recepção, o que ela encontrou foi a notícia de que não havia mais esse profissional lá, então a paciente foi dispensada. Isso leva à reflexão sobre como esses profissionais que estão inseridos nas eSF se deparam com demandas de toda natureza existentes no território no qual atuam, e talvez não se sintam preparados para lidar com essa complexidade, o que dificulta a responsabilização pelo cuidado.

Pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a política de Atenção Básica e revisa diretrizes para sua organização, um dos fundamentos e diretriz da atenção básica é o desenvolvimento das relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado, acompanhando a efetividade das intervenções em saúde, e, se necessário, o ajuste de condutas, evitando a perda de referências (BRASIL, 2012a).

Cunha e Campos (2011) colocam que a equipe de referência tem a responsabilidade pela coordenação e condução de um caso individual, familiar ou comunitário, ou seja, deve encarregar-se da atenção ao longo do tempo. Na atenção básica, a equipe de referência é a eSF, que tem sua população adscrita pela qual é

responsável. Esse fato descrito acima, que foi observado, mostra que talvez a referência fosse o apoiador, e não a equipe saúde da família

Segundo Franco e Merhy (2007), apesar de a ESF ter a territorialização, vínculo e responsabilização como diretrizes, essas ferramentas por si só não mudam o perfil dos serviços de saúde, sua forma de produção e seu núcleo de trabalho medicocentrado, porque apenas modificam a estrutura, ou seja, o desenho sob o qual opera o serviço, e isso não garante que a relação dos profissionais com os usuários seja também realizada sob novos parâmetros de trabalho no território das tecnologias de saúde, e de acolhimento, e construção de processos mais comprometidos com os usuários e seus cuidados.

Ainda segundo esses autores, isso significa que, em grande medida, a normatização da ESF inspira-se nos cuidados a serem oferecidos para ações no ambiente, dando pouca importância ao conjunto da prática clínica, nem toma como desafio a necessidade de sua ampliação na atenção singular, necessária para os casos em que os processos mórbidos já se instalaram. Dessa forma, a ESF desarticula sua potência transformadora, aprisionando o trabalho vivo em ato, em saúde, em normas e regulamentos definidos conforme o ideal da vigilância à saúde, transformando suas práticas em “trabalho morto” dependentes.

Vigilância à Saúde incorpora a reflexão em torno da adequação das ações e serviços aos problemas, necessidades e demandas da população, articulando o **enfoque populacional** (promoção) com o **enfoque de risco** (proteção) e o **enfoque clínico** (assistência), constituindo-se em uma forma de pensar e de agir em saúde, de acordo com a situação de saúde das populações (TEIXEIRA; COSTA, 2003).

A ESF, sendo norteadada pela vigilância à saúde, se torna limitante e insuficiente para responder à complexidade dos problemas de saúde. Portanto, ao uso da vigilância à saúde, é preciso agregar o conhecimento inscrito na clínica, na sociologia, psicanálise, teorias gerenciais, planejamento entre outros (BRASIL, 2007; FRANCO; MERHY, 2007).

Além disso, a ESF com seu caráter prescritivo, pouco contribui para que seja possível o trabalho em equipe, somando-se as competências e a criatividade de cada membro da equipe, e pode propiciar aos profissionais assumirem a atitude que

predominantemente assumem hoje: isolar-se em seus núcleos de competência e apenas se encaminharem para outros núcleos de saberes; e, quando não há essa possibilidade, como no caso descrito, devido à falta do especialista, assumem uma postura estática diante do problema (FRANCO; MERHY, 2007).

No entanto, o trabalhador tem autonomia, no cotidiano do serviço, para ignorar tais prescrições, aceitá-las como um compromisso com o serviço, e não com o usuário, ou ignorar parte das recomendações e dedicar-se à população para a melhoria das condições de vida (FRANCO; MERHY, 2007). O que resultaria em uma postura do profissional de saúde, diferente da que foi observada diante de uma demanda do usuário.

Os trabalhadores possuem autopoder e autogestão na micropolítica do trabalho, podendo ou não aderir às propostas do sistema. Para Franco e Merhy (2007), a micropolítica é entendida como o agir cotidiano dos sujeitos, na produção do cuidado em saúde no dia a dia, nas relações entre os trabalhadores e entre estes e os usuários.

Portanto, importantes obstáculos se interpõem para transformar o modelo assistencial, indicando por que é necessário alterar muito mais do que estruturas; é preciso modificar as referências epistemológicas, destruir o núcleo duro de comportamentos estereotipados, estruturados (MERHY, 2009).

O olhar dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre o trabalho dos apoiadores matriciais é de que *o trabalho deles é muito bom e importante aqui na unidade (ACS2)*. Isso foi dividido em atividades específicas de cada profissão e as desenvolvidas pela equipe NASF em conjunto.

As atividades da nutricionista e da fisioterapeuta foram as mais conhecidas pelos profissionais das eSF, *tanto a fisioterapeuta como a nutricionista, são duas profissionais que têm uma agenda bem intensa de atendimento clínico individual até pela demanda da unidade. Então, elas têm uma agenda estruturada dentro da unidade, mas elas têm conciliado também visita domiciliar e elas também estão inseridas nos grupos (E4)*.

Esse atendimento individual se dá através do agendamento de consultas por encaminhamento médico em três unidades ou, como o caso de uma unidade, por encaminhamento do enfermeiro também. *Tudo é direcionado pela equipe, às vezes pelo médico, às vezes a enfermeira pode ir dando encaminhamento, mas o auxiliar não, nem o ACS, eles*

trazem o problema, discutem comigo, aí eu faço a avaliação se precisa mesmo, por exemplo, da fisioterapeuta ou não (M7).

Na análise documental, a agenda para essas profissionais existe em todas as unidades, estando completa em todo o período em que o profissional está na unidade, com dois horários na semana para visita domiciliar. Além disso, elas possuem, em algumas unidades, atividades com grupos específicos de sua área.

Interessante observar que a demanda por atendimento clínico da especialidade é grande e reflete a expectativa das eSF e dos usuários com a relação a esses profissionais. No contexto atual do modelo assistencial predominante, essa demanda é legítima, e, para os profissionais das eSF, esse atendimento é uma possibilidade, e importante, tanto que eles disseram que o trabalho dos apoiadores, do jeito que está organizado, está adequado.

Essa expectativa por atendimentos clínicos também reforça a concepção, ainda muito presente, do modelo médico hegemônico, fortemente especializado, existente nos serviços de saúde, levando à resistência a novas estratégias de como se produzir mudanças no trabalho em saúde.

Vale lembrar, conforme já apresentado, que o apoio matricial apresenta, dentre as dimensões de suporte, a assistencial, que é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, ou seja, ela também se fará necessária, porém deve se ter o cuidado para que ela não seja única e norteadora do processo de trabalho desses profissionais.

O educador físico e a farmacêutica não possuem agenda de atendimento individual, nem de visita domiciliar, porém, quando necessário atendimento individual, alguém da eSF solicita, e eles fazem uma visita ou agendam uma conversa.

A farmacêutica especificamente controla *toda parte da medicação, quando o paciente vem com pedido daquele aparelhinho de HGT, ela pede e fornece para o paciente. A parte dela é essa, cuidar da medicação e da farmácia (ACS6)*, e participa de alguns grupos que são coordenados pelos outros profissionais do NASF.

A análise desse olhar reflete a restrita descrição das atividades específicas da farmacêutica, pois apenas a reorganização da farmácia foi percebida pelo trabalhador. No entanto, pensar na assistência farmacêutica de modo a

contemplar a integralidade da atenção significa pensar em atividades para além do controle de medicamentos.

Assim como os demais profissionais, a inserção da farmácia na atenção primária ainda é incipiente. Araújo, Ueta e Freitas (2005), ao realizarem um estudo em farmácias do SUS, demonstraram que o trabalho de farmacêuticos no Brasil está centrado na gestão de medicamentos, focada na disponibilização e garantia de acesso aos fármacos, com orientações voltadas para a predominância de instruções do controle quantitativo do medicamento, no sentido de ditar regras de uso.

A portaria 154 do Ministério da Saúde prevê como atuação do profissional farmacêutico do NASF: a realização de intervenções diversas (individuais ou coletivas) para orientação quanto ao uso correto dos medicamentos, à prevenção e ao tratamento da dependência química, à utilização de plantas medicinais, à viabilização da dispensação de medicamentos de alto custo e outras ações específicas da sua formação de base, bem como intervenções que dizem respeito a qualquer profissional de saúde, independentemente do seu saber específico, indo para além da clínica e da saúde coletiva (BRASIL, 2009).

Apesar de não reconhecidas pelos profissionais das eSF, nas observações foi possível identificar essas outras atribuições da farmacêutica, pois ela fazia orientações sobre uso correto de medicamentos para pacientes e profissionais da equipe, além de participar de orientações sobre diversos temas, que não só relacionados a medicamentos, por exemplo, sobre a tuberculose, em atividades em grupo.

O educador físico atua com *atividades em grupo (E13)*, *coordenando os grupos de caminhada e alongamento (ACS12)* em todas as unidades e participando de outros grupos com os outros profissionais do NASF. De acordo com as observações, esses grupos são formados por moradores das áreas de abrangência das unidades, portadores de diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial. Esses encontros acontecem de duas a três vezes por semana.

A prática do profissional de educação física na atenção básica, segundo a portaria do NASF, deve envolver ações que minimizem riscos à saúde, incentivem o autocuidado e estimulem a inclusão social por meio da atividade física regular, esporte, lazer e práticas corporais, com ampliação e valorização dos espaços

públicos de convivência. O profissional de educação física deve, ainda, participar da supervisão das atividades desenvolvidas pelas equipes multiprofissionais e detectar as necessidades de saúde (BRASIL, 2008).

O entendimento das causas que levam às dificuldades de organização das atividades das profissões que não atuavam na unidade, anteriormente, é fundamental. Mesmo as profissões que já tinham uma atuação anterior nas UBS ainda enfrentam limitações na sua capacidade de produzir mudanças efetivas. Entretanto, existem alguns aspectos pontuados por diferentes autores sobre o desenvolvimento histórico de cada profissão que sinalizam algumas das limitações impostas para a inserção de algumas categorias profissionais na atenção básica/ESF.

De acordo com Soares (1994), desde o tempo da ditadura, sob os preceitos higienistas, moldada pelos anseios sociais da época, a atuação do profissional de educação física tinha enfoque no fortalecimento dos corpos e atividade física, fato que direcionava a sua formação essencialmente técnico-científica, utilitarista, alienada e alienante. Como resquícios desses primórdios, o modelo de formação em educação física, em descompasso com as tendências da saúde, tem privilegiado o trabalho individual e o espaço privado, apesar de suas expectativas irem além das atividades desenvolvidas nos centros esportivos, clubes e academias.

O fisioterapeuta, além de estar inserido no mesmo contexto dos demais profissionais da saúde com formação direcionada à doença, padece desse infortúnio de forma mais acentuada, já que é visto como “o profissional da reabilitação”, ou seja, atuando exclusivamente no momento em que a doença, lesão ou disfunção já foi estabelecida (DELIBERATO, 2002). Em sua maioria, os fisioterapeutas trabalham em hospitais, clínicas, consultórios, ambulatórios, postos de saúde pública, alguns com plantões nos finais de semana.

Dentre as atividades percebidas pelos trabalhadores, como realizadas em conjunto pelos profissionais do NASF, destacou-se a coordenação de grupos, os quais constituem estratégias de intervenção em saúde. Para os profissionais das eSF, sobre os profissionais do NASF, *todos estão inseridos em grupos, onde a gente acredita que veio dar força, um apoio para a ESF nessa parte que a gente não conseguia* (E11). Verifica-se,

nesta fala, também a expectativa por parte desses profissionais com relação à atuação do NASF em atividades grupais. Parece que, diante das diversas atividades atribuídas às eSF e a complexidade da atenção, os profissionais acabam sendo absorvidos pela demanda e são capturados por um trabalho morto, centrado em procedimentos, e não conseguem assim desenvolver atividades extramuro, vendo, com a chegada de outros profissionais, essa possibilidade.

Considerando os vários grupos, é possível identificar que muitos deles foram organizados a partir do diagnóstico ou localização física de seu agravo (grupo do diabético, grupo da coluna). Tal resultado chama a atenção para a reprodução da lógica biomédica e curativa na organização dessas atividades que reduzem o usuário a partes do corpo. O cuidado fica focado em partes físicas do indivíduo e não na complexidade da sua vida. Além disso, o grupo aqui se mostra como um atendimento clínico, porém não individual, e sim em conjunto com outras pessoas com as mesmas queixas.

O modelo biomédico, ainda hoje predominante, tem suas raízes históricas vinculadas ao contexto do Renascimento, parte de um paradigma epistemológico “corpo máquina”, incorporado da visão reducionista e mecanicista do Homem e da Natureza de filósofos como Galileu, Descartes, Newton, entre outros que propunham ideais de uma visão do mundo como uma máquina, e se instaurou como eficaz durante o século XIX, no decorrer da Revolução Industrial, quando vários problemas de saúde emergiram, necessitando do combate da doença para evitar a proliferação de organismos patogênicos causadores das enfermidades (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2000).

A base desse modelo, em grande parte, é em uma visão cartesiana do mundo e considera que a doença consiste em uma avaria temporária ou permanente do funcionamento de um componente ou da relação entre componentes. Curar a doença equivalia, nesta perspectiva, à reparação da máquina (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2000).

O paradigma mecanicista foi hegemônico por quase 14 séculos e, ainda hoje, tem forte influência nas práticas de saúde. A adesão ao raciocínio e práticas biomédicas tem a ver com as supostas soluções, mesmo que paliativas, por não agirem nas causas propriamente ditas, por se concentrarem nas 'partes' de um

sistema ou de um processo que, na sua essência, é mais complexo (BARROS, 2002).

Podemos definir que esse modelo assistencial tem como principal compromisso a produção de procedimentos. Apenas secundariamente existe compromisso com as necessidades dos usuários. A assistência à saúde se confunde, portanto, com a extraordinária produção de consultas e exames, associados à crescente medicalização da sociedade. Estas ações foram substituindo ao longo do tempo as ações relacionais comprometidas com a busca do cuidado à saúde e da cura como finalidade última de um trabalho em saúde, que se pauta pela defesa da vida individual e coletiva (FRANCO; MERHY, 2012).

Sendo assim, mesmo que alguns profissionais se empenhem para ver seu paciente como um todo e tentem situá-lo em seu contexto socioeconômico, acabam por regressar ao reducionismo, pois este foi o modelo em que foi pautada sua formação e que ainda é hegemônico.

Além dessas atividades individuais e em grupo, alguns profissionais da ESF informaram que acontece, uma vez por mês, uma reunião de matriciamento, *que é um espaço para sentar e discutir casos (E3)*.

Essa reunião de matriciamento foi um espaço criado para que o NASF pudesse se reunir com as equipes saúde da família para discussão de casos, visto que não era possível que os apoiadores participassem das reuniões de equipe já existentes, devido à não compatibilidade de horários. O objetivo inicial dessa reunião era que as eSF trouxessem casos para discussão e, assim, o NASF pudesse apoiar as equipes na resolução desses casos. Participam dessa reunião com o NASF somente alguns profissionais da eSF, com predomínio dos ACS. As datas dessas reuniões foram acordadas no início do ano em cada unidade.

Foram observadas duas reuniões de matriciamento das UBS 1 e 2, uma da UBS 4 e apenas da UBS 3, que não foi possível porque essa reunião não foi feita no período todo de observação. Elas aconteciam na sala de reuniões das unidades; assim, apesar de já terem sido estabelecidas as datas dessas reuniões, um dia antes sempre um profissional do NASF tinha que lembrar a equipe através de cartazes. Quando a equipe do NASF não fez o cartaz, não houve a reunião, porque

nenhum profissional da eSF se preparou para que ela acontecesse, pois não se lembravam do compromisso.

A dinâmica dessas reuniões era coordenada pelo NASF, que solicitava à eSF para apresentarem casos para discussão, o que nem sempre acontecia; às vezes, o próprio NASF apresentava algum caso, ou então usavam esse espaço para falar sobre algum tema que a equipe Saúde da Família gostaria de saber para ser ajudada em suas práticas. Esse fato ocorreu em duas reuniões de unidades diferentes, em que a farmacêutica questionou sobre dúvidas para dar orientações de medicações, e os ACS se interessaram em discutir isso, pois encontravam dificuldade para orientar os pacientes, principalmente sobre medicações controladas.

Nas reuniões de matriciamento, havia uma ficha de Plano Terapêutico em que constava a descrição do caso, as intervenções, o nome do gestor do cuidado, que era eleito na reunião, e avaliação do plano terapêutico. A maioria dessas fichas apresentava o encerramento dos casos discutidos, outras ainda necessitavam de condutas para sua conclusão ou não, e eram retomadas nas reuniões para reavaliação. Além disso, também havia a ficha de controle da reunião com nome dos participantes e o caso que foi discutido.

O Plano ou Projeto Terapêutico é definido por Franco (2007) como um conjunto de atos assistenciais pensados para resolver um problema de saúde. Eles podem expressar o modelo centrado em procedimentos ou produtor de cuidado, e tanto um quanto outro vai conduzir a estruturação das práticas de saúde.

Essa sistematização apresentada do plano terapêutico é um instrumento que facilita a discussão dos casos, o que levou a um avanço na tentativa de ampliar os olhares sobre os problemas de algum indivíduo ou família. Porém, o que ficou evidente na análise desses documentos e observação das discussões foi que esses projetos terapêuticos ainda são produzidos de acordo com as práticas assistenciais em uso, ou seja, centrados na especialidade, conforme explicitado no trecho abaixo:

Discussão do caso do Sr. A. C. que é diabético tem dificuldades para fazer as atividades diárias, e a filha dele que mora com ele, é alcóolatra e não colabora nos cuidados com o pai, ele não se alimenta adequadamente e não faz uso das medicações corretamente. Discutiui-se o que poderia ser feito, e ficou definido que a nutricionista iria fazer uma visita para orientar sobre alimentação e a farmacêutica iria junto com a ACS da microárea montar os

vidrinhos com as medicações para facilitar a adesão do paciente ao tratamento. Discutiu-se que a filha precisa ajudar nos cuidados, porém é difícil abordá-la (DIÁRIO DE CAMPO, 11/10/2012).

Os encaminhamentos dados diante do caso foram focados no controle dos fatores biológicos, e estes divididos por especialidade e transferência da responsabilidade pelo caso para o apoiador, portanto quando é relacionado à alimentação, é a nutricionista que assume as ações; se for sobre medicação, é a farmacêutica, e assim com as demais especialidades.

O apoiador matricial é um especialista que tem um núcleo de conhecimento distinto daquele dos profissionais de referência e que pode agregar recursos de saber e contribuir com intervenções que aumentem a capacidade da equipe saúde da família, que é responsável pelos casos de sua área de abrangência, de resolver problemas de saúde. O apoio matricial deve se embasar na procura da construção e ativação de espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores (CAMPOS E DOMITTI, 2007).

Segundo Chiaverini (2011), o bom matriciador dialoga, solicita informações da equipe de referência do caso e pergunta a opinião sobre condutas, instigando a equipe a raciocinar. Com isso, ele ensina e aprende, além de colocar os matriciandos em posição ativa, fazendo da conduta conjunta um espaço de estímulo ao crescimento das competências da eSF.

Interessante observar que, nas reuniões das equipes observadas, não foi elencado nenhum caso para ser levado para essa reunião de matriciamento, e também nenhum profissional que participa das reuniões de matriciamento colocou para a equipe o que foi discutido sobre algum caso no matriciamento. Inclusive, uma das participantes relata que ela *não sabia que eles (outros membros da equipe) estavam indo (na reunião de matriciamento) e levando casos, não tem essa discussão na equipe (M7)*.

A desvalorização desse espaço pelos profissionais das eSF se mostrou presente desde a dificuldade para se reunir até no ato da reunião, com conversas paralelas em muitos momentos, o que nos leva a refletir sobre essa opção, por criar mais um espaço para reuniões, no caso a reunião de matriciamento, que pode ter sido desmotivadora para a equipe SF.

Talvez, usar o espaço de reuniões das equipes seja mais interessante,

visto que a equipe SF já se reúne para discussão dos casos de sua área de abrangência, e, mesmo que nem todos os profissionais do NASF possam participar, ao menos um deles, de acordo com a demanda dos casos, poderia estar presente, assim haveria mais envolvimento por todos da eSF, com a coordenação por eles dos casos, possibilitando sua maior resolutividade.

Essa reunião de matriciamento, além de pouco valorizada, criou uma concepção de matriciamento, por parte dos profissionais da eSF, limitada a este espaço, como veremos adiante.

6.2.2 Concepção do Apoio Matricial

Em relação às concepções das equipes saúde da família, foi possível constatar que a proposta do apoio matricial ainda apresenta muitas incertezas e não está muito clara para esses profissionais. Em um estudo realizado em Natal, Dimenstein (2009) também observou, nos resultados, a falta de clareza dos profissionais da eSF acerca do apoio matricial.

A ideia de matriciamento está fortemente vinculada a uma ação pontual e específica, fugindo aos sentidos originais implicados à proposta. É provável que a reunião mensal, chamada de matriciamento nas unidades estudadas, atuou como fator indutor das respostas.

A maioria dos entrevistados entende o matriciamento como *uma reunião da equipe SF junto com todos do NASF para discussão de casos mais complexos (E11)*, espaço no qual vislumbram possibilidades de cuidado ampliado para os usuários e suas famílias. Resultado semelhante foi encontrado na pesquisa de Schatschneider e Olschowsky (2012), que tinham como objetivo analisar as ações de matriciamento em saúde mental realizadas na Estratégia Saúde da Família a partir das perspectivas dos profissionais, em que o entendimento sobre a estratégia de matriciamento permeou, entre outras, a concepção de discussão de casos.

Apesar de compreender que o matriciamento não deva estar limitado apenas a um momento, essa reunião de matriciamento foi um espaço conquistado, e, de certa forma, possibilita o encontro entre alguns membros da equipe saúde da família com os apoiadores matriciais e, assim, traz a possibilidade de troca de

saberes e construção do cuidado no espaço do território. Porém, essa estratégia poderia ser revista, na tentativa de potencializar a articulação entre os diversos profissionais em outros espaços.

Ainda de acordo com as falas dos entrevistados, conclui-se que o matriciamento é percebido como um apoio para a resolução de alguns casos, porém com a visão predominantemente fragmentada do trabalho em saúde, baseada nos conhecimentos especializados, *cada um fica responsável por aquilo que ele é capaz de fazer naquele momento, cada profissional vai colaborar conforme sua especialidade, se um paciente está com uma descompensação ou uma alimentação irregular, aí depende da avaliação da nutricionista...se é um problema psicológico é pro psicólogo, então depende do que é o problema, aí direciona para quem encaminhar* (E3), o que propicia, ainda, o fortalecimento da lógica do encaminhamento.

Essa lógica também foi resultado da observação tanto nas reuniões de matriciamento quanto nas visitas, em que, quando era algo sobre alimentação, era encaminhado para a nutricionista assumir o cuidado, ou, quando era dificuldade de locomoção, era encaminhado para fisioterapeuta, e assim com as outras especialidades. Até mesmo a falta de retorno sobre o caso em que foi solicitado apoio é justificada dentro dessa lógica, pois eles fazem o *trabalho deles e a gente o nosso, quando a nutricionista tem que ir na casa, a gente acaba indo junto para levá-la, mas nunca tem um retorno* (ACS 6).

Mesmo quando o profissional pensa na perspectiva de que o apoio pode romper este movimento de encaminhamento ao especialista a partir do discurso, quando chega o momento da prática, ou seja, de definir a referência para o caso, o que sobressai ainda é a concepção de que o especialista deve ser responsável pela intervenção, reforçando a impressão de que só mudou o local onde o especialista vai atuar: no caso, com o NASF, a atuação fica no próprio território.

Dessa forma, acredita-se que, com o matriciamento dos casos das eSF, pode haver o crescimento das competências de todos os atores envolvidos nesse processo, viabilizando novas formas de produzir o cuidado em saúde.

Interessante observar que, conforme explicitado no histórico de implantação do NASF, consta que houveram oficinas de capacitação e sensibilização quanto a esse novo arranjo, e, de acordo com os anos de trabalho

dos profissionais nas unidades, esses profissionais teriam participado dessas capacitações. Ainda assim, a maioria dos profissionais não foi capaz de definir a proposta, indicando seus pontos mais importantes, o que nos mostra que para apropriação conceitual de algo, é necessária a vivência, para assim se tornar significativo, e no caso, essa vivência é complexa e apresenta obstáculos de diversas naturezas.

Uma proposta como essa, que envolve muitos atores em sua elaboração e execução, deve ser discutida por todos os envolvidos, visto que as ações deverão ser construídas em parceria no decorrer do processo. Porém, não depende apenas de tomada de decisões no nível da gestão no momento da implantação, mas de um processo que precisa ser acompanhado, fomentado, estar em processo de educação permanente.

6.2.3 O Encontro entre profissionais do NASF e eSF

A terceira categoria trata da articulação de ações e interação NASF e eSF no processo de trabalho matricial. Com base no estudo de Silva e Trad (2005), a articulação é a conexão entre as ações dos distintos profissionais, e interação é a prática comunicativa com busca de consensos.

De acordo com a fala dos entrevistados da equipe de enfermagem, existe articulação das ações, à medida que *marca para eles (NASF) fazerem uma avaliação, conforme os pedidos médicos, essa é a nossa parte (AE8)*. Os médicos entrevistados colocam que a sua articulação com o NASF ocorre quando encaminham os usuários que previamente avaliaram no momento da consulta de rotina para a categoria profissional que considerarem adequada para a resolutividade de um problema específico identificado durante a consulta: *a gente faz primeiro uma avaliação global para depois, se necessário, fazer o encaminhamento (M7)*.

Essa forma de articulação referida por alguns médicos entrevistados contribui para a valorização do modelo médico-centrado, com enfoque nas especialidades, nos saberes e cuidados específicos de cada profissão, em detrimento do trabalho em equipe (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2000).

Com relação às atividades em grupo, os entrevistados percebem que não há articulação: *eu não participo das atividades em grupo, porque não tem condições da gente ir, a gente faz a nossa parte, e eles a deles.* (AE1).

Os agentes comunitários são os que mais participam das atividades em grupo, por maior disponibilidade de tempo, porém no sentido de auxílio aos profissionais que conduzem o grupo, no caso os integrantes do NASF. Em todos esses grupos, há envolvimento de pelo menos um ACS. Isso é reconhecido pelos membros das eSF pois, *quem mais tem tido a oportunidade de participar dos grupos é o agente comunitário, o auxiliar acho que menos, eu não participo, e a enfermeira também muito pouco, tenho a impressão que só o ACS tem tido a oportunidade* (M9).

Fica evidente que quem assumiu a coordenação por atividades em grupo foram os profissionais do NASF, tomando para si a responsabilidade pelo cuidado e como se essa fosse uma atribuição exclusiva desses profissionais. A seguinte fala reforça essa reflexão: *a equipe às vezes se acomoda por ter o NASF, principalmente quando a gente pensa em ações coletivas que a gente deveria desenvolver e não faz porque acha que é função do NASF* (E4).

O trabalho na lógica do apoio matricial visa personalizar a referência e contrarreferência, em vista da possibilidade do contato direto entre a equipe de referência responsável pelo caso e o apoiador. Nas unidades estudadas, esse encontro acontece em espaços informais, quando o profissional do NASF está na unidade, porém na perspectiva de explicar o caso e encaminhar para o especialista, e não para discutir e agregar ferramentas para a continuidade do cuidado pelo profissional de referência. O encaminhamento por meio de impresso entregue ao paciente, solicitando-se algum tipo de intervenção ao apoiador, sem discussão do caso, com agendamento direto para o especialista, é feito quando o apoiador não está presente na unidade.

Nessas situações, Campos e Domitti (2007) recomendam que o profissional de referência acione o apoio matricial, de preferência por meios diretos de comunicação, contato eletrônico ou telefônico, e não apenas por meio de encaminhamento impresso. Os autores também expõem que, em situações em que é necessário atendimento da especialidade, o apoiador pode programar a

intervenção, desde que mantenha contato com a equipe de referência e que esta não se descomprometa com o caso.

No espaço da reunião de matriciamento, em todas as UBS, os participantes são *todos do NASF, o ACS sempre está presente, o auxiliar e o enfermeiro às vezes participam, o médico é mais complicado porque normalmente está em consulta* (E13).

É relevante apresentar que dois médicos referiram desconhecer essa reunião e suas características: *eu não fui envolvida no matriciamento, nunca participei, não sei nem como que é a organização disso* (M7). Esses dois profissionais atribuíram esse desconhecimento sobre a reunião à configuração de seu trabalho na unidade, o qual se encontrava totalmente centrado na realização de consultas e atendimento a uma grande demanda, o que dificultava o conhecimento deles sobre outras atividades da unidade.

A própria organização do serviço, que está centrada no atendimento médico, não possibilita a participação e envolvimento dos profissionais médicos em outras atividades da unidade, reforçando ainda mais o modelo assistencial hegemônico. Tal modelo, centrado no conhecimento especializado, em equipamentos, fármacos e seu desenvolvimento tecnológico, compromete-se com a grande produção de consultas, exames e medicalização da sociedade. Esta modalidade emperra o ato de assistir à saúde comprometido com as necessidades dos usuários, que busca o cuidado em saúde para a defesa pela vida como sua maior finalidade (FRANCO; MERHY, 2012).

A mudança desse modelo assistencial está condicionada à mudança do processo de trabalho de todos os profissionais, principalmente do médico, que, muitas vezes, desenvolve um trabalho mecânico, não utilizando as tecnologias leves, a prática do acolhimento, o estabelecimento de vínculo, que acontecem nas relações entre trabalhador e usuário, de maneira articulada, como sujeitos do mesmo processo de produção da saúde (FRANCO; MERHY, 2012).

Não foi observada ou relatada que houvesse visita domiciliar compartilhada entre membros das eSF e NASF; o que há de articulação é que, durante as visitas dos profissionais do NASF, os ACS vão junto, porém o seu papel se restringe a indicar a residência. Geralmente, eles não são envolvidos no

processo. Esta situação também foi constatada por Bastos (2003) e por Silva e Trad (2005).

O que foi observado nas visitas domiciliares dos profissionais da eSF é que cada membro tem seu dia específico, portanto um dia é a visita do auxiliar de enfermagem, outro é do enfermeiro e um outro dia é do médico. Os ACS é que estão sempre juntos com esses profissionais.

Nas visitas domiciliares fica evidente que é uma consulta clínica no ambiente domiciliar, pois ela não difere, em suas características, de um atendimento no consultório. E, sendo assim, de acordo com a queixa do paciente, se é visto que sai do núcleo de competência do profissional que está ali, ele encaminha, seja para os apoiadores do NASF, seja para outros profissionais da rede de assistência. Quando o caso é encaminhado para os apoiadores, é solicitado, por meio de visita, que esse apoiador vá avaliar o caso.

Os profissionais do NASF não participam rotineiramente das reuniões das eSF, *é raro, teve uma ou duas vezes, mas há muito tempo, não é rotina (M10)*; portanto, esse não é um espaço de interação entre eSF e NASF. Nas observações, essas reuniões aconteceram sempre antes da visita médica e foram centradas na discussão de casos para seleção de quais visitas o médico iria realizar, e todas as equipes, quando discutem casos de pacientes ou famílias, se identificam algum problema que é da área de alguma especialidade do NASF, têm a postura de encaminhar o caso ou aquela parte do caso para o apoiador fazer sua avaliação individual, ou seja, articulação indireta com o NASF.

As reuniões gerais, que participam todos os profissionais das UBS, foram observadas nas UBS 2 e 3, e os assuntos eram de natureza administrativa, de organização do processo de trabalho da unidade. A participação dos profissionais do NASF também era com o mesmo enfoque: passar rotinas de trabalho relacionadas à sua área de competência.

A reunião deveria ser um momento privilegiado de encontro dos membros da eSF e dos apoiadores e poderia ser explorada para o planejamento, organização e avaliação dos processos desenvolvidos. É um espaço propício de diálogo, reflexões sobre a prática, construção de projetos e planos de atendimento coletivos, além de possibilitar a expressão de opiniões, habilidades e conhecimentos para a

melhoria da qualidade da assistência aos usuários e das relações de trabalho no cotidiano do serviço, valorizando a subjetividade dos sujeitos e estimulando a corresponsabilidade e integração no trabalho em equipe.

Segundo Araújo e Rocha (2007), para o contínuo desenvolvimento de construção, é imprescindível que todos os atores envolvidos no processo de reunião de equipe articulem uma nova forma de ação para o trabalho em equipe e é necessário que haja uma mudança cultural incorporando novos conhecimentos.

Apesar dos avanços, da criação dos espaços coletivos, ainda há o predomínio de práticas fragmentadas, tudo é dividido, desde o tipo de encaminhamento predominante, a pouca interação nas reuniões de matriciamento e a falta dela nas reuniões de equipe, em que cada categoria profissional desempenha determinado conjunto de atividades e atribuições com pouca articulação e interação com as outras profissões.

Realizar trabalho em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações, é atribuição de todos os membros da equipe saúde da família, conforme a Portaria 2488, de 21 de outubro de 2011. O trabalho em equipe deve ser um trabalho interprofissional que tem integração do trabalho executado por profissionais de diversas áreas, por meio da sua interação, preservando a especificidade do trabalho de cada área, mas pressupondo a interdependência entre estas (PEDUZZI et al., 2012).

Contudo, a prática relatada pelos profissionais e vivenciada na observação se aproxima do trabalho multiprofissional, que, segundo Peduzzi et al. (2012), é a simples justaposição de trabalhos realizados por um agregado de agentes sem implicar necessariamente em um trabalho de equipe coordenado. As necessidades de saúde são tão complexas por englobarem diversas dimensões e demandam um conhecimento e intervenções que não podem se realizar pela ação isolada de um único agente. A colocação de profissionais de diferentes áreas em um mesmo espaço de trabalho não apresenta condições potencializadoras para garantir a recomposição dos trabalhos parcelares na direção de um cuidado integral.

Foi observada uma certa articulação entre as ações desenvolvidas pelos profissionais médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem através dos encaminhamentos para os apoiadores. Eles repassam para o NASF, pessoalmente

ou por meio de impressos de encaminhamento, tudo o que consideram importante sobre o paciente. E o contrário também acontece: quando o profissional do NASF detecta algum problema, leva para o conhecimento do profissional de referência. É possível perceber um esforço, por parte dos profissionais, em articular os distintos saberes no interior das próprias intervenções técnicas que executam. Porém, essa articulação está sempre voltada para atender demandas imediatas que se expressam nas queixas apresentadas pelos usuários.

Interação é a construção de consensos em relação a objetivos e resultados que podem ser alcançados pelos profissionais, construindo e executando um projeto em comum pertinente às necessidades de saúde dos usuários (SILVA; TRAD, 2005). Peduzzi (2001) chama atenção para o fato de que, como a formação dos profissionais de saúde ainda está pautada no modelo biomédico, isso pode representar uma limitação para a atuação na esfera da interação. A forma como se dá a solicitação de apoio nas equipes estudadas não propicia essa interação, pois não se privilegia a comunicação, a troca, a definição de um projeto conjunto.

Essa prática comunicativa com discussões de problemas das famílias adscritas na tentativa de construir um plano de intervenção para elas acontece no interior das equipes estudadas no espaço de matriciamento, e nas reuniões de equipe, porém ainda de maneira fragmentada. Já, nas reuniões gerais, o espaço é utilizado para transmitir informações técnicas somente.

Com relação ao gerenciamento do trabalho em equipe, Merhy (2004) discute que os trabalhadores de saúde apresentam potenciais de intervenções no cuidado através da relação entre seus núcleos de competência específicos, associados à dimensão de cuidador que todo profissional de saúde detém.

Na produção de um ato de saúde coexistem vários núcleos, como o núcleo específico, em que operam centralmente as tecnologias duras e leve-duras. E haverá sempre um outro núcleo operando a produção dos atos de saúde, que é o cuidador, no qual atuam os processos relacionais do campo das tecnologias leves e que pertence a todos os trabalhadores em suas relações com os usuários (MERHY, 2004).

Porém, o modelo assistencial dos serviços de saúde é centralmente organizado a partir das especificidades dos problemas e subordina a dimensão

cuidadora a um papel irrelevante e complementar. Portanto, o território tecnológico expresso nas dimensões descritas é, nos serviços atuais, produto das disputas entre os vários atores interessados nesse *locus* de ação social (MERHY, 2004).

O aprisionamento de cada um em seu núcleo específico limita o processo de trabalho às estruturas rígidas do conhecimento técnico-estruturado. Para que o trabalho em equipe seja viabilizado, há necessidade de uma relação interativa entre os trabalhadores, mediada pela troca de conhecimentos e articulações (ARAUJO; ROCHA, 2007).

Sendo assim, podemos concluir que o trabalho em equipe é uma modalidade do trabalho coletivo, sendo caracterizado pela relação recíproca entre as dimensões complementares de trabalho e interação.

O encontro NASF e eSF apresenta articulações e interações, porém ainda distantes da superação da fragmentação do cuidado e um trabalho em equipe interprofissional. De acordo com os pressupostos das diretrizes do NASF, deve ocorrer 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. Além disso, outro ponto relevante no processo de trabalho desses profissionais é a definição das tarefas a serem estabelecidas e ajustadas entre gestor, equipe do Nasf e equipe de SF e que devem ser definidas e detalhadas de forma cuidadosa, em função de uma construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias e de critérios para acionar o apoio (BRASIL, 2009).

Nessa relação entre gestor, equipe de SF e equipe do NASF, deve imperar a flexibilidade, tanto para os critérios como para as próprias atividades do apoiador, ou seja, tudo isso deve ser considerado de forma dinâmica e sempre sujeita a reavaliação e reprogramação (BRASIL, 2009).

Portanto, segundo Bertussi (2010), o trabalho do apoiador não pode se configurar como uma prática puramente técnica, mas sim como uma prática relacional, reproduzindo-se a si num dado contexto o tempo todo e acionando tecnologias em vários campos, inclusive o das tecnologias leve-duras e duras. Neste sentido, os processos intercessores no trabalho de apoio a equipes de saúde apontam para um reconhecimento de ser essa uma produção intensamente micropolítica. E olhando este processo de produção, o apoio às equipes de saúde

funcionaria como um dispositivo que provoca estranhamentos, ruídos, tensões, conflitos, criação, invenção e potencia no enfrentamento de problemas cotidianos.

6.2.4 Aspectos Facilitadores e Dificultadores do Trabalho do NASF

Apesar de não estar totalmente clara a proposta do apoio matricial para os técnicos da Estratégia de Saúde da Família, eles a avaliaram como *positiva* (AE15), pelo fato de promover a aproximação da atenção básica com a especializada.

Com base nos discursos dos trabalhadores, o NASF se revelou como uma perspectiva de inclusão de diversas categorias profissionais que não atuavam nas UBS anteriormente.

Os profissionais parecem vislumbrar no apoiador matricial um refúgio que irá absorver suas angústias e o ajudará a lidar com uma demanda que chega a eles cotidianamente, mas para a qual não se sentem totalmente preparados.

Os entrevistados referiram que o fato de ter os profissionais do NASF na unidade ajuda os profissionais e os pacientes, pela *facilidade do encaminhamento para completar o tratamento do paciente* (ACS12). De acordo com as falas dos participantes do estudo, antes de ter esses profissionais, quando o paciente necessitava de continuidade do tratamento nas áreas de atuação dessas diferentes áreas, isso era feito em outros locais, o que resultava na demora para dar continuidade ao atendimento e diminuía a adesão dos pacientes a esses tratamentos, pois, muitas vezes, não iam até os locais designados, por dificuldades financeiras ou de locomoção.

O NASF inseriu novos trabalhadores no cotidiano do serviço e inovou com a possibilidade de realização do trabalho de outras categorias profissionais que não atuavam na unidade anteriormente. A entrada desses atores mobilizou, de certa forma, os trabalhadores a ressignificar algumas ações sobre o cuidado prestado.

Segundo Feuerwerker (2005), o novo desencadeia no indivíduo duas possíveis atitudes: a de valorização, por suscitar nos profissionais a curiosidade de trilhar caminhos diferentes, ou a atitude de rejeição, pelo medo do desconhecido. Sendo assim, os trabalhadores devem enfrentar as novidades e produzir tecnologias

e ferramentas necessárias para lidar com os desafios que as novas formas de agir impõem.

A abertura para o novo favoreceu a criação de um espaço de discussão, a reunião de matriciamento, entre o NASF e a eSF, com necessidades de ressignificações, porém já como um grande passo em busca da integralidade das ações.

O bom relacionamento (ACS14) entre os profissionais das eSF e NASF também foi apontado como algo que facilita a interação entre esses atores, visto que as relações pessoais permeiam as atividades profissionais diárias e podem facilitar o trabalho ou até mesmo dificultá-lo.

Com relação às dificuldades relacionadas ao trabalho do apoiador matricial, a maior dificuldade, relatada por unanimidade, é o fato de os profissionais do NASF terem que se dividir entre quatro unidades, o que leva ao pouco tempo dedicado a cada unidade. Os trabalhadores entenderam que os profissionais do NASF, *apesar de terem muita boa vontade, ficava difícil estar em todos os lugares ao mesmo tempo, passam pouco tempo na unidade (E8)*; por isso, não conseguem desempenhar um trabalho contínuo na unidade, em que houvesse espaços para as discussões de casos e formação de vínculo com o paciente, pois atuavam em mais de uma USF.

Segundo a Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, que redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), cada NASF 1 deverá estar vinculado a, no mínimo, 5 (cinco) e a, no máximo, 9 (nove) Equipes Saúde da Família, e cada NASF 2 deverá estar vinculado a, no mínimo, 3 (três) e a, no máximo, 4 (quatro) Equipes Saúde da Família, e cada NASF 3 deverá estar vinculado a no mínimo 1 (uma) e a no máximo 2 (duas) Equipes Saúde da Família para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) (BRASIL, 2012b).

É possível que a afirmação do pouco tempo nas unidades como entrave para construção de um projeto assistencial comum corresponda à expectativa dos profissionais das eSF de que o NASF assuma o cuidado na unidade, podendo não estar claro para a equipe o papel de apoio do especialista às suas ações, fornecendo-lhe ferramentas para prestar um cuidado integral.

Porém, segundo dados da pesquisa de Domingos (2012), no caso da

Residência Multiprofissional em Saúde da Família, que era caracterizada pela inserção de profissionais de várias áreas, em regime de dedicação exclusiva e fixos em uma mesma unidade de saúde, isso contribuiu para melhorar a interação entre os sujeitos das diversas áreas profissionais com o trabalhador de saúde durante o trabalho cotidiano, para fortalecer o vínculo desses sujeitos com a comunidade e para conhecer a realidade em que atuavam.

Outro problema relatado é a alta rotatividade de recursos humanos devido ao vínculo empregatício precário, o que dificulta o planejamento de ações a longo prazo. Isso é uma realidade no município desde a implantação do NASF, com terceirizações e depois contratos temporários. Inclusive, essa equipe NASF em estudo estava contratada por tempo determinado.

A falta de recursos é um problema, não é sempre que tem uma sala adequada para atendimento, materiais para fazer uma atividade bacana no grupo, indisponibilidade do carro para visitas, são dificuldades que eles (NASF) enfrentam no dia a dia (E4). Essas dificuldades se mostraram presentes, porém contornáveis, não sendo barreiras intransponíveis para a prestação do cuidado, mas apenas dificultadoras e, algumas vezes, desmotivadoras.

7 Considerações Finais

As equipes estudadas descreveram a forma de organização do trabalho do NASF, com o predomínio das atividades clínicas por especialidades e que se acontecem por meio de encaminhamentos.

Evidenciou-se certa tentativa de articulação de ações, com a criação de um espaço de reunião entre a equipe NASF com alguns membros da equipe SF buscando construir acordos acerca dos problemas de saúde da população assistida. Porém, a fragmentação ainda é muito presente nesse espaço criado e no processo de trabalho das unidades, pois ainda é usada a lógica do encaminhamento para o especialista naquela parte do corpo que não está “sadia” no momento.

Essa fragmentação do cuidado foi observada também nas atividades em

grupo que eram prioritariamente coordenadas pelos profissionais do NASF. É esperado que os membros das eSF coordenem essas atividades, visto sua responsabilização pela população adscrita com ajuda dos apoiadores na capacitação desses profissionais de referência para que conduzam essas atividades e mudem a lógica de agrupar as pessoas por suas “partes doentes”. Outra discussão importante é a possibilidade dos grupos de promoção à saúde focarem na saúde das pessoas, procurando apoiar a autonomia delas para o autocuidado e responsabilização por sua vida. Os discursos mostraram que, para os profissionais das eSF, o NASF por intermédio do apoio matricial, vem para atender a demanda pela especialidade e para desafogar a demanda reprimida. Essa concepção pode dificultar o fortalecimento de espaços de encontro entre eSF e NASF.

Devem-se considerar importantes e relevantes alguns avanços na reestruturação das práticas em saúde, visto que a incorporação de outros profissionais abre possibilidades no trabalho interprofissional. É possível observar que os profissionais das eSF e os do NASF, estão buscando arranjos que possibilitem um trabalho em conjunto, porém, ainda há a existência de uma tensão entre fragmentação e integração do processo de trabalho, havendo, assim, a evidência de que as ações, na maioria das vezes, são realizadas de forma isolada e justaposta. São reproduzidos, portanto, vários planos de fragmentação, tanto na organização do trabalho e dos saberes, quanto na interação entre os profissionais e entre eles e os usuários.

A reunião de matriciamento pode ser um espaço de construção do trabalho interprofissional. Para isso é necessário o resgate de seu significado e potencialidades, ou investir na participação dos membros do NASF, em reuniões de equipe, para assim explorar a interação produtiva dos profissionais das equipes SF garantindo a possibilidade de articulações mais efetivas em busca da integralidade das ações no cuidado à saúde.

A concepção de apoio dos participantes ficou baseada no momento da reunião para discussão de casos com o NASF, na tentativa de trazer casos para serem discutidos em conjunto com os membros das equipes SF, mostrando pouco conhecimento por parte das equipes sobre esse assunto,

Os casos trazidos nesse espaço eram, sim, discutidos, porém a equipe NASF é que acabava assumindo a condução das ações traçadas na discussão

desses casos, indo em direção contrária à definição de que a equipe de apoio é aquela formada por profissionais que não têm uma relação direta e cotidiana com o usuário e que fazem o apoio à equipe de referência. Já o profissional de referência é aquele que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário.

O profissional do NASF, por outro lado, pode sim assumir a condução de um caso, desde que tenham se esgotado as possibilidades dos profissionais de referência e com a condição de que um profissional de referência também se corresponsabilize por essa condução.

O pouco conhecimento, por parte dos profissionais da ESF, dessa ferramenta do NASF, levou a refletir sobre como é possível mudanças na prática, se não houve uma apreensão da concepção e se as ferramentas disponíveis não são conhecidas, para que a prática possa ser reestruturada.

Uma proposta como essa, que envolve mudanças nas práticas, deve ser discutida por todos os envolvidos, visto que as ações deverão ser construídas em parceria no decorrer do processo. Não se trata, portanto, apenas de tomada de decisões no nível da gestão, de alocação de novos profissionais em um serviço de saúde, mas, sim, de uma atitude de forma compartilhada e pactuada. É necessário ainda, que o processo seja acompanhado, instigado, retomado, com construção cotidiana no local que ocorre o cuidado.

A mudança do modelo assistencial se viabiliza a partir da reorganização do processo de trabalho de todos os profissionais de saúde, no sentido de passarem a ter seu trabalho determinado pelo uso das tecnologias leves, que operam em relações intersessoras entre trabalhador e usuário. O acolhimento ao usuário, por meio da escuta qualificada, o compromisso em resolver seu problema de saúde, a criatividade posta a serviço do outro, e ainda, a capacidade de estabelecer vínculo formam a argamassa da micropolítica do processo de trabalho em saúde, com potência para a mudança do modelo e a produção do cuidado e da cura, visando à recuperação ou os ganhos de autonomia dos usuários-indivíduos ou coletivos, bem como da proteção e defesa da sua vida. Os pequenos atos do cotidiano dão perfil novo à assistência, quando articulados entre trabalhadores e usuários, numa dada situação onde um e outro colocam-se como sujeitos de um mesmo processo, da produção da saúde.

Portanto, é preciso considerar a subjetividade dos profissionais, uma vez que suas práticas estão intimamente relacionadas aos valores pessoais. A mudança acontece devido às insatisfações com a realidade que só podem ser percebidas a partir da vivência e da reflexão sobre as práticas do trabalho.

Dentre as dificuldades, segundo os integrantes das eSF, e observado, no processo de trabalho matricial, o pouco tempo dos integrantes do NASF, em cada unidade, apresentou-se como principal obstáculo. Porém, mostra-se como obstáculo diante da forma de organização presente, que é fragmentada, com prioridade e expectativa da equipe SF do atendimento à demanda, e não o apoio às eSF, além do número de eSF estipuladas para cada NASF apoiar.

O trabalho interprofissional é um objetivo a ser percorrido. O reconhecimento da necessidade de comunicação entre as diferentes profissões representa um avanço no início do enfrentamento do problema. A inserção do NASF deveria modificar a interação dos envolvidos no processo, sendo de fundamental importância o exercício da educação permanente, que possibilitará adaptação do saber-fazer à nova perspectiva implantada.

Para o êxito do trabalho interprofissional, devem existir um objetivo comum e a disponibilidade ao diálogo. Essa troca de conhecimentos dialógica é fundamental para as práticas de saúde é bastante evidente na atenção primária à saúde, na qual ninguém é detentor de todo o saber necessário.

Desse modo, a coordenação de uma equipe de referência deve estar direcionada a criar a condição necessária para haver integração entre os profissionais, para que busquem projetos comuns, e enxergar as diferenças existentes entre os profissionais, tentando aproveitá-las para resolução dos problemas, para a construção dos projetos terapêuticos e das intervenções.

O entendimento de que o trabalho em equipe constitui a base dessa proposta de mudança deve conduzir a um processo de construção de novas práticas no âmbito da ESF. Considera-se imprescindível que os trabalhadores envolvidos nessa estratégia, articulem uma nova dimensão no desenvolvimento do trabalho em equipe, incorporando não apenas novos conhecimentos, mas mudança na cultura e no compromisso de coparticipação na gestão da assistência, que garantam uma prática pautada na promoção da saúde.

Para haver a relação interprofissional, são necessárias atitudes entre os profissionais, como o respeito e o reconhecimento da importância de cada profissão, respeito a cada profissional, tolerância, aceitação de sugestões – podendo ser visto como uma prática do exercício de tolerância –, respeito às limitações de cada profissão, comprometimento com o sistema, atitude de mudança, humildade, respeito às diferenças, ética, liderança e empatia. Com a prática dessas atitudes, existirá o trabalho interprofissional, gerando tratamentos mais eficazes.

Os problemas de ordem organizacional e epistemológica dificultam muito a efetiva implementação da proposta de apoio matricial, visto que esse rearranjo organizacional é divergente dos pressupostos do modelo assistencial predominante nos serviços de saúde.

O apoio matricial é uma ferramenta com grandes potenciais que devem ser explorados e apresenta diversos obstáculos a serem vencidos e para isso, é preciso que os profissionais da atenção básica se fortaleçam enquanto equipes interação, e não continuem como equipes agrupamento, fortalecendo a lógica da fragmentação e do encaminhamento.

Dentro de tal perspectiva, produzir e disseminar inovações na prática do apoio matricial, implica, portanto, na necessidade de estabelecer espaços rotineiros de reflexão e reunião de planejamentos, o que incluiria discussão de casos, estabelecimentos de contratos, definição de objetivos, critérios de prioridade, critérios de encaminhamento ou compartilhamento de casos, critérios de avaliação, resolução de conflitos, entre outros. Esses aspectos do processo de trabalho não acontecem por si só, tornando-se, assim, necessário que os profissionais assumam sua responsabilidade na cogestão e os gestores coordenem esses processos, em constante construção.

Dada a complexidade da prestação de serviços de saúde, para que a horizontalidade seja mantida nas ações em todos os níveis de responsabilidade pela atenção à saúde, a gestão municipal pode pautar-se no conhecimento dos problemas de saúde de cada eSF, para a condução da gestão em si, objetivando a mudança efetiva nas práticas em saúde no âmbito da APS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, C.M.S; OLIVEIRA, C.P.F. **Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. 2000.** Disponível em:

http://www.ipv.pt/millennium/millennium25/25_27.htm. Acesso em: 05 out 2013.

ALMEIDA, P.F.; FAUSTO, M.C.R.; GIOVANELLA L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev Panam Salud Publica**, v.2, n.29, p. 84-95, 2011.

ARAÚJO, M.B.S; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.455-464, 2007.

ARAÚJO, A. L. A.; UETA, J. M.; FREITAS, O. Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária a saúde. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básicas Aplicada**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 87-92, 2005.

BADUY, R. S. **O Programa Saúde da Família em Londrina: construindo novas práticas sanitárias.** 1998. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Londrina. Londrina. 1998.

BARBOSA, J.G.; HESS, R. **O diário de pesquisa: o estudante universitário e seu processo formativo.** Brasília: Liberlivro, 2010. 103 p.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BARROS J. A. C. Pensando o processo saúde: a que responde o modelo biomédico? **Revista Saúde e Sociedade**, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.

BASTOS, L. G. C. **Trabalho em equipe em atenção primária à saúde e o Programa Saúde da Família.**2003. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2003.

BERTUSSI, D.C. **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde.** 2010. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2010.

BEZERRA, E. P.; ARAUJO, F. M.; BARROSO, M. G. T. Promoção da saúde em doenças transmissíveis – uma investigação entre adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 402 - 407, out/dez. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios.** Brasília; 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde . Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde:** unidade de aprendizagem-trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. (Séries Pactos pela Saúde). 4. ed. v. 4. Brasília, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)**. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF–Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 2) – 256 p - Brasília, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes no NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**, Brasília, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011, Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, Brasília, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência farmacêutica na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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

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

CARVALHO, B. G. **Saúde da Família – uma estratégia para reorganização da Atenção Básica**. Londrina, 2010.

CECÍLIO, L. C. O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 113-126.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CHIAVERINI, D.H (Org.). **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.

CUNHA, G. T.; CAMPOS G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.20, n.4, p.961-970, 2011.

DELIBERATO, P. C. P. **Fisioterapia preventiva: fundamentos e aplicações**. Barueri: Manole, 2002.

Dimenstein, M. O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde Mental. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.18, n.1, p.63-74, 2009.

DOMITTI, A. C. P. **Um possível diálogo com a teoria a partir das práticas de apoio especializado matricial na atenção básica de saúde**. 2006. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2006.

DOMINGOS, C. M. **A Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde**. Londrina, Paraná. 2012. 127fls. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Paraná. 2012.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos Pesquisa**. São Paulo, n.115, p.139-154, mar. 2004

FEUERWERKER, L. C. M. Educação permanente em saúde: uma mudança de paradigmas. **Olho Mágico**, Londrina, v.12, n.3, p.13-20, 2005.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial**. In: MERHY, E. E. et.al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo de saúde coletiva. 4. ed. São Paulo:Hucitec, 2007. p. 55-124.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. 2012. Disponível em <http://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/1120/1034>. Acesso em 12/10/2013.

FRANCO, T. B. **Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG)**. In: MERHY, E.E et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano:o debate no campo de saúde coletiva. 4. ed. São Paulo:Hucitec, 2007. p. 161-197.

FURTADO, J.P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.22, p.239-245, mai/ago 2007.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M. A. **Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LONDRINA. **Relatório Anual de Gestão da Saúde**. Prefeitura Municipal de Londrina. Autarquia Municipal de Saúde. 2002. Disponível em:

http://www.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/relatorios_gestao/relatorio_gestao_2002.pdf. Acesso em: 20 de outubro de 2013.

LONDRINA. **Relatório Anual de Gestão da Saúde**. Prefeitura Municipal de Londrina. Secretaria Municipal de Saúde. 2009. Disponível em: http://www.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/relatorios_gestao/relatorio_gestao_2009.pdf Acesso em: 20 de outubro de 2013.

LONDRINA. **Relatório Anual de Gestão da Saúde**. Prefeitura Municipal de Londrina. Autarquia Municipal de Saúde. 2012. Disponível em: http://www.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/relatorios_gestao/relatorio_gestao_2012.pdf Acesso em: 20 de outubro de 2013

LUDKE, M.; ANDRÉ, M.E.A.D. **Pesquisa em Educação: abordagem qualitativa**. 9. ed. São Paulo: EPU; 2005.

LUZ, M.T. **Fragilidade Social e Busca do Cuidado na Sociedade Civil de Hoje**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs.) *Cuidado as Fronteiras da Integralidade*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/UERJ/IMS/ABRASCO, 2004.

MERHY, E.E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde**. In MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. 2ed. Saúde em debate: Série didática. Hucitec. São Paulo – 2006.

MERHY, E. E . **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Ver-SUS Brasil: caderno de textos*. Brasília: Ministério da Saúde, p.108-137, 2004.

MERHY, E. E. **A clínica do corpo sem órgãos, entre laços e perspicácias. Em foco a disciplinarização e a sociedade de controle**. 2009. Disponível em: <http://www.eeaac.uff.br/professores/merhy/artigos-38.pdf>. Acesso em: 14/09/2013.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do Conhecimento**. 12. edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2010. 407p.

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, n.34, v.1, p.92-96, 2010.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev.Saúde Pública**, n.34, v. 5, p. 547-559, 2000.

OLIVEIRA, G.N. **Apoio matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede**. In: CAMPOS, G.W., GUERRERO, A.V.P.(Org.). *Manuais de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 273-282.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.1, p. 103-109, 2001.

PEDUZZI et al. Trabalho Em equipe sob a perspectiva interprofissional. **PROENF GESTÃO**, v. 1, n. 3, p. 9-39, 2012.

PHILLIPS, B.S. **Pesquisa social**. Rio de Janeiro: Agir, 1974.

ROSA et al. O olhar das equipes de referência sobre o trabalho realizado pelo apoio matricial. **Rev. Enf. UFSM** ,v 1, n. 3, p. 377-385, set/dez, 2011.

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.25-38, set.2004/fev.2005.

SCHATTSCHNEIDER, V.B; OLSCHOWSKY, A. **O matriciamento e a perspectiva dos profissionais de uma Estratégia Saúde da Família**. 2012. Monografia (Graduação). Curso de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul. 2012.

SOARES, C. L. **Educação Física: raízes europeias e Brasil**. Campinas: Editores Associados, 1994.

TEIXEIRA, C. F.; COSTA, E.A. **Vigilância da saúde e vigilância sanitária: concepções, estratégias e práticas**. Texto preliminar elaborado para debate no 20º Seminário Temático da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2003.

THIOLLENT, M. **Concepção e organização da pesquisa**. In: THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação. 13 ed. São Paulo:Cortez, 2004, p. 47-72.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Pesquisa qualitativa**. In: TRIVINOS, A.N.S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. p. 116-175.

UCHÔA, A.C. Experiências inovadoras de cuidado no Programa Saúde da Família (PSF): potencialidades e limites. **Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n.29, p.299-311, abr./jun. 2009.

APÊNDICE A- Roteiro de Entrevista

Roteiro de Entrevista

- 1) Como está organizado o trabalho do NASF nesta unidade?
- 2) Você participa desse trabalho? E a equipe?
- 3) Como se dá o apoio do NASF para as ESF? E o que você acha disso?
- 4) Como você avalia a sua participação e a da equipe nesse processo?
Você contribui?
- 5) Como o apoio do NASF interfere no trabalho da equipe e sua relação com as famílias?
- 6) E para as famílias que você acompanha, qual a contribuição dessa forma de trabalho?
- 7) Diante de tudo que você me falou sobre o trabalho do NAF, você acha que esse trabalho está adequado ou deveria ser diferente?
- 8) Para você, quais são as facilidades e dificuldades para o desenvolvimento do apoio matricial tanto por parte da ESF quanto do NASF?
- 9) O Ministério da Saúde sugere que o NASF trabalhe na perspectiva do matriciamento, me conte o que você entende por matriciamento do NASF?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- Observação Profissional

Título da pesquisa: **“Equipe de referência e apoio matricial na gestão do trabalho na atenção básica”**.

CONVITE

Você, _____, está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: “Equipe de referência e apoio matricial na gestão do trabalho na atenção básica”, que tem o objetivo de compreender a inserção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no processo de trabalho matricial do NASF.

Para isso, as ações desenvolvidas por você e sua equipe no seu ambiente de trabalho serão acompanhadas. Essa observação tem como objetivo mapear as ações realizadas pelos profissionais no que se refere às ações de implantação e desenvolvimento do matriciamento na Atenção Básica à Saúde.

As observações realizadas serão anotadas pelo pesquisador em um caderno após o término das atividades e servirá apenas para estudos, e não será exposto o nome dos profissionais envolvidos nas atividades. Os participantes não serão remunerados pela colaboração e não precisarão efetuar qualquer pagamento.

Você terá a liberdade em aceitar ou não responder questões que poderão ser feitas durante as observações, e recusar em participar no momento em que quiser sem prejuízo para você ou seu trabalho. Você receberá uma cópia desse documento, podendo tirar as suas dúvidas agora ou em qualquer momento.

Eventuais dúvidas poderão ser esclarecidas com a pesquisadora Melissa A. M. Vernini: tel (43) 9618-0622; melvernini@hotmail.com; Rua Graúna, 165 apt 303 bl 01, Vitória Régia, Londrina-PR, ou em consulta ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Kock, nº 60, ou no telefone 3371 – 2490, segunda e quarta-feira no período da tarde ou quinta e sexta-feira no período da manhã.

Declaro que entendi o que foi exposto acima, e concordo em participar.

Londrina, ____ de _____ de 2012.

Melissa A. M. Vernini

Assinatura do entrevistado

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Entrevista

Título da pesquisa: **“Equipe de referência e apoio matricial na gestão do trabalho na atenção básica”**.

CONVITE

Você, _____, está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: “Equipe de referência e apoio matricial na gestão do trabalho na atenção básica”, que tem o objetivo de compreender a inserção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no processo de trabalho matricial do NASF.

Para isso você deverá ser entrevistado e serão feitas perguntas sobre como você e sua equipe estão inseridos no desenvolvimento das atividades relacionadas ao apoio matricial na Atenção Básica à Saúde.

As informações fornecidas por você são confidenciais e quando divulgados os resultados deste estudo, isso será feito de forma geral e os nomes dos entrevistados não serão citados. Os entrevistados não serão remunerados por sua participação e não precisarão efetuar qualquer pagamento.

As entrevistas serão gravadas e posteriormente, transcritas. O material gravado será armazenado somente pelas pesquisadoras e depois, destruído e descartado.

Você terá a liberdade em aceitar ou não responder as questões que serão feitas, e recusar em participar no momento em que quiser sem prejuízo para você ou seu trabalho. Você receberá uma cópia desse documento, podendo tirar as suas dúvidas agora ou em qualquer momento.

Eventuais dúvidas poderão ser esclarecidas com a pesquisadora Melissa A. M. Vernini: tel (43) 9618-0622; melvernini@hotmail.com; Rua Graúna, 165 apt 303 bl 01, Vitória Régia, Londrina-PR, ou em consulta ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Kock, nº 60, ou no telefone 3371 – 2490, segunda e quarta-feira no período da tarde ou quinta e sexta-feira no período da manhã.

Declaro que entendi o que foi exposto acima, e concordo em participar.

Londrina, _____ de _____ de 2012.

Melissa A. M. Vernini

Assinatura do entrevistado

APÊNDICE D - Autorização para análise de documentos e registros

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu Melissa Aparecida de Mattos Vernini, brasileira, solteira, enfermeira, portadora do CPF nº 32837981842, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado “Equipe de referência e apoio matricial na gestão do trabalho na atenção básica”, a que tiver acesso nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina e instituições a ela vinculadas.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;

2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;

3. A não apropriar-se para si ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso que venha a ser disponível;

4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-se por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por seu intermédio, e obrigando-se, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e/ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

A vigência da obrigação de confidencialidade e sigilo, assumida pela minha pessoa por meio deste termo, terá a validade enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa pelas partes interessadas neste termo.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Londrina, _____ de _____ de 2012.

Melissa Aparecida de Mattos Vernini

Anexo A - Aprovação do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL/ HOSPITAL
REGIONAL DO NORTE DO



PROJETO DE PESQUISA

Título: Implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Estado do Paraná: um olhar para o processo de trabalho na atenção básica à saúde.

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 06127012.7.0000.5231

Pesquisador: Rossana Staevie Baduy

Instituição: CCS - Departamento de Saúde Coletiva

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 93.228

Data da Relatoria: 31/08/2012

Apresentação do Projeto:

pesquisa será realizada, em municípios com ESF e NASF, envolvendo os profissionais ligados ao NASF, Saúde da Família e gestores municipais. A região escolhida para o estudo foi a mesorregião norte central. É constituída de 79 municípios e tem suas atividades fortemente concentradas em dois pólos regionais, Maringá e Londrina, municípios sedes e representantes das macrorregionais norte e noroeste. Critérios de inclusão Diante do fato do matriciamento ser nosso foco de estudo, para seleção dos municípios a pesquisa será realizada nas duas sedes representantes das regionais de saúde que apresentarem o maior número de NASF implantados. Após escolha dos municípios, a equipe NASF que participará da pesquisa será escolhida a partir da indicação dos gestores municipais considerado como a que melhor está desenvolvendo o apoio matricial. As equipes da ESF que integrarão a pesquisa serão as que estão diretamente ligadas ao NASF indicado pelos gestores. Da equipe gestora, serão incluídos os participantes conforme características de cada município na composição da mesma. Para definição do número de participantes de cada um dos grupos envolvidos será utilizado o método de saturação das informações coletadas, exceto para a equipe NASF que tem um número pequeno de integrantes envolvendo então todos os componentes. Procedimentos de coleta de dados Os instrumentos metodológicos escolhidos para a coleta das informações foram a observação, a entrevista, e a análise documental. As observações se darão nos municípios com o maior número de NASF implantados e envolverá as atividades desenvolvidas pelo NASF, pelas equipes de SF, e gestores. Será utilizado o diário de campo, que permite o registro detalhado do conteúdo das observações no campo de pesquisa. Nos demais municípios serão realizadas somente entrevistas. O principal objetivo da observação é analisar como se dá o matriciamento, o tipo de articulação entre os profissionais e a dinâmica do trabalho em equipe, além da atuação dos gestores locais nos processos de mudança. As entrevistas realizadas serão tanto coletivas (grupo focal) quanto individuais. O grupo focal será conduzido (gravado e posteriormente transcrito) pelo pesquisador que acompanhar as atividades da equipe do NASF durante a fase de observação, com discussões desencadeadas a partir dos dados registrados, envolvendo somente os profissionais desta equipe. Serão realizados até quatro grupos focais, com a participação de no máximo 8 profissionais em cada um deles. As entrevistas individuais envolverão os profissionais do NASF, (no caso de alguma questão não ser sanada durante o grupo focal), com a equipe de SF e os gestores, e serão realizadas pelos pesquisadores que acompanharam, pela observação, seus respectivos grupos, sendo gravadas e posteriormente transcritas, com autorização dos participantes. Nesta fase também serão registradas informações em diário de campo: expressões, atitudes do entrevistado ou outros aspectos considerados relevantes.

Endereço: AVENIDA ROBERT KOCH, 60

Bairro: VILA OPERÁRIA

UF: PR **Município:** LONDRINA

Telefone: (43)3371-2490

CEP: 86.038-440

E-mail: cep268@uel.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL/ HOSPITAL
REGIONAL DO NORTE DO



Objetivo da Pesquisa:

Compreender como o matriciamento vem sendo implantado no Estado do Paraná, considerando a prática da ESF, o processo de trabalho do NASF e sua utilização como instrumento no processo de mudança pelos gestores de saúde. Objetivo Secundário: Realizar levantamento no Estado do Paraná acerca da presença e conformação de equipes NASF nos municípios e organização da equipe gestora. Identificar e analisar a compreensão dos trabalhadores da ESF, do NASF e dos gestores da atenção básica acerca do apoio matricial. Compreender a percepção dos atores da ESF, NASF e gestores sobre sua atuação no apoio matricial. Verificar o que os profissionais da ESF e gestores esperam do NASF. Aprender as características tecnológicas do processo de trabalho em saúde na perspectiva do apoio matricial, com foco na atuação dos profissionais da equipe de referência e do NASF. Revelar as ações desenvolvidas para a implementação, acompanhamento e avaliação do matriciamento na atenção básica. Conhecer facilidades e dificuldades para desenvolver ações relacionadas ao matriciamento. Objetivo da Pesquisa:

Compreender como o matriciamento vem sendo implantado no Estado do Paraná, considerando a prática da ESF, o processo de trabalho do NASF e sua utilização como instrumento no processo de mudança pelos gestores de saúde. Objetivo Secundário: Realizar levantamento no Estado do Paraná acerca da presença e conformação de equipes NASF nos municípios e organização da equipe gestora. Identificar e analisar a compreensão dos trabalhadores da ESF, do NASF e dos gestores da atenção básica acerca do apoio matricial. Compreender a percepção dos atores da ESF, NASF e gestores sobre sua atuação no apoio matricial. Verificar o que os profissionais da ESF e gestores esperam do NASF. Aprender as características tecnológicas do processo de trabalho em saúde na perspectiva do apoio matricial, com foco na atuação dos profissionais da equipe de referência e do NASF. Revelar as ações desenvolvidas para a implementação, acompanhamento e avaliação do matriciamento na atenção básica. Conhecer facilidades e dificuldades para desenvolver ações relacionadas ao matriciamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O projeto não apresenta risco aos participantes
Benefícios: Por se tratar de uma pesquisa que propicia ao entrevistado uma reflexão sobre seu processo de trabalho, isso pode resultar em mudanças de práticas e serão abordados pessoalmente,

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo relevante no contexto de saúde pública.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram apresentados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os autorizações foram apresentadas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: AVENIDA ROBERT KOCH, 60
Bairro: VILA OPERÁRIA
UF: PR Município: LONDRINA CEP: 86.038-440
Telefone: (43)3371-2490 E-mail: cep268@uel.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL/ HOSPITAL
REGIONAL DO NORTE DO



Considerações Finais a critério do CEP:

LONDRINA, 10 de Setembro de 2012

Assinado por:
Paula Mariza Zedu Alliprandini

Endereço: AVENIDA ROBERT KOCH, 60
Bairro: VILA OPERÁRIA CEP: 86.038-440
UF: PR Município: LONDRINA
Telefone: (43)3371-2490 E-mail: cep268@uel.br

ANEXO B: MODELO DA FICHA DE PLANO TERAPÊUTICO**PLANO TERAPÊUTICO**

PACIENTE: _____ ID: _____

ENDEREÇO: _____ IDADE: _____ D. NASC.: ____/____/____

DESCRIÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE (TODOS OS DETERMINANTES):

QUANTIDADE DE MORADORES NA CASA: ____ FORMAÇÃO DA FAMÍLIA: _____

CONDICÕES DE MORADIA: CASA PRÓPRIA () ALUGADA () CEDIDA ()

ALVENARIA () MEDEIRA () OUTRO () NÚMERO DE CÔMODOS: _____

ÁGUA TRATADA () ESGOTO () FOSSA ()

TRANSPORTE: PRÓPRIO () COLETIVO ()

EMPREGO: FORMAL () INFORMAL () DESEMPREGADO () / ESCOLARIDADE: _____

RENDA DA FAMÍLIA: ____ SALÁRIOS MÍNIMOS / PARTICIPA DE ALGUM PROGRAMA DE RENDA DO GOVERNO? BOLSA FAMÍLIA () LEITE () OUTROS () / A FAMÍLIA POSSUI DOCUMENTOS? CERTIDÃO DE NASCIMENTO, RG E CPF? _____

LASSER: PASSEIOS () CINEMA () SHOPING () OUTROS ()

RELIGIÃO: CATÓLICO () EVANGÉLICO () ESPÍRITA () OUTRAS () / PARTICIPANTE: SIM () NÃO ()

PARTICIPA DE ALGUM GRUPO? ____ QUAL? _____

VÍCIOS: FUMO () ALCOOL () DROGRAS () HÁ OUTROS NA FAMÍLIA COM VÍCIOS? ____ QUAL? ____

CONDICÕES DE DOENÇA: _____

INTERVENÇÕES

GESTOR DO CASO

AVLIAÇÃO DO PLANO TERAPÊUTICO
