

Universidade Federal de São Carlos  
Centro de Educação e Ciências Humanas  
Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade

**A prática no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF):  
apoio matricial como inovação tecnológica em saúde**

Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi

São Carlos – SP  
2017

ALANA DE PAIVA NOGUEIRA FORNERETO GOZZI

**A prática no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF):  
apoio matricial como inovação tecnológica em saúde**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade, do Centro de Educação e Ciências Humanas, da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutora em Ciência, Tecnologia e Sociedade.

Área de concentração: Ciência, Tecnologia e Sociedade

Linha de pesquisa: Dimensões Sociais da Ciência e da Tecnologia

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Niituma Ogata

São Carlos – SP  
2017

de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi, Alana

A prática no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): apoio matricial como inovação tecnológica em saúde / Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi. -- 2017.

151 f. : 30 cm.

Tese (doutorado)-Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos

Orientador: Márcia Niituma Ogata

Banca examinadora: Gustavo Tenório Cunha, Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia Bava, Maria Lúcia Teixeira Machado, Regina Yoneko Dakuzaku Carretta

Bibliografia

1. Atenção Básica . 2. Apoio matricial. 3. Ciência, tecnologia e sociedade . I. Orientador. II. Universidade Federal de São Carlos. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada pelo Programa de Geração Automática da Secretaria Geral de Informática (SIn).

DADOS FORNECIDOS PELO(A) AUTOR(A)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

Centro de Educação e Ciências Humanas  
Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade

---

**Folha de Aprovação**

---

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Tese de Doutorado da candidata Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi, realizada em 20/12/2017:

---

Profa. Dra. Márcia Niluma Ogata  
UFSCar

---

Profa. Dra. Maria Lucia Teixeira Machado  
UFSCar

---

Prof. Dr. Gustavo Tenório Cunha  
UNICAMP

---

Profa. Dra. Maria do Carmo Gullacci Guimarães Caccia  
Bava  
USP

---

Profa. Dra. Regina Yoneko Dakuzaku Carretta  
USP

---

## Dedicatória

À minha avó, Lourdes de Paiva (*in memoriam*), pela mulher que foi e pela saudade que sinto. Muito sobre ser mulher aprendi com esta que foi e, sempre será, um exemplo para nós.

## *Agradecimentos*

*Agradeço aos profissionais de saúde que, prontamente, me receberam nos serviços de saúde visitados e aceitaram meu convite para, juntos e em grupo, aprimorarmos as práticas com relação ao apoio matricial na região. Meu agradecimento e admiração.*

*Aos gestores municipais de saúde que aceitaram que esta pesquisa fosse realizada em seus municípios.*

*Aos trabalhadores do Departamento Regional de Saúde de Araraquara (DRSIII-Araraquara/SP), pela parceria estabelecida mais uma vez (Mary Cristina Ramos, Monica Vilchez, Vera Dib Zambon, Cristina Ninelli, Viviane Rocha, Vanessa Otaviani e Sonia Silva).*

*À minha orientadora, Profa. Dra. Márcia Niituma Ogata, pelo apoio, objetividade e aprendizados constantes. Conhecemo-nos há anos atrás, já nos caminhos do apoio matricial e da inserção desta estratégia na Atenção Básica.*

*Ao Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos, a quem pude conhecer pessoalmente durante a realização deste trabalho, já que até então apenas o admirava através das leituras. Hoje também o admiro pessoalmente e agradeço por ter aceitado o desafio de aprimorar meu trabalho na etapa de qualificação.*

*À minha banca de defesa, que aceitou meu convite para finalizar meu trabalho com empenho e dedicação, dando os contornos finais ao meu estudo.*

*À Profa. Dra. Maria Lúcia Teixeira Machado, que esteve comigo na qualificação e por muitos passos anteriores.*

*À Profa. Dra. Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia Bava, a quem devo minha introdução ao SUS e a saúde como um direito de todo cidadão brasileiro.*

*À Profa. Dra. Regina Yoneko Dakuzaku Carretta, minha querida professora e amiga, a quem devo a introdução à Terapia Ocupacional enquanto profissão digna, qualificada e cheia de afetos.*

*Ao Prof. Dr. Gustavo Tenório Cunha, que aceitou estar conosco nesta etapa de defesa, com quem pude encontrar para além das leituras prévias realizadas.*

*Aos estudantes de graduação da Terapia Ocupacional, que me motivam a estar onde estou hoje, no caminho da docência e formação de profissionais da saúde, capazes de cuidar realmente das pessoas e colocar em prática os princípios do SUS.*

*Aos meus colegas do PPGCTS e do Grupo de Pesquisa Políticas e Práticas em Saúde, que me ajudaram nesta tarefa de caminhar por um novo campo de estudo desafiador para mim e comigo compartilharam a construção do conhecimento de forma coletiva.*

*Às minhas amigas, verdadeiras joias em minha vida, com as quais pude, ao longo destes anos, desfrutar momentos de descontração para poder seguir em frente (Regina Helena Joaquim, Juliana Carla Delsim, Pâmela Baldini, Carolina Salles, Vanessa Dinat, Cristiane Ribeiro, Natália Fagnani, Felipe Brasil, Lygia Castro, Andreia Casaes, Pamela Batista).*

*Às minhas amigas “bailaoras” de Flamenco que, semanalmente, me davam o prazer de suas companhias, por Alegrias, por Colombianas, por Caracoles, por Bulerías... alimentando minha alma e meu coração.*

*À família Chico Lopes, a qual escolhi fazer parte. Hoje assistimos o crescimento de nossas famílias e nossa amizade permanece firme e forte. Saudades.*

*À minha família, meus pais (Izilda e Antonio Fornereto), pelo constante apoio, carinho e incentivo oferecidos, por este caminho de vida e da pesquisa, por compreenderem as minhas ausências e por estimularem os meus passos e as conquistas. Meu amor incondicional a vocês.*

*Ao meu marido (Giovani Gozzi), com quem compartilho as dores e as delícias do cotidiano, que me apoia e ensina constantemente. Em especial agora à vida que geramos e, ansiosos, aguardamos pela sua chegada!*

### *A função da arte/1*

*Diego não conhecia o mar. O pai, Santiago Kovadloff, levou-o para que descobrisse o mar.  
Viajaram para o Sul. Ele, o mar, estava do outro lado das dunas altas, esperando.  
Quando o menino e o pai enfim alcançaram aquelas alturas de areia, depois de muito  
caminhar, o mar estava na frente de seus olhos.  
E foi tanta a imensidão do mar, e tanto seu fulgor, que o menino ficou mudo de beleza.  
E quando finalmente conseguiu falar, tremendo, gaguejando, pediu ao pai:  
— Me ajuda a olhar!*

*O livro dos abraços de Eduardo Galeano, 1991.*

## **A prática no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): apoio matricial como inovação tecnológica em saúde**

### **RESUMO**

De forma a qualificar e ampliar o cuidado realizado, a partir da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, as equipes de atenção básica passaram a contar com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em alguns municípios. Considerando ser este um dispositivo inovador a ser implantado nesse nível de atenção, construir conhecimento sobre a adoção do apoio matricial como estratégia de trabalho a ser desempenhada por diferentes profissionais na atenção básica vem ao encontro da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, formulada no âmbito do Sistema Único de Saúde que sinaliza a necessidade de pesquisas na área da promoção à saúde e difusão do conhecimento para equipes de saúde. Os objetivos gerais do presente estudo foram investigar a prática de apoio matricial de equipes NASF e verificar a configuração do apoio matricial como inovação tecnológica em saúde. Como objetivos específicos, temos: analisar as concepções de gestores sobre o apoio matricial; analisar as práticas de equipes dos NASFs sobre apoio matricial; identificar as estratégias educacionais e de cuidado utilizadas para o desenvolvimento do apoio matricial em saúde; contribuir para o processo de implantação dos NASF em uma região de saúde do estado de São Paulo; identificar desafios e dilemas no processo de construção do apoio matricial. Esta pesquisa teve como proposta metodológica ser uma pesquisa intervenção, fazendo uso da abordagem qualitativa para o seu desenvolvimento, à luz dos pressupostos teórico-metodológicos da Análise Institucional. Os procedimentos deste projeto envolvem: A) Pesquisa preliminar junto ao DRSIII-Araraquara/SP e sistemas informacionais públicos para mapeamento dos serviços; B) Aproximação e observação dos campos de intervenção e levantamento das necessidades a partir da aplicação de questionário junto aos responsáveis pela coordenação dos NASF nos municípios, assim como preenchimento de diário de campo pela pesquisadora; C) Desenvolvimento e implementação de um plano de ação de forma colaborativa com os atores envolvidos (grupo intervenção); e D) Aplicação de questionário com trabalhador do NASF para compor informações junto à coleta realizada em grupo. A análise dos dados foi realizada a partir da triangulação dos métodos, com a utilização do software ALCESTE 4.5 para auxiliar no processo de análise categorial temática das entrevistas junto aos profissionais responsáveis pela coordenação dos NASF, e na fase 2, a partir do referencial da Análise Institucional de Práticas Profissionais. Os resultados e a análise apontam para três principais aspectos envolvendo o apoio matricial como inovação tecnológica: A) A flexibilidade necessária para operacionalização do apoio matricial, considerando as necessidades de saúde do território, dinamismo das ações e as propostas instituídas sobre tal metodologia de trabalho; B) A centralidade do trabalho nas necessidades de saúde das pessoas e dos coletivos, na discussão de casos e na elaboração de Projeto Terapêutico Singular; e C) A modificação da lógica ambulatorial e da especialidade para orientação do trabalho interprofissional. Foi possível compreender melhor a função do profissional integrante do NASF em suas equipes e compo com as equipes da Atenção Básica em Saúde, sejam elas de Unidade Básica de Saúde ou Estratégia de Saúde da Família. Por meio do acompanhamento da implantação dos NASF da região foi possível realizar discussão com os atores envolvidos de forma compartilhada sobre o exercício e dilemas deste profissional. Houve um alinhamento com a perspectiva teórica da Análise Institucional e campo da Ciência, Tecnologia e Sociedade de forma a trazer conhecimentos específicos acerca da produção de conhecimento em saúde e seu impacto nas condições de vida e de saúde da população brasileira. Este processo de intervenção trouxe bons reflexos no território e construções importantes para o grupo em questão. O processo de Educação Permanente que

os profissionais puderam vivenciar trouxe questionamentos importantes sobre a necessidade de superação da lógica do ambulatório especializado e de uma clínica ainda restrita na prática dos NASFs e de seus profissionais na Atenção Básica.

Palavras-chave: Atenção Básica; Apoio Matricial; Ciência, Tecnologia e Sociedade.

## **Practice in the Family Health Support Center (NASF): matrix support as technological innovation in health**

### **ABSTRACT**

In order to improve and broaden the care practices applied by Primary Health Care teams, the GM Ordinance n. 154 was issued in January 24th, 2008, creating Family Health Support Centers (NASF, in Portuguese) in some cities. Since this is an innovative resource to be implemented in this level of health care, building knowledge about the adoption of matrix support as a working strategy to be performed by different professionals related to health care is in accordance with the National Policy of Science, Technology and Innovation in Health, developed within the Sistema Único de Saúde, which indicates the need of research in the areas of health promotion and diffusion of knowledge to health care teams. The main goals of the present study were to investigate the practices of matrix support in NASF teams and verify the configuration of matrix support as technological innovation in health. The specific goals are: to analyse managers' conceptions about matrix support, analyse NASF team practices regarding matrix support, identify educational and health care strategies used to develop matrix support in health care, contribute to the process of implementation of NASFs in a region of São Paulo state, and identify challenges and predicaments in the processes of matrix support development. The adopted methodology for this investigation was an interventional one, using a qualitative approach in the light of theoretical and methodological assumptions of Institutional Analysis. The procedures concerning this investigation involve: A) Preliminary research along with the DRSIII-Araraquara/SP and public information systems in order to map the services; B) Approximation and observation of intervention areas and conduction of an overall survey of needs through the application of a questionnaire to the representatives of NASF coordination in each municipality as well as filling a field journal; C) Development and implementation of a collaborative action plan involving all actors (intervention team); and D) Application of a questionnaire to the NASF workers in order to include information in the group data collection. Data analysis was performed by triangulation of methods, using ALCESTE 4.5 software to carry out categorical thematic analysis of interviews with representatives of NASF coordination and in Phase2, based on the principals of Institutional Analysis of Professional Practices. The results and analysis target three main aspects involving matrix support as technological innovation: A) necessary flexibility in order to operationalise matrix support, considering the health needs of the location, dynamics of actions and the proposed measures for such work methodology; B) centrality of the work on people's and collectives' health needs, discussion of cases and elaboration of the Singular Therapeutic Project; and C) modification of the ambulatory care and of the specialties that supervise interprofessional work. This investigation enabled the better understanding of the role performed by NASF professionals both in their teams and in combined action with Primary Health Care teams belonging to Basic Health Units or Family Health Strategy. Following the process of implementation of NASFs in the region, it was possible to discuss the professional practices and issues faced by the involved actors. The investigation is in alignment with the theoretical perspective of Institutional Analysis and the field of Science, Technology and Society as it brings specific knowledge about the production of knowledge in health and its impact in health and life conditions of Brazilian population. This intervention process brought about positive effects and important constructions to the target area and group. The Permanent Education process that professionals went through raised important questions about the need for improvement of the specialised ambulatory care and of a restricted clinic practice regarding the NASF and its Primary Health Care professionals.

Key words: Primary Health Care; Matrix Support; Science, Technology and Society.

## Lista de ilustrações

Figura 1 - Departamento Regional de Saúde III-Araraquara e suas regiões .....	50
Figura 2 - Gráfico por tipo de NASF .....	63
Figura 3 - Classes geradas após processamento pelo ALCESTE .....	72
Figura 4 - Distribuição de UCE em cada classe gerada pelo ALCESTE .....	73
Figura 5 - Detalhamento das classes analisadas .....	73
Figura 6 - Gênero dos profissionais NASF .....	79
Figura 7 - Formação dos profissionais NASF .....	80
Figura 8 - Realização de estágio profissional em Saúde Pública/Coletiva .....	80
Figura 9 - Categorias profissionais que NÃO realizaram estágio em Saúde Pública/Coletiva	81
Figura 10 - Realização de Pós-graduação .....	81
Figura 11 - Modalidade da Pós-graduação.....	82
Figura 12 - Instituição empregadora .....	82
Figura 13 - Regime de trabalho .....	83
Figura 14 - Carga horária referida pelos profissionais.....	84
Figura 15 - Contratação específica para NASF e/ ou para realização do Apoio Matricial .....	84
Figura 16 - Ingresso na função Apoio.....	85
Figura 17 - Informações sobre apoio matricial.....	85
Figura 18 - Formação para apoio matricial .....	86
Figura 19 - Áreas do Apoio Matricial elencadas .....	87
Figura 20 - Instrumentos/ ferramentas do apoio matricial identificados .....	87
Figura 21 - Conhecimento sobre os documentos oficiais .....	88
Figura 22: Desafios e conquistas elencados pelos profissionais no primeiro encontro .....	93
Figura 23: Avaliação dos participantes sobre conquistas e desafios do NASF.....	106

## Lista de Tabelas

Tabela 1 - Diferenças entre os NASFs.....	29
Tabela 2 - Visitas e entrevistas realizadas na Fase 1 .....	53
Tabela 3 - Levantamento dos NASFs implantados até julho/2017 .....	61
Tabela 4 - NASF com adesão ao PMAQ, dezembro/2015 .....	62
Tabela 5 - Profissionais nos NASFs por município.....	64
Tabela 6 - Carga horária dos profissionais, tipo de NASF e número de ESF de cobertura .....	65
Tabela 7 - Profissionais NASF informados durante a entrevista.....	69

## Lista de abreviaturas e siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AI	Análise Institucional
AIPP	Análise Institucional das Práticas Profissionais
ALCESTE	Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte
AAB	Articulador de Atenção Básica
ABS	Atenção Básica em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CS	Centro de Saúde
CTS	Ciência, Tecnologia e Sociedade
C&T	Ciência e Tecnologia
CIR	Comissão Intergestores Regional
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CEIS	Complexo Econômico-Industrial da Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DRS	Departamento Regional de Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OSS	Organização Social de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNCTI	Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação
PNCTIS	Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
PSE	Programa de Saúde na Escola
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial

SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCE	Unidade de Contexto Elementar
UCI	Unidade de Contexto Inicial
USF	Unidade de Saúde da Família
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
VER-SUS	Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

## Sumário

Apresentação.....	18
1 Aproximação com as temáticas presentes neste estudo: uma introdução .....	23
1.1 Saúde enquanto política social.....	23
1.2 Atenção Básica, Estratégia de Saúde da Família e outras estratégias de consolidação: os Núcleos de Apoio à Saúde da Família .....	25
1.3 Outros arranjos do trabalho em saúde: o Apoio Matricial.....	31
1.4 Diálogos com o campo da Ciência, Tecnologia e Sociedade: produção de conhecimento em saúde e seu impacto social .....	37
2 Caminhos percorridos e estratégias para efetivação da pesquisa .....	45
2.1 Hipóteses e perguntas de pesquisa .....	45
2.2 Objetivos da pesquisa .....	47
2.3 Percurso Metodológico: uma aproximação com o campo, os participantes e o referencial teórico .....	48
2.3.1 Participantes .....	49
2.3.2 Cenário de Estudo .....	50
2.3.3 Aspectos éticos.....	51
2.3.4 Etapas da investigação.....	51
2.3.5 Análise do material da pesquisa de campo .....	56
3 Apresentação dos resultados da pesquisa .....	60
3.1 Dados informacionais.....	60
3.2 Aproximação ao cenário: primeiras observações da pesquisadora .....	67
3.3 Diálogos com coordenadores dos NASFs: Análise ALCESTE.....	71
3.4 Caracterização dos profissionais NASF .....	79
3.5 Realização dos grupos intervenção NASF .....	90
4 Discussão dos resultados sob a perspectiva da Análise Institucional das Práticas Profissionais .....	108
5 Considerações finais .....	127
APÊNDICES .....	137
ANEXOS.....	145

## **Apresentação**

### *Por onde andei?*

Aqui estou eu, apresentando meu trabalho de doutoramento que tanto me encanta. Presto-me a esclarecer minha trajetória até aqui, passos dados, caminhos trilhados. Por onde andei?

Na graduação, já tive oportunidade de ser apresentada à Atenção Básica em Saúde, às Unidades de Saúde da Família do município de Ribeirão Preto, de refletir sobre a inserção de outras profissões neste nível de atenção, tanto pelas atividades curriculares como em experiências como Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS). Andei, ainda, pelo desafiador caminho da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade em São Carlos e, em seguida, fui contratada como terapeuta ocupacional em um município da região em questão neste estudo. Estes últimos me abriram portas para conhecer e me aprofundar na realidade regional do centro do estado de São Paulo.

Ainda durante o Mestrado, fui apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade, como aluna especial em uma disciplina intitulada “Ciência, tecnologia e inovação em saúde: a produção e a difusão do conhecimento”. Quantas descobertas pude fazer durante as reflexões a respeito desta disciplina, quais conhecimentos são necessários para que o Sistema Único de Saúde (SUS) se consolide? Que tipos de descobertas ainda são necessárias para que a saúde seja realmente universal? Estamos falando apenas de tecnologias duras, como aparelhos ultramodernos e tecnológicos e medicações cada vez mais eficazes?

Descobri que não. Descobri que pensar sobre processos de trabalho eficientes também contribui para a construção do SUS que queremos. E que pode ter muito de inovação. E aqui, eu me encontrei: que tal continuar nessa compreensão do trabalho do profissional de saúde, agora expandindo para além da Terapia Ocupacional e Saúde Mental, meu objeto de estudo no Mestrado?

Pouco tempo depois, trabalhava no Departamento Regional de Saúde III Araraquara (DRSIII), na articulação regional de políticas de saúde mental. Sou muito grata por esta oportunidade, já que pude compreender a lógica do trabalho solidário, regionalizado e compartilhado pelos municípios.

Trabalhar na gestão de políticas públicas é um desafio enorme, envolve muitos detalhes que aparentemente estão ocultos. E o conhecimento técnico e clínico do cuidado são extremamente importantes para que seja possível trazer da dimensão política uma práxis real.

E lá fomos nós para a elaboração dos Planos de Ação das Redes de Atenção Psicossociais (RAPS), dando continuidade a um processo que as quatro regiões de saúde do DRSIII já desenvolviam. Negociações junto aos municípios foram primordiais para que o desenho desta rede pudesse acontecer. Para além de uma expansão de equipamentos de saúde mental, estávamos tratando de uma modificação no processo de trabalho. Esta abordagem também derivou a “existência” de espaços de Educação Permanente, como rodas de conversa, eventos temáticos e visitas técnicas, de forma a qualificar o cuidado e tensionar cada vez mais as práticas manicomiais dentro dos serviços territoriais e ditos substitutivos de saúde mental.

Neste trabalho, deparei-me também com a judicialização da saúde cada vez mais presente, forte, intensa. E nos inúmeros ofícios destinados ao poder judiciário, eu debatia com ele não a necessidade de internação dos sujeitos, mas a importância da ampliação da rede de atenção em saúde mental, da modificação das práticas, da necessidade de encontrar outros serviços que os municípios poderiam oferecer ao usuário. Nem sempre era ouvida, mas todas as vezes, eu discutia caso a caso, usuário por usuário, como um caso clínico realmente.

Um dos desafios vivenciados neste processo de implantação das RAPS na região estava presente na atenção básica. Apesar dos enormes incentivos do Ministério da Saúde para a ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), sabemos como a dificuldade de mudança da lógica do trabalho e o desafio do subfinanciamento interpelam tal medida. O estado de São Paulo então lançou mão de uma figura importante que é a do Articulador de Atenção Básica (AAB), profissional responsável pelo fomento in loco da atenção básica.

Sendo a Atenção Básica em Saúde (ABS) a grande ordenadora do sistema e coordenadora do cuidado responsável por todos os usuários, na saúde mental, a grande mudança envolveu pensar que o paciente com algum tipo de transtorno mental não era do serviço especializado em saúde mental, mas sim pertencente a um território e também contemplava parte dos cuidados oferecidos na ABS. Esta mudança trouxe grandes debates para as rodas de conversa. E as equipes da ABS por vezes não se achavam prontas para fazer este tipo de abordagem.

Quase todos os municípios da região, então, fizeram uma opção por planejar a implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) neste processo de organização das redes de atenção. Mesmo com uma portaria do ano de 2008 que esclarecia sobre o seu

funcionamento e a disponibilidade de materiais elaborados pelo Ministério da Saúde, em forma de cadernos de atenção básica, era difícil compreender como efetivamente o NASF poderia funcionar. Eu, tendo passado parte da minha formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, já tinha tido oportunidade de praticar o apoio matricial. Mas quantos de nós, profissionais de saúde, tivemos esta oportunidade de formação, na graduação ou na pós? Pelo meu contato com profissionais de vinte e quatro municípios, posso afirmar que muito poucos.

Fui participando deste processo de implantação dos primeiros NASFs enquanto trabalhadora da gestão estadual. Nesta época, tínhamos três já implantados e funcionando. Todos eles com muitas dificuldades no exercício diário de manter uma equipe multiprofissional na ABS e não realizar aquele atendimento ambulatorial que os profissionais vinculados ao serviço estavam acostumados.

Assistimos, logo em seguida, a uma expansão rápida de três para doze NASFs na região, além de outros onze previstos nos planos da RAPS. Ou seja, naquele momento, quase todos os municípios da região previam a implantação do serviço. Assim, o desafio foi crescendo cada vez mais.

Algumas equipes foram contratadas especificamente para este serviço, mas esta não foi a realidade de todas as cidades. Muitos municípios lançaram mão de equipes multiprofissionais que já estavam em serviços ambulatoriais para o cadastramento de seus serviços. Esta prática trouxe mais um desafio: como mudar a lógica do trabalho ambulatorial individual exercida por tantos anos por estes profissionais, que inclusive foram formados neste paradigma, para o exercício de práticas nem tão centradas no núcleo profissional, mas sim no campo da Saúde Coletiva, da prevenção e da promoção de saúde?

Por este motivo e pela demanda apresentada por todos os demais gestores que estavam envolvidos neste processo de planejar os seus NASFs, a equipe do DRSIII iniciou um movimento de Educação Permanente com as equipes multiprofissionais que seriam transferidas para a atenção básica. Vimo-nos com um desafio grande nas mãos. Os trabalhadores queriam muito este movimento, queriam trocar experiências, falar de suas angústias na modificação de seu processo de trabalho, compartilhar boas experiências. E assim fizemos.

Também surgiu a oportunidade de fazer deste espaço de troca, um território fértil para um projeto de pesquisa, de forma a estudar este processo de implantação do equipamento de saúde na região e acompanhar os dilemas e as potencialidades na consolidação do apoio matricial.

Trabalhar na gestão estadual me permitiu conhecer os gestores e grande parte dos trabalhadores de saúde inseridos na atenção básica e na saúde mental dos municípios em questão. Esta proximidade facilitou, claro, a realização desta pesquisa. O estudo foi até muito desejado por todos os envolvidos, incluindo o DRSIII, que aceitou o desafio nesta parceria com a pesquisa e todas as implicações implícitas neste processo.

Pude assistir a estas modificações a certa distância, pois pouco tempo depois, fui aprovada em concurso para docente. Vi aqui uma possibilidade grande de intervenção com base em boa parte do exposto até aqui. Vislumbrei a possibilidade de formar profissionais de saúde articulados e antenados com as novas políticas. E, assim, aceitei a provocação. Fui para a universidade, com o desafio nas mãos de, após vivenciar a dificuldade de colocar as políticas públicas em prática, formar profissionais que pudessem continuar fazendo isso em seus mais diferentes cotidianos de trabalho.

Mesmo assim, não perdi de vista a possibilidade de continuar o desenvolvimento da pesquisa. Afinal, um compromisso foi firmado, um desafio colocado, um caminho foi definitivamente trilhado. E sem volta, pois a implantação dos NASFs está acontecendo. E nós queremos que seja da melhor forma possível. Qual será? Ainda não sabemos. Mas o fato é que esta pesquisa pode oferecer subsídios para pensarmos possibilidades e apreciarmos como estes serviços estão colocando suas diretrizes em prática. Estou movida por eles.

Posso dizer que aqui está a minha implicação na pesquisa, partindo de conceitos de Gilles Monceau, uma implicação que não é neutra, nem de observadora, nem de ouvinte apenas. Posso dizer que estou implicada com estes profissionais e com o desafio de colocar estes NASFs em funcionamento. Implicada com a gestão estadual, que tem acompanhado de perto esta implantação e também enxerga suas fragilidades. Implicada com a formação dos futuros profissionais de saúde para que possam, realmente, atuar nestes serviços em breve.

O material aqui apresentado está dividido em cinco capítulos. Início o trabalho, no capítulo um, com uma introdução geral ao tema, abordando o Sistema Único de Saúde, a Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família, a inserção dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e o processo de produção de conhecimento em saúde e a relação destes saberes com campo da Ciência, Tecnologia e Sociedade. Em seguida, apresento os caminhos percorridos para efetivação da pesquisa, com as hipóteses, objetivos do presente estudo e percurso metodológico. No capítulo três, os resultados da pesquisa são apresentados, sendo que optei por apresentá-los separadamente da análise dos resultados à luz do referencial da Análise Institucional, tema do capítulo quatro. Finaliza-se com capítulo cinco, em que são abordadas as considerações finais da pesquisa.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados constam nos apêndices, assim como os documentos de tramitação e aprovação pelo Comitê de Ética, que podem ser visualizados nos anexos.

Espero que o trabalho apresentado reflita realmente os passos percorridos e possa, desde já, se propor a elaborar um bom caminho de resultados sobre os NASFs, apoio matricial e este como inovação tecnológica na saúde.

# **1 Aproximação com as temáticas presentes neste estudo: uma introdução**

## **1.1 Saúde enquanto política social**

O processo histórico de luta pela democracia brasileira evidencia o caminho percorrido na conquista pela cidadania. Como sinaliza Fleury e Ouverney (2012), a própria comunidade se organizou e lutou pela elaboração de políticas de proteção social de acordo com seus valores, com as instituições, fazendo emergir um modelo de proteção social adequado aos seus anseios.

Por este motivo, a política de saúde pôde assumir um caráter de política social, considerada um avanço, ao conceber a saúde como um direito social, de forma universalizada, envolvendo estratégias coletivas para reduzir a vulnerabilidade das pessoas aos diversos riscos sociais (FLEURY; OUVERNEY, 2012). Considera-se que o Brasil assumiu a seguridade social como modalidade da proteção social, levando em conta os aspectos apresentados. Diferente de outros países, que utilizam outras modalidades de proteção social, como a assistência social ou ainda o seguro social.

A política de saúde no Brasil, concebida a partir da Constituição Federal de 1988, conhecida como Constituição Cidadã, e das Leis Orgânicas da Saúde de 1990. Estas últimas regulamentam o SUS, abordam as condições para promover, proteger e recuperar a saúde, além de ditarem as diretrizes sobre a organização e o funcionamento dos serviços também relacionados à saúde, assim como abordam a participação da população na gestão do Sistema Único de Saúde e as transferências de recursos da área de saúde entre os governos, considera a saúde a partir de um conceito ampliado e sujeita a múltiplos determinantes. Isto é, ela não está apenas voltada a melhorar as condições sanitárias da população brasileira, mas visa a manutenção da vida e considera os aspectos de qualidade de vida importantes para a sobrevivência e bem-estar das pessoas.

Esta conquista assume a saúde como um direito de todo cidadão brasileiro e um dever do Estado, responsável por provê-la à população. Partindo deste pressuposto, a dimensão política dos indivíduos e a garantia dos direitos e deveres de todos em uma sociedade democrática, passam a fazer parte do exercício da cidadania.

O Sistema Único de Saúde (SUS) consolidou então o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil, a partir da década de 1990, articulado e integrado com outras políticas sociais, tanto de proteção social, quanto de promoção social. Sua regulamentação

acontece por meio das Leis Orgânicas 8080/90 e 8142/90, regimentado pelo Decreto nº. 7508, apenas em 28 de junho de 2011.

O SUS preconiza alguns princípios e diretrizes na tentativa de garantir direitos aos cidadãos e contemplar os deveres do Estado. São eles: a universalidade no acesso e igualdade na assistência; integralidade na assistência; participação da comunidade; descentralização, regionalização, hierarquização das ações e serviços de saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

Não se pode negar que a consolidação de uma ampla política como esta tem seus desafios, de forma a realmente possibilitar que os interesses de diferentes grupos sociais possam estar incluídos neste jogo de forças. Dentro do princípio da descentralização, um dos desafios é a municipalização das responsabilidades, ou seja, oferecer autonomia aos municípios para gerirem seus serviços a partir de planos de governos estabelecidos localmente. Isto traz para o SUS uma heterogeneidade no oferecimento de serviços à população assim como traz dificuldades aos gestores municipais no gerenciamento financeiro, com relação à baixa arrecadação de recursos. O aspecto mais solidário da regionalização também pode ser indicado enquanto um desafio, ao compreender que os municípios não precisam ser autossuficientes em todos os serviços e na assistência à população e que estes podem (e devem) contar uns com os outros a partir das pactuações para o oferecimento de tais serviços.

As três esferas do governo possuem diferentes papéis na gestão do SUS. Noronha, Lima e Machado (2012) sinalizam que os gestores das três esferas participam do planejamento e formulação de políticas, do financiamento, do controle e avaliação conjuntos do sistema. A União tem como principal responsabilidade a normalização e coordenação do sistema nacionalmente. Os gestores estaduais devem planejar o sistema de forma regionalizada, estimular a cooperação técnica e financeira dos municípios e entre os mesmos. Os municípios gerenciam todo o sistema de saúde no nível local por meio da descentralização e executam todos os serviços públicos de saúde, assim como a sua regulação.

Nos anos 2000, houve incentivo por parte do Ministério da Saúde para a ampliação e a consolidação da ABS enquanto projeto de governo, tendo principalmente na Estratégia de Saúde da Família a principal forma de modificação deste cenário de fato centrado na ABS. O que se tem visto também nas mais diferentes realidades é uma ampliação considerável do número de equipes de saúde da família, mas ainda coexistentes com modelos mais tradicionais de atenção básica, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Como veremos a

seguir, ao longo da realização deste trabalho, houve publicação de novas portarias que podem colocar em risco este panorama.

Para garantir o cuidado às necessidades de saúde das comunidades, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) têm sido adotadas como modelo de cuidado, utilizando de pressupostos como a regionalização e a hierarquização para se consolidarem (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

Neste sentido, as RAS estão ordenadas a partir da Atenção Básica em Saúde (ABS), ou seja, o mais próximo possível dos sujeitos e coletivos, de seus territórios, de suas particularidades, sendo responsáveis pelos procedimentos mais frequentes e menos complexos, como vacinas, consultas de clínica médica e partos normais. Os serviços de atenção básica devem estar amplamente disponíveis no território nacional, de forma a proporcionar acesso ao cuidado e organização do sistema como um todo (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012). Para sua efetivação, as RAS devem manter-se ativas e em íntima comunicação.

## **1.2 Atenção Básica, Estratégia de Saúde da Família e outras estratégias de consolidação: os Núcleos de Apoio à Saúde da Família**

Há diferentes definições para o que se entende por “serviços de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, de fácil acesso, direcionados a cobrir afecções e condições mais comuns e a resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 493). Ainda, conjunto de ações integrais, individuais e coletivas, constituindo a porta de entrada a uma rede hierarquizada, base de sistemas de saúde que tenham o usuário no centro do seu cuidado. Ao que se pode denominar de atenção primária a saúde, atenção básica ou atenção ambulatorial de primeiro nível.

Corroborando com a perspectiva de uma política de saúde social, entende-se também que a ABS é central no sistema de saúde e parte do desenvolvimento social e econômico da população, no que tange ao enfrentamento de determinantes sociais de saúde também de forma intersetorial (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

No Brasil, o grande eixo norteador dessa perspectiva é a ABS e dela faz parte a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Trata-se de uma estratégia que tem como cerne a mudança de modelo de atenção à saúde, ordenada a partir da Atenção Básica. Esta trabalha com uma equipe de referência, composta por enfermeiro, médico, dentista, agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem e de consultório odontológico. Esta equipe é

responsável pela resolução de cerca de 80% dos problemas de saúde das pessoas que vivem em seu território de abrangência, ações mais comuns de saúde e combate a doenças da população.

A portaria nº. 648/GM, de 28 de março de 2006, aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em 21 de outubro de 2011, a portaria nº. 2488 revisa alguns aspectos da portaria anterior, incluindo a então chamada Estratégia de Saúde da Família, e não mais o programa como fora denominado inicialmente.

No período entre 2006 e 2011, foi possível acumular experiências importantes nesta consolidação. A PNAB evidencia o alto grau de capilaridade e descentralização da atenção básica e o seu exercício de fato próximo à vida das pessoas, ou seja, do seu território. Ela deve ser contato preferencial dos sujeitos com o sistema de saúde e desempenhar o papel de ordenação das RAS, de forma acolhedora, resolutiva, inovadora na gestão e na coordenação do cuidado ao usuário.

Em setembro de 2017, por meio da Portaria nº 2.436, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Há diversas controvérsias sobre a sua aprovação, legitimidade, alterações conceituais e práticas, dentre outras. Nesta pesquisa, toda desenvolvida anteriormente à aprovação desta nova portaria, foram utilizados os preceitos e diretrizes da PNAB de 2006 e 2011, entendendo inclusive que as modificações citadas na referida publicação trarão efeitos a médio e longo prazo. Um deles, que está intimamente ligado aos NASF, é o reconhecimento de outras estratégias de organização da ABS nos territórios, ao incorporar as EABs e entender que ESF deixa de ser A estratégia de efetivação do primeiro nível de atenção do sistema. Como a sua publicação é muito recente, ainda não temos os reflexos de tais mudanças, mas pode-se perceber uma revogação de diversas diretrizes já apreendidas pela *práxis* na ABS e poderá trazer comprometimentos importantes aos princípios da ABS que serão citados a seguir.

Giovanella e Mendonça (2012) evidenciam que a ABS possui atributos importantes para que a sua prática aconteça de acordo com diretrizes e princípios, oferecendo realmente um cuidado efetivo à população e cumprindo seu papel de ordenadora do sistema. Entende-se, a partir destas novas regulamentações, que a ABS deveria exercer o papel de ordenadora do cuidado e coordenadora do sistema de saúde, assim como se caracterizar enquanto porta de entrada do usuário no sistema. Grande parte dos problemas de saúde das comunidades deveriam ser aqui resolvidos, garantindo grande resolutividade, o que traz desafios

importantes para este nível de atenção. Sabemos que esta característica da ABS tem problemas e que, se a ABS não estiver organizada a ponto de compor esta rede, terá dificuldades para cumprir seu papel.

O primeiro de seus atributos é ser uma **porta de entrada**, o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde. A **longitudinalidade** é outra característica da ABS, fazendo uso do vínculo e do acolhimento no acompanhamento das condições de saúde das comunidades ao longo de vários ciclos de vida. A definição do território de **abrangência** é outra questão importante para identificação das necessidades da população adscrita. A **coordenação do cuidado** é outro atributo significativo, no que diz respeito ao acompanhamento do usuário e à continuidade de seu tratamento. Estreita **relação com a comunidade** e seus valores culturais, nos trabalhos comunitários e na relação estabelecida com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Centralidade na **família**, ao se compreender como a dinâmica familiar influencia as necessidades de saúde dos sujeitos.

Dentro do escopo de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da ABS no Brasil, o Ministério da Saúde estabeleceu também outras iniciativas como Programa de Saúde na Escola (PSE), Academias de Saúde, Melhor em Casa e Telessaúde. Assim como outras estratégias, como Consultório na Rua, unidades fluviais, ESF para populações ribeirinhas e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2009), os NASF são criados e definidos como

uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Seus requisitos são, além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de equipes de Saúde da Família e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família. Deve estar comprometido, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da SF e entre sua própria equipe (NASF), incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde (BRASIL, 2009, p. 10-11).

Após esta definição, fica clara a responsabilidade do NASF na qualificação das equipes de Saúde da Família, principalmente através do seu papel educativo no sentido de potencializar a equipe de referência para o cuidado integral à população. Assim como, na relação entre ESF e NASF com outros pontos da rede de cuidados, na articulação dos serviços e na organização do cuidado.

De forma a qualificar as demandas existentes e o cuidado realizado, a partir de então, as equipes de atenção básica puderam contar com profissionais de outras formações, como psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, educadores físicos, médicos especialistas, médicos veterinários, nutricionistas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, dentre outros, através da implantação dos NASF, o que coroou a possibilidade de um cuidado interprofissional e integrado na ABS, as principais modificações que o NASF propõe modificar neste nível de atenção.

Os NASFs, a partir desta perspectiva, possuem uma missão, como apresentado a seguir:

- a) Não se pode compreender o NASF como porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim como apoio às equipes de Saúde da Família;
- b) De acordo com a sua classificação, em NASF 1, 2 ou 3, vinculam-se a um número fechado de equipes de Saúde da Família em territórios definidos;
- c) A partir de reuniões e atendimentos compartilhados, constituindo processo de aprendizado coletivo, a equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família criarão espaços de discussões para gestão do cuidado;
- d) Há eixos de trabalho do NASF, dentre eles, a responsabilização, a gestão compartilhada e o apoio à coordenação do cuidado, que se pretende pela Saúde da Família (BRASIL, 2009).

Também regulamentados pela portaria nº. 2488/2011, os NASFs se inserem nas RAS de forma efetiva e, como exposto, com a entrada efetiva das equipes multiprofissionais na atenção básica e ancorados nos pressupostos da ABS. A portaria nº. 3124 de 28 de dezembro de 2012 redefine as modalidades dos NASFs expostas inicialmente na portaria anterior. A partir desta nova publicação, os NASFs além de poderem ser da modalidade 1 ou 2, acresce-se o NASF 3, aos municípios com número menor de equipes de Saúde da Família. As características de cada um deles são detalhadas na Tabela 1.

**Tabela 1 - Diferenças entre os NASFs**

<b>NASF 1</b>	<b>NASF 2</b>	<b>NASF 3</b>
Soma da carga horária no mínimo 200 horas semanais	Soma da carga horária no mínimo 120 horas semanais	Soma da carga horária no mínimo 80 horas semanais
Vinculação 5 a 9 equipes de ESF	Vinculação 3 a 4 equipes de ESF	Vinculação 1 a 2 equipes de ESF
Profissionais não podem ter carga horária menor do que 20 horas e cada ocupação deve ter de 20 a 80 horas.	Profissionais não podem ter carga horária menor do que 20 horas e cada ocupação deve ter de 20 a 40 horas.	Profissionais não podem ter carga horária menor do que 20 horas e cada ocupação deve ter de 20 a 40 horas.

Fonte: BRASIL (2014), adaptada pela autora.

A definição de valores financeiros para a implantação e o custeio dos NASFs é apresentada na portaria nº. 548, de 04 de abril de 2013. Para cada NASF (Modalidade 1) serão transferidos, mensalmente, R\$ 20.000,00; já para NASF (Modalidade 2) serão transferidos R\$ 12.000,00 e, por fim, para o NASF (Modalidade 3) serão transferidos R\$ 8.000,00. A portaria sinaliza que o repasse pode ser suspenso em algumas situações, como inexistência de unidade de saúde cadastrada para o trabalho das equipes; descumprimento da carga horária mínima prevista por modalidade do NASF; ausência de alimentação de dados no Sistema de Informação definidos pelo Ministério da Saúde que comprovem o início de suas atividades; descumprimento dos parâmetros de vinculação do NASF às Equipes de Saúde da Família e/ou às Equipes de Atenção Básica para populações específicas; forem detectados, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos e ausência, por um período superior a 60 (sessenta) dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes.

O Ministério da Saúde publicou, após a oficialização do NASF por meio das portarias supracitadas, em momentos diferentes, dois manuais para auxílio à implantação do serviço, assim como para esclarecer os aspectos relacionados ao processo de trabalho específico destas equipes. Dentro das publicações “Cadernos de Atenção Básica”, pode-se ter acesso ao caderno 27 e ao caderno 39 que tratam das diretrizes, estratégias e ferramentas para trabalho do NASF.

Estas publicações oficiais oferecem aos gestores e aos profissionais de saúde algumas estratégias necessárias e programáticas para efetivação do trabalho do NASF junto a equipes de Saúde da Família e evidenciam a necessidade de reorientação no processo de trabalho para

a sua consolidação. O que se pode pensar é o quanto elas trazem elementos para direcionar este novo agir, principalmente no que diz respeito a interprofissionalidade.

O NASF deve compor com as equipes de Saúde da Família para a realização de ações orientadas de acordo com os princípios descritos, devendo ainda incluir a interdisciplinaridade, a educação popular em saúde, a participação social, a intersetorialidade, a Educação Permanente em Saúde (EPS), além de princípios como a humanização e a promoção da saúde.

Logo, para se efetivar a partir de tais pressupostos, o processo de trabalho do NASF está baseado em prioridades de ação, que envolvem:

**“atendimento compartilhado**, para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos; **intervenções específicas** do profissional do NASF com os usuários e/ou famílias, com discussão e negociação *a priori* com os profissionais da equipe de SF responsáveis pelo caso; e **ações comuns** nos territórios de sua responsabilidade desenvolvidas **de forma articulada com as equipes de Saúde da Família**” (BRASIL, 2009, p. 16, grifos nossos).

Segundo a portaria nº. 2488/2011, os NASFs podem ser compostos por diferentes categorias profissionais, dentre elas: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas. A composição da equipe é realizada a partir das necessidades de saúde identificadas pelo gestor e pelas equipes no momento de solicitação da implantação do serviço municipal. Nem sempre essa configuração contempla contratação de novos profissionais, fazendo uso de alguns deles que já fazem parte do quadro municipal (CASTRO, 2017).

As ações desempenhadas na ABS possuem um fio condutor que o NASF, equipamento pertencente a este nível de atenção, deve seguir enquanto implementa as suas atividades e constrói o seu caminho de ação, ainda em processo de constituição. Uma dessas ferramentas é o apoio matricial, que será abordado em seguida.

### **1.3 Outros arranjos do trabalho em saúde: o Apoio Matricial**

Para melhor compreensão desta proposta de organização do trabalho na atenção básica, faz-se necessário uma conceituação acerca das equipes de referência e de apoio especializado matricial, proposta por Campos (1999). Esta publicação indica o início das discussões e propostas operacionais deste tipo de organização para o trabalho em saúde. Este tipo de metodologia também encontrou espaço para se desenvolver no campo da Saúde Mental, Humanização e ABS, servindo como base para elaboração de políticas públicas (CAMPOS; DOMITTI, 2007) e apresentando diversas publicações de experiências exitosas.

O modelo organizacional em questão apresenta a equipe de referência e equipe de Apoio Matricial como cerne da modificação da assistência em saúde, em diversos cenários, como atenção básica, especializada e hospitalar.

A equipe de referência é entendida como aquela formada por um conjunto de profissionais essenciais para a condução das necessidades de saúde, intervindo em um mesmo problema de saúde, com objetivos comuns, responsáveis pelo acompanhamento longitudinal de pessoas e de grupos de pessoas (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Responsável pelo Apoio Matricial, a equipe de outros profissionais considerados apoiadores potencializa o trabalho em saúde por meio da ação interdisciplinar, unindo diferentes especialidades e seus respectivos núcleos profissionais, a fim de agregar diferentes recursos do saber e ampliar a capacidade de resolução de problemas que a equipe de referência tenha identificado. O Apoio Matricial tem, neste caso, a função de estabelecer e estimular espaços para a comunicação ativa e para a troca de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores, fomentando a produção de cuidado (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O Apoio Matricial em saúde tem como objetivo “assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde” (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 399). Desta forma, amplia possibilidades de cuidado seja em qual cenário for, pela real ampliação de profissionais envolvidos com os casos e situações vividas no processo de trabalho.

No final da década de 1990, Campos (1999) então propõe que as equipes de referência possam se relacionar com outros profissionais, de forma a qualificar o cuidado, um modelo que intitulou de Apoio Matricial ou apoio especializado matricial. Tal proposta vem transformar algo que está enraizado na forma de trabalhar em saúde, que envolve conceito de referência e contrarreferência. Responsável pela coordenação do cuidado, nesta perspectiva,

um paciente não deixa de ser responsabilidade daquela primeira equipe ao ser atendido por profissionais matriciais. Tal cultura talvez seja o grande desafio na consolidação do modelo.

Entende-se que, para a sua consolidação, há que, cotidianamente, fazer uso de dispositivos que possam de alguma forma intervir na realidade dos serviços. No caso deste estudo, na ABS, de modo a alterar e melhorar a lógica de funcionamento das organizações, visando à modificação da lógica estrutural precedente (CAMPOS, 1999).

Campos (1999) ainda sugere que três pilares podem (e devem) sustentar essa mudança de modelo assistencial: vínculo, gestão colegiada e transdisciplinaridade. Tais aspectos sinalizam a necessidade de mudança das relações entre cuidador e cuidado, profissional e usuário e ainda entre os próprios profissionais de saúde, estimulando cada vez mais as trocas e o trabalho em equipe e ampliando suas possibilidades de recursos para a promoção de saúde (GOZZI et al., 2016).

Dispositivos de mudança e novos arranjos trazem consigo a necessidade de revisão do trabalho realizado, de reorientação das práticas e do que fora aprendido em diferentes momentos de formação destes profissionais. Mudar pode ser dolorido. Neste caso, abandonar um fazer ancorado na forma disciplinar, dentro dos limites de uma zona de conforto do saber técnico para uma prática que ultrapassa tais membranas, expandindo para um campo mais amplo e de produção de novos conhecimentos, pode sim trazer desafios (JAPIASSU, 2006).

Na lógica do trabalho interprofissional, a discussão sobre Campo e Núcleo profissional (CAMPOS, 2000) na Saúde Pública e na Saúde Coletiva auxilia a construir conceitos. “Núcleo”, para o autor, demarca a identidade de determinada área de prática e de saber profissional, enquanto “Campo” se define como sendo um espaço sem limites precisos, em que cada profissão busca apoio para cumprimento de suas tarefas. Eles se influenciam mutuamente e seus contornos nem sempre são possíveis de se detectar. No exercício do Apoio Matricial, cada profissional desempenha seu papel a partir de seu núcleo de saber e práticas, compondo, em parceria com os demais, o campo da Saúde Coletiva e da ABS. Trata-se de estilo de trabalho que requer novos arranjos e concepções. Existe uma tendência, na prática das profissões, a se restringirem ao seu núcleo de saberes e competências da formação inicial.

Neste sentido também, vale a utilização do conceito de Clínica Ampliada (BRASIL 2007; 2012a). Esta engloba os seguintes eixos: a compreensão ampliada do processo saúde-doença, a construção compartilhada dos diagnósticos e tratamentos, a ampliação do objeto de trabalho (para além apenas de diagnósticos), a transformação dos meios e dos instrumentos de trabalho e o suporte para os profissionais de saúde. Entende-se, a partir desta perspectiva, que a clínica é uma prática de todos os profissionais, não apenas dos médicos, que deve haver

tentativas significativas para a não fragmentação e redução do cuidado a procedimentos e que os problemas de saúde são multicausais.

Outro desafio envolve o trabalho de forma coletiva, partilhada e de trocas, na interprofissionalidade. A forma como se estrutura o trabalho em saúde atualmente quase não possibilita que os profissionais criem e mantenham espaços para trabalho em equipe, o que estimula ainda mais o trabalho individual e solitário (CAMPOS, 1999). A tendência na prática das profissões a se restringirem ao seu núcleo de saberes e competências da formação primária tem exigido uma reestruturação importante das práticas na formação profissional dos cursos de saúde para se antenarem com as novas indicações das políticas públicas.

A PNAB (BRASIL, 2012b) parte da utilização desta organização do trabalho apresentada para a estruturação do trabalho na ESF. As **equipes de referência** são equipes multiprofissionais compostas por enfermeiros, médicos generalistas ou de Família e Comunidade, cirurgiões dentistas, auxiliares ou técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e auxiliares de consultório odontológico. De forma geral, esta equipe possui como atribuições comuns:

- a participação no processo de territorialização da área;
- a manutenção do cadastro das famílias atualizado e qualidade nos registros destas informações;
- a realização do cuidado em saúde a partir das necessidades do território por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- a participação no acolhimento destes indivíduos;
- a realização de busca ativa de usuários;
- a manutenção da coordenação do cuidado;
- a prática do cuidado familiar e coletivo;
- a realização de reuniões de equipe e trabalho em equipe;
- a participação em ações de educação permanente;
- a realização de ações de educação em saúde.

Estas são atribuições às quais todos os membros da equipe devem realizar de forma coletiva e comum, já que cada um deles ainda possui suas atribuições específicas, como bem indica a PNAB. É desafiadora a responsabilidade destas equipes, pois têm a incumbência de realizar diversas ações de cuidado, além de assumirem a responsabilidade pelos usuários, por

suas famílias e pela comunidade, envoltos, ainda, em uma certa centralidade na produção de procedimentos e não de cuidado, inclusive por cobranças por parte dos gestores e sistemas informacionais.

Para as equipes apoiadoras realizarem suas atividades, a vertente prevista é intitulada de Apoio Matricial. Este se caracteriza enquanto uma **tecnologia de gestão** (BRASIL, 2009), **metodologia de trabalho complementar** (CAMPOS; DOMITTI, 2007), **recurso** para a organização do trabalho em saúde na atenção primária, **metodologia de gestão do cuidado, arranjo organizacional** e **metodologia de gestão** do trabalho em saúde (CUNHA; CAMPOS, 2011), e que se constrói no processo de trabalho com as equipes de referência. A polissemia presente na descrição do Apoio Matricial, em diferentes publicações, indica também a necessidade de aprofundamento em suas raízes práticas e teóricas, podendo, inclusive, ampliar o debate acerca desta denominação e também sobre a possibilidade de todos estes termos serem utilizados como sinônimos.

Suas dimensões são apresentadas a seguir.

“O apoio matricial apresenta as dimensões de suporte: **assistencial** e **técnico-pedagógico**. A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões podem e devem se misturar nos diversos momentos” (BRASIL, 2009, p. 12).

A grande questão que circunda este novo processo de trabalhar em saúde é como, efetivamente, as equipes dos NASFs realizam, a partir de pressupostos pedagógicos e tecnológicos que as dimensões assistencial e técnico-pedagógica trazem consigo, a qualificação das equipes para o cuidado de sujeitos, coletivos e também para os seus processos de trabalho.

Entende-se, a partir de tais dimensões que, além da ampliação de possibilidades de gestão do cuidado a usuários pertencentes àqueles territórios de responsabilidade das equipes de saúde da família por meio do compartilhamento de atendimentos, a ação do NASF também gera efeitos sobre o próprio fazer da equipe e seu processo de trabalho. Os objetivos principais das ações do Apoio Matricial são a realização da clínica ampliada e a integração dialógica entre diferentes profissionais (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Nesta perspectiva, o Apoio Matricial e sua prática em questão constituem aspectos em construção no âmbito do SUS. Sendo novos, necessitam de um aporte teórico-prático específico, que poderá ser revelado por pesquisas e pela prática, assim como envolve mudanças na formação do profissional de saúde, de forma a estar vinculada com as exigências

das novas portarias e políticas de saúde e com os novos formatos de processo de trabalho em saúde, para além da atuação profissional nuclear.

Com relação à formação do profissional de saúde, muitos têm sido os trabalhos que abordam tal questão. De forma geral, as principais mudanças envolvem a inclusão de outros elementos além do biológico, considerando o conceito ampliado de saúde, assim como a entrada da perspectiva do trabalho em equipe, na ampliação das ofertas e nas compreensões sobre os processos de viver e adoecer das pessoas (FEUERWERKER; CAPOZZOLO, 2013).

Campos e Domitti (2007) afirmam que, para se efetivar, esta metodologia de trabalho deve considerar diretrizes e prever critérios para acionamento do apoio, assim como, dividir as responsabilidades dos envolvidos, incluindo tanto a equipe de referência quanto os apoiadores. Acredita-se que esta seja a estratégia que realmente possibilita o exercício de uma clínica ampliada e o trabalho integrado entre profissionais.

Ao afirmar que “nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral” (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 400), os autores tensionam a lógica ainda presente na prática em saúde, lógica esta baseada na especialidade e em serviços de referência para o tratamento de enfermidades que as equipes de referência não possuem domínio para realizar a gestão do cuidado. Assume-se, então, que as equipes de referência devem ser capazes de coordenar este cuidado e podem receber o apoio especializado necessário vindo de apoiadores matriciais, de forma a qualificar as ações oferecidas e a ordenar as diferentes redes de atenção.

Na prática cotidiana, o contato entre as equipes de referência e de apoio deve ser maximizado por meio de encontros presenciais e outros contatos (telefônico ou eletrônico) para discussão de casos ou outros problemas, valorizando sempre a estratégia do encontro dialógico enquanto potência do trabalho.

Ainda, ao se abordar especificamente, como realizar a ação de forma conjunta entre referência e apoiadores, Campos e Domitti (2007) identificam três planos fundamentais na construção dos projetos terapêuticos: a) atendimento e intervenções compartilhadas; b) intervenções especializadas por núcleo profissional; e c) troca de conhecimento entre os profissionais envolvidos com a ação. Os planos citados foram encontrados também em publicações oficiais do Ministério da Saúde sobre os NASFs.

O abandono de uma lógica vigente há tanto tempo, uma lógica hegemônica e que atende a interesses econômicos de práticas em serviços especializados, da contrarreferência, solitária por vezes, do atendimento ambulatorial especialista, para uma abordagem multiprofissional, de contato entre profissionais, de construção conjunta de projetos

terapêuticos para indivíduos e coletividades, sem perder a especificidade do núcleo profissional, não pode ser encarada como tarefa simples e corriqueira.

Cada vez mais, como afirmam Cunha e Campos (2011), é observada a adoção destes conceitos de equipe de referência e Apoio Matricial em diferentes áreas do SUS. O NASF é um dos exemplos desta utilização como experiência.

Há diversas experiências retratadas na literatura acerca desta organização do trabalho a partir do Apoio Matricial. Antes do NASF, em **Campinas-SP**, por exemplo, desde 1989, fez-se a escolha por inserir equipes de saúde mental na atenção básica para qualificar o cuidado oferecido neste campo. Em 2004, o Apoio Matricial como lógica organizacional se expandiu para complementar outros saberes especializados. Foi esta experiência que muito auxiliou o Ministério da Saúde na criação e instituição dos NASFs (CASTRO, 2017). Anéas (2017) relata a implantação de uma equipe de saúde mental volante na zona norte de **São Paulo-SP**, no ano de 1998, fazendo uso do arranjo do Apoio Matricial para o seu funcionamento. Carvalho e Campos (2000) descrevem a experiência do município de **Betim-MG** na organização do cuidado, a partir do ano de 1997, por meio de equipes de referência em áreas programáticas.

Outras publicações evidenciaram a atuação do NASF e o seu arranjo de trabalho, por meio do Apoio Matricial, na região que é objeto de estudo desta pesquisa. Nordi (2014) evidencia o histórico de implantação deste serviço em uma cidade do interior de São Paulo e os desafios para lidar com as resistências na adoção do Apoio Matricial como eixo de trabalho. Outros autores, por exemplo, evidenciam a prática dos núcleos profissionais no NASF e os desafios do trabalho interdisciplinar previsto neste arranjo (CELA; OLIVEIRA, 2015).

Para acompanhar tal processo, na saúde, tem havido uma discussão sobre a importância de qualificação na formação de recursos humanos em saúde que acompanhem de forma crítica estas novas formas de cuidar e as novas políticas de saúde. Esta perspectiva evidencia como as instituições formadoras precisam se empenhar na transformação de seus currículos para a preparação de sujeitos com uma postura crítica no mundo, de acordo com as novas complexidades encontradas nas políticas de saúde atuais e, principalmente, na prática cotidiana dos serviços de saúde. As instituições formadoras ainda reproduzem na formação destes profissionais a lógica de produção vigente e rever a formação em saúde pode ser encarado como um processo contra hegemônico.

#### **1.4 Diálogos com o campo da Ciência, Tecnologia e Sociedade: produção de conhecimento em saúde e seu impacto social**

Diante do contexto apresentado pela Política Nacional de Saúde, há a necessidade de apropriação dos conhecimentos de diferentes áreas para lidar com sua complexidade. Pense-se, nesse sentido, que a produção do conhecimento também tenha que se alinhar às necessidades de saúde da sociedade, a fim de atender às novas demandas de cuidado.

Os impactos sociais da produção de conhecimento podem ser observados na história da humanidade. O período pós-guerra (1940 a 1955) foi visto com otimismo, já que o papel da Ciência e Tecnologia (C&T) se voltava para o progresso social, o aumento de riquezas e o incremento do bem-estar social. De 1955 a 1968, a sensação era de alerta, o que levou ao questionamento da C&T e a dúvidas relacionadas às suas consequências sociais. De 1960 a 1970, essa reflexão acerca dos benefícios e malefícios da C&T fundamentou o amadurecimento do campo Ciência, Tecnologia e Sociedade (CTS), de forma a trazer a sociedade para esta discussão (LEITE, FERRAZ, 2011).

Não há como se desvincular a produção científica e tecnológica dos aspectos sociais, já que estes últimos são diretamente influenciados pelos primeiros. Por este motivo, entende-se que o desenvolvimento científico não pode ser visto sem se considerar a sociedade. O campo CTS, dessa forma, mostra a sua preocupação neste jogo de forças existentes, faz uso da filosofia e sociologia da ciência para esta compreensão (das dimensões sociais da ciência) e, logo, é considerado interdisciplinar. “O enfoque CTS representa uma superação do olhar objetivo-abstracionista que permeou outros mo(vi)mentos de aprendizado, constituindo-se como um campo de estudo e pesquisa emergente da crítica ao desenvolvimento científico e tecnológico, a partir dos anos 1960.” (PEDRO; SOUSA; OGATA, no prelo).

Este campo de investigação vem se desenvolvendo em três sentidos complementares desde seu início: 1) no âmbito da investigação e da pesquisa, trazendo uma visão contextualizada da ciência; 2) no âmbito da política pública, de forma que o campo auxilie nas tomadas de decisão por parte do poder público (onde mais se enquadra o objeto desta pesquisa); e 3) no âmbito da educação CTS, ao adentrar enquanto campo no ensino de jovens e universitários (PALACIOS et al, 2001).

No que diz respeito à melhora do estado de saúde das populações, esta foi atribuída a diferentes fatores ao longo da história: descoberta de vacinas e de patógenos e também à melhora do estado nutricional, das condições de moradia e de saneamento. Tais aspectos

impactaram diretamente a diminuição da mortalidade da sociedade, que começou a viver mais e melhor (GUIMARÃES; SOUZA; SANTOS, 2012).

Após a 2ª Guerra Mundial, já no século XX, período marcado por grandes descobertas e inovações, pode ser observada uma larga ampliação das intervenções médico-sanitárias, o que visava a recuperação dos enfermos e o seu retorno à vida na sociedade pós-guerra, principalmente na Europa. Temporalmente, é bastante recente a percepção do impacto do desenvolvimento de tais tecnologias no estado de saúde das populações. A implementação de tais tecnologias foi ocorrendo, claro, nos então concretizados sistemas nacionais de saúde, e ambos os processos aconteceram de forma conjunta (GUIMARÃES; SOUZA; SANTOS, 2012).

Nos últimos 50 anos, com a organização destes sistemas de saúde e o aumento expressivo de intervenções em processos de adoecimento, foi sendo possível perceber e identificar o impacto real destes na saúde das pessoas. A revolução das biociências neste período com o avanço da genética e da biologia molecular completa definitivamente este feito (GUIMARÃES; SOUZA; SANTOS, 2012).

Com relação ao financiamento de pesquisa mundial, o setor saúde é o que mobiliza maior montante, com clara exceção da pesquisa para fins militares. Tal incentivo vem aumentando progressivamente no século XXI. Esta realidade não é homogênea, estando mais concentrada em países de alta renda, e em grande parte com recursos advindos da indústria farmacêutica e, em segundo lugar, do setor público. Em países de média e baixa renda, o setor público é a maior fonte de financiamento real (GUIMARÃES; SOUZA; SANTOS, 2012). Este aspecto é interessante, já que nos países com rendas inferiores, os determinantes sociais de saúde impactam, de forma significativa, a qualidade de vida e de saúde das pessoas com maior vulnerabilidade, ou seja, a lógica se mostra invertida com relação à produção de conhecimento e desenvolvimento social.

Países como a China, a Índia, o México, o Brasil, a África do Sul e a Turquia foram denominados como Países em Desenvolvimento Inovadores, com uma capacidade de pesquisa instalada e que vêm se dedicando a estudos de doenças negligenciadas pelos países ditos desenvolvidos (GUIMARÃES; SOUZA; SANTOS, 2012).

Na realidade brasileira, ao ser assumida enquanto direito, a saúde assume uma dimensão social importante, como fora explorado anteriormente. Frente a isso, passa a estar envolvida também com uma dimensão social do desenvolvimento, enquanto importância social, bem público, direito social e elemento estruturante do Estado de Bem Estar Social (GADELHA; MALDONADO; COSTA, 2012). Por este motivo, as ações produtivas em

saúde (além das assistenciais) devem ser capazes de sustentar e consolidar um sistema de saúde universal.

Saúde e desenvolvimento, então, passam a ser compreendidos de forma conjunta, por meio do crescimento econômico, da estrutura produtiva da saúde e do aumento da qualidade de vida dos cidadãos, tendo a inovação como um elo importante neste processo (GADELHA; MALDONADO; COSTA, 2012).

A inovação pode ser definida em três principais formas: de produtos, organizacional e de processos. Esta última envolve as alterações nas formas de produção de determinados produtos (KON, 1994 apud GADELHA; MALDONADO; COSTA, 2012). Pode-se inferir que quando se fala em Apoio Matricial, fala-se em inovação de processo. Tal afirmação está pautada pela nova produção de conhecimento que esta ferramenta exige para a sua efetivação, pela necessidade de políticas públicas que incentivem e consolidem sua prática e também pela relação existente com a necessidade de formação de recursos humanos habilitados para este exercício.

No Brasil, é na década de 1990 que aparecem, de forma melhor organizada e sistematizada, as relações CTS nos estudos desenvolvidos (ZAUITH, OGATA, HAYASHI, 2011). Até o presente momento, aconteceram duas Conferências Nacionais de Ciência e Tecnologia em Saúde. A primeira delas, em 1994, marca a construção da política de C&T em saúde. Apenas em 2004, data da 2ª Conferência, houve a proposição de uma política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde assim como o delineamento de uma Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (GUIMARÃES; SOUZA; SANTOS, 2012).

Ligadas às necessidades da população brasileira, algumas áreas foram denominadas como estratégicas e passaram a fazer parte da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, dentre elas: pesquisa clínica, avaliação de tecnologias, promoção da saúde, gestão do trabalho e educação em saúde. O apontamento destas áreas estratégicas, intrinsecamente ligadas à atenção básica, sinaliza a necessidade de estudos que avancem na produção de conhecimento e de tecnologias para que esta complexidade na saúde em questão possa se efetivar no Brasil (BRASIL, 2008a).

Na agenda, dois eixos norteiam o processo de produção de conhecimento em saúde. O primeiro deles é a pesquisa prioritária, ou seja, a que é fundamental para a melhora do estado de saúde dos brasileiros; o segundo é a possibilidade inclusiva de forma a envolver quatro principais grupos de pesquisa em saúde no Brasil (Biomedicina, Saúde Coletiva, Pesquisa Clínica e Complexo Econômico-Industrial da Saúde). Tais eixos são fundamentados no princípio da equidade e ética (GUIMARÃES; SOUZA; SANTOS, 2012).

Tendo em vista a relação entre saúde e desenvolvimento, o complexo da saúde deve contribuir para um modelo de desenvolvimento socialmente inclusivo e que leve em consideração as necessidades sociais reais para se desenvolver. E assim, “(...) não há dicotomia entre apoio à universalização dos serviços em saúde e o fortalecimento de sua base produtiva, desde que a inovação se oriente pelos interesses sociais coletivos.” (GADELHA; MALDONADO; COSTA, 2012, p. 214).

Dessa forma, é possível verificar que a saúde e os seus desdobramentos passaram a fazer parte das prioridades de pesquisa em saúde, ao ganhar uma secretaria específica no Ministério da Saúde, intitulada Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), em 2003. Uma iniciativa que incentivou, cada vez mais, a produção de conhecimento de forma a garantir à sociedade uma melhora na qualidade de vida e a garantia da saúde enquanto direito social. Ainda, de acordo com a separação de âmbitos de enfoque do campo CTS descrita por Palacios e colegas (2001), entende-se que esta pesquisa se debruça na dimensão das políticas públicas, ao promover a criação de mecanismos democráticos que auxiliem na tomada de decisão em questões político-científico-tecnológicas. No caso, a respeito da consolidação da ABS na ordenação do sistema e na coordenação do cuidado, a entrada de outros profissionais neste nível de atenção e a prática do Apoio Matricial enquanto ferramenta exemplificam este processo.

Tais movimentos indicam a necessidade e importância da política e pesquisa em saúde terem prioridades semelhantes, entendendo a política de C&T como um componente da política de saúde. Guimarães, Souza e Santos (2012) afirmam que tal desafio ainda não foi superado. E ainda há que se pensar sobre processos de gestão que orientem tal composição.

A partir da portaria nº. 2510, de 19 de dezembro de 2005, há uma definição do que envolvem as tecnologias em saúde, a saber: os medicamentos; os materiais, equipamentos e procedimentos; os sistemas organizacionais, educacionais, de informações e de suporte; e os programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados em saúde são prestados à população.

O Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS), como fora denominado o conjunto de indústrias e prestadores de serviço envolvidos neste complexo, está organizado em três subsistemas: 1) de base química e biotecnológica, responsável, principalmente, pelo desenvolvimento de fármacos, vacinas e reagentes laboratoriais e que tem alta relevância econômica e domínio das tecnologias estratégicas para o país; 2) de base mecânica, eletrônica e de materiais, tendo íntima relação com as mudanças nas práticas assistenciais, com a incorporação de novas tecnologias por meio de novos produtos; e 3) de serviços de saúde, que

são o mercado final dos produtos, articulando o consumo por parte dos cidadãos e sendo coadjuvante do processo de inovação (GADELHA; MALDONADO; COSTA, 2012).

No caso desta pesquisa, pode-se verificar uma aproximação com as dimensões apresentadas, no que diz respeito à produção de conhecimento acerca dos sistemas organizacionais e com o item 3 do CEIS.

Tais pontos indicam que, em saúde, as tecnologias vão além das tecnologias duras (MERHY, 2002), e que também envolvem as tecnologias leve-duras e leves, presentes nas relações de trabalho, entre profissionais e com o usuário, na consolidação do SUS, assim como na estratégia de Apoio Matricial.

A Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) é parte complementar da Política Nacional de Saúde, formulada no âmbito do SUS, na tentativa de superação do desafio apresentado anteriormente. O artigo 200, inciso V, da Constituição Federal estabelece as competências do SUS e, dentre elas, abrange o incremento do desenvolvimento científico e tecnológico em sua área de atuação. A PNCTIS é componente da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação (PNCTI) e, como tal, subordina-se aos mesmos princípios que a regem, a saber, o mérito técnico-científico e a relevância social (BRASIL, 2008b).

O principal objetivo da PNCTIS “é contribuir para que o desenvolvimento nacional se faça de modo sustentável, e com apoio na produção de conhecimentos técnicos e científicos ajustados às necessidades econômicas, sociais, culturais e políticas do País” (BRASIL, 2008b, p. 5).

Na política em questão, são delimitados os campos da Pesquisa em Saúde no Brasil, que, a partir deste momento, abarcam os conhecimentos, tecnologias e inovações de cuja aplicação resulte melhorias na saúde da população (BRASIL, 2008b). A justificativa deste estudo, mais uma vez, aparece, como uma possibilidade de formulação de conhecimentos específicos que demonstrem a consolidação da atenção básica enquanto estratégia qualitativa de cuidado à saúde das pessoas e coletivos, na ordenação do sistema e na coordenação do cuidado e na prática do Apoio Matricial como uma ferramenta neste processo.

Parte-se do pressuposto de que os sistemas de saúde podem melhorar cada vez mais a sua qualidade e efetividade. Espera-se que a produção de conhecimento em saúde possa gerar impactos positivos no sistema de saúde. Sua efetividade vem da sua reestruturação, diminuição de custo e alteração do perfil de morbimortalidade da população (GADELHA; MALDONADO; COSTA, 2012). Ou seja, a produção de conhecimento na área deve trazer consigo melhorias nos indicadores que possam, de alguma forma, efetivar este sistema e a sua

consolidação frente aos princípios e dimensões objetivadas. Sabe-se do desafio que se configura frente ao cenário exposto, mas vale salientar que esta premissa não pode ser perdida de vista, assim como o seu impacto social na vida dos cidadãos.

Ainda há desafios importantes na consolidação da produção de conhecimento em saúde enquanto política e que impacte no desenvolvimento social e de vida. Um deles envolve os profissionais e a sua formação para o campo do trabalho em saúde. Com relação à formação científica e profissionalizante, os profissionais que trabalham no SUS têm poucas oportunidades disponíveis de capacitação e de participação para formular demandas de C&T em saúde, a partir das necessidades e dos problemas do sistema, dos serviços de saúde e da utilização da produção científica e tecnológica no aprimoramento de programas e ações de saúde (BRASIL, 2008b).

É necessário sensibilizar estes profissionais, membros de equipes de saúde, para uma educação crítica, atualizada e adequada, a partir da perspectiva de suas próprias práticas cotidianas nos diferentes contextos de trabalho.

Além disso, a ideia da existência de fronteiras rígidas e tensões estruturais paira entre “pesquisa básica” e “pesquisa aplicada”. Estas divergências vêm sendo objeto de intenso debate e crítica, ainda que exista uma cultura estabelecida de que pesquisa em saúde, a partir da descrição de diferentes tecnologias em saúde de Merhy (2002), envolva de forma mais consistente as tecnologias duras, como equipamentos e medicamentos. A PNCTIS deve considerar todos os tipos de pesquisas, da pesquisa básica até a operacional. E isto não quer dizer que as pesquisas aplicadas sejam menos importantes, pelo contrário, significa dizer sim que as pesquisas relacionadas às práticas nos serviços são igualmente importantes e necessárias.

As universidades ainda concentram grande parte das pesquisas e atividades de C&T. Este distanciamento entre a produção de conhecimento na universidade e não no cotidiano dos serviços, por vezes, provoca um vazio tecnológico, que pode ser interpretado, a partir da visão dos trabalhadores, da seguinte maneira: o ato de pesquisar saúde é responsabilidade da academia e pouco interfere ou reflete a realidade vivida dentro dos diferentes equipamentos de saúde.

Para explicitar tal situação, a PNCTI afirma que o “desenvolvimento dessas atividades nos serviços de saúde, nas instâncias gestoras do SUS e nas empresas privadas do setor produtivo é incipiente, ainda que existam esforços para incrementá-las” (BRASIL, 2008b, p. 9). Talvez seja este o dispositivo maior para uma aproximação entre os objetos de pesquisa e a

sua relação com mudanças nas práticas dos profissionais e a dimensão social da produção de conhecimento.

Após censo de 2010, que analisou o Diretório dos Grupos de Pesquisa no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e os seus cadastros, ficou comprovado que as Ciências da Saúde possuem o maior número de grupos e de pesquisadores quando comparadas às demais áreas. Dessa forma, observa-se certa prioridade e esforço brasileiro de pesquisa na área na saúde. A questão suscitada nesta informação é o quanto este conhecimento construído tem realmente impactado de forma positiva o cuidado e a consolidação do sistema de saúde (GUIMARÃES; SOUZA; SANTOS, 2012).

Outros desafios ainda, como sinalizam Gadelha, Maldonado e Costa (2012), envolvem a articulação de interesses públicos e privados na agenda de prioridades da pesquisa em saúde, de forma que os interesses sociais orientem os econômicos e não o contrário; o subfinanciamento da saúde e das pesquisas na área, o que faz prevalecer o interesse privado; a incorporação de tecnologias realmente adequadas ao modelo institucional assumido e que também estejam de acordo com o perfil epidemiológico da população brasileira; e ainda o persistente *déficit* de produção de conhecimento em saúde.

Visando o desenvolvimento social do país, o conceito de equidade deve permear também as discussões na agenda de prioridades de pesquisas em saúde, vinculando o desenvolvimento socioeconômico com os interesses sociais. Se a equidade está ligada ao conceito de justiça social e não apenas à igualdade de acesso, o desafio neste âmbito está na produção de conhecimento em saúde que realmente traga impactos para os indicadores de saúde brasileiros, sem deixar de lado os impactos sociais.

Ou seja, “tecnologias apropriadas que são tecnologias relevantes às necessidades de saúde da população, avaliadas de maneira correta, socialmente aceitáveis e com elevada relação custo-benefício.” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 497).

Os desafios são grandes neste caminho do campo CTS em saúde, embora sejam necessários e importantes para a efetivação de políticas de saúde embasadas nas necessidades da população, nos dilemas encontrados pelos profissionais no dia a dia das equipes e no fortalecimento do SUS no Brasil. A busca por uma própria agenda de prioridades de pesquisa (que está em risco neste momento) deve refletir às necessidades da sua população e favorecer o uso local de novas correntes encontradas neste processo.

Ainda, neste sentido, não se pode separar a elaboração teórica acerca de um determinado fenômeno de valores políticos. Dessa forma, evidencia-se também o papel social

dos estudos da ciência e tecnologia, enquanto frente política e crítica acerca do que realmente promove o desenvolvimento e a inserção social (KREIMER, 2007).

Neste cenário, retomando a apresentação inicial desta pesquisa, a atenção básica, a ESF, o NASF e o Apoio Matricial são pilares importantes na solidificação de um novo processo de trabalho e cuidado em saúde no Brasil. Muitas pesquisas vêm se dedicando a tais temáticas recentes do SUS, de forma a trazer instrumentos técnicos e tecnológicos para a sua implementação (CASTRO, 2017; OLIVEIRA, 2014; NORDI, 2014).

E o que há de diferente neste panorama atual? A centralidade desta reflexão está na mudança do cuidado em saúde, para além do tratamento e reabilitação, mas sim para o atendimento das reais necessidades de saúde dos usuários. Este é o principal compromisso da Atenção Básica com sujeitos e coletivos de sua responsabilidade territorial (BRASIL, 2012b).

A proposta dos NASFs é justamente qualificar estes espaços de cuidado e de assistência à saúde. Seu público-alvo são as equipes e os sujeitos de determinado território, contribuindo para que a atuação na ABS seja realizada de forma qualificada, com bons resultados e ampliando a resolutividade. Para isso, a equipe fica expandida com a entrada de outros profissionais, que propõem uma discussão local e não centrada em serviços especializados. Pode-se dizer que tal aspecto é um dos principais objetivos desta inovação de processo, quando comparado a formas anteriores de relação entre os profissionais de saúde e os usuários e entre si.

Para que desempenhem todas estas funções esperadas, são necessárias mudanças na forma de se pensar o cuidado em saúde, questionar aspectos da formação tradicional e hegemônica do profissional de saúde e o foco de sua ação, que não é mais sobre o sujeito em si, mas na intermediação das ações das equipes de referência.

O cenário exposto remete ao campo CTS no âmbito das políticas públicas, no qual o foco é a regulação social da ciência e da tecnologia e a criação de mecanismos democráticos facilitadores dos processos decisórios, envolvendo questões de ordem político-científico-tecnológicas (PALACIOS et al, 2001). Na perspectiva de mudança da centralidade do poder científico, a ciência e a produção de conhecimento se mostram voltadas para os interesses da sociedade (dos sujeitos e coletivo).

Esta pesquisa se constrói a partir dos desafios que o profissional do NASF vivencia no momento em que se depara com um processo inovador de trabalho em saúde, junto das ESFs, o que envolve a qualificação do cuidado à população, tendo como base aspectos educacionais e tecnológicos necessários à sua *práxis*.

## 2 Caminhos percorridos e estratégias para efetivação da pesquisa

### 2.1 Hipóteses e perguntas de pesquisa

O objeto de interesse desta tese é o que acontece na dinâmica de trabalho das equipes dos NASFs, em relação à sua prática, especificidades, encontros com as equipes de referência e com os usuários, um conjunto de ações que se configura enquanto prática do Apoio Matricial. Tendo em vista a complexidade para atendimento das mais diferentes necessidades dos usuários na ABS e as relações que se estabelecem entre os diversos profissionais que a compõe, faz-se necessário o uso de diferentes áreas do conhecimento, de forma interdisciplinar para a sua configuração no âmbito das políticas públicas. Neste sentido, sua aproximação com o campo CTS pode auxiliar na discussão da temática, assim como propiciar a construção de conhecimento sobre o Apoio Matricial, as suas especificidades e desafios.

Assim, algumas questões de pesquisa (que já evidenciam a implicação) nortearam e suscitaram a construção deste estudo, a partir da problemática apresentada:

*Qual é a função do profissional do NASF na qualificação das equipes de atenção básica?*

*Como se revelam os aspectos educacionais e as estratégias tecnológicos na prática destes profissionais ao trabalhar na perspectiva do Apoio Matricial?*

*Como esse papel é construído em relação à aquisição de conhecimentos e quais os dilemas encontrados nessa construção?*

*Apoio Matricial se configura enquanto uma inovação tecnológica em saúde?*

*Como os profissionais do NASF têm colocado em prática o Apoio Matricial, na perspectiva da Análise Institucional das Práticas Profissionais?*

Nossa hipótese envolve o Apoio Matricial na ESF em uma perspectiva instituída pelas recentes políticas como uma estratégia de inovação tecnológica em saúde, considerando a exigência de novos instrumentos de trabalho para que se efetive enquanto possibilidade de cuidado e qualificação da ABS, fazendo uso de diferentes áreas de conhecimento para tal, uma perspectiva que vem modificando o sistema de saúde e a gestão da clínica do cuidado.

Para que se efetive, o Apoio Matricial tenta desconstruir a lógica da especialidade profissional a partir de um fazer solitário e especialista, assim como deve compartilhar (e não mais reter) conhecimento com os demais profissionais das equipes.

Os profissionais que o realizam têm desenvolvido estratégias para a sua execução, que merecem aprofundamento e acompanhamento (o instituinte), frente ao desafio da atuação profissional em uma nova tecnologia de gestão do cuidado. Dessa forma, faz-se necessária a aproximação com os instrumentos utilizados para a configuração do Apoio Matricial e a verificação de aspectos que o corroborem enquanto inovação tecnológica.

## **2.2 Objetivos da pesquisa**

O objetivo geral do presente estudo é investigar a prática do Apoio Matricial de equipes NASFs e a sua configuração como inovação tecnológica em saúde.

Como objetivos específicos, temos:

1. Analisar as concepções de gestores sobre o Apoio Matricial;
2. Analisar as práticas de equipes NASFs sobre o Apoio Matricial;
3. Identificar os instrumentos educacionais e de cuidado utilizados para o desenvolvimento do Apoio Matricial em saúde;
4. Contribuir para o processo de implantação dos NASFs em uma região de saúde do estado de São Paulo;
5. Identificar os desafios e os dilemas no processo de construção do Apoio Matricial.

### **2.3 Percurso Metodológico: uma aproximação com o campo, os participantes e o referencial teórico**

Esta pesquisa teve como proposta metodológica ser uma pesquisa-intervenção, fazendo uso da abordagem qualitativa para o seu desenvolvimento e se propôs a apreender, a refletir e a intervir sobre uma prática profissional. Este processo exige tempo e proximidade, exige que os participantes mostrem mais do que o 'discurso da prática', mas sim como realizam sua prática, de forma a refletir sobre ela na perspectiva de aquisição de competências para o exercício do profissional de saúde do NASF.

Para Stake (2011), o conhecimento profissional envolve a sabedoria obtida pelo trabalho conjunto com outras pessoas, no estabelecimento de troca de experiências. Quando se propõem a compreender uma prática clínica, entende-se que as escolhas adotadas neste processo não foram realizadas de forma mecânica, mas sim a partir da interpretação dos fatos. Ainda para este autor, a investigação qualitativa de conhecimento clínico é interpretativa, experiencial, situacional e personalística.

Para que os objetivos da presente pesquisa pudessem ser alcançados, a construção de um plano de ação de forma conjunta com os envolvidos foi necessária para abarcar, inclusive, as fases de uma pesquisa-intervenção, de forma a propiciar também uma aproximação e a colaboração entre pesquisadora e participantes.

Minayo (2014) sinaliza que abordagens metodológicas mais participativas e intervencionistas tiveram origem na década de 1960, influenciadas pelos movimentos sociais no Brasil e na América Latina, sob forte inspiração de Paulo Freire. Para o delineamento metodológico deste estudo, partiu-se de conceitos como a pesquisa-ação, investigação participativa e pesquisa intervenção, que são orientadas para a resolução de problemas concretos, de forma a ampliar a participação de grupos sociais e a promover seu maior engajamento. A grande diferença entre as duas primeiras abordagens, sinalizada pela autora, envolve a população-alvo da pesquisa. A concepção da pesquisa-ação acaba sendo feita pelos próprios atores envolvidos, o que não precisa ocorrer na investigação participante, que abarca outros atores, representativos das situações a serem transformadas. O envolvimento e o papel do pesquisador em ambas metodologias também se diferencia.

Entendendo o movimento deste estudo, enquanto possibilidade de acompanhamento e intervenção no processo de implantação e implementação dos NASFs na região, sua concepção foi além da pesquisa-ação, lançando mão da pesquisa-intervenção para a sua execução.

Tendo em vista o desenvolvimento de uma pesquisa-intervenção, parte-se dos conceitos teórico-metodológicos da Análise Institucional (AI) para a sua execução e a análise dos dados.

Uma pesquisa como esta, que pretende intervir em uma realidade, trazendo contribuições para os seus participantes e apresentado a realidade local, encontra neste referencial teórico um terreno fértil para a sua execução. Tal referencial permite a produção em ato de resultados da pesquisa, a partir do trabalho cotidiano, contando com a possibilidade de obter reflexos positivos e, principalmente, com a oportunidade de reflexão e mudanças nos processos de trabalho no NASF.

Como explicitam Passos e Barros (2015), René Lourau e Félix Guattari são grandes responsáveis, na França, pelo desenvolvimento do referencial institucionalista, com suas diferenças e aproximações.

Conceitos como Instituição, Institucionalização, Implicação e Intervenção fundamentam o pensamento de Lourau, e sustentam o seu debate sobre campo de intervenção e de análise. Para ele, não há neutralidade em nenhum dos “I” citados e “todos e tudo”, de alguma forma, estão implicados no processo de intervenção e relacionam-se com as forças e os interesses do processo institucional (PASSOS; BARROS, 2015).

### **2.3.1 Participantes**

Os participantes da pesquisa foram profissionais de saúde de diferentes formações, dentre elas: psicologia, terapia ocupacional, fisioterapia, medicina, educação física, dentre outros, trabalhando em NASFs implantados nos municípios da área de abrangência do Departamento Regional de Saúde (DRS) III-Araraquara/SP que apoiavam às equipes de Saúde da Família em seus municípios, assim como os responsáveis pela coordenação destes serviços no momento da pesquisa.

Estes cenários foram definidos no momento inicial da coleta de dados, já que existiam serviços implantados e outros em processo de implantação ao longo do período de construção da pesquisa, frente ao grande incentivo do Ministério da Saúde para tal.

Os critérios de seleção para participação na pesquisa foram:

Fase 1: coordenar ou estar envolvido com a coordenação/gestão do NASF em seu município, não estar afastado do trabalho no momento da coleta.

Fase 2: exercer função de técnico de nível superior no NASF implantado, não estar afastado do trabalho no momento da coleta.

### 2.3.2 Cenário de Estudo

O DRSIII-Araraquara/SP é composto por 24 municípios da região central do Estado de São Paulo e está dividido em 4 regiões de saúde, como mostra a Figura 1.

**Figura 1 - Departamento Regional de Saúde III-Araraquara e suas regiões<sup>1</sup>**



O projeto de pesquisa foi apresentado a todos os secretários municipais das 4 regiões de saúde, em reuniões ordinárias da Comissão Intergestores Regional (CIR), nos meses de agosto e setembro de 2015, para a atualização de um primeiro levantamento realizado, assim como para a apreciação e a aprovação da realização da pesquisa em seus municípios, anteriormente ao início do seu desenvolvimento. O desenvolvimento da pesquisa foi aprovado nas 4 CIR.

Os municípios foram identificados por letras do alfabeto nas descrições deste estudo, considerando os aspectos éticos desta pesquisa, mantendo a sua identificação em sigilo.

<sup>1</sup> Disponível em: <http://www2.fcfar.unesp.br/#!/unidade-auxiliar/analises-clinicas-e-hemoterapia/abranigencia/>. Acesso em 31/08/2015.

### **2.3.3 Aspectos éticos**

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), para registro na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/ Conselho Nacional de Saúde (CONEP/CNS). Após parecer favorável nº. 1.293.649 de 23/10/2015 (Anexo 1), a coleta de dados foi iniciada, cumprindo as normas do Conselho Nacional de Saúde, referentes à participação de seres humanos em estudos (Resolução 196/96).

Para ser encaminhado à apreciação no CEP, o projeto foi analisado e aprovado por todos os gestores de saúde da região em questão, em reuniões de CIR, como consta no Anexo 2.

Os participantes da pesquisa nas diferentes fases (1 e 2) foram convidados a participar e, àqueles que se disponibilizaram, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo solicitado o consentimento por escrito para confirmar tal participação. Foram esclarecidos sobre a autonomia para desistirem de participar a qualquer momento do estudo. Construíram-se 3 TCLE, sendo um deles para a Fase 1 (Apêndice 1) e outros dois para a Fase 2 do projeto, sendo um para responder ao questionário de caracterização de perfil do trabalhador NASF (Apêndice 2) e outro para participar de grupos de intervenção/apoio (Apêndice 3).

Os nomes dos participantes, assim como os dos municípios, foram mantidos em sigilo para que não houvesse exposição de qualquer situação que os identificasse ou constrangesse.

### **2.3.4 Etapas da investigação**

A investigação fez uso das seguintes estratégias para sua efetivação:

*A) Pesquisa preliminar junto ao DRSIII-Araraquara/SP e aos sistemas informacionais públicos para a identificação dos serviços*

Nesta etapa, correspondendo ao objetivo específico nº. 2, a pesquisadora em contato com DRSIII-Araraquara/SP e com acesso aos sistemas informacionais públicos do Ministério da Saúde, fez o levantamento de serviços NASFs existentes na região, incluindo os cadastrados e os em processo de implantação, cuja documentação estivesse tramitando junto à gestão estadual de saúde. Este levantamento foi o início da caracterização do campo de

estudo, que delineou os próximos passos, tendo ocorrido no mês de dezembro de 2015. Tal passo permitiu verificar os NASFs implantados, o tempo de implantação, a adesão ao PMAQ, a atualização dos dados colhidos para elaboração inicial deste projeto e também firmar a parceria já estabelecida junto ao DRSIII-Araraquara/SP para a execução desta pesquisa.

Os dados provenientes dos sistemas informacionais públicos foram atualizados em julho de 2017, para evidenciar informações mais recentes do processo de implantação dos NASFs na região.

*B) Aproximação e observação dos campos de intervenção e levantamento das necessidades a partir da realização de entrevista com os responsáveis pela coordenação dos NASF nos municípios, assim como preenchimento de diário de campo pela pesquisadora*

A Fase 1 da coleta de dados, contemplando o objetivo específico nº. 1, foi marcada por visitas *in loco* aos municípios com NASFs implantados, até o início da coleta previsto no cronograma para preenchimento de diário de campo pela pesquisadora e pela realização de entrevista junto aos profissionais responsáveis pela coordenação das equipes NASFs. Ambos os procedimentos propiciaram a caracterização dos serviços, uma primeira aproximação com o campo de estudo, a compreensão inicial da lógica de trabalho em cada um dos equipamentos de saúde visitados e o levantamento das necessidades iniciais que foram trabalhadas durante a realização dos grupos de intervenção/apoio, neste momento, identificadas pelos responsáveis pela coordenação.

Trabalhou-se com questões norteadoras da entrevista (Apêndice 4), de forma a permitir que o participante explorasse a temática em questão, sob a sua percepção, facilitando assim o diálogo entre os participantes e a pesquisadora.

As visitas e as entrevistas iniciais com estes profissionais responsáveis pela coordenação dos NASFs ocorreram de janeiro a abril de 2016, como consta na Tabela 2. A pesquisadora entrou em contato com os doze NASFs identificados neste momento da pesquisa por meio eletrônico e por telefone. Foi agendada a realização da visita com os profissionais responsáveis pela coordenação das equipes NASF em data oportuna. Neste mesmo momento, a pesquisadora preencheu seu diário de campo com informações que lhe chamaram a atenção durante a visita e a entrevista. Nesta tabela, é possível observar o cargo do entrevistado, assim como o local onde a entrevista foi realizada.

**Tabela 2 - Visitas e entrevistas realizadas na Fase 1**

<b>Município</b>	<b>Data</b>	<b>Profissional participante na entrevista</b>	<b>Local da entrevista</b>
S	27/01/2016	1 coordenadora NASF	USF
X	29/01/2016	1 diretora do Depto. de ações de cuidado ambulatorial	SMS
J	15/02/2016	1 coordenadora NASF	Centro especializado
L		Exclusão - coordenadora da AB estava afastada - Exclusão	--
P	16/02/2016	1 coordenadora NASF	SMS
N	16/02/2016	1 profissional NASF (a gestora não aceitou receber pesquisadora)	CSIII
E	11/03/2016	1 coordenadora NASF	UBS
B	11/03/2016	1 coordenador da AB	SMS
D	21/03/2016	1 coordenador NASF	UBS onde havia prédio NASF – Núcleo de Assistência ao Saúde da Família
A	01/04/2016	1 interlocutora do NASF	UBS
F	04/04/2016	1 diretor da divisão de assistência em saúde	SMS
H	Tentativas telefônicas para agendamento: 21/03/16, 30/03/16, 01/04/2016.	Exclusão	--

Fonte: Elaborada pela autora.

Apenas um dos municípios (H) não recebeu a pesquisadora para a Fase 1 da pesquisa. Nos contatos telefônicos realizados, a pesquisadora apresentou novamente a pesquisa, na tentativa do agendamento da visita. Segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde, o NASF ainda não possuía equipe contratada, o que inviabilizou a participação nesta fase.

O município L não cumpriu os critérios de inclusão desta fase da pesquisa, já que o profissional responsável pela coordenação do serviço estava afastado do trabalho por motivos de saúde.

As entrevistas realizadas foram gravadas por equipamento de áudio e transcritas, na íntegra, pela pesquisadora, para possibilitar a análise dos dados. Antes de cada entrevista, os sujeitos foram esclarecidos sobre a pesquisa e a eles foi entregue o TCLE da Fase 1 para a confirmação de anuência das suas participações. Tal documento foi assinado em duas vias, uma delas foi entregue ao participante e outra foi recolhida para posterior arquivamento pela pesquisadora.

Durante a entrevista, a pesquisadora estimulou que os participantes ficassem o mais a vontade possível, para poderem dialogar sobre o assunto a partir das questões norteadoras.

*C) Aplicação de questionário com trabalhador do NASF para compor informações junto à coleta realizada em grupo*

Os profissionais do NASFs, na região em questão, foram convidados a preencher um questionário que auxiliou na caracterização do perfil dos trabalhadores dos núcleos, assim como abordou aspectos específicos do exercício do Apoio Matricial para cada um dos participantes, de forma individual. O questionário estava em formato que permitiu a auto aplicação na presença da pesquisadora ou, para aqueles que não estavam presentes, lhes foi dada a opção de preenchimento em seus municípios com posterior devolução à pesquisadora. Uma escolha justificada, também, para que pudessem se colocar de forma individual, a respeito da forma como realizam o Apoio Matricial em sua rotina de trabalho (Apêndice 5). Tal questionário foi baseado na literatura sobre o assunto, utilizando principalmente o trabalho de Oliveira (2014), como referência.

Este instrumento foi analisado por juízes anteriormente à sua aplicação, durante o mês de setembro de 2016 e, somente após a sua avaliação, foi adequado e modificado, a partir das considerações elencadas.

Juntamente com o DRSIII-Araraquara/SP, uma listagem dos trabalhadores dos NASFs na região foi elaborada e atualizada nos encontros do grupo intervenção, sendo a sua última atualização realizada pelo DRSIII em agosto de 2017. A partir desta lista, no encontro do mês de outubro de 2016, os trabalhadores presentes foram convidados a preencher o questionário. Alguns profissionais que não estavam presentes neste primeiro encontro do grupo foram convidados a participar posteriormente, a partir de uma iniciativa que dos representantes presentes nos encontros do grupo. Esta estratégia nos forneceu um total de 48 questionários preenchidos.

*D) Desenvolvimento e implementação de um plano de ação de forma colaborativa com os atores envolvidos (grupo intervenção)*

Trata-se da Fase 2 da pesquisa, que envolveu a implementação de um grupo intervenção, de forma colaborativa com os profissionais trabalhadores NASF, respondendo aos objetivos específicos nº. 3, 4 e 5. Como abordado na apresentação deste trabalho, este

grupo de trabalhadores já havia se encontrado em outros momentos, a partir de atividade de Educação Permanente proposta pelo DRSIII-Araraquara/SP. Esta atividade foi interrompida por certo tempo e a proposta, nesta fase, foi retomá-la a partir da pesquisa, mantendo esta parceria entre trabalhadores, DRSIII e pesquisadora. Entende-se que a pesquisa pode contribuir para a retomada da atividade e para o seu fortalecimento, assim como forneceu material para estudo.

Tendo em vista o contato inicial com os responsáveis pela coordenação, que revelaram potências e fragilidades do trabalho do NASF em seus municípios, a pesquisadora colocou em prática a execução de encontros do grupo de intervenção que se propôs a realizar a Análise Institucional das Práticas Profissionais (AIPP) (MONCEAU, 2013). Abordou questões importantes, referentes ao exercício do Apoio Matricial, aos desafios de sua consolidação, assim como, por meio da pesquisa-intervenção, trouxe construções significativas para o seu exercício.

Os dados coletados na Fase 1 da pesquisa serviram de apoio para o início dos encontros. Levantou-se, junto aos trabalhadores envolvidos na etapa de grupo intervenção, também demandas importantes para serem trabalhadas coletivamente, oferecendo material para contrastar com fragilidades e potencialidades identificadas pelos coordenadores na Fase 1. O número de encontros foi pactuado entre os envolvidos, os profissionais e a pesquisadora, considerando o tempo de duração da pesquisa e os seus objetivos, assim como um tempo que contemplasse algumas das necessidades dos trabalhadores, totalizando 7 encontros mensais, entre os meses de outubro de 2016 a junho de 2017, com duração média de duas horas e trinta minutos.

A expectativa da execução para os encontros em grupo era de que os profissionais em diferentes momentos do serviço (implantados e em implantação) pudessem trocar experiências entre si e que, de forma coletiva, trouxessem mais informações sobre o exercício do Apoio Matricial em cada município, as suas ferramentas e os instrumentos, as especificidades, as dificuldades e as estratégias para execução. O grupo de intervenção se revelou também enquanto uma potência, já que pôde possibilitar intervenções e aprendizados para este exercício a todos os envolvidos.

Todos os profissionais envolvidos nos NASFs da região foram convidados a participar do primeiro encontro desta etapa da pesquisa, no mês de outubro de 2016, quando foi possível elaborar o desenho de como ocorreria o trabalho ao longo do período. Tendo em vista o grande número de trabalhadores no primeiro encontro (mais de 30), optou-se, para a continuidade, por trabalhar com até 2 representantes de cada NASF implantado,

representantes estes escolhidos pelas próprias equipes, viabilizando a realização de encontros com grupos menores e a participação efetiva dos presentes. Estes também assumiram a responsabilidade, com suas equipes, de serem multiplicadores dos temas e discussões abordados nos encontros presenciais, em seus locais de trabalho. Trabalhou-se com atividades de dispersão para facilitar o processo de comunicação entre o encontro presencial e os profissionais dos seus respectivos NASFs *in loco*. Foram realizados três encontros de restituição, para análise conjunta dos dados provenientes do grupo, sendo que o terceiro encontro aconteceu juntamente com os gestores municipais.

Estes encontros foram gravados por meio de equipamento de áudio e posteriormente transcritos na íntegra, de forma a trazerem dados para análise. A pesquisadora trabalhou com transcrição dos encontros, assim como com o registro em forma de relato, a partir das próprias percepções a respeito da movimentação do grupo.

Na perspectiva teórica utilizada, ao final da intervenção, o produto final da pesquisa será apresentado aos participantes e secretários municipais interessados, uma construção do coletivo da pesquisa em forma de síntese.

### **2.3.5 Análise do material da pesquisa de campo**

Considerando as diferentes formas de aquisição de informações frente à complexidade da temática, o desenho do presente estudo fará uso também da Triangulação dos métodos para o seu desenvolvimento. No que diz respeito à coleta de dados, “a Triangulação permite que o pesquisador possa lançar mão de três técnicas ou mais com vistas a ampliar o universo informacional em torno de seu objeto de pesquisa” (MARCONDES; BRISOLA, 2014, p. 203). Ainda, para os mesmos autores, a Triangulação auxilia na avaliação aplicada de programas e também na análise das informações coletadas.

Esta abordagem, na pesquisa qualitativa, permite que a complexidade dos fenômenos possa ser elucidada e interpretada a partir de diferentes formas de aquisição de informação assim como de análise, articulando dados empíricos, diálogo com literatura e análise da conjuntura (MARCONDES; BRISOLA, 2014). A integração das informações ocorre por razões práticas, principalmente quando se trata de processar e analisar dados oriundos de vários instrumentos e, numa perspectiva interdisciplinar, de várias áreas do conhecimento (MINAYO, 2014).

## **Fase 1**

O conjunto de informações proveniente das entrevistas realizadas com os responsáveis pela coordenação dos NASFs nos municípios em questão, foi sistematizado a partir da técnica de análise lexical de conteúdo pelo software “Analyse Lexicale par Contexte d’un Ensemble de Segments de Texte” (ALCESTE). O mesmo permite realizar, automaticamente, a análise de entrevistas e dados textuais para quantificar um texto com objetivo de extrair as estruturas mais significativas. Sua função principal é descrever, classificar, assimilar e resumir automaticamente um texto (TARGETWARE, 2015).

Tal procedimento realiza uma classificação estatística, a partir do que foi enunciado pelos participantes no momento da entrevista, organizando e sintetizando informações relevantes. Esta técnica identifica aspectos comuns sobre o objeto a ser estudado, por meio da identificação de núcleos de sentido (AZEVEDO; COSTA; MIRANDA, 2013).

O programa exige a definição das variáveis chamadas de Unidades de Contexto Inicial (UCIs), ou seja, cada entrevista é analisada individualmente para posterior elaboração de um *corpus*, por meio de um texto único contendo todo o material a ser analisado, pela união de todas as entrevistas, em um único arquivo. Cada UCI compõe dessa forma o *corpus* de análise (AZEVEDO; COSTA; MIRANDA, 2013).

No caso do presente estudo, o *corpus* de análise foi composto pelas 10 entrevistas realizadas junto aos responsáveis pela coordenação dos NASFs na região. Cada UCI, ou seja, cada entrevista, foi iniciada com uma linha de comando que, neste caso, informava sujeito, município, sexo, profissão e cargo ocupado no município (Apêndice 5).

A partir da análise temática e das classificações evidenciadas pelo software ALCESTE 4.5, foi possível analisar dados de forma qualitativa, a partir de categorias temáticas que serão apresentadas no decorrer do trabalho.

## **Fase 2**

Uma das questões que pode esclarecer a adoção do referencial teórico metodológico da AI para esta etapa do estudo, se deve ao fato de não se tratar apenas de um caminhar para atingir objetivos fixados anteriormente, mas de um caminhar que traça suas metas no percurso. Assim como, por compreender a inseparabilidade entre conhecer e fazer, pesquisar e intervir (PASSOS; BARROS, 2015). Para L’Abbate (2003), o referencial da AI permite a

experimentação da investigação, da intervenção e da formação, três aspectos que pautaram a presente pesquisa.

Dentre as modalidades de abordagem socioclínica institucional, pode-se dizer que esta pesquisa se enquadra na modalidade de AIPP, como indica Monceau (2013).

Uma primeira conceituação que se faz necessária neste contexto é o de campo de análise e campo de intervenção. O primeiro se define a partir do que se quer conhecer, aprofundar, se aproximar, mas não necessariamente intervir, pois é possível conhecer sem intervir, mas não é possível intervir sem conhecer. Por este motivo, no caso deste estudo em específico, como se deseja conhecer e intervir, os NASFs na região se tratam de um campo de intervenção, que deverá ser conhecido, inicialmente, para que se possa se aproximar e propor a intervenção em si (BAREMBLITT, 1996).

Em se tratando de uma pesquisa-intervenção, Baremlitt (1996) e Monceau (2013) sinalizam passos ideais para que esta ocorra, pontuando que isso não significa que não haja dificuldades para a sua execução. Nem sempre as condições são favoráveis e, por isso, este estudo prezou pela sua melhor execução, dentro do que foi possível junto aos atores, considerando o dinamismo do campo e as suas peculiaridades.

A partir do retorno dos encontros dos grupos de apoio aos NASFs, em parceria desta pesquisa com o DRSIII-Araraquara/SP, foi um desejo de todos os atores (pesquisadora, profissionais dos NASFs e próprio DRSIII) que a coleta de dados, nesta fase, ocorresse a partir da realização dos grupos-intervenção. Neste desenho, a partir dos encontros com o grupo, foi realizada a coleta de dados e, ao mesmo tempo, a intervenção em si. Dessa forma, os encontros do grupo se tornaram um espaço de trocas entre profissionais, aprendizagem para a prática no NASF, identificação de semelhanças e diferenças neste cenário de atuação e ampliação de suas possibilidades de atuação, frente aos desafios enunciados tanto por eles, como pelos gestores e responsáveis pela coordenação deste serviço, possibilitando processos importantes de análise das práticas dos profissionais. A intervenção, dessa forma, se deu no processo da pesquisa em si.

A AI oferece ferramentas para acompanhar os efeitos sobre o objeto, o pesquisador e a produção de conhecimento no percurso da investigação. O movimento institucionalista, ao afirmar que não se trata apenas de conhecer para transformar, mas sim o contrário – transformar para conhecer – dialoga com campo CTS, acentuando a dimensão política da pesquisa e da produção de conhecimento, a não neutralidade da produção de conhecimento e a forma como influencia na vida das pessoas (implicados).

Estes abaixo listados são os passos ideais para um projeto de intervenção com uso do referencial da AI para sua execução, a partir das produções de Monceau (2013):

- 1) análise da encomenda e das demandas;
- 2) participação dos sujeitos;
- 3) trabalho dos analisadores (do que pode não ser expresso);
- 4) análise das transformações que produzem com trabalho;
- 5) restituição;
- 6) análise das implicações;
- 7) intenção de produção de conhecimentos; e
- 8) atenção aos contextos e às interferências institucionais.

Para fins de análise dos dados desta pesquisa, utilizamos alguns deles para aprofundamento (análise da encomenda e das demandas, participação dos sujeitos, análise das implicações e interferências institucionais, intenção de produção de conhecimentos e restituição). Tais passos puderam compor a apresentação dos dados e a sua análise, no decorrer da pesquisa, sendo incorporados de fato como referencial teórico-metodológico da pesquisa intervenção. Este referencial subsidiou a execução desta pesquisa como um todo, trazendo elementos para disparar as ações a que se propõe.

Para L'Abbate (2003), a análise institucional se revela como uma abordagem que busca a transformação das instituições a partir de práticas e discursos dos sujeitos envolvidos no processo. Ainda para a mesma autora, não haverá mudanças na forma de funcionamento dos serviços sem transformar as práticas cotidianas dos profissionais. Por este motivo, AI e Saúde Coletiva estreitam suas relações, de forma a colocar em análise os processos de trabalho na saúde, trazendo boas e concretas contribuições.

### **3 Apresentação dos resultados da pesquisa**

Após a realização de todas as etapas desta pesquisa, dos anos de 2015 a 2017, os dados podem, então, ser apresentados e analisados a partir das diferentes fases:

- A) Pesquisa preliminar junto ao DRSIII-Araraquara/SP e aos sistemas informacionais públicos para a identificação dos serviços;
- B) Aproximação e observação dos campos de intervenção e levantamento das necessidades, a partir da realização de entrevista com os responsáveis pela coordenação dos NASFs nos municípios, assim como o preenchimento de diário de campo pela pesquisadora;
- C) Aplicação de questionário com o trabalhador do NASF para compor informações junto à coleta realizada em grupo;
- D) Desenvolvimento e implementação de um plano de ação, de forma colaborativa, com os atores envolvidos (grupo-intervenção).

Os resultados apresentados advêm dos procedimentos acima descritos e são expostos em seguida.

#### **3.1 Dados informacionais**

Em consulta realizada em dezembro de 2015 no CNES, foi possível identificar os NASFs já cadastrados no referido sistema, as suas equipes, o tempo de implantação e as unidades de saúde da família as quais estavam vinculados. Esta consulta também norteou a etapa seguinte do projeto, que envolveu as visitas e as entrevistas realizadas junto aos responsáveis pela coordenação das equipes dos NASFs. Os dados foram atualizados em julho de 2017, de forma a apresentar informações mais recentes sobre a situação dos serviços na região, para a finalização da tese em questão e serão expostos a seguir.

Em consulta ao CNES, de forma a obter um panorama geral dos municípios com equipes NASFs no estado de São Paulo, foi possível acompanhar um crescimento significativo na implantação deste tipo de serviço.

Inicialmente, em dezembro de 2008, ano de publicação da portaria que regulamenta o NASF, havia apenas 11 municípios no Estado de São Paulo com equipes NASFs, totalizando 17 equipes. Em 2009, esse número subiu para 27, em um total de 69 equipes; em 2010 eram

41 municípios com NASFs, totalizando 121 equipes e, em 2011, somaram 45, com total de 114 equipes. Em 2012, eram 56 municípios, com 150 equipes; em 2013, esse número se elevou radicalmente para 83, totalizando 200 equipes. Em 2014, o número de municípios cresceu atingindo 148, com um total de 285 equipes e, no ano de 2015, eram 202, totalizando 345 equipes. Ainda no ano de 2016, alcançou-se o número de 211 municípios, com 367 equipes e até julho de 2017, 222 municípios contavam com NASFs, em um total de 409 equipes cadastradas.

Esta larga expansão evidencia como esta, definitivamente, tem sido uma estratégia adotada pelos municípios para a consolidação de equipes multiprofissionais na atenção básica. As equipes aparecem diferenciadas no sistema em equipes do tipo 1, 2 ou 3 e NASFs intermunicipais, sendo esta última categoria em número bastante inferior às demais.

A situação dos NASFs implantados na região em questão pode ser observada na tabela 3, por meio de dados obtidos no sistema informacional no mês de julho de 2017.

**Tabela 3 - Levantamento dos NASFs implantados até julho/2017**

Municípios	Tipo NASF	Ativação CNES
A	NASF 3	15/01/2015
B	NASF 1	12/01/2010
C		
D	NASF 3	28/08/2013
E	NASF 3	16/09/2014
F	NASF 3	02/06/2014
G		
H	NASF 3	08/06/2015
I		
J	NASF 3	04/11/2013
K	NASF 3	01/04/2017
L	NASF 2	06/08/2014
M	NASF 2	30/05/2017
N	NASF 3	30/04/2015
O		
P	NASF 1	03/11/2014
Q		
R		
S	NASF 1	01/08/2012
T		
U		

V		
W		
X	NASF 1	26/10/2009

Fonte: elaborada pela autora.

Os municípios K e M realizaram sua habilitação durante a coleta de dados da pesquisa e, por isso, constam apenas no levantamento do sistema informacional.

A situação de adesão realizada ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), em 2015, pode ser observada na Tabela 4. Os municípios têm sido incentivados à sua implantação, frente às políticas centradas na atenção básica e às redes de atenção fortemente organizadas a partir deste nível de atenção. As publicações recentes, em forma de portarias, evidenciam tal fato. Tais informações auxiliaram a pesquisadora na realização das visitas posteriores.

**Tabela 4 - NASF com adesão ao PMAQ, dezembro/2015<sup>2</sup>**

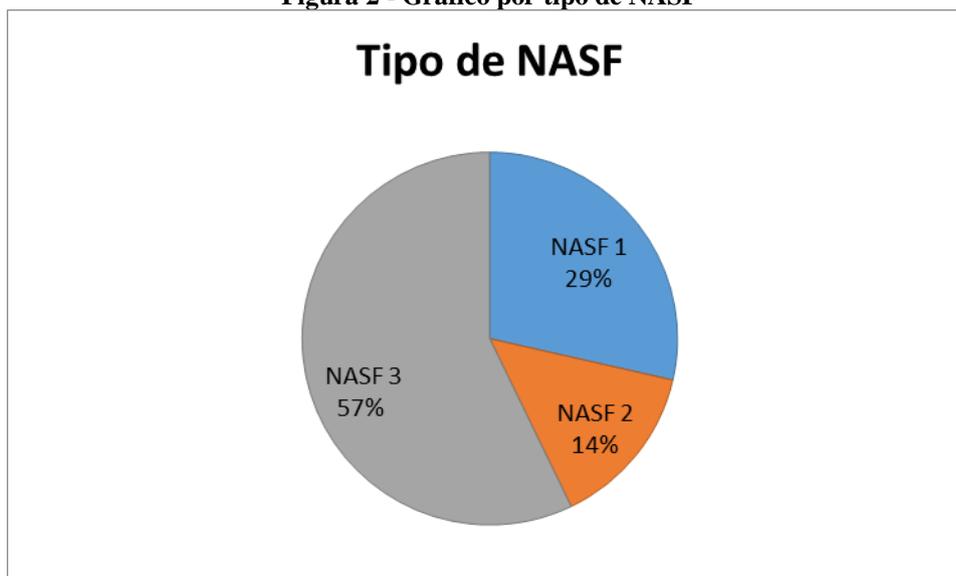
Municípios	NASF	
	Total NASF	NASF/ adesão
..... A	1	1
..... B	1	0
..... D	1	1
..... E	1	1
..... F	1	1
..... H	1	1
..... J	1	1
..... L	1	1
..... N	1	1
..... P	1	1
..... S	1	1
..... X	1	1
<b>total do DRS</b>	<b>12</b>	<b>11</b>
	% adesão	91,67

Fonte: elaborada pela autora.

<sup>2</sup> Dados atualizados em dezembro de 2015 pelo DRS III-Araraquara/SP. Adaptado pela autora, para enfoque nos municípios que realizaram a adesão ao programa.

Na região em questão, dentre as diferentes equipes dos NASF encontradas, a distribuição por tipo de equipe se dá da seguinte forma: 4 equipes NASF 1 (29%), 2 NASFs do tipo 2 (14%) e 8 NASFs 3 (57%), apresentando um total de 14 NASFs identificados no CNES, como elucida a Figura 2, por meio de sua distribuição por tipo de equipe. A atualização dos dados, em 2017, identificou mais 2 NASFs implantados na região.

**Figura 2 - Gráfico por tipo de NASF**



Fonte: CNES (julho/2017), elaborada pela autora.

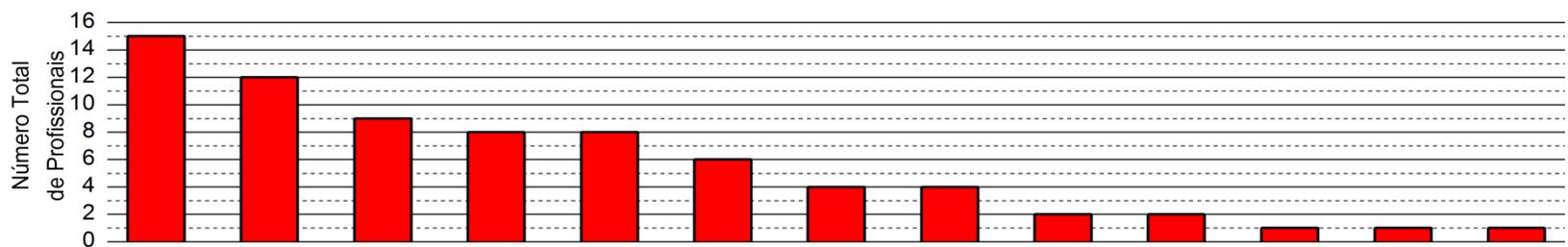
Tem-se uma predominância por NASF do tipo 3 na região. Esta situação está atrelada à baixa cobertura de equipes de ESF, logo, a uma baixa cobertura de atenção básica nos municípios em questão. Houve uma expansão considerável nos últimos anos, porém, dados como este ainda indicam a necessidade de sua ampliação. Sendo o NASF 3 proposto para a cobertura de 1 ou 2 equipes de ESF, esta informação mostra como os municípios ainda contam com poucas equipes com tal enfoque.

Em contrapartida, esta região possui muitos municípios de pequeno porte, cuja cobertura pela atenção básica pode ser considerada em 100%, não comportando um NASF de outro tipo em suas realidades.

Com relação aos profissionais que compõem os NASFs encontrados, a Tabela 5 oferece um panorama da distribuição profissional nos núcleos dos municípios, com um total de 73 profissionais inseridos nos NASFs da região.

**Tabela 5 - Profissionais nos NASFs por município**

	Psico.	Fisio.	Nutri.	Fono.	T. O.	Ass. Social	Ed. Físico	Méd. Psiquia.	Méd. Pediatra	Farmac.	Méd. Vet.	Enf.	Sanitaris.
A	1	1	1	1						1			
B	2		1		2			2					
N	1	1	1	1	1					1		1	
S	1	1	1			1	1				1		
D	1	2				1							
J	1		1	1									
K	1		1	1	1								
P	1	2	1	1	1	1	1	1	1				
E	1	1			1			1					
L	1	1	1	1	1								
F	1	1				1							1
X	1	1	1	1	1	1	1						
M	1					1	1						
H	1	1		1					1				
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>



Fonte: CNES (julho/2017), elaborada pela autora.

Grande parte das equipes conta com fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e nutricionistas em sua composição. Apesar de poderem compor as equipes NASF, ainda se veem poucos médicos presentes nas equipes. Um dos municípios conta com um médico veterinário. A escolha pelos profissionais se dá no momento de elaboração do projeto a ser enviado à Secretaria de Estado da Saúde e também ao Ministério da Saúde para credenciamento do serviço. Os gestores, neste momento, fazem uma opção pelos profissionais que consideram mais apropriados para enfrentar as necessidades de saúde da população em questão.

Olhando para este dado, e para predominância de algumas profissões em detrimento de outras, pode-se questionar se realmente as necessidades de saúde da população estão sendo utilizadas como critério para construção profissional dos NASFs.

Há, também, pelo cadastro no CNES uma diferença grande entre os NASFs com relação à carga horária total de cada um dos profissionais, como é possível ver na Tabela 6, embora todos os NASFs cadastrados estejam seguindo a orientação legal quanto à carga horária. A partir da publicação da Portaria nº. 3.124, de 2012, a somatória das cargas horárias profissionais deve ser feita da seguinte forma: NASF 1 – mínimo de 200 horas semanais; NASF 2 – mínimo de 120 horas semanais; e NASF 3 – mínimo de 80 horas semanais.

**Tabela 6 - Carga horária dos profissionais, tipo de NASF e número de ESF de cobertura**

Municípios	Prof. 10 horas	Prof. 12 horas	Prof. 20 horas	Prof. 25 horas	Prof. 30 horas	Prof. 36 horas	Prof. 40 horas	Total	Tipo de NASF	Número de ESF
A			5					100 horas	NASF 3	2
B			2		2		3	220 horas	NASF 1	9
N			6				1	160 horas	NASF 3	1
S			1		2		3	200 horas	NASF 1	8
D			2		1	1		106 horas	NASF 3	1
J			1		2			80 horas	NASF 3	1
K	1		2		1			80 horas	NASF 3	1
P			3		6		1	280 horas	NASF 1	7
E		1	1		2			92 horas	NASF 3	1

L			1	4				120 horas	NASF 2	3
F			2		1		1	110 horas	NASF 3	2
X					3		4	250 horas	NASF 1	5
M							3	120 horas	NASF 2	3
H			4					80 horas	NASF 3	1

Fonte: CNES (julho/2017), elaborada pela autora.

Há um grande número de NASFs 3 com carga horária acima do mínimo estipulado pela portaria. Um dos municípios (F) indica, durante a entrevista, o seu planejamento em transformar o NASF 3 em NASF 2, de forma a aumentar o repasse de recurso financeiro deste tipo de serviço, realidade vivenciada por outros municípios e que também evidencia a expansão das equipes de saúde da família.

Um dos municípios (H) possui cadastro no CNES, porém, segundo informações da própria Secretaria de Saúde, ainda não contava, no momento da visita da pesquisadora, com sua equipe contratada. Esta realidade pode ser observada também em outras situações. Uma questão importante é o repasse de recurso financeiro para um serviço que não esteja realmente implantado.

Como apresentado na Tabela 4, onze dos doze NASFs implantados aderiram ao PMAQ. Os municípios K e M, por terem sido implantados apenas no ano de 2017, não aderiram ao programa, dado que o período de adesão ocorreu no ano de 2015. Apenas o município B não fez a adesão ao terceiro ciclo do programa.

O objetivo principal do programa é ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção básica, por meio de um padrão de qualidade avaliado. As equipes, que neste terceiro ciclo envolvem além das equipes de Saúde da Família e Parametrizadas, também as equipes NASF e dos Centro de Especialidades Odontológicas, passam por um processo de autoavaliação e avaliação externa. A partir desta avaliação, é possível elevar o repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes, desde que tenham atingido uma melhora no padrão de qualidade do atendimento (BRASIL, 2015).

Neste terceiro ciclo, há subdimensões de padrões de qualidade estabelecidas para a autoavaliação das equipes, a saber: A – Implantação e Implementação do NASF no Município; B – Apoio à Organização do Trabalho do NASF; C – Educação Permanente; D –

Monitoramento e Avaliação; E – Organização do Processo de Trabalho do NASF; e F – Atenção Integral à Saúde (BRASIL, 2015).

### **3.2 Aproximação ao cenário: primeiras observações da pesquisadora**

A Fase 1 da coleta de dados envolveu visitas aos municípios com NASFs implantados, previstas no cronograma para preenchimento de diário de campo pela pesquisadora e realização de entrevista junto aos profissionais responsáveis pela coordenação das equipes dos NASFs dos municípios. Os dois procedimentos serviram de base para caracterização dos serviços, marcando uma primeira aproximação com o campo de estudo e uma etapa primordial para a compreensão inicial da lógica de trabalho em cada um dos equipamentos de saúde visitados, permitindo o levantamento das necessidades iniciais que foram trabalhadas durante a realização dos grupos de intervenção, identificadas pelos gestores e coordenadores. Estas ações ocorreram de janeiro a abril de 2016.

Na visita, a pesquisadora utilizou questões norteadoras, que podem ser vistas no Apêndice 4, estimulando a espontaneidade na fala dos participantes e o estabelecimento de diálogo entre os participantes e a pesquisadora, de forma a explorarem o tema em suas falas da forma mais sincera possível.

A entrada no campo foi um processo tranquilo, dado que a pesquisadora já conhecia a maioria dos profissionais e dos gestores dos municípios visitados, havia ampla aceitação em relação ao projeto, sendo assim a pesquisadora foi recebida de forma positiva em todos os lugares. Inclusive, vale frisar, os profissionais desejavam a realização desta pesquisa, na tentativa de retomar um grupo que já existia de alguma forma. Portanto, a ida aos municípios ocorreu de forma positiva e proporcionou uma (re)aproximação satisfatória ao cenário.

O preenchimento do diário de campo foi fundamental para os registros de situações vividas e observadas durante a entrevista, que auxiliaram na condução da discussão deste trabalho. Nele, registrou-se o local onde foi realizado o encontro da entrevista, aspectos que chamaram a atenção durante a permanência da pesquisadora no município, a observação sobre materiais e a relação dos participantes com os outros profissionais da equipe quando a pesquisadora foi apresentada à equipe.

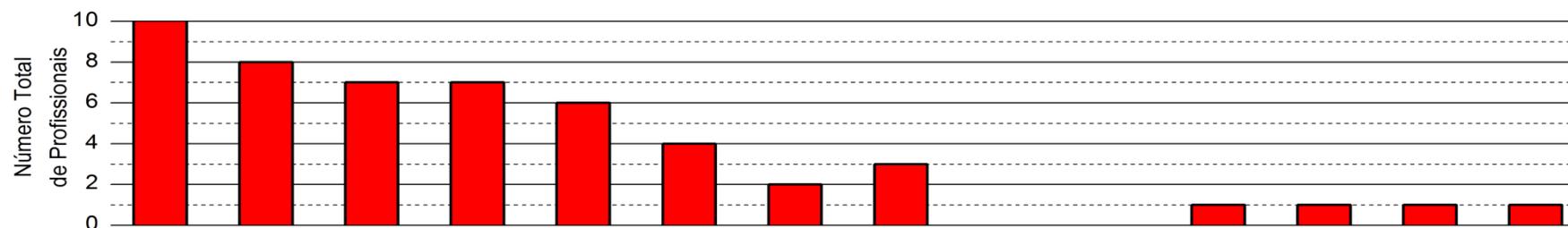
Vê-se uma diversidade grande com relação aos NASFs visitados. Em alguns deles, a pesquisadora foi recebida na Secretaria de Saúde, em outros na própria Unidade de Saúde onde os coordenadores atuavam e, em outros ainda, em prédios próprios, anexos às unidades, onde se instalaram as equipes multiprofissionais dos NASFs.

Uma primeira diferença que se vê entre municípios é a própria questão da coordenação. Alguns possuíam um profissional do próprio NASF como responsável pela coordenação, outros fizeram uma opção por deixar o serviço sob a responsabilidade de um coordenador ou diretor de outros setores e existiram, também, os que não possuíam a figura oficial de um responsável pela coordenação, permanecendo uma gestão marcada pela informalidade.

De forma geral, a pesquisadora foi bem recebida nos locais de visita e recebeu o retorno de que esta pesquisa seria bastante importante para os NASFs, para os municípios e para a região. Uma das primeiras informações com a qual se deparou foi em relação à quantidade de profissionais em cada equipe. Na sessão anterior, pôde-se observar o cadastro dos NASF no CNES, incluindo os profissionais integrantes. No momento da entrevista e da observação, houve discrepância entre profissionais cadastrados e os reais, que podem ser observados na tabela 7.

**Tabela 7 - Profissionais NASF informados durante a entrevista**

	Psico.	Fisio.	Nutri.	Fono.	T. O.	Ass. Social	Ed. Físico	Méd. Psiquia.	Méd. Pediatra	Farmac.	Méd. Vet.	Enf.	Sanitaris.	Geronto.
A	1	1	1	1										
B	2		1		2			2						
N	1	1	1	1	1									
S	1	1	1			1	1				1			
D	1	1				1						1		
J	1		1	1										
P	1	1	1	1			1	1						1
E	1	1		1	1									
F		1		1	1	1							1	
X	1	1	1	1	1	1								
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>



Fonte: elaborada pela autora.

Nesta comparação entre os dados do CNES (tabela 5) e os referidos pelos responsáveis pela coordenação dos NASFs (tabela 7), há diferenças relevantes. Grande parte destes profissionais já estava nos municípios, compondo outros tipos de equipe (em ambulatórios, centros de reabilitação, centro de especialidades, por exemplo) e foram realocados para a atuação nos NASFs. Em sua maioria, também dividem, ainda, sua carga horária de trabalho com serviços ambulatoriais de atendimento individual, sendo que tal procedimento não é visto dentro do escopo da atuação do NASF e, sim, de forma deslocada de seu papel enquanto profissional da ABS.

Grande parte dos NASFs da região aderiu ao PMAQ pela primeira vez neste biênio de 2015/2016 e, durante as visitas, foi possível observar a ansiedade relacionada ao processo avaliativo, já que o trâmite envolve pressões de vários aspectos: da própria equipe, dos gestores e mesmo do Ministério da Saúde para a consolidação do equipamento e do modelo de atenção.

Alguns dos participantes mostraram à pesquisadora instrumentos elaborados, já de acordo com a avaliação exigida pelo PMAQ. A organização para avaliação externa (quando existente) possuía cadernos e pastas com armazenamento de atividades realizadas, folhas de avaliação dos pacientes, elaboração de projetos terapêuticos, panfletos explicativos. Mostraram também notícias de jornais que evidenciavam o trabalho oferecido à população local.

Esta organização em fichas (principalmente dos atendimentos individuais) auxilia no preenchimento do sistema de informação e-SUS. Dois municípios, no momento da visita, estavam trabalhando com fichas específicas para o sistema.

Chama a atenção os municípios onde o NASF possui um lugar próprio para o seu trabalho. Um deles, inclusive, possuía no prédio a inscrição da parede “Núcleo de Assistência ao Saúde da Família”. Esta característica dos NASFs oferece certa aproximação frente à real instalação das ações em um componente ambulatorial. Assim como, há unidades já formatadas com placas uniformes do Ministério da Saúde, no cardápio de atividades a descrição de “Apoio Matricial” como uma atividade ofertada à população. O que será que o usuário que chega a esta unidade imagina encontrar?

Em alguns municípios, não houve durante a visita nenhum contato com as equipes de referência da atenção básica. Em outros, a pesquisadora foi apresentada a parte dela, principalmente a agentes comunitários. Em outros, ainda, esta relação com a ESF foi identificada como problemática.

Há diversos profissionais que dividem sua carga horária entre o NASF e outros serviços municipais, como ambulatórios, centros de reabilitação, centros de especialidades ou Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Uma questão que se coloca, nestes casos, é a linha tênue entre o que se realiza na atenção do NASF e dos demais serviços. Deve haver dificuldade em separar tais práticas, a partir de lógicas de trabalho tão diferentes.

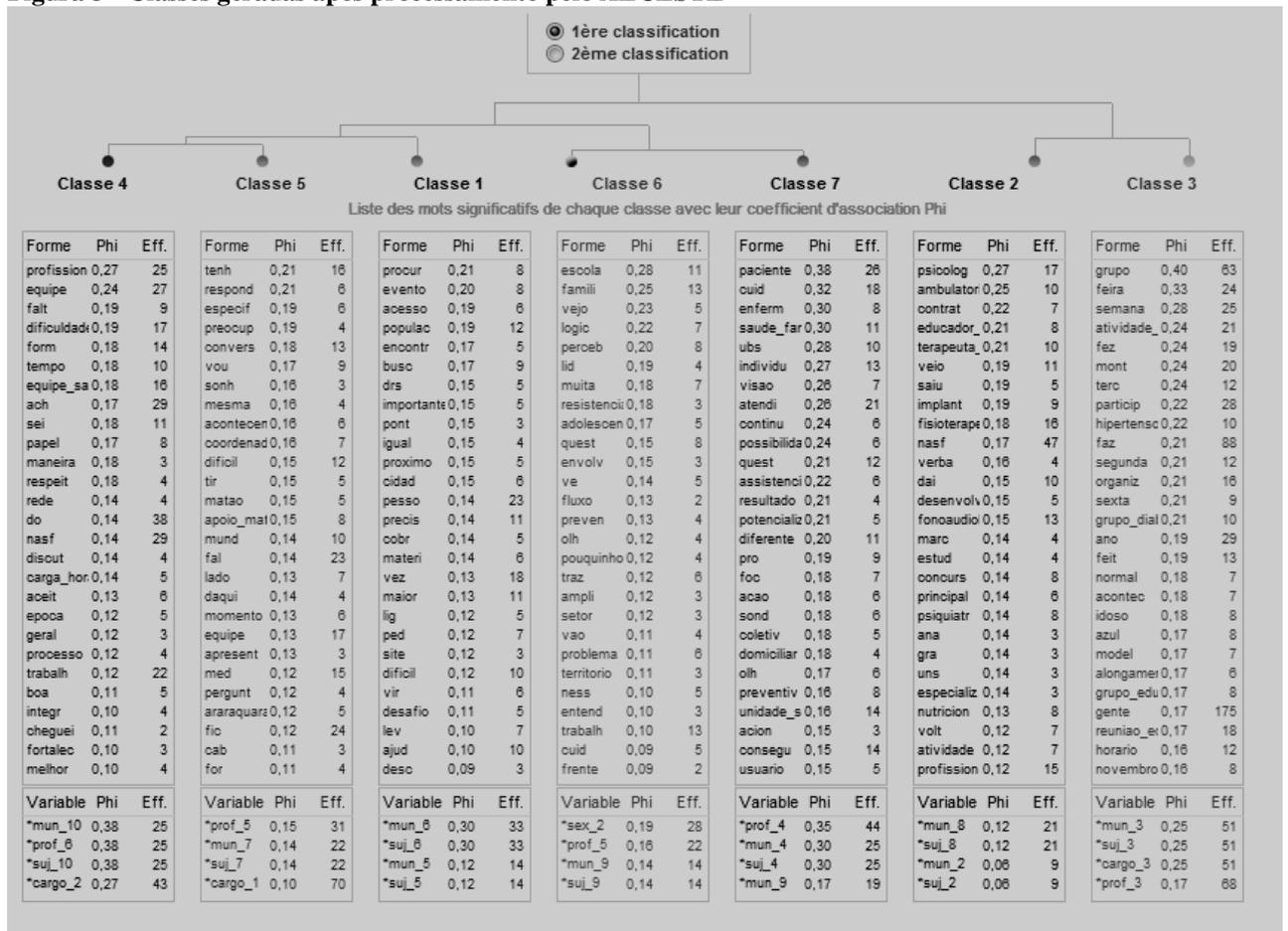
Em agosto de 2017, a listagem de profissionais inseridos no NASF foi atualizada junto aos gestores e profissionais dos NASFs pelo DRSIII-Araraquara/SP. Pôde-se observar entradas e saídas de profissionais, informações estas que não são corroboradas pelos dados do CNES e evidenciam certa variação dos profissionais, totalizando, naquele momento, 65 profissionais identificados.

São muitas as diferenças entre os NASFs visitados, embora todos, ao seu modo, encontram formas de realizar o próprio trabalho. No próximo item, será explorado o material proveniente das entrevistas com os responsáveis pela coordenação.

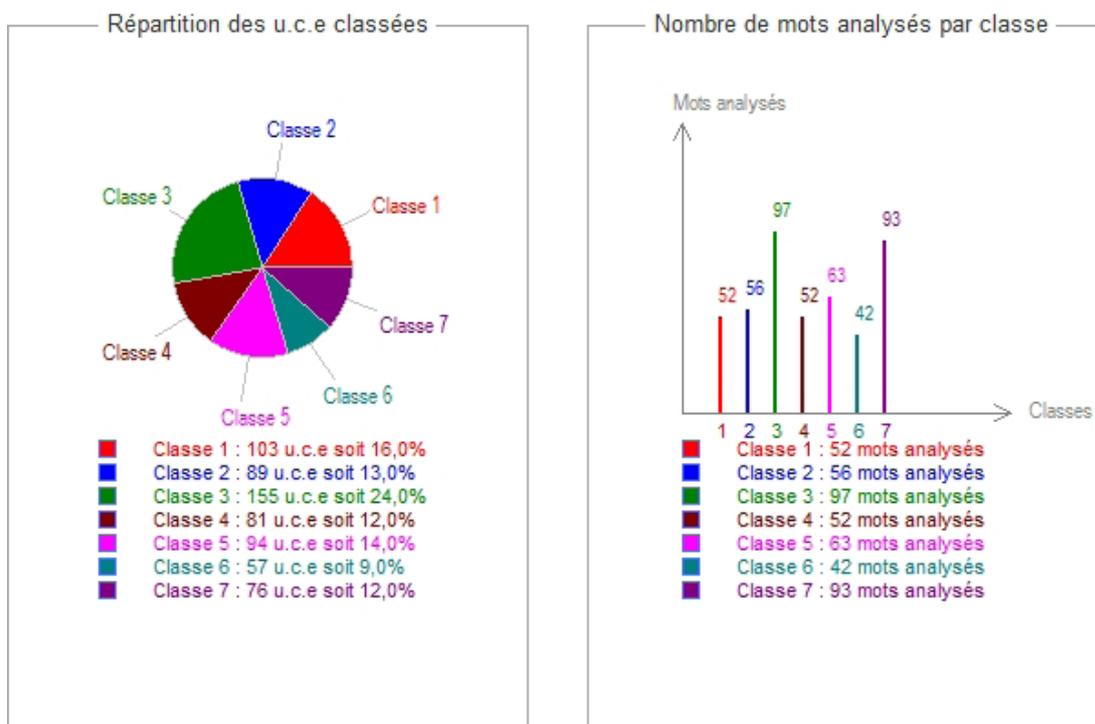
### **3.3 Diálogos com coordenadores dos NASFs: Análise ALCESTE**

Em julho de 2016, foi realizado o processamento das 10 entrevistas efetivadas junto aos responsáveis pela coordenação dos NASFs nos municípios participantes, por meio do software ALCESTE. O ALCESTE dividiu o *corpus* em 633 Unidades de Contexto Elementar (UCE). Foram identificadas 7 classes para análise (Figura 3 e 4).

Figura 3 - Classes geradas após processamento pelo ALCESTE

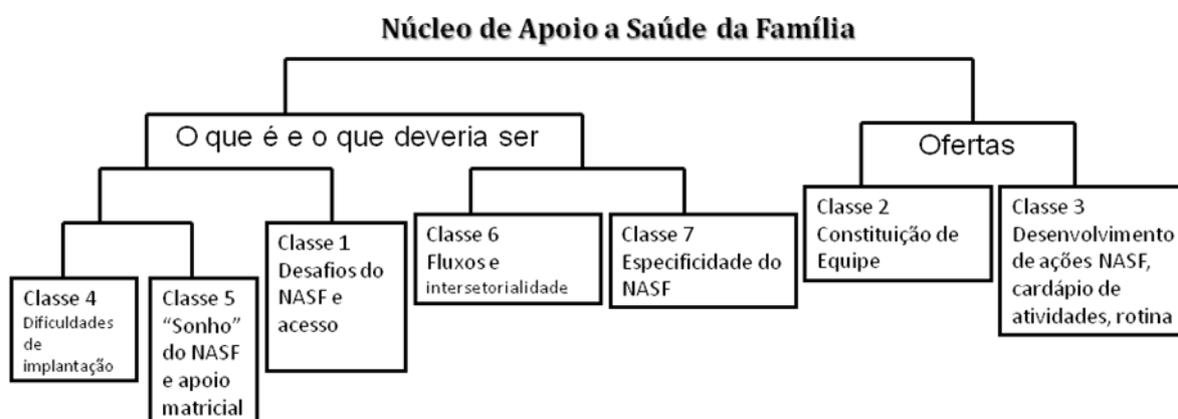


**Figura 4 - Distribuição de UCE em cada classe gerada pelo ALCESTE**



A separação por classes permite ao pesquisador realizar, então, a análise categorial temática, com a definição dos temas para análise, à luz de seu objeto de pesquisa. Neste caso, observando-se as classes formadas, as palavras e os termos empregados, foi possível identificar alguns temas que serão foco de análise da Fase 1, como apresentado na figura 5.

**Figura 5 - Detalhamento das classes analisadas**



Fonte: elaborada pela autora.

Os desafios e dificuldades encontradas no NASF podem ser identificados na **classe 1** por meio das frases a seguir. De forma geral, as questões apontadas nesta categoria abordam a forma de relação do NASF com a população, as dificuldades encontradas no trabalho diário com agentes comunitários de saúde, o costume, tanto das equipes de saúde quanto da população, com um outro formato de atenção à saúde. E, por fim, como a mudança no oferecimento de cuidado tem trazido desafios para estes profissionais.

*Então o que a gente precisa agora é ter esse momento de ideias, de inovação, de coisas diferentes, para atrair essas populações. Porque isso é o mais difícil, na verdade é nosso maior desafio. Atrair essas pessoas. (suj\_9)*

*Então aqui a gente é preparado para isso no NASF eu acho está mais perto da população, entender o caso, então a gente fica às vezes também. Às vezes vem uma demanda, a gente acha que é uma coisa, aí vai procurar, saber na família, é outra coisa. Então isso, que a gente está mais próximo com população, com a família, todos terem acesso ao atendimento. (suj\_3)*

*Então eu acho que é um dos maiores desafios nossos é adesão da população no nosso programa. Eles querem tudo. Mas não participa de nada. Eles cobram. (suj\_8)*

No que diz respeito à formação da equipe e aos diferentes profissionais, ao início das atividades do NASF, ao tipo de contratação, à divisão de carga horária destes profissionais, que ainda permanecem ligados a outros serviços e a certa rotatividade dos profissionais da equipe, é principalmente na **classe 2** que se encontram estas discussões, como se vê nas falas abaixo. A formação das equipes pode ser observada nas tabelas já apresentadas. Neste momento, os profissionais responsáveis pela coordenação dos NASFs abordam a formação das equipes sob a sua perspectiva, para além apenas do número de profissionais e da quantidade de horas trabalhadas.

*É bem focado em saúde mental. Até uns dois anos atrás a gente tinha também um fisioterapeuta no NASF, mas que ele se desligou do NASF e foi para SAD (Serviço de Atendimento Domiciliar). Nessa época, a gente tinha também um trabalho focado em atividade física, em outras coisas, que era principalmente por conta do fisioterapeuta. Hoje em dia é focado principalmente para saúde mental, mas também existem algumas ações*

*voltadas para atividade física que são lideradas por uma das terapeutas ocupacionais em parceria com os educadores físicos que estão vinculados à academia de saúde. (suj\_2)*

*Surgiu o NASF, o credenciamento que eles fizeram. Aí eles chamaram, porque precisava de profissionais, eles chamaram a gente. Eu atendia aqui no S. como nutricionista, a A. como psicóloga e a C. como fono. Então nós fomos tiradas do ambulatório e voltadas para NASF. (suj\_6)*

*A S. também era do ambulatório de saúde mental. A princípio veio a Terapeuta ocupacional do ambulatório, veio a gerontóloga. Nós temos uma gerontóloga que ela é contratada por uma OSS (Organização Social de Saúde). A nutricionista também é da OSS, o psiquiatra que era meu colega do CAPS, ele era meu colega também de consultório, uma pessoa muito pensante, tem muito perfil também, ele veio. Depois veio uma fisioterapeuta. (suj\_7)*

Na **classe 3**, de maior incidência, é abordado o desenvolvimento de ações no NASF, as diferentes atividades realizadas e a rotina do serviço. As falas abaixo podem auxiliar na compreensão de sua especificidade, ao abordarem atividades realizadas pelo serviço e, principalmente, como as desenvolvem em sua rotina.

*Nós fazemos reuniões semanais com eles. Toda segunda-feira a gente faz reunião e é onde elas trazem os casos e a gente discute. Daí a gente traça o plano. Ou a gente vai fazer visita, ou a gente vai tentar incluir ele em alguma ação. Daí a gente vai discutindo o que a gente vai fazer com aquele paciente. (suj\_8)*

*E outra coisa legal também a fisio do NASF fez um treinamento com os ACS sobre atividade física. Os ACS montaram um grupinho de Caminhada. Então toda segunda-feira eles fazem um grupo de caminhada. A princípio era só uma caminhada. Hoje já estão pensando num... atividades por exemplo dinâmicas em grupo para estimular memória, concentração, como montar um circuitinho com uma certa atividade, eles querem saber mais sobre alongamento. Como vou fazer um alongamento para tal? E se o paciente tiver a postura desse jeito, que a gente pode fazer? Então você percebe que eles mesmos foram sendo estimulados, hoje com a participação do NASF, para poder ter essas atividades para fora. (suj\_9)*

*Então a gente sempre faz uma brincadeira, alguma coisa incentivando e falando Novembro Azul, do Outubro Rosa, todas as campanhas que tem. Então sempre a gente está falando então ficou assim, cada semana cada sexta-feira a gente faz uma coisa e vai mudando. O grupo de caminhada ele é desse jeito. (suj\_3)*

No que se refere às dificuldades de implementação do NASF, que caracteriza-se pelas dificuldades identificadas pelos próprios coordenadores, houve uma concentração intensa de falas advindas dos próprios diretores e coordenadores na **classe 4**. Neste contexto, principalmente, quando a coordenação do NASF não era exercida por profissionais inseridos no serviço, como se pode observar nas falas em seguida. Outro aspecto que foi identificado, também nesta categoria, é a necessidade de formação para o exercício no NASF.

*Essa relação do NASF com as unidades ainda está muito crua. É como se fosse o primeiro dia de aula sempre. Eles estão sempre meio deslocados, salvo algumas exceções. Então, quando a gente vai associar uma equipe ao NASF é difícil azeitar o processo de trabalho, entendeu? E eu acho que isso é porque o próprio processo de trabalho do NASF pode ser um pouco imaturo ainda. Talvez eles ainda não tenham estabelecido uma rotina de trabalho que eles possam chegar e falar assim, olha isso aqui é o que a gente faz. (suj\_2)*

*Então eles acabam fazendo bastante vínculo com a população. A minha dificuldade é que a gente tem que também acabar digitando uma produção pra que a gente tenha uma carga horária e muitos dos profissionais que não aceitaram ir hoje eles não cumprem carga horária e se afastam. Entendeu? E eu fico sem. E como o município tem responsabilidade fiscal, eu não posso contratar. (suj\_10)*

*o trabalho que eles fazem em cada equipe depende muito da aceitação e das características da própria equipe. Então em algumas, é bem mais focado em matriciamento, atendimento de grupo. E em outras, eles ficam mais focados em atendimento individual. Então é bem heterogêneo. (suj\_2)*

A **classe 5** evidenciou uma prática profissional que pode dar certo, que tem esperança, apesar de desafiadora, por isso pode ser intitulada de “sonho” de NASF. Nesta categoria, aparece de forma um pouco mais consistente o Apoio Matricial enquanto estratégia de trabalho do NASF. Poucos foram os participantes que, durante a entrevista, empregaram o

termo para denominação de ações do NASF. As próximas falas exemplificam a classe em questão.

*Eu acho que assim é dar um suporte, oferecer instrumentos, oferecer tudo o que a gente puder, que for necessário, mas ficar na retaguarda. Eu acho que a gente tem que interferir no serviço, impor saberes, o menos possível. Eu acho que a gente oferece instrumentos, oferece qualificação, oferece tudo que for possível, matriciamento, supervisão, tudo mais. E um dia quem sabe sermos mais. Sermos menos úteis talvez, necessários, que as equipes deem conta. (suj\_7)*

*Aí a gente vai pegando essas informações e traçando aí um trabalho. Basicamente... do agente (comunitário de saúde), ele é o principal. (...) A enfermeira sim. O médico, médio. E o dentista zero. E também não teve apresentação ainda. Na verdade a gente se apresentou pros agentes, para a enfermeira e o médico das duas unidades. (suj\_6)*

*Vai vir a avaliação aqui vai vir o PMAQ, eu vou responder como coordenadora tudo. Só que aí eu não tenho controle sobre o que está acontecendo com o dinheiro. Então isso me incomoda. Então às vezes assim, ah você é a coordenadora? Sou mas não respondo. (suj\_8)*

*E aí, chamaram a psicóloga e foram descobrir que na verdade ele, depois que todo mundo ia lá e fazia o curativo, ele tirava, arrancava, não deixava a pomada, por que? Porque ele queria um cuidado, porque ele era uma pessoa carente, porque era aquele momento que as enfermeiras iam lá, cuidavam, conversavam com ele, punha a mão, com toque de luva mas punha a mão, via lá a ferida. Então ele não queria sarar. Por que? Se ele sarasse, não ia mais ter. Então você vê, cada um fica no seu... a enfermeira fica na assistência, a nutricionista vai ver a alimentação, a hora que você consegue colocar todo mundo pra conversar sobre este paciente é que a gente vai entender. (suj\_1)*

Com menor incidência estatística, mas não menos importante, a **classe 6** indica as possibilidades na articulação do NASF com outros serviços da rede de saúde (equipes da atenção básica, serviços especializados, vigilância epidemiológica) e outros setores (escolas, conselho tutelar), algumas populações de difícil acesso (como adolescentes), aspectos que o NASF considera importante na abordagem familiar, como o contexto de vida das pessoas.

*Eles (equipe de saúde da família) conseguem discutir melhor. Antes era muita resistência. Eles achavam que o NASF estava indo lá pra se envolver com o problema deles. Tipo, nós não estamos fazendo atendimento específico ou adequado e hoje eles já veem com outros olhos. Hoje eles já veem a necessidade do NASF. De discutir. (suj\_10)*

*Eu percebo um olhar mais ampliado, sabe. Não olha somente naquele lugar, naquela pessoa, mas sim todo contexto, entender o que está acontecendo, um cuidado bem mais ampliado assim. Porque a gente não vê só o paciente, a gente está vendo todo o contexto, desde familiar, escola, social, pra gente compreender. Eu acho que esse olhar é ampliado para o cuidado. Porque percebo que as meninas não vão lá mais só pegar medicação, se tem diabetes, como que está a pressão, não. (suj\_8)*

A **classe 7** evidencia as ofertas na forma de atendimento específico do NASF, trazendo para o debate aspectos como atendimento compartilhado, foco nas ações preventivas e coletivas, articulação entre os serviços, integralidade no cuidado, foco multidisciplinar das ações da equipe. De certa forma, esta categoria indica mais propriamente as ferramentas de trabalho do NASF, logo do Apoio Matricial.

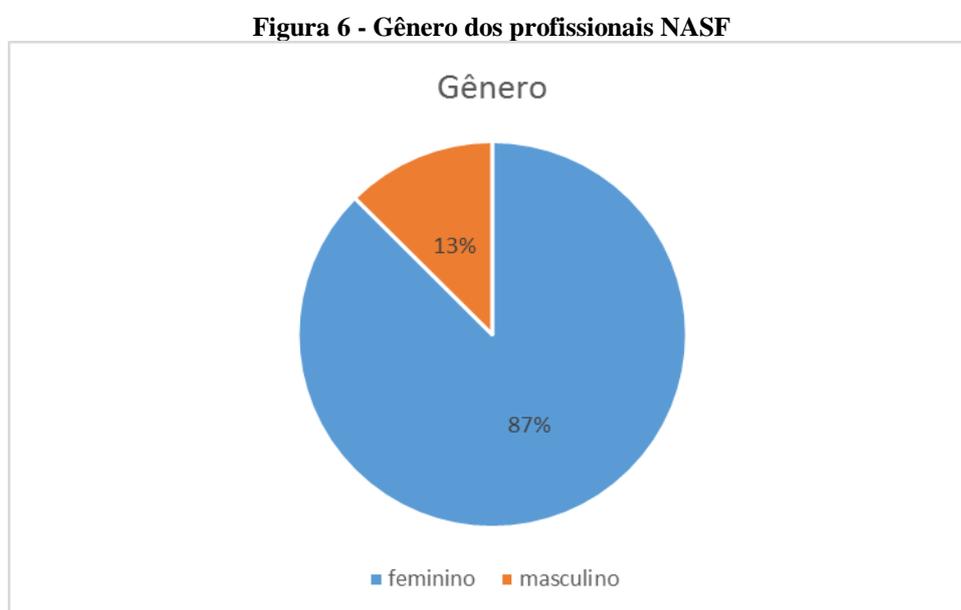
*Então eu acredito que o NASF, por ter essa possibilidade de articulação conjunta e simultânea com o usuário, potencializa muito o cuidado com o usuário. Então acho que o cuidado com o usuário é potencializado por ter uma atuação simultânea. Ao mesmo tempo, a assistente social pega uma, observa que ela vai na visita e observa um fator aqui. Será que eu consigo ajuda-lo na questão social tal. A visão é muito diferente. E ela é compartilhada. Então essa visão compartilhada. (suj\_4)*

*que ela (NASF) é um braço que potencializa o PSF. Acho que isso dá amplitude pro PSF. De ação. E que hoje, um potencial preventivo, do que só especialista. Na verdade você amplia, você antecipa situações. Você consegue antecipar situações. Mais proativo do que no sentido de não só resolver o problema, mas de ser proativo. (suj\_4)*

### 3.4 Caracterização dos profissionais NASF

Dos 66 profissionais<sup>3</sup>, identificados nos 12 NASFs implantados na região em questão na fase 2, por meio dos dados do CNES, atualizados em julho de 2017, 48 profissionais responderam ao questionário de caracterização aplicado pela pesquisadora. O objetivo do mesmo foi conhecer os profissionais que estão atuando nos NASFs, caracterizá-los a partir de aspectos sociais e profissionais e conhecer suas percepções individuais sobre trabalho com o Apoio Matricial.

Dos 48 profissionais que responderam ao instrumento, 87% eram do gênero feminino e 13% do masculino, como apresentado na figura 6.



Fonte: elaborada pela autora.

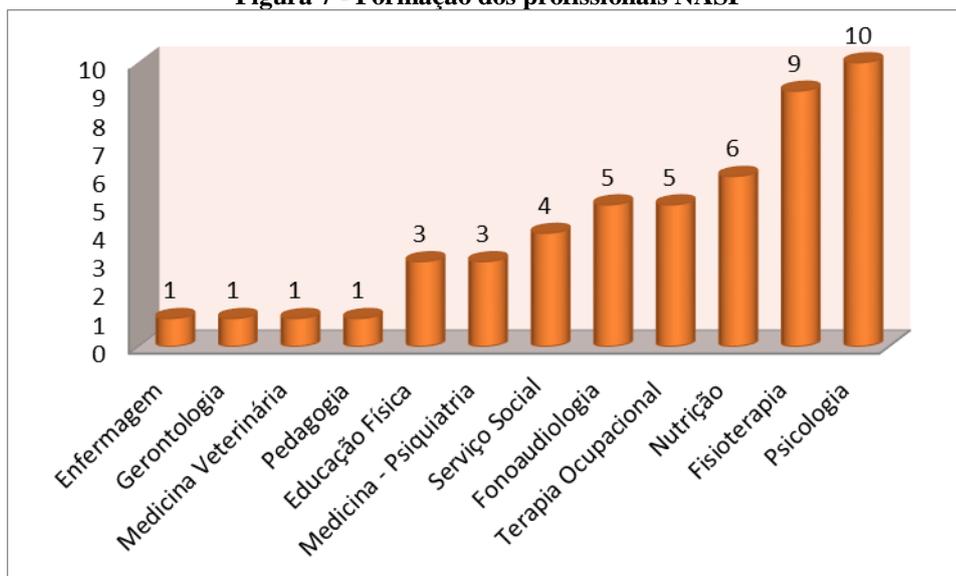
A média de idade dos profissionais foi de aproximadamente 36 anos, sendo que o mais novo tem 25 anos de idade e o mais velho, 60 anos.

Com relação à formação profissional, houve um amplo leque elencado, prevalecendo a psicologia e a fisioterapia enquanto categorias profissionais presentes nos NASFs, como mostra a figura 7.

---

<sup>3</sup> Deste número apresentado, foram descontados os profissionais dos municípios K e M, que não participaram das etapas de coleta de dados da pesquisa.

**Figura 7 - Formação dos profissionais NASF**



Fonte: elaborada pela autora.

Foi-lhes questionado a respeito da realização, ainda na graduação, de estágios profissionais na área de saúde pública/saúde coletiva, sendo que 83% (total de 40) dos profissionais entrevistados informam ter realizado este tipo de formação no ensino superior (Figuras 8 e 9).

**Figura 8 - Realização de estágio profissional em Saúde Pública/Coletiva**



Fonte: elaborada pela autora.

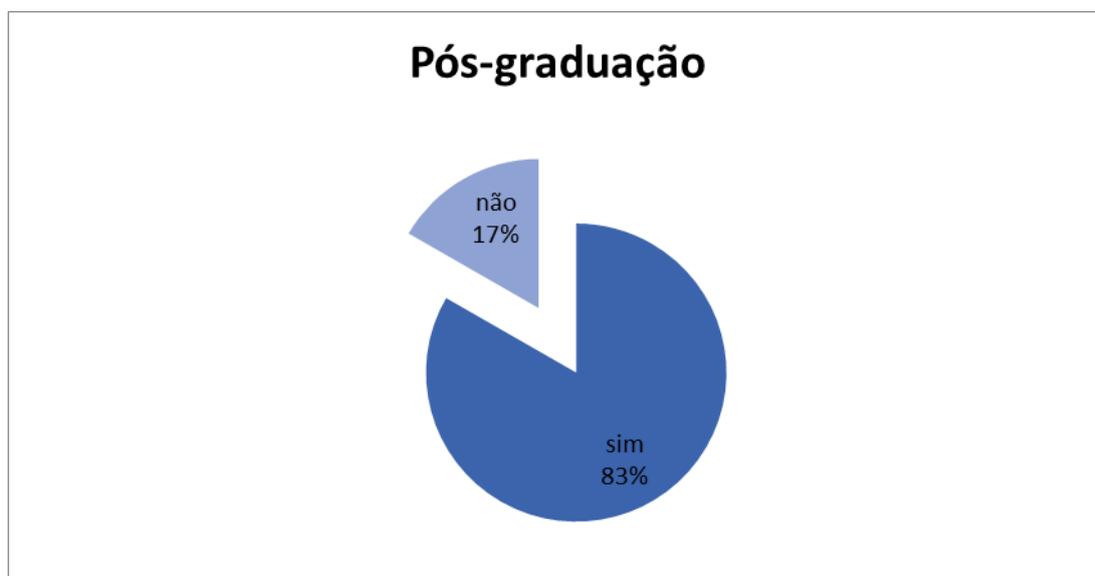
**Figura 9 - Categorias profissionais que NÃO realizaram estágio em Saúde Pública/Coletiva**



Fonte: elaborada pela autora.

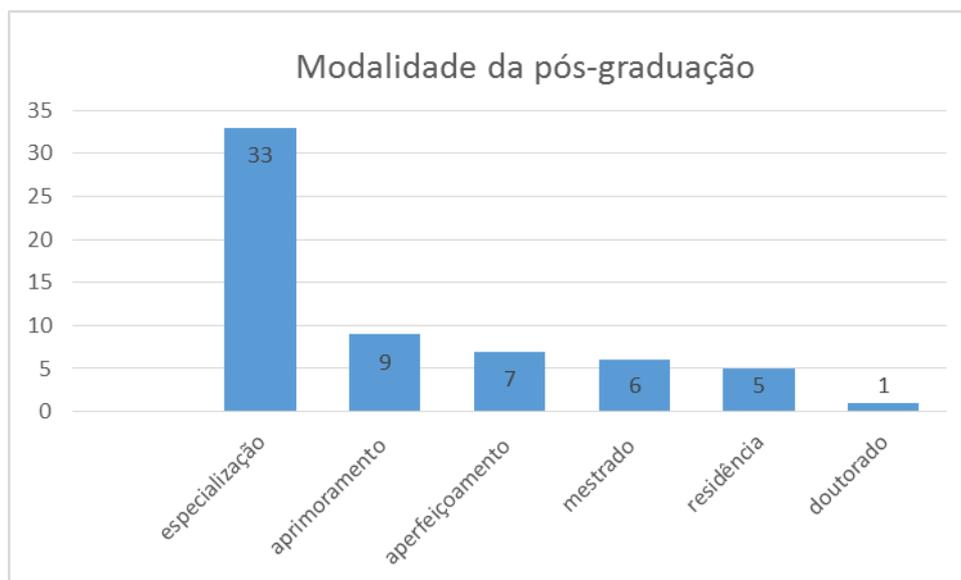
Sobre a realização de cursos de pós-graduação, envolvendo aprimoramento, especialização, mestrado e doutorado, 83% (total de 40) dos sujeitos afirmam terem realizado este tipo de formação (Figuras 10 e 11). As áreas de concentração dos cursos foram bastante diversas, embora em maior concentração nos campos da Saúde da Família e Comunidade; Apoio Matricial com ênfase no NASF; e Gestão da Clínica. Os demais cursos apresentaram uma relação íntima com os núcleos profissionais.

**Figura 10 - Realização de Pós-graduação**



Fonte: elaborada pela autora.

**Figura 11 - Modalidade da Pós-graduação**



Fonte: elaborada pela autora.

Outra questão investigada, envolveu aspectos empregatícios, como instituição empregadora, regime de trabalho e carga horária de contrato. Neste quesito, 81% dos profissionais possuíam vínculo empregatício com a prefeitura e 19% afirmaram possuir vínculos com empresas contratadas pela prefeitura, já presentes na região, como apresentado na figura 12.

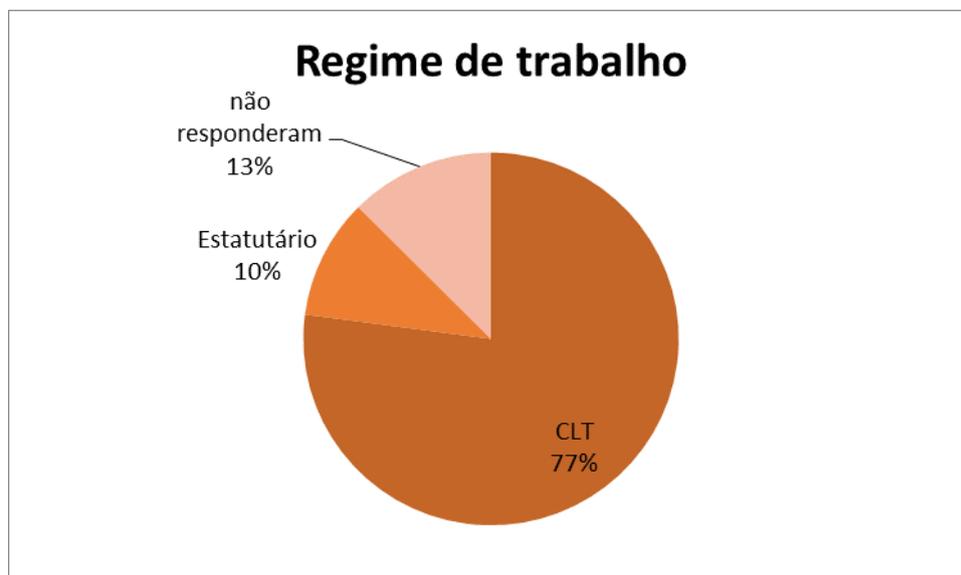
**Figura 12 - Instituição empregadora**



Fonte: elaborada pela autora.

Destes, 77% possuíam um regime de trabalho CLT, como mostra o gráfico a seguir. Apenas 10% eram estatutários e 13% dos participantes não responderam a esta questão (Figura 13).

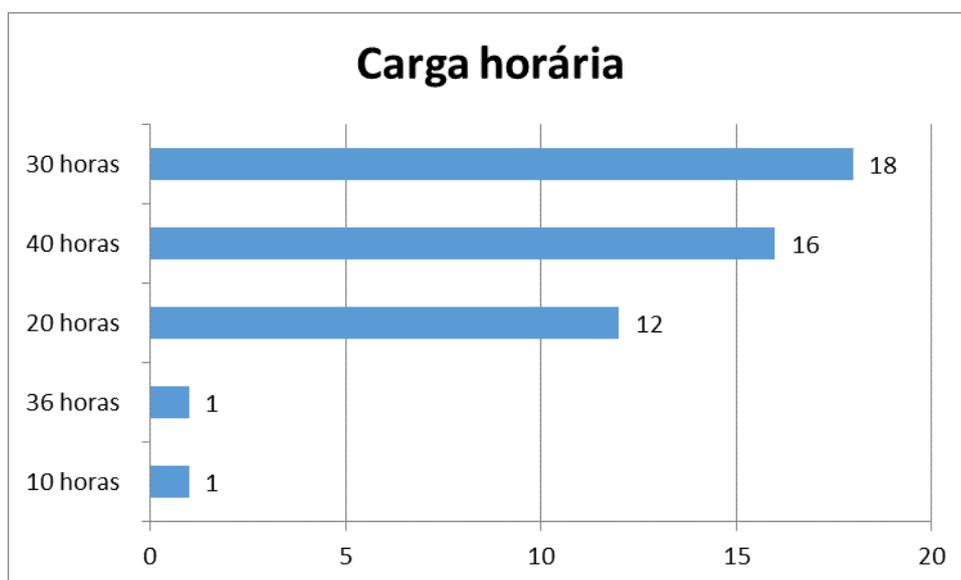
**Figura 13 - Regime de trabalho**



Fonte: elaborada pela autora.

O regime predominante em relação às horas de trabalho foi o de 30 horas semanais (18 profissionais), seguido pelo de 40 horas (16 profissionais) e 20 horas (12 profissionais), como evidencia a figura 14. Sabe-se que há legislações dos conselhos profissionais que regem tais indicações.

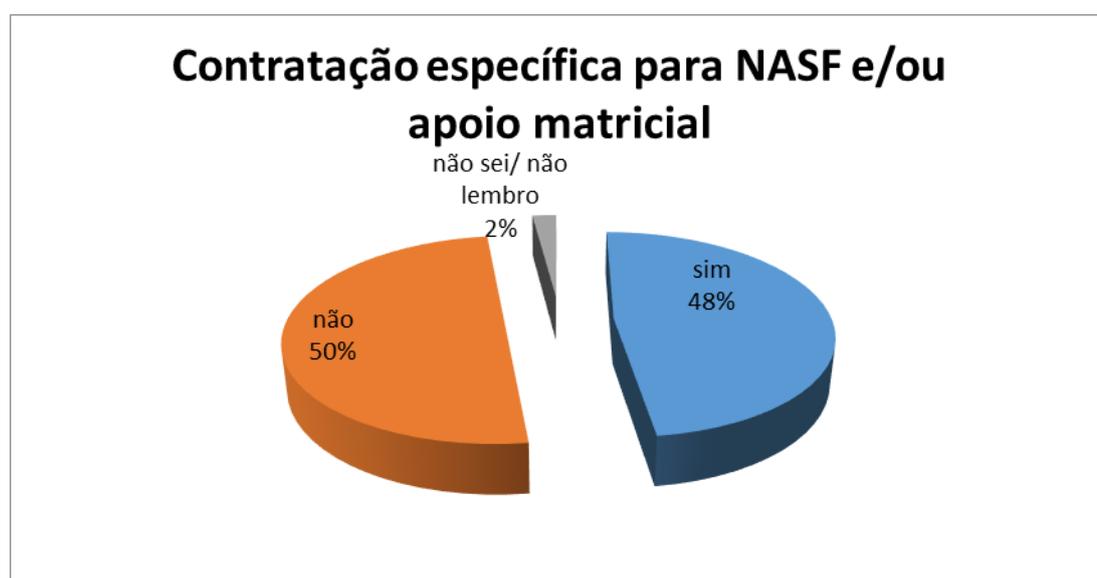
**Figura 14 - Carga horária referida pelos profissionais**



Fonte: elaborada pela autora.

Com relação à contratação específica ou não para a atuação no NASF, 48% dos profissionais pontuaram que o seu contrato de trabalho envolveu especificamente sua ida para este serviço (Figura 15). Ainda, 79% deles alegaram que receberam informações sobre a realização do Apoio Matricial enquanto função profissional. Sobre a existência de formação para a realização do Apoio Matricial, 67% dos participantes a percebem de forma positiva.

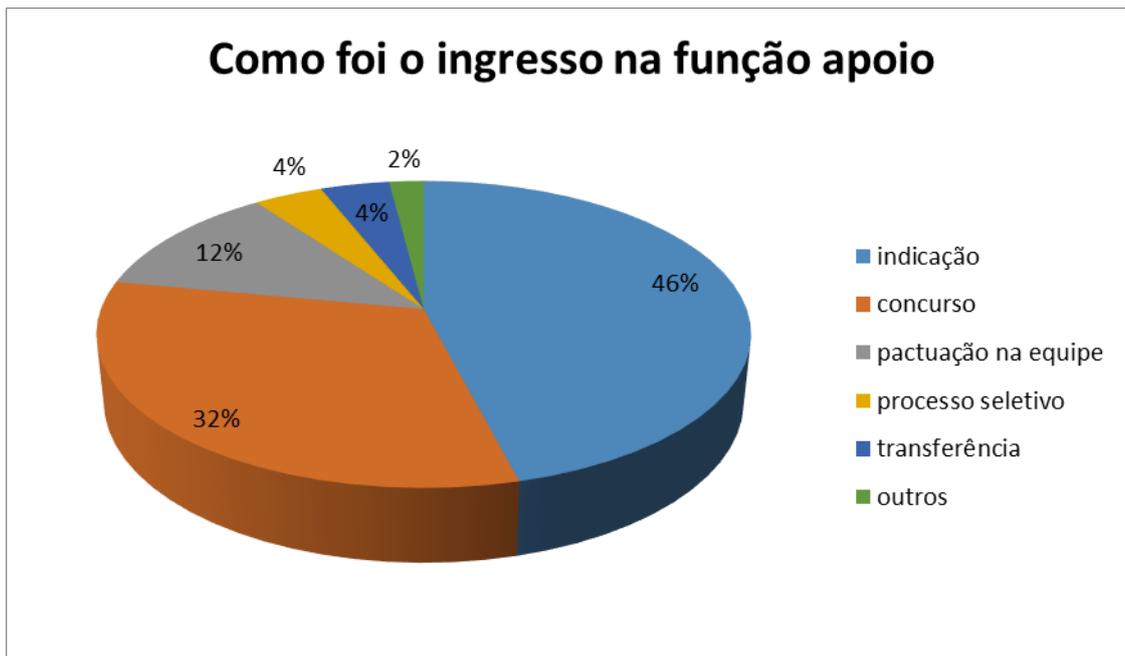
**Figura 15 - Contratação específica para NASF e/ ou para realização do Apoio Matricial**



Fonte: elaborada pela autora.

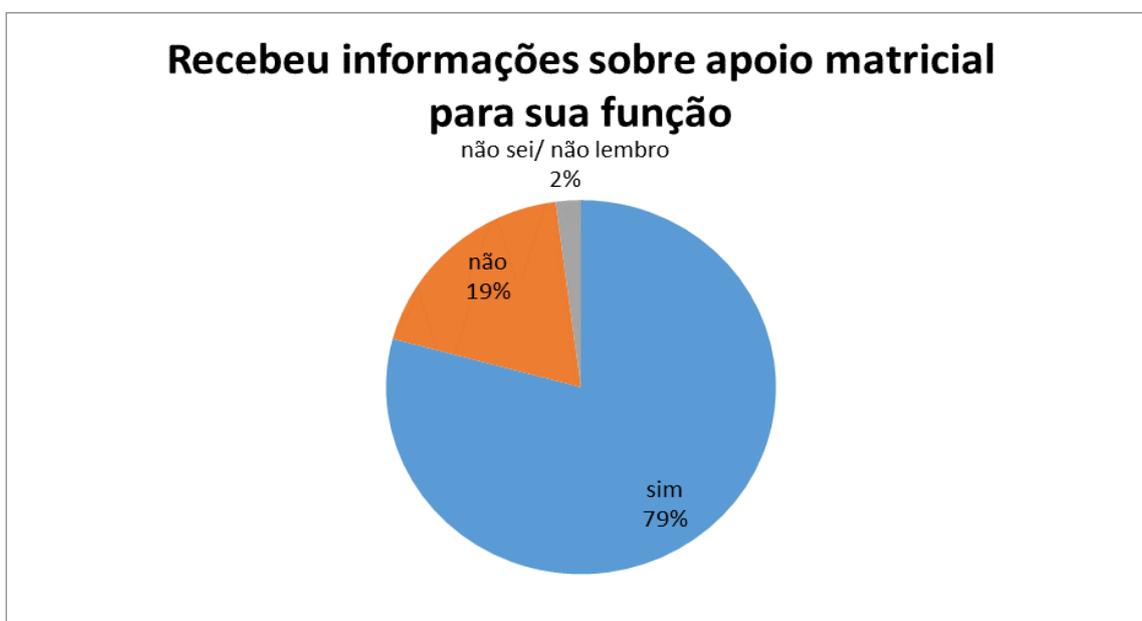
Outra questão abordada envolveu o ingresso na função Apoio Matricial, informações sobre esta tarefa e formação para tal (Figuras 16, 17 e 18). Do total, 46% dos profissionais afirmaram ter sido indicados para tal cargo. Em seguida, foram selecionados por meio de concurso (32%) e via pactuação na equipe (12%).

**Figura 16 - Ingresso na função Apoio**



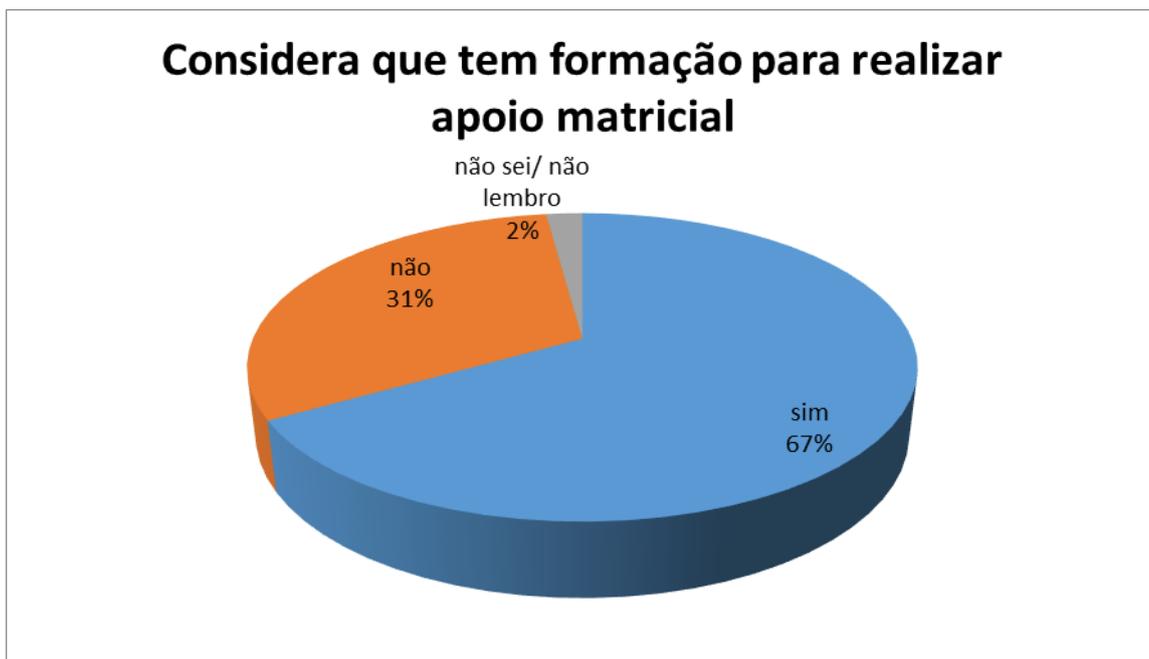
Fonte: elaborada pela autora.

**Figura 17 - Informações sobre apoio matricial**



Fonte: elaborada pela autora.

**Figura 18 - Formação para apoio matricial**

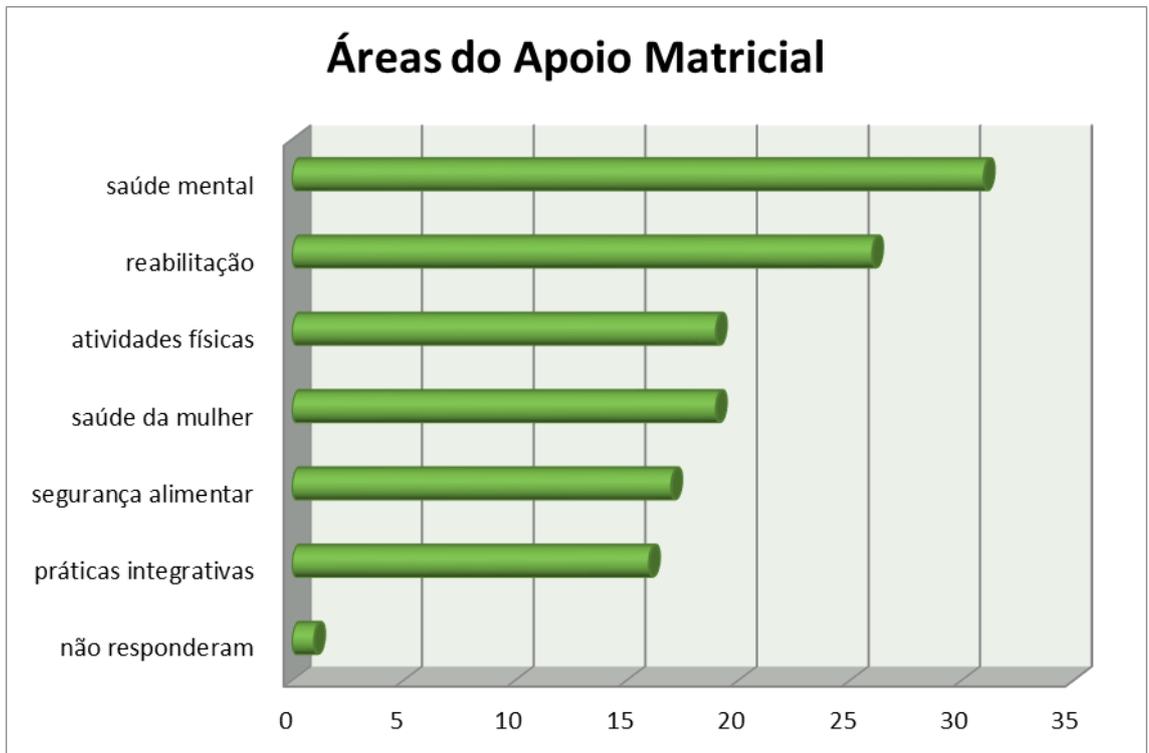


Fonte: elaborada pela autora.

Com relação à realização do Apoio Matricial, os profissionais informaram estar envolvidos com a tarefa “Apoio Matricial”, há 1 mês até 70 meses, sendo uma média de 29,3 meses de permanência nesta tarefa.

Foram também questionados a respeito das principais áreas do Apoio Matricial (Figura 19). Novas áreas foram identificadas pelos participantes, dentre elas coordenação, prevenção de doenças crônicas, serviço social, zoonoses, regulação, saúde materno-infantil, saúde do idoso, saúde do homem, reuniões NASF/ESF e saúde da criança e do adolescente. A saúde mental e a reabilitação apareceram como as áreas mais desenvolvidas pelo NASF.

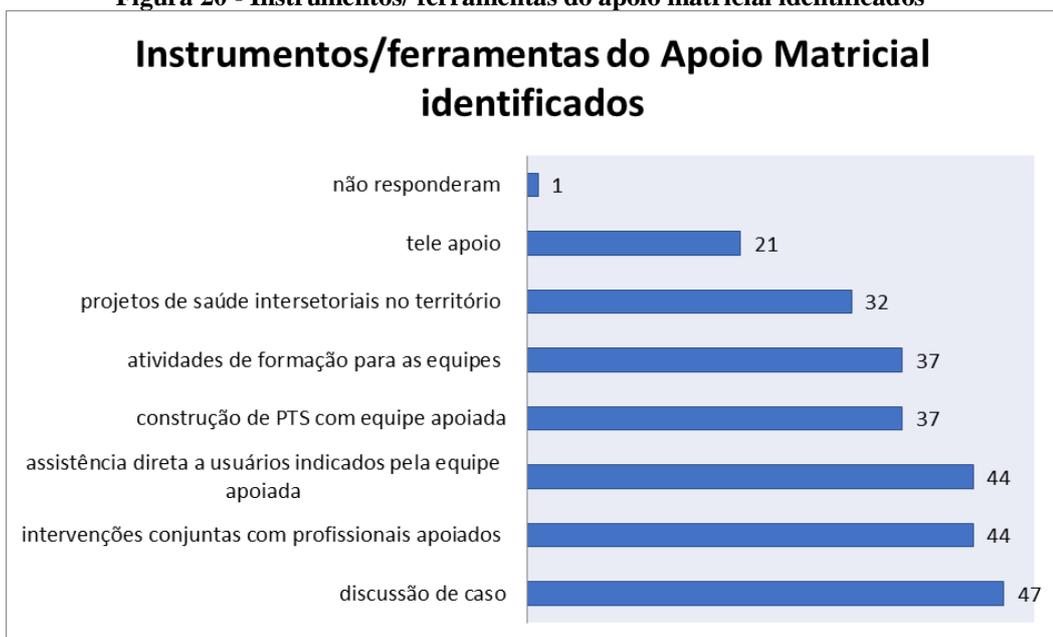
**Figura 19 - Áreas do Apoio Matricial elencadas**



Fonte: elaborada pela autora.

Com relação aos instrumentos/ferramentas do Apoio Matricial identificados (Figura 20), tivemos uma unanimidade pela discussão de caso, seguida pela assistência direta aos usuários e intervenções conjuntas com profissionais apoiados.

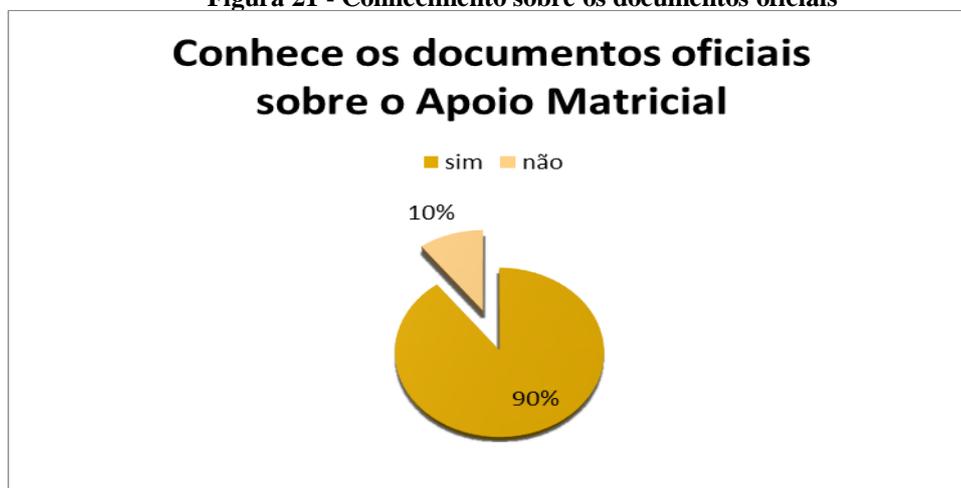
**Figura 20 - Instrumentos/ ferramentas do apoio matricial identificados**



Fonte: elaborada pela autora.

Os documentos do Ministério da Saúde norteiam a atuação deste serviço desde a sua implantação. Perguntou-se também acerca do conhecimento dos profissionais a respeito de tais manuais (Figura 21) e 90% deles afirmaram conhecer tais publicações. Ainda que a pesquisadora entenda o caráter inovador da ação do NASF, o percentual de 10% de desconhecimento em relação aos materiais oficiais trouxe certa preocupação, assim como a dificuldade em incorporar tais conceitos na prática dos serviços. Pode haver uma distância grande entre o conhecer e praticar.

Figura 21 - Conhecimento sobre os documentos oficiais



Fonte: elaborada pela autora.

O questionário contou com perguntas abertas sobre a prática do Apoio Matricial, para que a pesquisadora pudesse ter acesso à perspectiva individual dos profissionais sobre o trabalho no NASF.

Quando abordados sobre a forma como as equipes apoiadas acionam o suporte do apoiador matricial, apenas um participante não respondeu à pergunta, justificando estar a muito pouco tempo no serviço, o que a impossibilitava de responder às questões abertas. Grande parte das respostas envolveu **espaços formais**, criados para a discussão de casos, em forma de reuniões de equipe, entre ESF e NASF. Proporcionalmente, a existência de **encontros e de contatos informais** (contatos diretos entre profissionais, contatos telefônicos e por meio eletrônico) evidenciam uma forma de ativação do suporte. A realização de **atendimento/consulta compartilhada** e **agenda de visitas domiciliares conjunta** também aparecem como possibilidades de acionamento do matriciador. Além destas estratégias, a elaboração do **projeto terapêutico singular** ocorre em algumas discretas respostas. Alguns

participantes elencam **estratégias sem espaços interdisciplinares**, como encaminhamento formal sem discussão de caso, a existência de agenda do NASF ou ainda o contato por meio de fichas específicas, criadas pelo NASF, com a elaboração de relatórios de casos e fluxogramas, possibilitando a chegada do usuário ao NASF.

Sobre a percepção dos participantes a respeito dos resultados positivos ao se realizar Apoio Matricial no NASF, as respostas envolveram os tópicos a seguir:

- a **construção conjunta** de ações;
- a **resolutividade** e objetivos de cuidado alcançados;
- a articulação em rede e de forma **intersetorial**;
- a possibilidade de **capacitação** dos profissionais da ABS em determinados temas como saúde mental e introdutório de saúde da família;
- a possibilidade do **cuidado em saúde mental** na ABS;
- a sustentação de espaços protegidos para **reuniões de equipe** e certo **comprometimento** e envolvimento das equipes com trabalho do NASF.

Fizeram também a identificação de diversas estratégias do Apoio Matricial, como a organização do território com classificação de risco, o cuidado interdisciplinar, o cuidado integral, a prevenção e promoção de saúde, a existência de grupos educativos e terapêuticos e a visita domiciliar a pacientes graves.

Com relação às dificuldades encontradas para a efetivação do Apoio Matricial, os participantes identificaram pontos, listados a seguir:

- a vulnerabilidade do **apoio da gestão**;
- a falta de **recursos** (materiais, financeiros, estruturais como salas inadequadas, equipamentos de informática insuficientes e meio de transporte inexistente ou precário);
- o critério (lógica adotada) do **encaminhamento dos casos**;
- o desafio na construção da corresponsabilização pelos casos e do **compartilhamento** do cuidado, o que evidencia a cultura ainda dominante do **atendimento ambulatorial**.

Segundo alguns participantes, a implantação de espaços protegidos para a **reunião de equipe** ainda se configura como um desafio, assim como a **incompreensão** por parte das equipes da ESF sobre o **trabalho do NASF**, o que aparece fortemente atrelado a não aceitação e à **resistência** das equipes em receber a equipe NASF. Além disso, a falta de equipamentos de saúde em outros níveis de complexidade também se revela como um dificultador, quando o NASF deve assumir todo o cuidado pelo indivíduo.

A última pergunta abordou a expectativa do profissional vinculado ao NASF sobre o seu trabalho como apoiador matricial. As respostas evidenciam temas como **resolutividade** em relação aos casos, **ampliação das ações do Apoio Matricial**, identificando diferentes estratégias para a sua efetivação (atuação na prevenção e promoção, número de grupos oferecidos, capacitações, interdisciplinaridade). Também foram citados a necessidade de **integração entre equipes NASF e ESF**, a transformação da prática a partir do Apoio Matricial e o compartilhamento dos casos de fato.

É possível observar que as respostas sobre os pontos positivos e negativos trouxeram aspectos muitos semelhantes em seus conteúdos, o que pode mostrar que algumas equipes já conseguem avaliar o seu próprio trabalho a partir de alguns elementos pós-implantação, enquanto outras ainda tentam encontrar um espaço para se colocar em reuniões de equipe. A expectativa de integração do NASF na ABS, presente nas respostas, foi um tema bastante explorado nos grupos, como apresentado a seguir.

### **3.5 Realização dos grupos intervenção NASF**

Não há outra pessoa gramatical para descrever esta sessão se não a primeira.

A proposta de realização dos grupos intervenção com os NASFs foi, desde o início do projeto, a estratégia idealizada para cumprir os objetivos desta pesquisa. Seu planejamento inicial envolveu a retomada da existência do grupo de trabalho, ocorrido em anos anteriores, oferecido pelo DRSIII-Araraquara/SP, numa parceria entre o Núcleo de Redes, Centro de Planejamento e Ações em Saúde e Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS, (Centros da Secretaria Estadual de Saúde).

O grupo acima citado foi interrompido por um tempo e, com a pesquisa, foi possível retomar os encontros, evidenciando o desejo dos atores envolvidos: pesquisadora, DRSIII-Araraquara/SP, trabalhadores dos NASFs e gestores de saúde. Este (re)início já evidencia a participação e envolvimento de muitas pessoas com o projeto, eram muitos os desejos intrincados: pela concretização do grupo de apoio/intervenção que pudesse trazer bons resultados na implantação dos NASFs na região, pela necessidade da compreensão sobre o trabalho desenvolvido pelos NASF e a concretização do Apoio Matricial, por dados que evidenciassem resultados positivos e também os desafios ainda existentes na implementação da política.

Os encontros foram planejados para que ocorressem mensalmente e na mesma data (segunda quinta-feira do mês pela manhã) das reuniões da Rede Cegonha. Para a equipe

coordenadora, esta estratégia pareceu responder a uma necessidade a respeito de transporte elencada pelos gestores como problemática, facilitando a vinda dos profissionais no mesmo dia e horário.

Os grupos tiveram início no mês de outubro de 2016, com a apresentação da proposta inicial e a sua concretização em um desenho de pesquisa e intervenção em conjunto com os presentes. O convite enviado às Secretarias Municipais de Saúde se estendia a todos os profissionais vinculados aos NASFs implantados. Neste encontro, tivemos a participação de 30 profissionais de 8 (dos 12) municípios com o serviço em funcionamento. A pactuação conjunta e coletiva pela continuidade dos encontros foi algo previsto, também para oferecer uma maior possibilidade de sucesso em sua continuidade.

O desenho então elaborado envolveu a realização de encontros mensais com até 2 representantes de cada NASF implantado, escolhidos pela própria equipe. Os temas dos encontros foram definidos em processo, a partir da identificação inicial de desafios e conquistas no primeiro momento. Trabalhamos com atividades de dispersão como estratégia para manter as equipes envolvidas com o processo, mesmo à distância e não participando do momento presencial. Também adotamos a proposta da “memória do encontro”, facilitando, por meio da leitura, uma atualização no momento do encontro ao retomar o ponto de parada e partida.

Optamos por um trabalho em equipe coordenadora (pesquisa e DRSIII-Araraquara/SP) para o planejamento e a realização dos encontros, a escolha das atividades realizadas e a priorização dos temas elencados. Esta equipe se reuniu sistematicamente ao longo do período para planejar as ações, auxiliar na identificação de necessidades dos participantes (por exemplo, na ausência dos trabalhadores de determinado município e na negociação com os gestores) e analisar os produtos da construção, se colocando também em análise. Os membros da equipe coordenadora, que participavam do encontro, eram convidados a realizar um breve relato por escrito sobre as suas percepções do mesmo, material este que auxiliou nas análises posteriores. A condução dos encontros do grupo ocorreu, principalmente, pela pesquisadora com a co-coordenação de profissionais do DRSIII-Araraquara/SP.

Uma análise quantitativa da participação nos encontros subsequentes ao primeiro, nos permite observar que tivemos uma participação média de 12 profissionais por encontro (sendo o máximo de 15 e o mínimo de 7) e 8,3 municípios por encontro (sendo o máximo de 10 e o mínimo de 5). Este índice pode ser considerado satisfatório, dado que os demais coletivos propostos pelo DRSIII-Araraquara/SP estavam sofrendo um momento de esvaziamento importante, o que não ocorreu com este grupo.

Realizamos três momentos de análise, intitulados como “Restituição” com o grupo, sendo um no meio de processo, outro ao final dos encontros e um último juntamente com os gestores de saúde para a apresentação de um produto final da pesquisa. O objetivo deste último foi levar ao grupo algumas percepções que os encontros nos propiciaram, convidando os participantes (pesquisadora, DRS e profissionais dos NASFs) a pensar e a refletir sobre os encontros no período em questão.

## **Encontro a encontro**

13 de outubro de 2016

Nosso primeiro (re)encontro ocorreu neste dia. O convite foi estendido a todos os profissionais pertencentes aos NASFs da região. O objetivo principal do encontro foi apresentar a proposta da pesquisa e o cronograma de atividades. Foram dadas as boas-vindas aos participantes, assim como foram convidados a assinar o TCLE e a preencher o questionário de caracterização dos profissionais.

*No momento do preenchimento dos formulários, os percebi preocupados com as respostas, compartilhando com seus parceiros o que escrever. O que será? Medo das respostas? Insegurança?* (Relato da pesquisadora).

Aproveitamos a presença de mais de 30 profissionais para realizar um levantamento sobre as necessidades para a implantação dos NASFs e as condições para o exercício do Apoio Matricial, agora com os profissionais. Trabalhamos com tarjetas, onde cada participante (individualmente) pôde escrever o que considerava um desafio/ necessidade e uma conquista no trabalho no NASF, bem como no exercício do Apoio Matricial no NASF em seus municípios.

*Normalmente, as apresentações começaram pelas conquistas, não pelos desafios, o que foi algo interessante, vindo de um grupo que, há alguns anos, estava bastante aflito e relatava somente problemas.* (Relato da pesquisadora).

*Questões como a dificuldade em realizar prevenção apareceram como um desafio, atrelado à falta de atendimento ambulatorial, o que sobrecarrega o NASF (falta de equipamentos na rede). Aparecem falas como “estamos órfãos de gestão” e “A gente não tem onde atender”. O que será que querem dizer? Expectativa de atendimentos em salas específicas, individuais?* (Relato da pesquisadora).

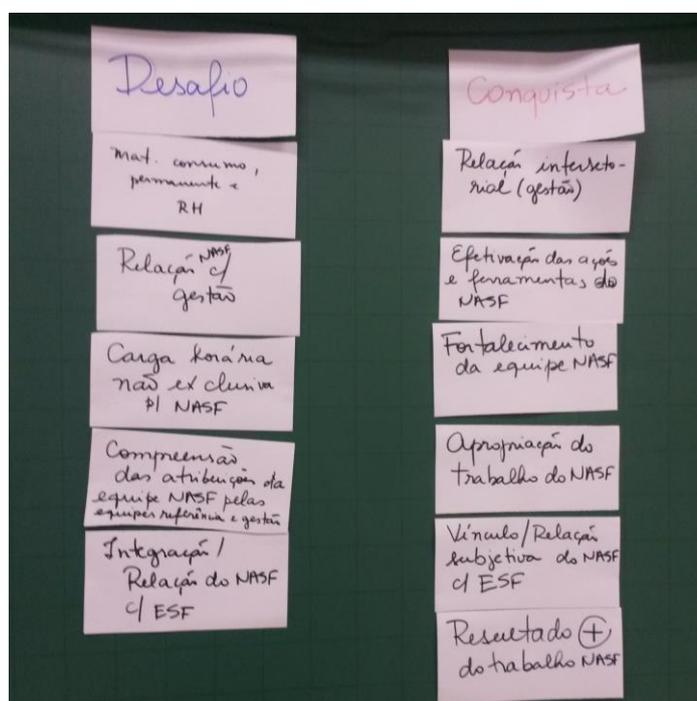
Foi perceptível, em algumas falas, uma compreensão bastante intensa do papel do NASF, como o “desafio da compreensão do caráter pedagógico do apoio”. Este aspecto apareceu uma única vez. Outra questão apresentada foi: “as equipes (SF?) não sabem o que é Apoio Matricial”. O que me fez pensar: e o NASF, sabe? Há também uma preocupação grande com o trabalho do NASF ser resumido a atendimentos ambulatoriais na atenção básica, pois existiria uma percepção de que “a demanda individual é maior e ocupa todo o espaço”. (Relato da pesquisadora).

Após as apresentações, agrupamos por núcleos de sentido, formando assim categorias divididas em diferentes temas, como mostra a figura 22. O exercício de agrupar não foi fácil, trouxe muitos desafios, mas o grupo não perdeu o foco e auxiliou nesta desafiadora tarefa.

Quando olhamos para o nosso produto, percebemos a presença de alguns temas em ambas as colunas. Como por exemplo as atribuições específicas do NASF e a relação com outras equipes. Enquanto desafio e conquista, me fez pensar que ainda temos muito trabalho a fazer, que ainda temos que refletir muito sobre o assunto e destrinchar melhor estas características. (Relato da pesquisadora).

A sala propiciou uma boa discussão, estávamos em roda e os presentes se respeitaram mutuamente durante as falas e as colocações.

**Figura 22: Desafios e conquistas elencados pelos profissionais no primeiro encontro**



Discutimos também o formato para próximos encontros, que incluía a escolha, pela equipe, de dois representantes por NASF para participar dos encontros (um máximo de 24

participantes), de forma a propiciar uma metodologia mais participativa durante os encontros, estratégia que o grupo aceitou.

*Ficou acertado que haveria atividades de dispersão para continuidade desta experiência nos locais de trabalho. Reforcei a importância da participação destes representantes nestes próximos 5 encontros para a coleta de dados da pesquisa. A estratégia de realização do encontro na data da Rede Cegonha parece ter sido uma boa alternativa, facilitando o transporte dos trabalhadores. (Relato da pesquisadora).*

Realizamos a escolha do tema do próximo mês, a partir das categorias de tarjetas. *Vou dar uma sugestão, não compreender primeiro o que é o NASF, você não vai conseguir trabalhar. Eu acho que seria primeiro partir da compreensão, pra depois a gente entrar na falta de integração com os PSF, e assim ir andando. Porque se nós não compreendermos nosso papel, nós não vamos conseguir realizar um trabalho com a equipe. É uma sugestão. Pra muitos pode ter o entendimento, para aqueles que estão começando agora, tem pessoas aqui há 5 anos. Tem pessoas que estão há 1, 2, 3 anos. Porque até você começar a entender como é o trabalho, eu acho que seria um ... (Participante 1).* O grupo concorda e aceita os temas para próximos encontros.

### 10 de novembro de 2016

Neste mês, iniciamos os trabalhos com representantes dos NASF, escolhidos pela própria equipe. Os presentes puderam nos contar como foi essa escolha, em sua maioria por interesse em participar. Aparentemente, não houve grandes problemas com estas indicações, embora algumas falas tinham sinalizado a impossibilidade de participação de todos.

*De forma geral, foi por interesse mesmo destes profissionais, sem haver grandes resistências locais. Alguns disseram: “só tem a gente mesmo!”, “sempre as mesmas”, “as que participam mais”; outros que optaram por incluir uma profissional que chegou a pouco tempo no NASF, outros afirmaram que uma profissional ficou de fora e isso foi ruim. Explico, mais uma vez, o objetivo das atividades de dispersão. Ou seja, também no grupo do NASF temos os que participam mais ou menos... (Relato da pesquisadora).*

Os presentes foram convidados a assinar o TCLE para a participação no grupo-intervenção. Oferecemos mais questionários de caracterização aos que não estiveram presentes no encontro do mês de outubro, assim como enviamos questionários para serem respondidos pelos profissionais não presentes.

Fizemos a leitura da “memória do primeiro encontro”, de forma a retomar o trabalho anterior e dar continuidade ao momento que estávamos vivendo. Tentamos elaborar memórias curtas e objetivas, que fornecessem de fato um panorama geral do encontro anterior e pudessem servir como um disparador para o encontro em questão, como uma forma de aquecimento.

O tema escolhido para este encontro foi “Compreensão das atribuições da equipe NASF pelas equipes de referência e gestão” e “Apropriação do trabalho do NASF”. Para o desenvolvimento do tema, trabalhamos com tarjetas e com as ideias dos presentes sobre algumas questões:

1. “O que eu acho que a equipe de referência pensa sobre o trabalho do NASF?” Ou  
“A equipe de referência pensa que o trabalho do NASF é...”

2. “O que eu acho que a gestão pensa sobre o trabalho do NASF?” Ou  
“A gestão pensa que o trabalho do NASF é...”

3. “Por último, o que eu penso sobre trabalho do NASF?” Ou  
“Nós, os profissionais do NASF, achamos que nosso trabalho é...”

Esta técnica é conhecida como introspecção focalizada (OGATA, 2000). A escolha por esta técnica envolveu, em processo de orientação, a sugestão dos participantes por começar por “que compreensão eu (participante) acho que a equipe de referência e a gestão têm sobre o trabalho realizado pelo NASF”, para chegarmos até o entendimento dos participantes sobre o próprio trabalho e como essas duas percepções podem se misturar. Ao apresentar a forma como abordaríamos o tema, confesso que caras de surpresa e espanto dominaram a sala.

*E conforme foram apresentando (a percepção sobre as equipes de referência), um a um, os demais se identificaram de alguma forma. Mas ainda pareciam estar numa posição de pouca identificação com uma problemática que eles relatavam ser tão presente. Até que uma das participantes colocou um ponto de interrogação na lousa! A partir daí, pareceu que o grupo ficou mais a vontade para dizer o que realmente pensa sobre o assunto, de forma mais sincera e espontânea. Até então, parecia tudo bem, como se não tivessem tantos problemas assim. E eu pensei: o que estamos fazendo aqui então se está tudo certo? Foi um pontapé... (Relato da pesquisadora).*

Com relação ao que a gestão pensa sobre trabalho do NASF, houve um movimento de culpabilizar os gestores por muitos insucessos. Mas, principalmente, pela incompreensão destes sobre o trabalho do NASF. Quando o tema “gestor” apareceu na roda, rapidamente foi associado com “número de procedimentos”, numa avaliação mais quantitativa do trabalho, revelando aspectos tayloristas na discussão.

*A gestão, pelo menos para nós, nós servimos para apagar fogo. Sempre que tem um caso mais complicado, que chega para reclamar na secretaria, ao invés de na unidade perguntar, o que está acontecendo, se vocês foram até aquela casa, vocês por dentro e tal? Não. NASF vai lá e apaga o fogo, e resolve o problema. (Participante 2)*

Após as apresentações, o grupo, então, iniciou um debate importante, denso, intenso, compartilhando uns com os outros as impressões sobre as ações que realizavam. O grupo seguiu compartilhando suas experiências. E pareceu aproveitar esse momento, aparentemente raro, para fazer isso. Neste compartilhar, um dos membros coordenadores do grupo, sugeriu que se falasse sobre as encomendas realizadas ao NASF e como as equipes respondiam a estes pedidos (instituído e instituinte).

*(...) eu acho que a gente luta, a gente luta para manter a encomenda do Ministério da Saúde. Na maioria das vezes, a gente educa tanto as equipes de referência quanto os gestores em relação ao nosso papel. Algumas vezes, a gente oferece resistência, àquilo que estão demandando frequentemente da equipe. Por exemplo, que se cubra um território que a gente não vai, ou que se mostre números. A gente oferece algumas resistências, que a gente está entendendo que não é bem por aí. Nas equipes, ah tem um caderno de pessoas que o doutor encaminhou para vocês. Um caderno, eu não vou olhar. Qual caso mesmo você queria discutir comigo? O que você quer discutir comigo? A gente oferece estas resistências para educar sobre o papel do NASF. Mas algumas vezes a gente se cansa. E aí a gente cede. E aí a gente fica lá, entra numa sala, esta equipe disponibilizou uma sala para gente. Poxa, que bacana né? Nós temos um lugarzinho, nós preparamos um espaço para vocês, oh que carinhoso. Porque na maioria das vezes, você tem que ficar, na sala de reunião, ou na cozinha. (Participante 3).*

Disparamos nossa primeira atividade de dispersão: durante o mês, deveriam discutir com suas equipes de referência e gestão sobre o que pensavam a respeito do trabalho do NASF (expectativas e realidade) e trazer o relato, por escrito, deste debate. Poderia ser um encontro específico, perguntas direcionadas, reunião de equipe... cada NASF escolheria como trabalhar o tema em seus municípios e traria o produto no encontro de dezembro. Já trabalhando também com tema “Integração/ relação do NASF com ESF”. Receberam a

atividade com certa surpresa, mas, rapidamente, compartilharam possibilidades de como utilizar *in loco* metodologias que tínhamos vivenciado no grupo.

*Senti neste encontro um movimento de outra forma do grupo, compartilharam mais, acolheram uns aos outros. Se ouviram, foi mais produtivo, se interessaram pelo que os outros falavam. (...) Quando falavam que a equipe de referência não sabia o que NASF fazia, falavam também que o próprio NASF não sabe o que faz. (Relato da pesquisadora).*

### 8 de dezembro de 2016

Este encontro ocorreu na sala de reuniões do DRSIII-Araraquara/SP, e não nas salas de aula da UNIP como de costume. Mas acredito que essa mudança não tenha trazido grande impacto para o grupo. Último encontro do ano e, neste dia, a reunião da Rede Cegonha foi cancelada. Nestes encontros subsequentes, continuamos a oferta dos TCLE para participação nos grupos aos novos integrantes que iam chegando, assim como a oferta dos questionários de caracterização.

Após a leitura da memória para reavivar o momento em que tínhamos parado, partimos para a etapa de compartilhar a atividade de dispersão ofertada, que tinha como tema “Compreensão das atribuições da equipe NASF pelas equipes de referência e gestão”, “Apropriação do trabalho do NASF” e “Integração/ relação do NASF com ESF”.

*(...) percebi uma organização com os dados, planejamento em como coletaram e em como iriam apresentar. Conforme foram falando, algumas hipóteses do encontro anterior foram se confirmando. Cheguei a pensar, novamente, que havíamos errado na estratégia, que as pessoas não voltariam mais, que tudo aquilo que os participantes ouviram sobre eles mesmos, pudesse ser paralisante. Mas M. e eu fomos conduzindo o encontro, a partir de uma perspectiva construtiva, nos questionando: como usar isso a nosso favor? Como, de fato, incluir essas propostas para adequar as ações do NASF e mostrar a sua importância? (Relato da pesquisadora).*

Durante o mês de novembro, as equipes NASF discutiram com suas equipes de referência e gestão sobre o que estes últimos realmente pensavam sobre trabalho do NASF (expectativas e realidade) e os participantes trouxeram este relato por escrito deste debate. Cada equipe NASF escolheu como trabalhar o tema em seu município e compartilhou com os demais. Frisamos que nesse momento, o importante era abrir espaço para a escuta do que as equipes de referência e gestão pensavam sobre o NASF. Tarefa difícil para eles que, em sua

maioria, trabalharam de forma anônima com as equipes de referência, evidenciando uma dificuldade presente nesta relação.

*Nossa estratégia foi usar a ideia das tarjetas. Eu até trouxe algumas aqui que depois eu acabei colando. Durante as nossas reuniões entre NASF e ESF, nós pedimos para eles no final colocarem a opinião deles nestas tarjetas e que não colocassem nome, e que eles me entregassem depois. Um deles vinha e entregava, para não ficar aquela coisa assim, fulano pensa isso. Para deixar mais a vontade. Então um deles vinha e entregava para a gente. Eu levava para a nossa sala e acabou misturando de equipes, de pessoas, então realmente a gente não sabe quem foi que escreveu. Então foram estas tarjetas anônimas durante as nossas reuniões. Foi a melhor maneira que a gente achou. (Participante 2).*

*A gente foi ouvindo as tarjetas de vocês e eu super me identifiquei mesmo com nosso comecinho. As pessoas eram extremamente hostis, porque depositaram na equipe do NASF a coisa do santo milagreiro mesmo. O pior caso da unidade que ninguém conseguiu resolver, mas o profissional do NASF, o NASF deve ser uma coisa muito boa, ele vem e vai resolver. Aí não resolve: “nossa o NASF é péssimo, horrível, não precisa disso, ficou do mesmo jeito”. E as pessoas demoram a entender que o trabalho é junto. (Participante 3).*

*E, então, começou há haver um movimento contrário ao do encontro anterior. No mês passado, houve a culpabilização das ESFs e das equipes de referência para justificar o fato do NASF “não dar certo”. Ao ouvi-los, essa ideia foi se dissipando aos poucos e a responsabilidade foi sendo compartilhada, pelos sucessos e insucessos. (Relato da pesquisadora).*

Preocupo-me com todo este material que os participantes têm nas mãos ao sair do encontro. De certa forma, é desmotivador, porém, as falas também sinalizavam que existe material para muito trabalho com as equipes. Os participantes avaliaram que a atividade de dispersão proposta provocou muitos movimentos nos territórios, o que por si só, já iniciou um processo importante. Nosso receio, claro, era que de alguma forma, isso pudesse paralisar as ações disparadas. E precisávamos estar atentas ao processo do grupo nos próximos encontros.

Oferecemos, então, a próxima atividade de dispersão, que envolveu a construção conjunta pelas próprias equipes dos NASFs de um material em formato de Portfólio, durante os meses de dezembro e janeiro, compartilhando as ações realizadas pela equipe ao longo do seu período de existência (algo que aparece desde o encontro do mês de outubro, como uma necessidade: de se compartilhar “o que e como se faz”). Este material também poderá servir como uma estratégia para o diálogo com a nova gestão (neste caso municipal, pois estávamos em momento de troca de prefeitos e secretários) e na consolidação do PMAQ. Com esta

atividade, objetivamos trabalhar com os seguintes desafios/potências elencados no primeiro encontro: “Efetivação das ações e ferramentas do NASF”, “Fortalecimento da equipe NASF”, “Apropriação do trabalho do NASF” e “Resultados positivos do trabalho do NASF”.

Optamos por não realizar encontros em janeiro, por ser mês de férias, agendando nosso encontro para mês seguinte.

### 9 de fevereiro de 2017

Iniciamos o primeiro encontro do ano com a sala cheia, o que nos sugere a necessidade de uma nova breve apresentação dos presentes. O grupo retomou os encontros ainda um pouco frio, mas logo se aqueceu com a proposta da atividade. Nestes dois meses, tivemos mudanças importantes: novas equipes, em alguns lugares e, principalmente, novos prefeitos e gestores. Apesar das modificações, os trabalhadores estavam ali presentes. Mas, dentre os desafios identificados, estava o recomeço com os novos Secretários de Saúde.

A atividade de dispersão, desta vez, envolveu a construção conjunta pela própria equipe dos NASF de material em formato de Portfólio. Nossa sugestão foi a de realizar a apresentação do material em duplas formadas por diferentes municípios. A proposta foi que um apresentasse o seu portfólio ao outro e, no momento coletivo, cada um não apresentasse o seu, mas o do companheiro com quem trabalhou no período da manhã. A consigna para o compartilhamento coletivo foi a seguinte: “O que chama a atenção no portfólio do colega?”, “Há semelhanças e diferenças com o seu?”, “Quais aspectos considero mais interessantes?”.

*Nas duplas, pareceu que houve um orgulho das pessoas ao apresentarem seus produtos, suas ações, e isso é muito bom. No compartilhamento das impressões, percebe-se uma diversidade de ações realizadas e principalmente a troca de informações que aconteceu entre as duplas. Houve até empréstimos de ideias e sugestões de atividades uns para os outros. (Relato da pesquisadora).*

*(...) sinto muito isso, porque, até comentei com a psicóloga, a gente tem que mostrar para a gestão o que a gente faz. A gente tem que mostrar o que é o NASF, porque a gestão não vai comprar essa briga pela gente. Principalmente agora, gestão nova. O ano passado eles estavam começando a entender. Então agora a gente está começando de novo. Tem que agora começar a mostrar, é importante sim. A gente vai fazer porque é importante sim, por isso, por isso... e ficar batendo na tecla, porque senão a gente vai começar a ter aquela lista de espera gigante que a gente tinha antes de atendimento ambulatorial. Senão a gente vai*

*fazer só isso. Porque a nossa carga horária é dividida. A gente não faz só NASF.*  
(Participante 4).

Esta atividade foi uma das mais importantes para destrinchar as ações realizadas pelos NASF da região. Pudemos, então, identificar os instrumentos utilizados por eles para a efetivação do seu trabalho enquanto profissional do NASF. Dentre as atividades, o grupo elencou em seus portfólios:

- A) O atendimento em duplas de profissionais (NASF);
- B) A diversidade de ações coletivas (ações na praça, educação em saúde, vigilantes do peso, dinâmicas de grupo, eventos, sala de espera, parceria com outros setores para combate à dengue, ações na escola, roda de conversa em sala de aula da escola);
- C) O atendimento individual;
- D) A realização de diversos grupos;
- E) O atendimento compartilhado entre profissionais do NASF e as equipes de referência;
- F) O atendimento domiciliar;
- G) As reuniões de equipe entre profissionais do NASF e ESF toda semana;
- H) As reuniões da própria equipe do NASF;
- I) As ações não restritas à saúde mental (foco de alguns NASF);
- J) A relação entre a rede e outros serviços: CAPS, academia de saúde, centro de especialidades;
- K) A adoção do livro de discussão de caso;
- L) A elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS) de caso trazido pela ACS;
- M) O auxílio na organização dos encaminhamentos para especialistas.

Ainda surgiu, durante a discussão sobre os desafios a serem superados e as características de trabalho das equipes, como: interação e interligação entre a própria equipe NASF (presença e ausência); tempo de implantação do serviço e imaturidade no início: as diferentes fases de implantação do NASF e NASF é processo de altos e baixos; necessidade de perseverança; maneiras diferentes de operacionalização do NASF; diferentes tamanhos de equipe e sua construção; necessidade de território e momento das equipes de ESF para receber NASF; afeto, animação, força de vontade e disposição para aprender a fazer NASF acontecer; falta de comunicação com equipe rural e com alguns profissionais que pertencem ao NASF mas não se dedicam exatamente a estas ações; saúde mental como sendo um problema do

município; NASF auxilia na organização dos encaminhamentos para especialistas; PMAQ e o uso dos dados; e necessidade do apoio do gestor para NASF trabalhar.

*Como a dinâmica não previa que todos pudessem visualizar os portfólios dos demais, sugeri que, ao final, os materiais permanecessem sobre uma mesa em que fosse possível a quem desejar explorá-los. Eles de fato fizeram isso, o encontro terminou mas eles permaneceram na sala ao final, muito entrosamento e troca entre os presentes. (Relato da pesquisadora).*

No segundo momento do encontro, realizamos a primeira restituição para os participantes, com a leitura de uma narrativa produzida por todos os membros da equipe coordenadora. O objetivo foi realizar devolutiva do processo até o momento, a partir da percepção dos coordenadores do grupo. Foco foi em não fazer avaliações, mas levar o grupo a refletir sobre as questões expostas. O que os participantes acharam, foi isso mesmo? Tiveram percepções diferentes?

*Pedi que os presentes tentassem, mesmo que de forma superficial, identificar aspectos que tivessem tido algum impacto enquanto me ouviam ler o texto. O grupo já se identificou com algumas questões, como por exemplo: a ausência do termo Apoio Matricial nos encontros, a chegada das demandas para NASF (que vem da ESF, da coordenação da ABS, da própria equipe NASF), relação com as equipes de Saúde da Família e a clínica realizada pelo NASF na atenção básica. Foram provocações de fato aos presentes. Expliquei a natureza deste texto e a necessidade de cuidarmos dele até com certo sigilo, afinal alguém que não viveu isso poderia de alguma forma se ofender ou não entender. (Relato da pesquisadora).*

O grupo solicitou o envio do texto por e-mail para uma leitura mais aprofundada e retomada da discussão no próximo encontro. Os participantes decidiram montar um grupo em um aplicativo de celular para facilitar discussões e trocas ao longo do mês.

A apresentação dos portfólios e a restituição de meio de processo incitaram o grupo a escolher o tema do próximo encontro: Apoio Matricial, o termo, até então, pouco dito.

9 de março de 2017

Demos início ao nosso encontro com a retomada do texto de restituição. *Os que leram e se dispuseram a falar sobre, concordaram com o que estava escrito, que traduziu o movimento do grupo e se sentiram provocados e “alfinetados” (SIC) pelo texto. Foram se colocando, sobre o quanto não falamos sobre Apoio Matricial, o quanto ainda está implícito*

*e não explícito, que a falta de comunicação com ESF é de fato um nó, que a atividade de dispersão significativa foi a com ESF. Falamos sobre a metodologia desta pesquisa, logo, de condução do grupo, em que há mais perguntas do que respostas, que esta nem sempre é uma expectativa boa, já que queremos sim resoluções para nossos problemas. Não senti o grupo envolvido em olhar a restituição e discutir... negação? Esquiva? (Relato da pesquisadora).*

E, apesar do nosso tema no dia ter sido definido no encontro anterior, minha hipótese se concretizou e alguns participantes trouxeram ao grupo a discussão iniciada no aplicativo de celular, que envolvia o PMAQ e a avaliação externa.

*Na minha cabeça e nas provocações que realizei ao grupo está claro que, ao discutir o PMAQ, estamos discutindo nossa prática, o Apoio Matricial, as especificidades do trabalho do NASF. Não há como separar! Mas algumas pessoas estavam falando das burocracias que estão envolvidas na avaliação (documentos, pastas, AMAQ...). (Relato da pesquisadora).*

Pudemos notar, portanto, um respeito ao movimento do grupo, entendendo inclusive que a discussão também tinha a ver com nosso tema do dia. Mas a metodologia escolhida para tratar da temática não ocorreu da forma como planejamos. No momento da avaliação do encontro, os presentes consideraram importante ter tido a chance de falar sobre o PMAQ (o que não ocorre em outros espaços), enquanto outros sinalizaram que preferiam quando o grupo problematizava o processo de trabalho do NASF.

Nossa proposta para a segunda metade do encontro envolvia uma dinâmica “Trabalhando com o Apoio Matricial”, tendo em vista as apresentações dos portfólios no encontro anterior, o objetivo foi destrinchar o que se entende por Apoio Matricial e as estratégias para sua efetivação. Utilizaríamos uma pergunta disparadora “O que existe nas ações que apresentamos no mês passado de APOIO MATRICIAL?”, trabalhando com tarjetas, a partir da pergunta e percepção dos participantes. Consideraríamos alguns pontos cruciais para o debate, como motivos pelos quais foi um termo pouco dito nos encontros, assim como olhando as nossas atividades, com o que de fato o NASF tem se envolvido? Como tem realizado suas ações? Semelhanças? Diferenças? Surpresas? Potências? Fragilidades?

20 de abril de 2017

Durante um mês com feriados, o grupo decidiu alterar a data do encontro. Talvez esta alteração tenha influenciado em algumas ausências que tivemos. Após a recepção dos novos membros, apresentação dos presentes, leitura da memória do encontro anterior, iniciamos os

trabalhos do dia. Durante alguns momentos de orientação, fizemos uma opção, junto com a equipe coordenadora, por trazer para encontro atividades que pudessem mobilizar de outras formas o grupo, utilizando disparadores até então não utilizados durante os encontros.

*Gostaríamos de despertar no grupo outros sentimentos, sensações, discursos, para além do técnico e do que consta nos manuais. Avaliei que conseguimos!* (Relato da pesquisadora).

Iniciamos o encontro com vídeo “Transdisciplinaridade na música”. Os participantes deveriam escrever na tarjeta um **sentimento** que o vídeo os fez sentir. Já começaram os desafios: sair da reflexão racionalizada sobre processo de trabalho para uma exploração do que o filme nos faz sentir. Surgiram: empatia, familiaridade com equipe, individualidade, insegurança, segurança, indignação, reflexão (a importância do outro), não despertar de sentimentos mas de reflexão. Relataram que o NASF ficava ainda muito em si próprio e a equipe de referência pouco aparecia, o que abriu possibilidade no grupo para discussão de campo e núcleo profissional.

*Depois de calorosa discussão sobre campo e núcleo, sobre especialidade e atenção básica, convidei o grupo para a improvisação. Uma participante não aceitou participar e se colocou em um canto da sala, quase imperceptível. O grupo aceitou a sua não participação.* (Relato da pesquisadora).

Nossa segunda atividade do dia “Trabalhando com a clínica no NASF” por meio de improvisação de duas cenas, dividimos o grupo em dois menores. Definimos 3 papéis inicialmente (profissional NASF, um profissional da equipe de referência e um usuário) e os demais participantes foram entrando na cena e anunciando seus papéis e sua visão sobre esta clínica. A entrada dos participantes sem papel definido deveria ocorrer mediante solicitação da cena ou seu desejo em modificar algo. A consigna para a atividade foi “Qual é a clínica que o NASF faz?” E as duas cenas deveriam envolver: A) Trabalho do NASF: como ele é e B) Como deveria ser o trabalho do NASF.

Tentamos relacionar a clínica com aspectos da restituição. Como se sentiram na cena? O que pensaram? O que existe nas ações que apresentamos nos portfólios de Apoio Matricial? A sensação de pertencimento (ou não) à atenção básica: onde se localiza o NASF na rede? Refletir sobre atendimento individual e atendimento em grupo, promoção e prevenção articulando ao apoio matricial. As demandas de atendimento do NASF são de quem? A ideia foi retomar os questionamentos previstos para encontro anterior.

Literalmente, foi possível tirar as pessoas do lugar. E foram pegadas de surpresa. *O grupo sai dos seus lugares, pedi para alongarmos, aquecimento vocal, as cadeiras foram*

*movidas e senti as pessoas se despindo de seus escudos. Risos, falas, cochichos tomaram conta da sala. Um, dois, três, claquete!* (Relato da pesquisadora).

*As duas cenas apresentadas foram bem diferentes. Na cena 2, identificaram algumas estratégias do trabalho do NASF (será que posso usar como sinônimo Apoio Matricial?): discussão de caso, visita domiciliar compartilhada, atendimento compartilhado, envolvimento de outros setores, construção conjunta do PTS. Quando na verdade, afirmavam que na vida real (como na cena 1), em algumas equipes, o que ainda prevalecia era o encaminhamento de papel, a pouca discussão de caso, o atendimento da especialidade na atenção básica.* (Relato da pesquisadora).

Aproximamo-nos da finalização do projeto de pesquisa. Por este motivo, a atividade de dispersão envolveu a realização de avaliação do processo vivido nestes encontros de forma individual em forma de narrativa, tendo como questão norteadora: “O que você já conseguiu modificar no seu processo de trabalho após os encontros que tivemos?”

*O encontro cumpriu com seus objetivos. Tiramos as pessoas do lugar literalmente. E achei também que, com a grupalidade existente, o grupo já conseguiu discordar mais, expondo suas visões de fato e sendo contrastado por outros. Achei inclusive que uma participante se expos bastante, criando discordâncias em outros participantes que também se expuseram. Um processo de ensinar e aprender que circulou no grupo.* (Relato da pesquisadora).

### 8 de junho de 2017

Nosso último encontro ocorreu no mês de junho e não em maio, como previsto. As agendas dificultaram encontrar um momento comum. As equipes referiam trabalho durante mês de maio com a Luta Antimanicomial, o que inviabilizou o encontro neste mês.

O grupo combinou então um encerramento com café coletivo. Tivemos várias ausências neste último encontro. Embora os presentes tenham produzido boas reflexões juntos. A atividade de dispersão foi a elaboração de uma narrativa com tom de avaliação do processo vivido. Nem todos trouxeram seus produtos, talvez uma não vivência prévia desta técnica. Oferecemos então material para passarem a limpo ou mesmo elaborassem rapidamente material para que todos pudessem participar da dinâmica do dia. *Tenho também como hipótese que alguns participantes não compareceram por não terem feito suas narrativas.* (Relato da pesquisadora).

Após as leituras, abrimos para debate.

*Uma coisa que eu achei interessante nos relatos foi que trouxeram questões muito concretas de mudanças, desde a implementação de um grupo, ou uma proximidade com a gestão, uma mudança na comunicação, uma maior interação da equipe, alguns pontos. Quando eu estava pensando na narrativa, me veio muito mais uma questão de me ajudou a estar de outra maneira, a pensar de uma outra maneira, a se posicionar de forma mais reflexiva, acho que isso foi disparando. Mas eu estava com dificuldade de pensar em concretudes, e aí ouvindo os relatos, me ajudou a pensar em coisas mais concretas também. Mas acho que eu fiquei pensando muito mais na postura, na atitude, outros reflexos, acho que foi bacana ver de outros modos, como isso ficou para cada um. (Participante 5).*

Seguimos então para relacionar os pontos elencados nas narrativas com os desafios e conquistas identificados no mês de outubro de 2016, contrastando com o produto do primeiro encontro.

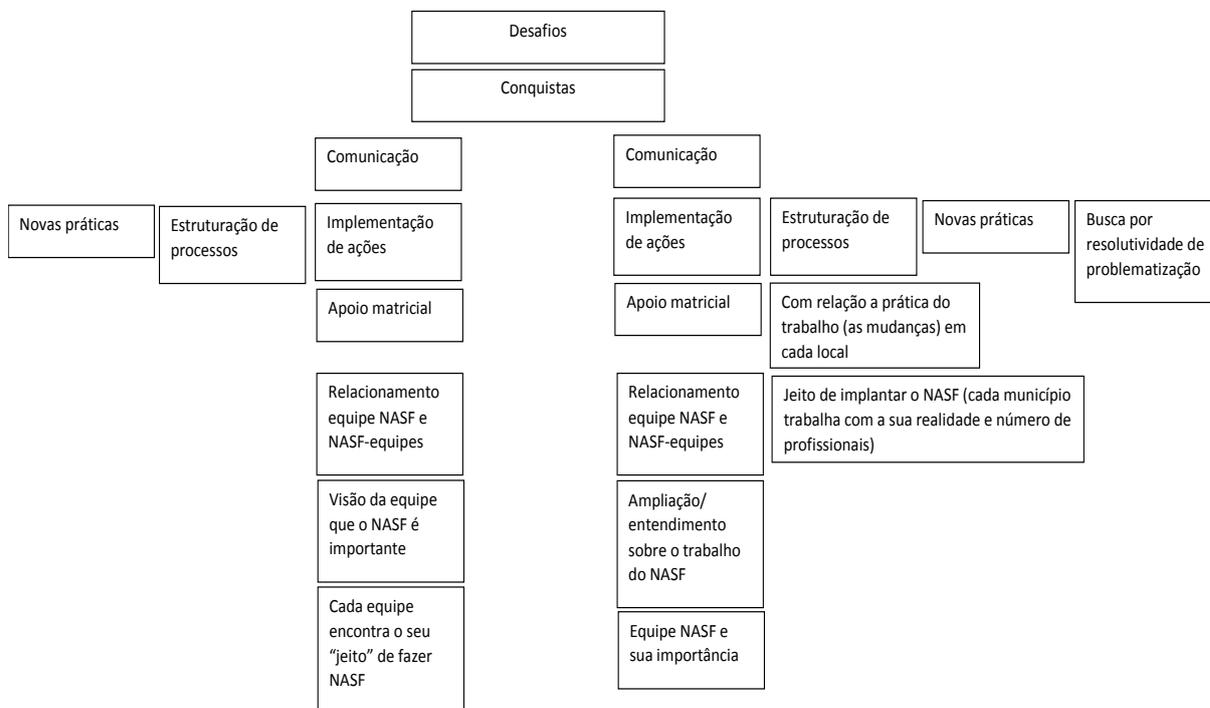
*Mas olhando meu crescimento acho que a gente teve um amadurecimento como NASF, a compreensão, acho que todos esses tempos que a gente veio trabalhando junto e conhecendo, a gente foi amadurecendo a ideia de como trabalhar, de como... então assim, eu vejo de outubro para cá, o nosso crescimento como conquista, de trabalho, como pessoa, como profissional. Eu me senti assim, de ver as diferenças e como a gente foi pensado o NASF e como a gente pensa NASF hoje. (Participante 6).*

*Me chama a atenção que lá em outubro, acho que até pela data, em outubro, estava em momento de mudança política de gestão. E era uma coisa que vinha muito presente. Os limites da gestão e quanto que isso emperrava o trabalho e quanto que é interessante. É claro que isso é importante da gente reconhecer e pensar em formas de enfrentamento. Mas o quanto que é bacana também ver hoje que a gente se ateuve mais ao que é possível. Ao que é possível, ao que é da prática, o que a gente tem governabilidade para fazer, se não fica naquela coisa ah, não vai por conta disso, isso não vai por isso. O que a gente tem de potente e consegue fazer. E acho que a gente trouxe mais disso hoje, acho que é reflexo do que construiu nesse processo (...)*

*Fiquei lembrando de uma colega do NASF que chegou depois e que ela falava assim: eu fui formada para dar resposta, para fazer, como que... para mim é muito difícil falar olha isso daí eu vou ter que pensar, a gente vai ter que construir junto, eu não vou te dar uma resposta agora. E tudo bem. Mas assim, o quanto que a gente é formado para já saber, para dar resposta, para ter ideias. Então vamos pensar isso junto, vamos sentar para planejar como vai ser esse grupo, você traz suas ideias, a gente constrói isso junto. A gente... não é tão simples você não saber. (Participante 5).*

E elaboramos então, dialeticamente, um novo produto de conquistas e desafios, como mostra a figura abaixo.

**Figura 23: Avaliação dos participantes sobre conquistas e desafios do NASF**



Para finalizar, realizamos então uma mini restituição ao grupo, levando em consideração a restituição de meio de processo e o que caminhamos. Após oito meses de projeto, voltamos a conversar sobre quais contribuições ele pôde trazer para os NASF de nossa região. Por meio de alguns apontamentos breves, considerando nosso processo de avaliação, pudemos elencar alguns temas, como:

- A) As diferentes implicações dos participantes na pesquisa (DRSIII-Araraquara/SP, pesquisadora, participantes). Todos os participantes muito implicados com todo o processo. Algumas saídas e entradas de participantes. Implicação esta que se manteve ao longo de todo o processo.
- B) O grupo como espaço de Educação Permanente em Saúde, para pensar o próprio trabalho e trazer ferramentas para realizar essa reflexão em seus locais de trabalho.
- C) Ainda há desafios na consolidação do Apoio Matricial realizado pelo NASF. Depois da restituição de meio de processo, pudemos falar um pouco mais sobre o assunto. Mas ainda precisamos compreender sua prática enquanto inovação em saúde, se é que

ela existe. Considerando que tocamos de forma discreta no assunto da interdisciplinaridade do NASF, permanecendo ainda em uma prática baseada nas especialidades. Ou seja, o NASF realiza trabalho colaborativo, interdisciplinar, no campo da atenção básica OU nuclear, especializado na AB?

- D) Os elementos relacionais apareceram de forma significativa. A compreensão de que a relação com as equipes de Saúde da Família precisa ser construída e não está dada.
- E) Conseguimos analisar as concepções dos gestores sobre o Apoio Matricial na primeira fase, trocar muitas experiências sobre as práticas das equipes NASFs, esperamos ter trazido boas contribuições de alguma forma para processo de implantação dos NASF na região e identificar, debater, expor diversas dificuldades e dilemas no processo de construção do Apoio Matricial.

Tendo em vista a solicitação dos participantes pela permanência dos encontros, assim como por parte do DRSIII-Araraquara/SP, fizemos uma proposta de continuidade da parceria (DRSIII e UFSCar) como Projeto de Extensão até dezembro de 2017, com participação de uma bolsista de extensão, com realização de encontros de agosto a dezembro de 2017 e novas propostas de organização do processo.

Monitoramos encontro a encontro os municípios presentes e ausentes, assim como atualizamos a lista de profissionais pertencentes aos NASFs. Pudemos notar que, ao longo dos meses, esses profissionais foram mudando. Fizemos tentativas para facilitar a vinda daqueles que estavam com alguma dificuldade (transporte, conversas com gestor), favorecendo sua participação.

#### **4 Discussão dos resultados sob a perspectiva da Análise Institucional das Práticas Profissionais**

À luz do referencial teórico da AI, fizemos a discussão dos resultados desta pesquisa de forma conjunta, considerando os diferentes dados obtidos nas diferentes etapas e a Triangulação de dados como estratégia metodológica.

Utilizamos, dessa forma, como descrito no percurso metodológico desta pesquisa, alguns dos passos ideais para um projeto de intervenção delineados por Monceau (2013). Este referencial subsidiou a execução desta pesquisa como um todo, trazendo elementos para disparar as ações a que se propôs.

Se foi possível realizar uma profecia inicial para esta análise, esta envolveu uma Atenção Básica resolutiva e equitativa; com aumento do escopo de ações realizadas neste nível de atenção; que com a inserção de equipes multiprofissionais (NASF) pudesse se qualificar ainda mais e, principalmente, uma ABS que necessite avançar em formatos organizativos mais efetivos (BRASIL, 2014). Neste cenário também se encontra a inserção dos NASFs como estratégia.

Uma primeira questão que se revelou foi **análise da encomenda e da demanda**. Como abordado anteriormente, esta não foi uma pesquisa que teve início em si própria, não começou apenas em 2015 ou 2016, mas de outros movimentos disparados anteriormente que culminaram a sua (re)existência. Seu processo iniciou em 2013, com a proposição de um grupo de apoio ao NASF pelo DRSIII-Araraquara/SP, entendendo esta como uma ação de Educação Permanente necessária para a região adscrita ao departamento. Para nossa surpresa, muitos profissionais compareceram àquelas primeiras oficinas de trabalho, muito interessados em implantar os novos serviços em seus municípios. Assim como os municípios muito se interessaram pela ação formativa, o DRSIII assumiu como uma responsabilidade a condução desta ação, entendendo que era preciso apoiar os NASFs para sua efetiva implantação e implementação na ABS.

Este processo teve um momento de interrupção. A saída da pesquisadora do DRSIII-Araraquara/SP ocorreu também neste período. Sua implicação com o processo não cessou, já que fez a proposição, então, de seu doutoramento envolvendo esta temática, assim como, a oferta de retomada do processo de apoio ao NASFs na região, convite realizado ao DRSIII e municípios com NASFs implantados. Com relação a sua implicação, podemos entender que pôde ser diferente: inicialmente enquanto trabalhadora da gestão estadual; no contexto atual, enquanto pesquisadora.

Podemos dizer que este processo ocorreu todo em conjunto, em parceria, as discussões foram compartilhadas entre todos os atores citados. O que movia este grupo ao trabalho era principalmente a adoção deste serviço como estratégico na ABS nos 12 municípios participantes, a percepção dos atores a respeito do trabalho a ser desenvolvido, que nem sempre se aproximava das propostas instituídas pelo Ministério da Saúde, a lógica de trabalho baseada nas diretrizes da ABS e não mais na especialidade e os desafios da formação (graduação e em processo) que se organizam a partir do arranjo do Apoio Matricial.

Parece haver uma encomenda também por parte dos profissionais do NASF, ao aceitar participar do grupo e topar as atividades e discussões propostas. Sua encomenda para a pesquisa talvez fosse aprender e melhorar o trabalho ao qual foram designados ou contratados neste momento e esta condição talvez os tenha feito permanecer até o final do processo todo. Sua demanda, em diversas situações, envolvia um desejo por respostas e procedimentos a se fazer, quando na verdade foi tendo a oportunidade de receber outras possibilidades: as trocas, a reflexão e o pensar sobre seu (nosso) processo de trabalho. Mesmo assim, não o fez parar de comparecer aos encontros.

Os gestores autorizaram a realização da pesquisa e o retorno dos encontros de apoio aos NASFs. O contato que tivemos com eles foi no mês de setembro de 2015, quando apresentei a proposta da pesquisa em reunião de CIR, atualizamos os dados referentes ao momento de implantação do NASF em cada município e a pesquisa então teve início. Nessa abordagem, apresentamos como um retorno da atividade iniciada em 2013. Quais seriam suas encomendas e demandas para a pesquisa? Na primeira fase do projeto, este foi o objetivo de fato, porém nem todos os gestores foram os identificados como responsáveis pela coordenação do serviço, neste instante então falo com diferentes profissionais que assumiam, de forma ou outra, esta função em seus territórios.

Para Campos (2017), o Apoio Matricial se configura enquanto uma estratégia de orientação ao trabalho interprofissional, de forma a trazer mais resolutividade aos problemas de saúde, baseando-se na clínica ampliada e compartilhada, na busca da diminuição da fragmentação do trabalho e corresponsabilização pelo cuidado dos usuários. Nesta definição, vemos algumas mudanças necessárias para sua efetivação.

Com relação aos desafios em sua consolidação, responsáveis pela coordenação e profissionais dos NASFs referiram se deparar com aspectos diferentes, mas complementares. Enquanto os coordenadores e os gestores se preocuparam com a adesão a outras estratégias de cuidado pela equipe NASF e do usuário às ações dos NASFs, assim como sobre a abordagem familiar, os trabalhadores pareceram se preocupar com fatores anteriores: falta de materiais

para trabalho, relação do NASF com gestão, carga horária não exclusiva para o NASF, compreensão das atribuições do NASF e integração entre NASF e ESF. Algumas destas dificuldades estruturais e organizacionais do SUS também foram identificadas em outros estudos (CASTRO, 2017; LANCMAN et al, 2013), como: falta de transporte para realizar as atividades do Apoio Matricial, falta de recursos materiais, baixo número de profissionais, inadequação da infraestrutura dos serviços e condições de trabalho nem sempre adequadas. Nem sempre de conhecimento do gestor, a superação de tais problemas pode trazer um pouco mais de qualidade ao serviço ofertado. Por este motivo, o grupo sinalizou a importância de sua presença em algum momento e a ocorrência da restituição também com eles, o que aconteceu em meados do mês de dezembro de 2017.

Um fato que ficou evidente neste período e que alguns elementos possibilitaram discussões foi sobre a grupalidade que nos uniu ao longo deste processo. Uma grupalidade, também objetivo e objeto deste estudo quando nos referimos à **participação dos sujeitos**, acreditando na potência do grupo para as trocas e aprendizagens, demanda compreendida depois da oferta da pesquisa. Assim como, entradas e saídas de diferentes participantes ao longo do processo. Os participantes mostraram liberdade para poder compartilhar uns com os outros as suas percepções durante todo processo. Muitas vezes tinham até a necessidade de compartilhar as suas experiências. Tal grupalidade começou pela escolha e indicação de representantes para participação no grupo de apoio aos NASFs do DRSIII. Trabalhamos com representantes dos 12 serviços, entendendo que poderíamos trabalhar com um grupo menor, favorecendo a fala aos presentes e potencializando as atividades de reflexão propostas. Este foi talvez um dos primeiros movimentos provocados pela pesquisa: “quem serão os representantes do nosso município?” Deixamos a critério das próprias equipes esta escolha e indicação já no segundo encontro. De certa forma, grande parte dos NASFs existentes mostraram implicação importante na participação nos encontros, o que pudemos ver desde o início da nossa proposta, com a participação ampliada de todos os trabalhadores dos NASFs e, posteriormente, dos representantes escolhidos. Ao longo dos meses, tivemos uma participação interessante dos envolvidos. Assim como, no momento de visita da pesquisadora aos municípios com equipes NASFs implantadas, o cenário era muito parecido: boa recepção, longas entrevistas, o “passeio” pelas unidades de saúde para mostrar à pesquisadora onde o trabalho do NASF acontecia. Este envolvimento e compromisso com a adoção desta estratégia de trabalho, com o “vestir a camisa” do apoio tem sido responsável pela sua manutenção em diferentes cenários, por este protagonismo o qual os profissionais que o executam mostram (CASTRO, 2017).

Olhando os demais grupos de apoio realizados no mesmo período pelo DRSIII-Araraquara/SP, podemos dizer que este, em especial, sempre teve uma participação significativa. Inclusive quando comparada à reunião que ocorria no mesmo dia e horário. E nos perguntamos em muitos momentos o motivo pelo qual isso ocorria. Algo ali fez com que as pessoas quisessem permanecer naquela construção. Entendo também (e na avaliação posterior, isso aparece de forma explícita e verbal) que o cuidado com o planejamento dos encontros, das temáticas e das dinâmicas foi percebido pelo grupo. E, neste caso, se evidenciou a participação da equipe coordenadora no processo e no cuidado com a condução das encomendas e demandas explicitadas.

O movimento de aprender e desaprender, avançar e recuar escolhido (ou necessário) para quem vive o apoio (CASTRO, 2017) pode ter sido um dos motivos pelo qual a participação se manteve ao longo dos encontros. Esta análise, inclusive por parte dos representantes, ocorre na busca do grupo por novos aprendizados.

O disparador inicial, tendo como foco a **análise das implicações e interferências institucionais**, podemos dizer que envolveu a noção de que as equipes NASFs foram formadas por especialistas responsáveis por trazer o conhecimento especializado para Atenção Básica, evidenciando que não apenas as equipes de referência e os gestores têm dificuldade com esta compreensão, mas também os próprios trabalhadores dos NASFs. Desde os primeiros contatos realizados com os participantes, também com os materiais instituídos pelo Ministério da Saúde, a escolha dos gestores pela constituição das equipes, durante as visitas *in loco* e grupo constituídos, esta foi uma constante: o NASF celebra a entrada das demais especialidades na ABS, mas a partir de que arranjo? A lógica ambulatorial a que estamos acostumados já não era suficiente para responder as necessidades de saúde agora visualizadas fora do espaço do *setting* restrito aos consultórios, mas nas visitas compartilhadas, nos atendimentos conjuntos e nas discussões de casos complexos que as equipes de referência desejavam resolutividade. Fomos nos aproximando cada vez mais da tese que mobilizou todo este processo.

Há, na metodologia do Apoio Matricial, a possibilidade de estabelecimento de relações mais democráticas, de trocas, de aprendizados compartilhados, de cogestão das situações problemáticas. A vivência de hierarquia nas relações de trabalho a partir do núcleo da especialidade trouxe, então, mais uma necessidade de superação. Algo nem sempre lembrado é o motivo pelo qual este arranjo organizacional em questão se dá: “pela necessidade singular dos usuários em cuidado” (CAMPOS, 2017, p. 105).

A adoção deste equipamento de saúde (NASF) em 34,41% dos municípios do estado de São Paulo, com um aumento significativo nestes últimos dez anos (em 2008 eram apenas 1,70%), pode ser entendida como uma estratégia. Vale salientar que a estratégia do Apoio Matricial como forma de organização do trabalho não ocorre apenas no NASF; este equipamento apenas institucionalizou um arranjo que já existia, principalmente na área da saúde mental (CASTRO, 2017; CARVALHO; CAMPOS, 2000).

Poucos foram os municípios que realizaram concurso específico para tal contratação, lançando mão dos profissionais já existentes em seu quadro para a implantação destes serviços, contexto que não pode ser negligenciado. Estas influências estiveram presentes em nossos dados, ao identificar a falta de formação para atuação em outro modelo de gestão do cuidado, a composição de ações de cuidado ofertadas a partir do que já era oferecido pelo profissional anteriormente, a tão enunciada divisão de carga de trabalho entre o NASF e os atendimentos ambulatoriais, não compreendendo que estes pudessem estar relacionados às necessidades de saúde da população de um determinado território de cobertura da ESF.

Na ampla pesquisa realizada por Campos e colegas (2017), esta situação foi similar em relação a identificação, por parte dos profissionais, sobre horas dedicadas ao apoio. Neste jogo, as horas dedicadas às reuniões de equipe e ações educativas são para apoio. A assistência direta aos usuários (atendimento individual, em grupo e visitas domiciliares) não aparecem como sendo relativas ao Apoio Matricial, estando elencadas em outra carga horária.

A composição das equipes nem sempre considerou as necessidades de saúde da população, aspecto relevante para Campos (2017), nesta estratégia de utilização de profissionais já pertencentes ao quadro. O projeto elaborado para credenciamento prevê a identificação das características de morbi-mortalidade e do território como um todo para desenho do plano de ação do serviço.

No nosso caso, os profissionais e coordenadores identificam esta situação do trabalho como divisão de carga horária entre o trabalho no NASF e os atendimentos ambulatoriais. O que estes profissionais compreendem por “divisão de carga horária”? Esta citação foi enunciada, desde o primeiro encontro, e retorna ao grupo em diferentes momentos. Pelo que pudemos compreender, trata-se de uma não exclusividade ao trabalho no NASF, em suas linhas instituídas. Revelou um desafio maior de compreensão e pertencimento a Estratégia de Saúde da Família e a Atenção Básica que ainda existe. Vimos uma divisão ocorrendo por parte do trabalhador do NASF entre atendimento ambulatorial e apoio, uma divisão de difícil compreensão, entre especialidade e atenção básica, em diferentes pontos de atenção nos municípios. Refletimos sobre a carga horária de trabalho dividida, como um duplo papel, em

que o profissional se divide entre atendimentos individuais e ambulatoriais, advindos de uma lista de espera e as ações de prevenção e promoção previstas no trabalho do NASF, incluindo eventos em meses comemorativos. Estes sujeitos (de uma ou de outra abordagem de cuidado) pertencem a qual território nos municípios?

A superação da lógica de organização do trabalho baseada em atendimentos individuais, ambulatoriais, disciplinar (nuclear), de responsabilidade exclusiva do profissional, dentro dos serviços ainda foi uma ameaça ao profissional do Apoio Matricial. Talvez do outro lado do muro esteja o atendimento baseado nas necessidades das pessoas e coletivos, de forma multi e interdisciplinar, em *settings* considerados importantes para as comunidades, a partir do compartilhamento com outros saberes profissionais. Utopia?

Os movimentos do grupo começaram a traduzir muitos aspectos da forma como os NASFs estão constituídos no seu modo de operar em diferentes realidades, evidenciando não o instituído apenas, mas o instituinte, pertencente a sua forma de organização do próprio trabalho. Sua legitimação enquanto grupo também refletiu em uma legitimação deste processo com as equipes de Saúde da Família, conforme foram se apropriando de seu papel enquanto pertencentes aos NASFs. A vivência no coletivo que os encontros produziram parece ser pouco vivenciada em outros espaços pelos participantes do grupo. Esta característica foi evidenciada em alguns dos encontros. Temos poucos espaços na realidade de trabalho para pensar sobre o próprio trabalho. E esta foi uma premissa importante da pesquisa enquanto intervenção: possibilitar vivências possíveis e necessárias de serem levadas para os cenários reais do trabalho.

Pudemos também debater sobre a relação do NASF com as equipes de Saúde da Família e sua sonhada inserção - de fato - na Atenção Básica, tema dos mais relevantes ao longo do período, segundo os participantes, após processo de restituição. Nas entrevistas com os responsáveis pela coordenação, esta dificuldade já fora indicada, como uma relação complicada entre o NASF e a ESF, perpassando pela compreensão que cada um tem sobre o outro (relações de poder, encomenda e demanda). Vimos que os elementos relacionais aparecem de forma significativa. Exploramos que a relação com as equipes de Saúde da Família não está dada, mas precisava ser construída, aspecto também identificado por Soeiro e colegas (2017), na construção e pactuação do trabalho de apoio com as equipes da ABS.

As fragilidades desta relação com as ESF, incluindo a combinação da forma de se trabalhar e o enfrentamento de resistências de todos os lados, interfere diretamente na adesão e no sucesso das ações propostas na ABS, o que mais uma vez reafirma a necessidade desta construção (LANCMAN et al, 2013).

Os NASFs nos mostram uma necessidade de criação de um espaço para construção de sua identidade, de forma legítima, na atenção básica, quem dera uma sensação de pertencimento a este lugar. Pudemos sentir um certo incômodo e apreensão ao perguntar às equipes de Saúde da Família sobre o trabalho do NASF. O uso das tarjetas anônimas para a atividade de dispersão mostra uma dificuldade de conversar, não necessariamente das equipes de Saúde da Família, mas da própria equipe do NASF. Ainda se mantiveram no imaginário sobre esta relação com a Atenção Básica e por compreensões e expectativas diferentes em relação ao trabalho. Evidenciaram, ainda, a dificuldade do encontro das diferenças, de trabalhos que se compõem. Nesta relação com as equipes de referência, o quanto os NASFs levam, para as equipes, um cardápio de atividades fechado, que nem sempre considera as necessidades da Atenção Básica e de seus usuários. Por que será que as equipes de Saúde da Família estão tão afastadas do NASF? Por que as equipes não incorporam o NASF em seu processo de trabalho? Por que sentimos os reflexos deste afastamento, de certa forma, como uma forma de solidão dos próprios NASF? Em muitos locais visitados, a equipe NASF me recebeu dentro da própria Secretaria de Saúde ou em salas afastadas da confusão que circunda o fazer das Equipes da Atenção Básica logo pela manhã, por exemplo.

Soeiro e colegas (2017) ouviram também as equipes da Atenção Básica a respeito da prática do apoio. Elas sinalizam um certo receio ao participarem dos momentos de Apoio Matricial e serem avaliadas, corrigidas, há comentários fora do espaço dedicado para a ação, no imaginário principalmente de quem NÃO participa dos momentos pactuados para tal. E que, ao participar, esta percepção se dissipa, e muda a forma de viver o matriciamento, ao haver abertura para a vivência da relação por nós identificada.

Nesta relação estabelecida com as equipes de referência, exploramos como os casos chegam para as equipes NASF. Vimos que há diferentes formas de construção deste processo de cuidado. A identificação das necessidades nem sempre ocorreu por processos coletivos, de discussão de caso ou reuniões. A lógica de encaminhamento ainda prevaleceu em muitas situações. Parece óbvio que a equipe de referência saiba quais são os casos atendidos pelo NASF. A equipe de referência pareceu se afastar da situação quando a equipe do NASF se aproxima. Nos fez pensar sobre o que tem sido possível construir com (e não pelas) as equipes de referência nestes processos com NASF, com relação a informações sistematizadas dialogadas entre NASF e ESF e, principalmente, foco do trabalho, discussão de casos e situações problema com elaboração de projetos terapêuticos. Nesta situação, cabe discutirmos sobre a responsabilidade sanitária e mesmo a forma de organização do trabalho na ABS, como

também verificou Domitti (2006), nesta relação entre apoio e equipe de referência. Minha implicação com os NASFs talvez me leve a pensar dessa forma.

Ainda neste sentido, refletimos sobre a construção do papel e do compromisso assumido entre o NASF e a equipe de referência, também no que diz respeito a caracterização das ações do NASF e a realização das ofertas a ESF, aspecto identificado pelos trabalhadores e coordenadores. Foi possível pensar na construção de um trabalho colaborativo entre as diferentes profissões, de fato interprofissional e compartilhado. Conhecer o território habitado pelas equipes foi uma questão importante. Para além de questões geográficas apenas, conhecer do que as pessoas adoecem, como vivem, como amam, como se relacionam, sobre o que sonham, como se curam e poder compor diferentes possibilidades de atuação, no oferecimento de um cardápio repleto e baseado nas necessidades das pessoas e das equipes. Entende-se que o “núcleo central do trabalho em equipe ou em rede, do trabalho interprofissional e do Apoio Matricial, será sempre a necessidade singular dos usuários em cuidado” (CAMPOS, 2017, p. 105). Há, ainda, segundo o mesmo autor a compreensão de que o objeto concreto deste trabalho deve envolver um problema de saúde de uma ou mais pessoas. É esta a bandeira, o foco, o objetivo final. Deve ser, alterando a lógica da interconsulta e os sistemas de referência e contrarreferência (CASTRO, 2017), assim como implica a produção de conhecimentos tecnológicos.

Esta relação com as equipes da ABS também foi marcada pelas oficialidades do CNES. Este procedimento é necessário para cadastramento de equipes, para o recebimento de financiamento referente ao serviço, para a indicação da composição das equipes e para o oferecimento de apoio a determinadas ESF, além, claro, como próprio sistema indica, funcionar como instrumento de gestão. A manutenção destes dados atualizados é indicação do Ministério da Saúde. Porém, o monitoramento de tais informações nem sempre ocorre de forma paralela à supervisão das ações realizadas pelos serviços, ficando apenas a cargo do preenchimento dos atendimentos realizados no e-SUS.

Conhecer o território também nos fez pensar sobre a necessidade de mapeamento de recursos de especialidade existentes nos municípios e a relação dos NASFs com os serviços da rede municipal e regional, assim como de outros setores, categoria também elencada pelos coordenadores. Ambos visualizam o NASF como um potencial na possibilidade de se relacionar com outros setores e com o território, estabelecendo fluxos e intersetorialidade, ao compreender que, para cuidar, precisamos entender que os problemas de saúde não são determinados exclusivamente por uma dimensão ou outra.

Em locais onde a rede está melhor estruturada, constituída e ativa, há, por parte do trabalhador, uma compreensão de desenvolvimento do trabalho com sucesso, fazendo-o eleger o SUS como sua principal ocupação (CASTRO, 2017). Diferentemente do que fora apontado durante a pesquisa, a falta de outros pontos da rede de atenção, por vezes, fragiliza o exercício do Apoio Matricial, tendo o NASF como único apoio especializado em muitos casos (já que pelas características dos municípios da região em questão e número populacional, este, de fato, é o único equipamento previsto com equipe formada por profissionais diferentes da equipe mínima).

“Outra questão diz respeito às limitações e à precariedade da rede de serviços nos diversos níveis de atenção à saúde para dar prosseguimento ao atendimento iniciado na atenção primária, situação anterior à implantação dos NASF. Apesar da expectativa de que o NASF pudesse atender parte da demanda, os poucos serviços e recursos na região dificultavam as possibilidades de resolução dessa equipe” (LANCMAN et al, 2013, p. 972).

Pontos de tensão também fizeram parte dos encontros e de alguns momentos das fases anteriores. A discussão sobre o papel do coordenador do NASF. Qual é de fato o papel desta figura? Quem dá o limite para o trabalho do NASF? Aqui se envolvem as expectativas em relação ao papel deste profissional. Na conversa com os coordenadores, seu papel também foi questionado, principalmente no que diz respeito a tomadas de decisão e uso do recurso financeiro de custeio do serviço para ações de fato realizadas.

Relações de poder existentes, nem sempre explícitas, formais, mas implícitas e na forma como nos relacionamos dentro das equipes. A construção da horizontalidade do cuidado aparece nesta discussão. Atenção básica e especialidade, em um jogo de forças, que questiona se a especialidade é a mais importante.

Falamos, então, do papel dos gestores no processo de implantação dos NASFs. A gestores, me refiro aos Secretários de Saúde. Havia uma sinalização verbal da necessidade dos encontros para organizar as ações dos NASFs, de forma a melhorar o que já vinha sendo executado. Nos momentos com os gestores, há esta indicação de necessidade. Nos encontros com os trabalhadores, aparece, por vezes, a não compreensão por parte dos Secretários a respeito deste dispositivo de cuidado. E questões sobre demanda, financiamento, outros recursos, atendimento *versus* apoio se relacionam a esta temática.

De certa forma, retomando um pouco a função das atividades de dispersão, sentimos um certo impacto da pesquisa nos territórios. Um movimento, como o grupo mesmo nomeou,

de manter a chama acesa ao longo do mês, por meio das atividades de dispersão propostas, mostrando o envolvimento dos representantes e de toda equipe *in loco*. Não fazer a atividade de dispersão tornou-se, então, um analisador do processo vivido no grupo e no processo de trabalho dos profissionais. Atravessamentos de demandas no mundo real do trabalho foram identificadas como dificultadores para realização das discussões fora do grupo. Identifica-se muito uma relação com o transformar para conhecer e não o contrário, como defende o referencial da AI (PASSOS; BARROS, 2015) na proposição das atividades de dispersão. O envolvimento, a disponibilidade, a realização, as discussões em consequência dessas proposições mobilizaram os diferentes locais e, claro, trouxeram importantes aspectos para análise e reflexão grupalmente.

Mais uma vez, revelando então a **produção de conhecimentos**, a importância de construção do trabalho coletivo foi sendo evidenciada nos encontros, tanto para o vivido no grupo de apoio, quanto para o vivido na implantação e consolidação dos NASFs nos territórios, para o que vamos elaborando juntos. Não apenas um trabalho instrumental formal, mas instrumental subjetivo - instituído e instituinte presentes. O apoio aos elementos relacionais foi se revelando como primordial ao arranjo do Apoio Matricial. Nesta perspectiva, o amadurecimento destas relações do NASF com as equipes de referência e gestão pôde facilitar a elaboração do cardápio de atividades oferecidas de cuidado e de apoio técnico.

Outro analisador ainda envolve o enunciado “Apoio Matricial”. Ao longo de todo processo, mostrou-se um termo que quase não apareceu nos nossos encontros, palavras não ditas, ou não expressas. Nas entrevistas e questionários aplicados, o termo esteve presente nas falas dos participantes e como eixo organizador do trabalho no NASF, porém, durante a realização dos grupos, sua presença nos encontros foi quase imperceptível. Muitas vezes, seus instrumentos foram identificados, como os revelados por Oliveira (2014): discussão de casos, construção de Projeto Terapêutico Singular com a Equipe Apoiada, intervenções conjuntas com profissionais apoiados (grupos, visitas domiciliares, consultas etc), assistência direta a usuários indicados pela Equipe Apoiada, atividades de formação para as Equipes (atualização temática, discussão de protocolos), tele Apoio (telefone, e-mail, Skype), projetos de saúde intersetoriais no território. Mas, de fato, sua compreensão e apreensão por parte dos trabalhadores ainda é incipiente. Nosso foco foi avançar neste ponto nos encontros subsequentes à primeira restituição. Fazer matriciamento requer conhecimento, estratégias, não se trata apenas de um movimento intuitivo.

Responsáveis pela coordenação elencaram algumas dessas estratégias como ações específicas do NASF, dentre elas reuniões de equipe, elaboração de PTS, realização de grupos e eventos com a comunidade. Também identificaram as ofertas que o NASF pode realizar (ou que deveria) em sua visão, como estratégias para efetivação do apoio às equipes: o compartilhar ações, atividades preventivas e coletivas, articulação com serviços, integralidade no cuidado e perspectiva interprofissional do trabalho NASF.

Podemos dizer que houve algumas hipóteses sobre a enunciação do Apoio Matricial de forma oculta. Os trabalhadores em muitos momentos identificaram e fizeram referência aos instrumentos e estratégias para sua efetivação. Não citaram exatamente seu nome, o que não significa que não estão realizando na prática, como pudemos ver claramente com a apresentação dos portfólios. Corroborando com os achados de Castro (2017), os profissionais que executam sua prática baseada no apoio ainda fazem uma distribuição de suas atividades de trabalho ao longo de uma semana típica de forma a separar o que é apoio do que é assistência, de forma dicotômica. Herança (talvez) de uma prática realizada a partir da perspectiva ambulatorial.

Entende-se que o Apoio Matricial seja uma prática de saúde ampliada e compartilhada, uma metodologia que orienta o trabalho interprofissional, uma forma de trabalhar, um estilo de organização do trabalho, no caso do NASF, na ABS. Considerando as necessidades dos usuários e comunidades como norte, sua operacionalização não significa uma replicação integral e sem modificações do que é considerado ideal ou descrito nos manuais (CAMPOS, 2017). Esta talvez seja a grande questão que deixa dúvidas aos profissionais que trabalham na perspectiva do apoio: como trazer o dinamismo desta metodologia para o cotidiano do trabalho, que ainda é prescritivo e procedimental?

O apoiador realiza este trabalho nos dois eixos: assistencial e técnico-pedagógico. Normalmente, de forma concomitante, norteados pelas situações problema trazidas pelas equipes apoiadas. Estes problemas podem ser da ordem individual, coletiva, comunitária ou da própria equipe, com relação a sua organização de trabalho. Por esse motivo, como afirma Campos (2017, p. 109)

“No apoio matricial tanto o solicitante do apoio quanto o apoiador estarão engajados com o problema de saúde e com o usuário. Responder a um pedido de apoio não se resume a uma assessoria clínica ou sanitária, mas em compartilhar um caso, clínico ou coletivo, definindo práticas a serem realizadas tanto pela equipe apoiada quanto pelos apoiadores”.

Pôde-se olhar a clínica que estamos fazendo, por meio de uma discussão sobre a clínica feita no e pelo NASF. Seria este mais um ponto de atenção? Ou um ponto de mobilização da equipe e construção conjunta de ações? Sem polarização de certo e errado, o quanto tais ações oferecidas estão cuidando da população de determinada adscrição e considerando suas necessidades de fato. Construção em um processo de reflexão sobre o que essa comunidade precisa, assim como de qual forma o apoio oferecido às equipes na perspectiva da qualificação da ABS e aumento de sua resolutividade está se efetivando.

Pudemos entender este grupo como uma potência de transformação de vários destes aspectos, como por exemplo, a contrapor aspectos biomédicos, a construir trabalhos de forma coletiva, a ser apoio para o outro, contrapor demandas que atravessam. A equipe NASF se apoia o tempo todo, na construção de um trabalho colaborativo, para que o próprio NASF se apoie. Isso nos mostra uma forma escolhida de estruturação da equipe e o modelo de atenção que estão fazendo. Como podemos extrapolar estas barreiras e levar esta vivência coletiva deste grupo para nossas realidades de trabalho? Como podemos potencializar mais as equipes NASF? Nossa tentativa é de oferecer estratégias e ferramentas diferentes, para que extravase também o espaço do grupo e possam ser utilizadas nos territórios.

Mas de que **Instituição** estamos partindo nesta análise?

“A grande importância desse conceito basal é a análise que provoca, quando se diferencia o conceito de instituição daqueles de organização e estabelecimento. Tanto as condições materiais do estabelecimento escola, manicômio ou partido (edificação), quanto o organograma ou fluxograma (regras de circulação e organização de pessoas e informações desse estabelecimento) não eram mais o espectro de análise pretendido. Acontece, então, a abertura da análise para a instituição da educação, da doença mental, da política partidária, criando-se efetivamente uma Análise Institucional preocupada com as práticas instituintes que engendram instituições e atravessam os mais diversos locais ou situações” (ROSSI; PASSOS, 2014, P. 159-160).

Interessamo-nos neste processo pela instituição NASF e a prática do Apoio Matricial, estratégia pela qual o trabalho neste equipamento de saúde de fato acontece ou deveria acontecer. Um deles, na perspectiva de ampliação da capacidade de resposta aos problemas de saúde, é o NASF definido por

“equipes multiprofissionais, compostas por profissionais de diferentes profissões ou especialidades, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família e das equipes de Atenção Básica para populações específicas (...), compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas, na atenção básica, que ampliem o escopo de ofertas” (BRASIL, 2014, p. 17).

Foi esta profecia que nos moveu a caminhar e seguir caminhando, a todos os atores envolvidos: trabalhadores, pesquisa, gestão estadual e, aparentemente, aos coordenadores também, que enunciam nas entrevistas o “sonho” do NASF. O instituído pelas recentes publicações do Ministério da Saúde sinaliza para um NASF que deve ser capaz de realizar uma ampliação significativa das ações das equipes da atenção básica, configurando-se em resolutividade para a população, celebra a entrada de outros núcleos profissionais na ABS e traz perspectivas de qualificação do cuidado realizado neste nível de atenção. O modo de operacionalizar este feito se dá pelo Apoio Matricial enquanto estratégia de gestão do trabalho. Um Apoio Matricial que deve contrapor forças com um modelo de cuidado individual e centrado na queixa, ambulatorial e dentro dos serviços de saúde, para um modelo centrado nas necessidades dos territórios, coletivo, público e se relacionando com outros setores de determinada organização, ao não compreender que os problemas de saúde das pessoas possuem um único determinante.

Mas, o que há de tecnologia de inovação em saúde neste processo? Que conhecimento estamos construindo? Vamos considerar alguns aspectos para esta discussão:

- A) A flexibilidade necessária para operacionalização do apoio matricial, considerando as necessidades de saúde do território, dinamismo das ações e as propostas instituídas sobre tal metodologia de trabalho;
- B) A centralidade do trabalho nas necessidades de saúde das pessoas e coletivos, discussão de casos e elaboração de PTS; e
- C) A modificação da lógica ambulatorial e da especialidade para orientação do trabalho interprofissional.

Queremos dizer com inovação tecnológica, a produção de novos conhecimentos, novas tecnologias, novas práticas, a construção de aportes teóricos e instrumentais necessários para operacionalizar todo este contexto diverso aqui exposto.

Iniciando pelo dinamismo necessário para equipes apoiadoras. Campos (2017), define metodologia como um modo de produção e tecnologia **recomendados** para a realização do

Apoio Matricial. Nem sempre deve ser aplicado integralmente e sem se modificar, considerando as situações reais do trabalho. A não homogeneização da atuação dos diferentes membros das equipes, evitando a burocratização na oferta e organização das ações aparece como meta do NASF em materiais informativos (BRASIL, 2014). Considerar as especificidades e diferenças de cada território e equipe se faz necessário, de modo a conciliar diferentes realidades. As equipes apoiadas são diferentes entre si e demandam diferentes apoios das equipes NASFs. Se este aspecto não for considerado, corremos um risco grande de desconsiderar características específicas, necessidades apontadas como prioritárias por cada equipe e oferecer um “cardápio” de ações que não necessariamente signifique as necessidades de saúde das pessoas e coletivos referentes àquele lugar. As próprias orientações instituídas pelo Ministério da Saúde sinalizam atenção para tal fato.

Essa questão é contra hegemônica do que se instituiu como necessidades de protocolos ou manuais e normas. Essa singularidade requer uma caixa de ferramentas diversificada que demanda competências cognitivas, atitudinais e psicomotoras.

Ter as necessidades das pessoas e a discussão de casos como eixo organizador do trabalho do apoiador revela aspectos importantes (CAMPOS, 2017), ao lidar principalmente com expectativas dos demais profissionais a respeito do trabalho do NASF. A ESF espera da equipe apoiadora resoluções que, ela por si, ainda não atingiu ou que não entende como sua responsabilidade. São grandes expectativas. Quando o usuário deixa de ser o centro das intervenções, corre-se um risco grande de discutir pactuações e organização do trabalho, sem seu principal objetivo que é a gestão do cuidado dos coletivos de determinado território. A equipe da ABS passa a desacreditar do modelo baseado no apoio. Brasil (2014) indica como fundamental que as ações dialoguem com as necessidades pactuadas e também percebidas pela equipe NASF, gestores e pelas ESFs. A discussão de casos ancorada no conceito de Clínica Ampliada (BRASIL, 2007) considera as condições de saúde como multicausais, determinadas por diversos aspectos da vida e, para acontecer de fato, necessita de escuta, vínculo, afetos e diálogos, considerando o que todos os atores levantam nesses encontros. Um fato interessante durante a pesquisa foi que, como em outros levantamentos, o usuário pouco aparece nas negociações de seu PTS, um desafio ainda presente para prática dos profissionais de saúde.

A modificação da lógica ambulatorial e da especialidade para uma orientação para um trabalho de fato interprofissional talvez seja o grande paradigma presente no estabelecimento do Apoio Matricial como estratégia de trabalho. Batista (2013, p. 61) compreende

“A Educação Interprofissional como uma formação para o interprofissionalismo, no qual o trabalho de equipe, a discussão de papéis profissionais, o compromisso na solução de problemas e a negociação na tomada de decisão são características marcantes. Para isso, a valorização da história de diferentes áreas profissionais, a consideração do outro como parceiro legítimo na construção de conhecimentos, com respeito pelas diferenças num movimento de busca, diálogo, desafio, comprometimento e responsabilidade são componentes essenciais”.

Temos, como consequência para sua prática, assim, a modificação de atitudes e percepções na equipe, melhora da comunicação entre os profissionais, reforço a competência colaborativa, contribuição para a satisfação com o trabalho, construção de relações mais abertas e democráticas e a integração do especialista à integralidade do cuidado (BATISTA, 2013). A tendência, então, é diminuir o poder médico exercido e reconhecido pelos profissionais, pelo reconhecimento de que cada profissão traz suas contribuições para a roda; a construção de PTSs mais amplos e com maior integralidade; e que permitam maior grau de interprofissionalidade.

Outro autor que nos auxilia nesta discussão é Japiassu (2006), ao definir diferentes formas de trabalho em equipe. Começando pela equipe **multiprofissional**, esta é formada por profissionais de diferentes áreas e especialidades de saber, dividindo o trabalho sobre uma disciplina. O **interdisciplinar**, que segundo o autor um ideal difícil de atingir, é o que se realiza nas fronteiras, não se contenta com a complementaridade para atingir um objetivo comum e culmina “na produção, por fusão, de uma nova disciplina interdisciplinar” (p. 38). Por fim, atravessando as disciplinas, se encontra o “sonho” **transdisciplinar**, que visa a criação de um novo campo de conhecimento, onde exista um novo paradigma, com muito mais articulação e cooperação entre os envolvidos.

Nesta conformação, campo e núcleo profissional retornam a discussão, trazendo consigo a linha tênue de seus limites de atuação no campo da atenção básica e a composição disciplinar a partir dos saberes e práticas específicos.

Por esta razão, pode-se dizer da institucionalização do Apoio Matricial como inovação tecnológica, na tentativa de modificação da lógica existente da inserção das demais especialidades na atenção básica, baseada no cuidado ambulatorial e individual. Este novo agir requer novas estratégias e instrumentos para sua execução, identifica a necessidade de atualização da formação dos profissionais de saúde, exige novas habilidades daqueles que a exercem. Este enfoque interdisciplinar provoca, em muitos, atitudes de recusa e medo, constituindo-se como inovação, como debate Japiassu (2006).

Entendemos que o que há de inovador com relação ao Apoio Matricial nas perspectivas acima citadas são os desafios e a ousadia para sua implementação, ao encarar de frente todo esse poder com o qual lida. Os trabalhadores participantes da intervenção puderam, durante o processo, compartilhar com o grupo suas diferentes formas instituintes de colocá-lo em prática, como vimos, surgindo nos enunciados diferentes formas também de operar, a partir das diferentes realidades existentes.

A **restituição**, passo importante de uma intervenção, se define pela comunicação dos resultados aos que são o objeto da pesquisa, não apenas ao finalizar o trabalho (MONCEAU, 2005). Auxiliou na validação dos dados e proporcionou junto aos atores envolvidos reflexões importantes sobre as práticas profissionais, em um processo de análise coletiva dos dados. Realizamos três momentos de restituição: um na metade do processo e outro ao final, no último encontro do grupo. Um terceiro momento de restituição ocorreu após a coleta de dados e na finalização da continuação da atividade como projeto de extensão, no mês de dezembro de 2017, junto aos gestores e trabalhadores participantes.

Percebemos que houve uma mudança significativa após a primeira restituição, tendo em vista alguns pontos que o grupo de pronto já se identifica como *a ausência do termo Apoio Matricial nos encontros, a chegada das demandas para NASF (vem da ESF, da coordenação da AB, do próprio NASF), relação com as equipes de saúde da família e a clínica realizada pelo NASF na atenção básica* (Relato da pesquisadora). A partir destas identificações iniciais, o grupo compareceu para próximos encontros de certa forma dividido: aqueles que desejavam aprofundar estas discussões e aqueles que aparentemente trouxeram para grupo outras temáticas, como PMAQ, por exemplo, separando tal assunto daqueles identificados na restituição.

Ainda sobre PMAQ, sentir-se avaliado foi tema da discussão. Apenas um município dos 12 com equipe NASF não fez a adesão ao programa, após um ciclo como “mal avaliados”, em sua percepção. Discussão sobre os compromissos assumidos para a avaliação parecem necessitar de orientações e respostas. E a proposta instituinte de avaliar para melhorar pode se distanciar nesta perspectiva.

Pude compreender então a possibilidade de perturbação que a restituição pode acarretar, uma perturbação que fez as pessoas se incomodarem e também refletirem. A percepção desta situação fez a equipe coordenadora optar por novas estratégias disparadoras para encontros. Parece que provocamos algo no grupo. Alguns participantes rapidamente incorporaram os temas sinalizados, trazendo e aprofundando as discussões sobre a própria

reflexão de suas práticas no NASF. Os que desejavam outros temas, como hipótese podemos dizer, que tenham se sentido incomodados demais para tais reflexões.

O último encontro do grupo, com ar sim de avaliação do processo, além da dinâmica proposta para tal, teve também seu momento de restituição, quando foram retomados com alguns aspectos da avaliação coletiva inicial e incorporados novos. Dentre eles, elencamos:

- As diferentes implicações dos participantes na pesquisa (DRSIII-Araraquara/SP, pesquisadora, participantes), e todos muito implicados e participativos;
- O grupo como espaço de Educação Permanente em Saúde, para pensar o próprio trabalho e trazer ferramentas para realizar essa reflexão em seus locais de trabalho;
- Os desafios na consolidação do Apoio Matricial realizado pelo NASF. Depois da restituição de meio de processo, falamos um pouco mais sobre o assunto. Mas ainda precisamos compreender sua prática enquanto inovação em saúde, se é que ela existe. Considerando que tocamos de forma discreta no assunto da interdisciplinaridade do NASF, permanecendo ainda em uma prática baseada nas especialidades. Ou seja, o NASF realiza trabalho colaborativo, interdisciplinar, no campo da atenção básica OU nuclear, especializado na AB?;
- Os elementos relacionais que aparecem de forma significativa e a compreensão de que a relação com as equipes de Saúde da Família precisa ser construída e não está dada;
- Conseguimos analisar as concepções de gestores sobre Apoio Matricial na primeira fase, trocar muitas experiências sobre as práticas de equipes NASF, esperamos ter contribuído de alguma forma para processo de implantação dos NASF na região e identificar, debatemos, expusemos diversas dificuldades e dilemas no processo de construção do Apoio Matricial.

Olhando a madura produção realizada no último encontro, tivemos claramente uma sensação de que não acaba quando termina. A dialética anunciada no produto do último encontro, em que tudo é desafio e conquista, ficou evidente em um trabalho que ainda está a se configurar no SUS, porque não afirmar, uma inovação de processo.

A terceira restituição ocorreu com a presença de gestores e de representantes das equipes de gestão após sugestão do próprio grupo, e também nossa, enquanto equipe de coordenação do projeto. Sala cheia, cinquenta e sete pessoas presentes para um processo “final” de análise dos dados, em dezembro de 2017, e dentre os participantes: equipe coordenadora, profissionais e gestores. Os trabalhadores pareciam querer que este espaço

fosse destinado a oferecer informações aos gestores sobre a função do NASF e suas especificidades. Acatamos esse desejo dos trabalhadores de forma parcial e fomos além. Oferecemos uma apresentação com nossas percepções sobre impactos do projeto no grupo e suas possíveis contribuições para a implantação, de fato, destes serviços nos municípios. Optamos por uma apresentação provocativa, que pudesse trazer aspectos para reflexão também aos gestores sobre seus NASFs e, principalmente sobre o processo de trabalho desenvolvido por eles nos territórios. O que pôde acontecer, quando iniciam suas falas relacionando o projeto à expansão de ações oferecidas pelos NASF, reflexão dos trabalhadores sobre seu processo de trabalho e, também, relacionando o projeto aos impactos positivos sentidos localmente.

E como toda esta discussão estabeleceu interface com campo CTS? Tendo em vista o desenvolvimento de conhecimento para melhora da qualidade de vida da sociedade, não a partir do conceito linear de desenvolvimento que desconsidera aspectos sociais envolvidos neste jogo de produção, podemos dizer que não haveria melhor lugar para este projeto estar.

O principal objetivo com a implantação dos NASFs e da lógica de trabalho do Apoio Matricial e das equipes de referência foi aumentar efetivamente a resolutividade e a qualidade da atenção básica, ampliando ofertas e suporte de cuidado e o repertório de ações da ABS (BRASIL, 2014). Ou seja, considerar a ABS como verdadeiramente ordenadora do sistema, ampliando acesso dos usuários e capacidade de cuidado de cada profissional. Este é o conceito instituído a respeito.

Tivemos a oportunidade de observar que há iniciativas interessantes de implementação do serviço nos territórios e que, apesar dos dilemas enfrentados, estão em funcionamento e com sérias tentativas de realizar o instituído nas políticas e o instituinte parte da própria prática dos profissionais e das realidades encontradas.

Quando falamos em produção de conhecimento e formação para a prática do Apoio Matricial estamos falando do avanço na fronteira dos saberes e práticas, na construção de aportes teóricos e instrumentais para tal exercício, alterando formas de viver e fazer anteriores (CAMPOS, 2017).

Entendemos que, ao promover momentos de reflexão sobre organização do trabalho e clínica no NASF, explorar novas possibilidades de cuidado e gestão, promover troca de experiência entre os participantes, pudemos estimular e experimentar o transformar para conhecer (PASSOS; BARROS, 2015), acentuando a dimensão política da pesquisa e da produção de conhecimento e sua não neutralidade, a forma como influencia na vida das pessoas (implicados). Na medida em que se revela um espaço de reflexão, de análise, de

escuta, se oportunizaram possibilidades de ver as diferenças, ou seja, uma dimensão mais política do espaço do trabalho destes NASFs. Dimensão esta importante para Apoio Matricial: a política, lidando também com aspectos do Apoio Institucional em relação ao Matricial.

Tal dimensão política do trabalho do NASF e do Apoio Matricial pode se revelar como uma necessidade e possibilidade ao assumir um lugar de luta pela ampliação e implantação desta rede de cuidados locais. Também ao auxiliar que a rede funcione em uma lógica de apoio, onde diferentes trabalhadores dão e recebem apoio. Esta postura política mostra o compromisso do NASF em construir apoio na rede toda, mediando relações com o conjunto da rede assistencial.

Um das questões que pôde esclarecer a adoção do referencial teórico-metodológico da AI para pesquisa se deve ao fato de não se tratar apenas de um caminhar para atingir objetivos fixados anteriormente, mas um caminhar que traça suas metas no percurso, por compreender a inseparabilidade entre conhecer e fazer, pesquisar e intervir. A coleta de dados, logo, a intervenção em si, ocorreu a partir da realização dos grupos, que se tornaram espaço de trocas entre profissionais, aprendizagem para a prática no NASF, identificação de semelhanças e diferenças neste cenário e ampliação de suas possibilidades de atuação, frente aos desafios enunciados tanto por eles como pelos gestores e responsáveis pela coordenação deste serviço. A AI ofereceu ferramentas para acompanhar os efeitos sobre o objeto, pesquisador e produção de conhecimento no percurso da investigação e corrobora com o campo CTS.

De certa forma, as maiores contribuições deste trabalho também sejam empíricas, a partir das vivências provocadas e vividas durante todo o processo, ao compreender que não se trata apenas de uma pesquisa, mas de um processo de intervenção com estas equipes que provoca algo. E não podemos negar.

## 5 Considerações finais

O trabalho em saúde mudou muito desde os anos 1980: as práticas, os serviços, a formação dos profissionais, a rede de cuidados. De certa forma, há diversos estudos que têm se preocupado em compreender tais transformações, assim como, poder contribuir com a consolidação do sistema de saúde assumido pelo país após o processo de democratização.

O objeto do presente estudo foi o Apoio Matricial no NASF, seus desafios e potencialidades, este enquanto estratégia para a qualificação da ABS e suas diferentes formas de operacionalização, aspectos inovadores para a política de saúde existente, frente ao pouco tempo de existência do NASF e sua recém implantação pelos municípios. Esta pesquisa, com enfoque empírico importante, foi desenvolvida em duas fases e teve como referencial teórico-metodológico a Análise Institucional das Práticas Profissionais. A primeira fase, de reconhecimento do campo de estudo, primeiras aproximações e entrevistas com os responsáveis pela coordenação dos NASFs da região. Na segunda fase, realizamos a caracterização dos profissionais inseridos nos 12 NASFs implantados e os encontros do grupo intervenção em si, ação almejada desde a concepção deste projeto. Entende-se que as etapas previstas para a pesquisa corresponderam aos objetivos e perguntas inicialmente traçados para seu desenvolvimento.

Pôde-se dizer que houve uma disposição importante de todos os envolvidos, incluindo aqui a pesquisadora, para a realização desta pesquisa, utilizando o referencial teórico a que se propôs. Esta “escolha”, por responder às questões e objetivos gerais do estudo, trouxe diversas exigências para mim, no cuidado com a condução dos grupos e das temáticas escolhidas, no envolvimento e na implicação com o tema e com todos os atores. Entendemos a importância para o SUS de abordagens metodológicas para cuidado e para processos de trabalho como esta aqui proposta.

Foi possível compreender melhor a função do profissional NASF em suas equipes e sua inserção nas equipes da ABS, sejam elas de UBS ou Estratégia de Saúde da Família. Este profissional, que em sua maioria já fazia parte do quadro de profissionais dos municípios, foi realocado na perspectiva, agora, do apoio. Esta decisão trouxe consigo soluções (considerando a possibilidade de implantação de equipes NASFs nas diferentes localidades e ampliação do trabalho a ser desenvolvido por equipes multiprofissionais na ABS) e desafios (formação dos profissionais para uma lógica de trabalho diferente, compreensão sobre seu papel na ABS por parte dos próprios profissionais e da gestão, modificação do modelo de atuação não baseado na lógica ambulatorial). Não podemos negar a influência Taylorista no

processo de trabalho em saúde, seus desdobramentos em números, produção e procedimentos, em detrimento de aspectos mais qualitativos que também sejam capazes de produzir saúde e cuidado.

O DRS III-Araraquara/SP, cenário do estudo, é de fato um DRS diferente, que se propõe a realizar sua função de apoio como verdadeiramente idealizada e fomentada pelas políticas estaduais de saúde. Esta é uma questão que precisa ser valorizada ao se analisar todo esse caminho percorrido, de apoio, de intervenção e de pesquisa.

O instituído e instituinte estiveram presentes durante todo processo de desenvolvimento do estudo, respectivamente, entre manuais do Ministério da Saúde, orientações técnicas, recentes publicações de portarias (incluindo, durante a realização da pesquisa, nova PNAB em setembro/2017, que pode ser considerada um retrocesso em relação às conquistas já atingidas da ABS), textos teóricos, e as diferentes formas encontradas para seu desenvolvimento a partir do conhecimento construído em processo pelas próprias equipes e adaptações às diferentes realidades.

A proposta da intervenção em grupo sempre esteve presente na idealização do projeto de pesquisa e seu alinhamento com a perspectiva teórica da Análise Institucional foi se dando no decorrer do estudo e da aproximação tanto com o referencial quanto com os profissionais envolvidos e os dilemas compartilhados na roda. As trocas, as experiências, as atividades, as provocações, as participações estiveram sempre no centro da experiência e podemos dizer que foram, de fato, o grande resultado da pesquisa. Poder criar espaços de Educação Permanente para reflexão e análise do próprio trabalho, se expandindo inclusive para além do encontro mensal, pode ser considerado um importante produto decorrente da experiência.

Com relação às características de inovador e tecnológico, consideramos três principais aspectos para esta discussão: a flexibilidade necessária para operacionalização do Apoio Matricial, considerando as necessidades de saúde do território, o dinamismo das ações e as propostas instituídas sobre tal metodologia de trabalho; a centralidade do trabalho nas necessidades de saúde das pessoas e coletivos, a discussão de casos e a elaboração de PTS; e a modificação da lógica ambulatorial e da especialidade para uma orientação do trabalho interprofissional. Entendemos que o que há de inovador com relação ao Apoio Matricial nas perspectivas acima citadas são os desafios e a ousadia para sua implementação, ao encarar de frente todo esse poder com o qual o mesmo lida.

O que há de inovação tecnológica neste fazer do Apoio Matricial envolve estes três principais aspectos citados acima, objeto deste estudo. Modificar as práticas enraizadas em um saber técnico consolidado na especialidade e atendimento ambulatorial não é ou será fácil.

Esta zona de conforto ainda parece, a alguns, campo adequado para as práticas, mesmo que não responda às necessidades dos públicos alvo do NASF: equipe e usuários da ABS. Esta lógica vem se modificando, com novas propostas de formação de profissionais, com processos de Educação Permanente e, principalmente, com profissionais que desejam e realizam a mudança no dia a dia de seu trabalho. Temos visto isto com maior frequência. Podemos ousar esta mudança com quem compartilha deste projeto de gestão do cuidado, de forma a horizontalizar as relações de poder tão fortemente existentes entre os profissionais e os serviços da rede de saúde.

Com relação às novas propostas de formação profissional, podemos dizer que alguns aspectos são importantes neste cenário, como projetos pedagógicos mais centrados em metodologias ativas de ensino e aprendizagem, novos cenários de prática e, principalmente, uma maior aproximação a estes cenários onde são desenvolvidas as práticas. Tais características podem ser consideradas como inovadoras, a partir do ponto em que precisam de novos conhecimentos para sua efetivação e execução. Também é necessária capacitação específica que se alinhe a estes pontos para se poder formar profissionais de saúde que respondam às necessidades mais recentes do produzir cuidado.

O Apoio Matricial requer descobertas sobre novas formas de se fazer, de se colocar em prática este cuidado com criatividade e respeito às especificidades locais. Este conhecimento, podemos dizer, não é apenas da ordem cognitiva, mas também atitudinal, psicomotor e de outras competências e habilidades (nem sempre descritas em manuais). Como agregar diferentes tecnologias e modos de fazer, então, para que o Apoio Matricial possa ser considerado uma inovação? Apoio por apoio não é inovação, já que não há como operacionalizá-lo sem os conhecimentos acima descritos.

Talvez a grande possibilidade de inovar do Apoio Matricial (tanto nos NASFs quanto em outros serviços que adotem esta lógica) esteja ao propiciar uma ampliação de ações e, principalmente, possibilidades, de forma criativa e diferente.

Esta e outras tantas pesquisas e ações têm se dedicado à produção de conhecimento a respeito de outras formas de produção e de gestão do cuidado. É importante pensarmos a respeito da apropriação deste conhecimento produzido na prática dos profissionais. Ainda há uma distância grande entre o que e quem produz saberes, entre o conhecer e o praticar.

Neste sentido, podemos dizer que a Universidade tem um papel importante na proposição de atividades que tragam este contexto para centro da roda. Além disso, seu compromisso social se evidencia ao fomentar propostas para consolidação do sistema de saúde e também de outros projetos dos serviços da rede de cuidados.

Tantos foram os ganhos com este projeto que os atores envolvidos desejavam sua continuidade após a coleta de dados, o que culminou na proposta de um Projeto de Extensão vinculado à própria universidade, ainda em parceria com o DRSIII-Araraquara/SP, estendendo o número de encontros e de participantes até dezembro de 2017. Durante a pesquisa, mais dois NASFs foram implantados e outros quatro municípios iniciaram o processo de credenciamento do serviço.

Com relação aos limites deste trabalho, podemos sinalizar por hora a necessidade de aprofundamento e investimento teórico e empírico acerca da abordagem do Apoio Matricial como inovação tecnológica em saúde. Outro ponto que merece destaque envolve a indicação pelos participantes sobre a continuidade dos encontros do grupo, após a pesquisa e agora após o Projeto de Extensão. Que tipo de apoio ainda é necessário? Aquele sistemático para consolidação de um serviço “inovador”, que sirva de resistência para não voltar a se ter uma agenda de especialidades na atenção básica? Espaços de Educação Permanente para a reflexão e análise do próprio trabalho realizado?

Um terceiro limite ainda ronda acerca de todo o conhecimento que já fora construído a respeito do Apoio Matricial, até mesmo antes do NASF. O que está faltando para que o Apoio Matricial se efetive? Como está a incorporação dos saberes produzidos sobre o apoio na prática dos profissionais e dos serviços? Podemos indicar, ainda, a importância da gestão do cuidado em saúde e a relação do NASF com ESF (ou, expandindo, de serviços que adotem a lógica do apoio em seu trabalho) que ainda precisa de investimento, pois sem esta relação, não há possibilidades de apoio.

Este trabalho, por sua implicação e relação com os NASFs da região, acabou por não realizar uma caracterização da lógica de trabalho das equipes de Saúde da Família, suas características, dificuldades, necessidades, situação de trabalho e desafios na operacionalização das diretrizes da PNAB. Talvez esta situação, que provavelmente é diversa (tendo em vista a realidade de municípios de porte e planos de governo diferenciados), pudesse trazer ao trabalho outros aspectos para a análise, assim como possa ser considerada em trabalhos futuros.

Sabemos dos dilemas e desafios de implantação de perspectivas inovadoras de trabalho. Muitos outros estudos que tiveram como enfoque o Apoio Matricial também consideraram este fator como, talvez, o mais importante. Gostaríamos de deixar aqui registrado que, apesar de cientes e com dados que claramente apontam neste sentido, estas equipes têm operacionalizado formas de trabalho, nem sempre ideais, mas construídas em processo. E, a longo prazo, esperamos atingir objetivos instituídos importantes como a adoção

da atenção básica como primordial e ordenadora da rede de cuidados, ampliação das ações de cuidado e, principalmente, ampliação do acesso dos usuários às ações cuidadoras. Estes são os principais objetivos de estudos e ações como estas, ao acreditar que o SUS é capaz de sustentar esse desafio, apesar do momento de incertezas vivido atualmente. É nosso papel servir de resistência também ao que foi construído, alcançado e conquistado, para que não haja retrocessos. Talvez os NASFs também sejam uma forma de resistência.

## REFERÊNCIAS

ANÉAS, T. V. Apoio matricial dos Núcleos de apoio à saúde de família (NASF): uma análise da região norte do município de São Paulo. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Investigação sobre cogestão, apoio institucional e apoio matricial no SUS**. 1.ed. São Paulo: Hucitec: FAPESP, 2017. p. 176-206.

AZEVEDO, D. M.; COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F. A. N. Uso do ALCESTE na análise de dados qualitativos: contribuições na Pesquisa em Enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE on line**, v. 7, n. esp, p. 5015-22, 2013.

BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 3.ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996. 235p.

BATISTA, N. A. A educação interprofissional na formação em saúde. In: CAPOZZOLO, A. A.; CASETTO, S. J.; HENZ, A. O. **Clínica Comum: itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 59-68.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: Gabinete do Ministro. Seção 1, p. 71-76, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: Gabinete do Ministro. Seção 1, p. 47-50, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: Gabinete do Ministro. Seção 1, p. 48-55, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: Gabinete do Ministro. Seção 1, p. 233, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 548, de 04 de abril de 2013. Define o valor de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidade 1, 2 e 3. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: Gabinete do Ministro. Seção 1, p. 59, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: Gabinete do Ministro. Seção 1, p. 68-76, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e insumos estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 2ª. Edição. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e insumos estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política Nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde**. 2ª. Edição. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica: diretrizes do NASF**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da atenção e gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 64p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015 – 2016)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:  
[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual\\_Instrutivo\\_3\\_Ciclo\\_PMAQ.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf)  
f. Acesso em: 20 maio.2016.

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

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, G. W. S. et al. **Investigação sobre cogestão, apoio institucional e apoio matricial no SUS**. 1.ed. São Paulo: Hucitec: FAPESP, 2017. 241p.

CAMPOS, G. W. S. Projeto terapêutico e estratégias de promoção em situações de apoio matricial. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Investigação sobre cogestão, apoio institucional e apoio matricial no SUS**. 1.ed. São Paulo: Hucitec: FAPESP, 2017. p. 103-111.

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

CARVALHO, S. R.; CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 2, p. 507-515, 2000.

CASTRO, C. P. Apoio matricial no SUS Campinas: a construção de práticas compartilhadas. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Investigação sobre cogestão, apoio institucional e apoio matricial no SUS**. 1.ed. São Paulo: Hucitec: FAPESP, 2017. p. 112-140.

CELA, M.; OLIVEIRA, I. F. O psicólogo no Núcleo de Apoio à saúde da Família: articulação de saberes e ações. **Estud. psicol.**, v. 20, n.1, pp.31-39, 2015.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde Soc.**, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

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), Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, 2006.

FEUERWERKER, L. C. M.; CAPOZZOLO, A. A. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo Trabalho em Saúde. In: CAPOZZOLO, A. A.; CASETTO, S. J.; HENZ, A. O. **Clínica Comum: itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 35-58.

FLEURY, S.; OUVÉREY, A. M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al (org). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 25-58.

GADELHA, C. A. G.; MALDONADO, J. M. S. V.; COSTA, L. S. O complexo produtivo da saúde e sua relação com o desenvolvimento: um olhar sobre a dinâmica da inovação em saúde. In: GIOVANELLA, L. et al (org). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 209-238.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. et al (org). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 493-546.

GOZZI, A. P. N. F.; OGATA, M. N.; MIOTELLO, V.; HOFFMANN, W. A. M.; PEDRO, W. J. A. Uma discussão sobre apoio matricial enquanto tecnologia de gestão na qualificação da atenção em saúde. In: HOFFMANN, W. A. M.; PEDRO, W. J. A.; MIOTELLO, V. **Diferentes conexões em Ciência, tecnologia e sociedade**. Pedro & João editores, 2016. 272p.

GUIMARÃES, R.; SOUZA, L. E. P. F.; SANTOS, L. M. P. Ciência, tecnologia e pesquisa em saúde. In: GIOVANELLA, L. et al (org). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 239-258.

JAPIASSU, H. **O sonho transdisciplinar e as razões da filosofia**. Rio de Janeiro: Imago, 2006. 240p.

KREIMER, P. Estudios sociales de la ciencia y la tecnologia em América Latina: Para qué? Para quién? **Redes**, v. 13, n. 26, p. 55-64, 2007.

L'ABBATE, S. A análise institucional e a saúde coletiva. **Ciência & Saúde coletiva**, v. 8, n. 1, p. 265-74, 2003.

LANCMAN, S.; GONÇALVES, R. M. A.; CORDONE, N. G.; BARROS, J. O. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n. 5, p. 968-75, 2013.

LEITE, A. C. O.; FERRAZ, M. C. C. Educação CTS: reflexões sobre os conteúdos curriculares e as metodologias de ensino e aprendizagem. In: HOFFMANN, W. A. M. (org.) **Ciência, tecnologia e sociedade: desafios da construção do conhecimento**. São Carlos: EdUFSCar, 2011. p. 39-50.

MARCONDES, N. A. V.; BRISOLA, E. M. A. Análise por triangulação de métodos: um referencial para pesquisas qualitativas. **Revista Univap**, v. 20, n. 35, 2014.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002. 191p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONCEAU, G. A socioclínica institucional para pesquisas em educação e em saúde. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. (org). **Análise Institucional e saúde coletiva**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2013. p. 91-103.

MONCEAU, G. Transformar as práticas para conhecê-las: pesquisa ação e profissionalização docente. **Educação e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 467-482, 2005. (Trad. Lólio Lourenço de Oliveira).

NORDI, D. F. **Núcleo de apoio à saúde da família: o processo de implantação em um município paulista**, 2014. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal de São Carlos, Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica, 2014.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al (org). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 365-394.

OGATA, M. N. **Concepções de saúde e doença: estudo das representações sociais de profissionais de saúde**, 2000. Tese (Doutorado), Universidade de São Paulo, Programa de Pós-graduação em Enfermagem fundamental, 2000.

OLIVEIRA, M. M. **Apoio matricial na atenção básica de Campinas: formação e prática**, 2014. Dissertação (Mestrado), Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, 2014.

PALACIOS, E. M. G. et al (org). **Ciencia, Tecnología y Sociedad**: una aproximación conceptual. Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI) 2001. Disponível em: <<http://ibercienciaoei.org/CTS.pdf>>. Acesso em: 15 agosto.2016.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (org.) **Pistas do método da cartografia**: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2015. 207 p.

PEDRO, W. J. A.; SOUSA, C. M.; OGATA, M. N. Ciência, Tecnologia e Sociedade. In: **Dicionário crítico em educação+tecnologias e EaD**. Editora Papirus. No prelo.

ROSSI, A.; PASSOS, E. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. **Revista EPOS**, v. 5, n. 1, p. 156-181, 2014.

SOEIRO, E. et al. Tecnologia e inovação na gestão do cuidado: o apoio matricial na ampliação da clínica e formação de profissionais de saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Investigação sobre cogestão, apoio institucional e apoio matricial no SUS**. 1.ed. São Paulo: Hucitec: FAPESP, 2017. p. 141-175.

STAKE, R. E. **Pesquisa qualitativa**: estudando como as coisas funcionam. Porto Alegre: Penso, 2011. 263p.

TARGETWARE. **ALCESTE**: Software de Análise de Dados Textuais. Disponível em: [www.alcestesoftware.com.br/manuais/alceste-complemento.doc](http://www.alcestesoftware.com.br/manuais/alceste-complemento.doc). Acesso em: 05 ago.2015.

ZAUITH, G.; OGATA, M. N.; HAYASHI, M. C. P. I. Um breve panorama sobre a educação CTS no Brasil. In: HOFFMANN, W. A. M. (org.) **Ciência, tecnologia e sociedade**: desafios da construção do conhecimento. São Carlos: EdUFSCar, 2011. p. 21-38.

## APÊNDICES

### Apêndice 1 - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)/ Fase 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do estudo: “Aspecto pedagógico na ação do NASF: seu papel enquanto tecnologia de qualificação da atenção básica”

Pesquisador(a) responsável: Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi

Instituição / Departamento: Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)/ Centro de Educação e Ciências Humanas/ Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade (PPGCTS)

Endereço do(a) pesquisador(a) responsável: Av. Washington Luiz, Km 235

Telefone do(a) pesquisador(a) responsável para contato: (16) 99201-9710

Local da coleta de dados: Departamento Regional de Saúde III

Prezado(a) Senhor(a):

- Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa de forma totalmente voluntária.
- Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- A pesquisadora deverá responder a todas as suas dúvidas antes que você se decida a participar.
- Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Objetivo do estudo: Investigar as tecnologias presentes nas ações inerentes aos profissionais do NASF para a realização do apoio matricial em saúde junto às equipes de atenção básica, de forma a qualificar o cuidado em saúde oferecido à população.

Procedimentos: Sua participação nesta pesquisa consistirá em **responder entrevista na presença da pesquisadora, compondo a Fase 1 do projeto**, na qual participarão gestores/ coordenadores de NASF da região do DRSIII Araraquara.

Benefícios: Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você. Espera-se que o estudo contribua positivamente na compreensão sobre apoio matricial, aspectos pedagógicos e tecnológicos inerentes à sua prática, assim como contribua para a implantação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família na região.

Riscos: A participação com preenchimento do questionário representará baixo risco de ordem física ou psicológica para você, como a exposição do participante frente ao pesquisador e demais profissionais participantes.

Sigilo: As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Ciência e de acordo do participante (sujeito da pesquisa):

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto pelo(a) pesquisador(a), eu \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

\_\_\_\_\_ (local), \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sujeito de pesquisa ou  
Representante legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pelo projeto

Ciência e de acordo do pesquisador responsável:

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

Declaro que assinei 2 vias deste termo, ficando com 1 via em meu poder.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sujeito de pesquisa ou  
Representante legal

## Apêndice 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido(TCLE)/ Fase 2

**Título do estudo:** “O exercício da prática no NASF: Apoio Matricial enquanto inovação em saúde?”

**Pesquisador(a) responsável:** Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi

**Instituição / Departamento:** Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)/ Centro de Educação e Ciências Humanas/ Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade (PPGCTS)

**Endereço do(a) pesquisador(a) responsável:** Av. Washington Luiz, Km 235

**Telefone do(a) pesquisador(a) responsável para contato:** (16) 99201-9710

**Local da coleta de dados:** Departamento Regional de Saúde III

Prezado(a) Senhor(a):

- Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa de forma totalmente **voluntária**.
- Antes de concordar em participar desta pesquisa, responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- Os pesquisadores deverão responder a todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar.
- Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

**Objetivo do estudo:** *Investigar a prática interdisciplinar de apoio matricial da equipe NASF como inovação em saúde em uma região de saúde do Estado de São Paulo.*

**Procedimentos:** Sua participação nesta pesquisa consistirá em **responder questionário de caracterização de perfil do trabalhador NASF**, compondo a **Fase 2** do projeto, na qual participarão profissionais de NASF (implantados) da região do DRSIII Araraquara.

**Benefícios:** Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, com benefício discreto para você. Espera-se que o estudo contribua positivamente na compreensão sobre apoio matricial, aspectos inerentes à sua prática enquanto inovação em saúde, assim como contribua para a implantação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família na região.

**Riscos:** A participação com preenchimento do questionário representará baixo risco de ordem física ou psicológica para você, a não ser exposição do conteúdo das respostas ao pesquisador.

**Sigilo:** As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

### Ciência e de acordo do participante (sujeito da pesquisa):

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto pelo(a) pesquisador(a), eu \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento **em duas vias**, ficando com a posse de uma delas.

\_\_\_\_\_ (local), \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sujeito de pesquisa ou  
Representante legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pelo projeto

### Ciência e de acordo do pesquisador responsável:

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

Declaro que assinei 2 vias deste termo, ficando com 1 via em meu poder.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sujeito de pesquisa ou  
Representante legal

### Apêndice 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido(TCLE)/ Fase 2

**Título do estudo:** “O exercício da prática no NASF: Apoio Matricial enquanto inovação em saúde?”

**Pesquisador(a) responsável:** Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi

**Instituição / Departamento:** Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)/ Centro de Educação e Ciências Humanas/ Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade (PPGCTS)

**Endereço do(a) pesquisador(a) responsável:** Av. Washington Luiz, Km 235

**Telefone do(a) pesquisador(a) responsável para contato:** (16) 99201-9710

**Local da coleta de dados:** Departamento Regional de Saúde III

Prezado(a) Senhor(a):

- Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa de forma totalmente **voluntária**.
- Antes de concordar em participar desta pesquisa e participar do grupo intervenção, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- Os pesquisadores deverão responder a todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar.
- Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

**Objetivo do estudo:** *Investigar a prática interdisciplinar de apoio matricial da equipe NASF como inovação em saúde em uma região de saúde do Estado de São Paulo.*

**Procedimentos:** Sua participação nesta pesquisa consistirá em **participar de grupos de intervenção/ apoio**, compondo a **Fase 2** do projeto, na qual participarão profissionais de NASF (implantados) da região do DRSIII Araraquara.

**Benefícios:** Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, com benefício discreto para você. Espera-se que o estudo contribua positivamente na compreensão sobre apoio matricial, aspectos inerentes à sua prática enquanto inovação em saúde, assim como contribua para a implantação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família na região.

**Riscos:** A participação nos grupos representará baixo risco de ordem física ou psicológica para você e exposição do participante frente ao pesquisador e demais profissionais participantes.

**Sigilo:** As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

#### **Ciência e de acordo do participante (sujeito da pesquisa):**

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto pelo(a) pesquisador(a), eu \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento **em duas vias**, ficando com a posse de uma delas.

\_\_\_\_\_ (local), \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sujeito de pesquisa ou  
Representante legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pelo projeto

#### **Ciência e de acordo do pesquisador responsável:**

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

Declaro que assinei 2 vias deste termo, ficando com 1 via em meu poder.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sujeito de pesquisa ou  
Representante legal

#### **Apêndice 4 - Questões norteadoras**

##### **FASE 1 – ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS PELA COORDENAÇÃO DO NASF**

Fale seu nome completo e seu cargo no município. (Você é coordenador do NASF?)

Me conte como o NASF tem trabalhado no seu município? (equipe, tipo de NASF, tempo de implantação...)

Conta para mim como se organizam as ações realizadas pelo NASF junto às equipes? (modelo de atenção)

Como é este atendimento?

Como foi montada esta equipe? Como se constituiu?

Como começaram a atender? Houve alguma formação?

No que vocês se basearam para colocar o NASF em funcionamento?

Houve alguma aproximação com materiais publicados pelo Ministério da Saúde? (portarias, cadernos, DRS...)

O que você acha que avançou depois da implantação do NASF?

Quais os desafios que vocês ainda encontram?

O que significou o NASF para o cuidado? No cuidado, como identifica as ações que o NASF vem realizando?

Pra gente terminar, o que é o NASF para você?

## Apêndice 5 - QUESTIONÁRIO COM PROFISSIONAIS NASF (Fase 2)<sup>4</sup>

Data de preenchimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Idade: \_\_\_\_\_

Cargo para o qual foi contratado: \_\_\_\_\_

Função atual: \_\_\_\_\_

Tempo neste serviço: \_\_\_\_\_

Área(s) que identifica que desenvolve Apoio Matricial:

( ) Saúde Mental ( ) Reabilitação ( ) Saúde da Mulher ( ) Práticas Integrativas

( ) Segurança Alimentar ( ) atividades físicas

( ) Outra(s)/Qual(is) \_\_\_\_\_

### SUA FORMAÇÃO

1) Qual sua formação de Graduação?

Curso: \_\_\_\_\_

Instituição de ensino: \_\_\_\_\_

Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

Caráter da instituição: ( ) público ( ) privado ( ) outro: Qual? \_\_\_\_\_

2) Durante a graduação você cursou disciplinas/estágios em serviços de Saúde Pública/Saúde Coletiva? ( ) Sim ( ) Não

3) Você possui alguma pós-graduação? ( ) Sim ( ) Não

Se SIM, cite qual(is) :

Modalidade (aprimoramento, especialização, mestrado, residência

etc): \_\_\_\_\_

Curso/Área: \_\_\_\_\_

Instituição de ensino: \_\_\_\_\_

Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

### CARGO QUE OCUPA

4) Qual a Instituição empregadora? ( ) Prefeitura ( ) OS

( ) Outra/Qual? \_\_\_\_\_

( ) CLT ( ) Estatutário(a) ( ) Outro/Qual? \_\_\_\_\_

5) Carga horária: \_\_\_\_\_ horas semanais

\_\_\_\_\_

<sup>4</sup> Oliveira (2014) foi utilizada como referência para elaboração deste questionário.

6) Você foi contratado para trabalhar no NASF e/ ou com Apoio Matricial?

Sim  Não  Não Sei/Não lembro

7) Você foi informado que as atividades de Apoio Matricial estavam entre as funções a serem exercidas no seu cargo atual?

Sim  Não  Não Sei/Não lembro

8) Você considera que possui formação para realização do apoio matricial em seu cargo atual?

Sim  Não  Não Sei/Não lembro

9) Qual a constituição da equipe com a qual você trabalha no NASF? Cite as categorias profissionais que a compõem.

---

---

---

#### EXERCÍCIO DO APOIO MATRICIAL

10) Há quanto tempo está envolvido com atividades de Apoio Matricial?(em meses)

---

11) Do total de horas para o qual você foi contratado, quantas horas semanais você dedica às atividades de Apoio Matricial? \_\_\_\_\_(horas apoio)

12) Como foi a forma de ingresso em sua função de Apoio Matricial?

concurso  processo seletivo  indicação  pactuado na equipe

outro/qual \_\_\_\_\_

13) Conhece algum documento oficial (da Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e/ou do Ministério da Saúde) que oriente as tarefas do Apoio Matricial?

Sim  Não

14) Como as equipes apoiadas acionam o seu suporte enquanto Apoiador Matricial?

---

---

---

---

15) Quantas equipes de referências são apoiadas pela equipe NASF? \_\_\_\_\_

16) Assinale os instrumentos/ferramentas que considera que utiliza nas suas atividades de Apoio Matricial.

Pode assinalar mais de uma alternativa:

Discussão de casos

Construção de Projeto Terapêutico Singular com a Equipe Apoiada

Intervenções conjuntas com profissionais apoiados (grupos, visitas domiciliares, consultas etc)

- ( ) Assistência direta a usuários indicados pela Equipe Apoiada
- ( ) Atividades de formação para as Equipes (atualização temática, discussão de protocolos)
- ( ) Tele Apoio (telefone, e-mail, Skype)
- ( ) Projetos de saúde intersetoriais no território
- ( ) Outros. Quais? \_\_\_\_\_

17) Cite três resultados positivos do seu trabalho de Apoio Matricial

---

---

---

18) Cite três dificuldades no seu trabalho de Apoio Matricial

---

---

---

19) Qual sua expectativa com seu trabalho realizado em Apoio Matricial?

---

---

---

**Apêndice 6 – Variáveis utilizadas na linha de comando no software ALCESTE 4.5**

Sujeito	sujeito	1 – 10 (em ordem alfabética)	
Município	mun_	A	1
		B	2
		N	3
		S	4
		D	5
		J	6
		P	7
		E	8
		F	9
		X	10
Sexo	sex_	Feminino	1
		Masculino	2
Profissão	prof_	Nutricionista	1
		Médico	2
		Terapeuta Ocupacional	3
		Fisioterapeuta	4
		Psicólogo	5
		Enfermeira	6
Cargo	cargo_	Coordenador/Interlocutor nasf	1
		Coordenador/diretor saúde	2
		profissional nasf	3

## ANEXOS

### Anexo I – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS/UFSCAR



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Aspecto pedagógico na ação do Núcleo de Atenção a Saúde da Família (NASF): seu papel enquanto tecnologia de qualificação da atenção básica

**Pesquisador:** Alana de Paiva Nogueira Fomereto Gozzi

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 49675915.9.0000.5504

**Instituição Proponente:** CECH - Centro de Educação e Ciências Humanas

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.293.649

##### **Apresentação do Projeto:**

O projeto apresenta-se bem detalhado e com os objetivos alinhados a metodologia e ao estado da arte. Todos os termos como TCLE e autorizações foram apresentados adequadamente. Os riscos e benefícios também foram definidos adequadamente.

##### **Objetivo da Pesquisa:**

O objetivo geral do presente projeto é investigar as tecnologias presentes nas ações inerentes aos profissionais do NASF para a realização do apoio matricial em saúde junto às equipes de atenção básica, de forma a qualificar o cuidado em saúde oferecido à população.

##### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Adequados

##### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um projeto tem como pretensão que o papel do profissional do NASF seja melhor compreendido, assim como os aspectos tecnológicos inerentes à sua ação sejam revelados, possibilitando uma discussão com atores envolvidos de forma compartilhada sobre o exercício e dilemas deste profissional, assim como dialogar com campo da Ciência, Tecnologia e Sociedade de forma a trazer conhecimentos específicos.

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9693

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 1.293.649

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Adequados.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_560908.pdf	09/09/2015 11:41:18		Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_APNFG.docx	09/09/2015 11:32:22	Alana de Paiva Nogueira Fomereto Gozzi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_apoio_matricial_para_cep_APNFG.doc	08/09/2015 22:48:15	Alana de Paiva Nogueira Fomereto Gozzi	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	coracao_autorizacao.jpg	08/09/2015 22:47:16	Alana de Paiva Nogueira Fomereto Gozzi	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	norte_autorizacao.jpg	08/09/2015 22:46:14	Alana de Paiva Nogueira Fomereto Gozzi	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	centro_oeste_autorizacao.jpg	08/09/2015 22:45:22	Alana de Paiva Nogueira Fomereto Gozzi	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	central_autorizacao.jpg	08/09/2015 22:44:36	Alana de Paiva Nogueira Fomereto Gozzi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_fase_I.doc	02/09/2015 10:17:34	Alana de Paiva Nogueira Fomereto Gozzi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_fase_II.doc	02/09/2015 10:17:19	Alana de Paiva Nogueira Fomereto Gozzi	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

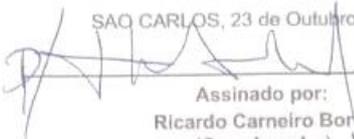
E-mail: cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 1.293.849

Não

SÃO CARLOS, 23 de Outubro de 2015

Assinado por:  
Ricardo Carneiro Borta  
(Coordenador)

  
Henrique Afonso de André Sobrinho  
Secretário Executivo  
ProPq/UFSCar

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Telefone: (16)3351-9683

Município: SÃO CARLOS

CEP: 13.565-905

E-mail: cephumanos@ufscar.br

## Anexo II – Cartas de Autorização das Regiões de Saúde

### Região Central

#### CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar),

Eu, Antonio Martins de Oliveira, diretor responsável do Departamento Regional de Saúde de Araraquara – DRS III, venho por meio desta informar a V. Sa. que na reunião realizada com os gestores da Região Central que contempla os municípios: Araraquara; Américo Brasiliense; Boa Esperança do Sul; Gavião Peixoto; Motuca; Rincão; Santa Lúcia e Trabiju, foi dada a anuência dos gestores para a pesquisadora Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi, do curso de doutorado do Programa de Pós Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade da Universidade Federal de São Carlos, desenvolver a pesquisa intitulada “**Aspecto pedagógico na ação do NASF: seu papel enquanto tecnologia de qualificação da atenção básica**” sob orientação da Profª. Dra. Marcia Niituma Ogata.

Esta instituição está ciente de sua corresponsabilidade como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Dados do Responsável Legal Pela Instituição na qual ocorrerá a Pesquisa:

Nome: Antonio Martins de Oliveira

Cargo: Diretor do DRS III Araraquara

Telefone para contato: (16) 3301-1810

Email (se possuir): [drs3@saude.sp.gov.br](mailto:drs3@saude.sp.gov.br)

Araraquara, 31 de agosto de 2015.

Assinatura: \_\_\_\_\_

(assinatura e carimbo)

ANTONIO MARTINS DE OLIVEIRA  
Diretor Técnico de Saúde III  
R.G.: 10.174.222-8 - DRS - III

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar / Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos,  
Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br)

## Região Centro Oeste

### CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar),

Eu, Antonio Martins de Oliveira, diretor responsável do Departamento Regional de Saúde de Araraquara – DRS III, venho por meio desta informar a V. Sa. que na reunião realizada com os gestores da Região Centro Oeste que contempla os municípios: Borborema; Ibitinga; Itápolis; Nova Europa e Tabatinga, foi dada a anuência dos gestores para a pesquisadora Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi, do curso de doutorado do Programa de Pós Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade da Universidade Federal de São Carlos, desenvolver a pesquisa intitulada “**Aspecto pedagógico na ação do NASF: seu papel enquanto tecnologia de qualificação da atenção básica**” sob orientação da Profª. Dra. Marcia Niituma Ogata.

Esta instituição está ciente de sua corresponsabilidade como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Dados do Responsável Legal Pela Instituição na qual ocorrerá a Pesquisa:

Nome: Antonio Martins de Oliveira

Cargo: Diretor do DRS III Araraquara

Telefone para contato: (16) 3301-1810

Email (se possuir): [drs3@saude.sp.gov.br](mailto:drs3@saude.sp.gov.br)

Araraquara, 03 de ag (setembro) de 2015.

Assinatura: \_\_\_\_\_

(assinatura e carimbo)

ANTONIO MARTINS DE OLIVEIRA  
Diretor Técnico de Saúde III  
R.G.: 0.174.222-8 - DRS - III

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar / Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos,  
Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br)

## Região Coração

### CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar),

Eu, Antonio Martins de Oliveira, diretor responsável do Departamento Regional de Saúde de Araraquara – DRS III, venho por meio desta informar a V. Sa. que na reunião realizada com os gestores da Região Coração que contempla os municípios: Descalvado; Dourado; Ibaté; Porto Ferreira; Ribeirão Bonito e São Carlos, foi dada a anuência dos gestores para a pesquisadora Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi, do curso de doutorado do Programa de Pós Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade da Universidade Federal de São Carlos, desenvolver a pesquisa intitulada “Aspecto pedagógico na ação do NASF: seu papel enquanto tecnologia de qualificação da atenção básica” sob orientação da Profa. Dra. Marcia Niituma Ogata.

Esta instituição está ciente de sua corresponsabilidade como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Dados do Responsável Legal Pela Instituição na qual ocorrerá a Pesquisa:

Nome: Antonio Martins de Oliveira

Cargo: Diretor do DRS III Araraquara

Telefone para contato: (16) 3301-1810

Email (se possuir): [drs3@saude.sp.gov.br](mailto:drs3@saude.sp.gov.br)

Araraquara, 01 de setembro de 2015.

Assinatura: \_\_\_\_\_

(assinatura e carimbo)

ANTONIO MARTINS DE OLIVEIRA  
Diretor Técnico de Saúde III  
R.G.: 10.174.222-8 - DRS - III

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar / Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos,  
Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br)

## Região Norte

### CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar),

Eu, Antonio Martins de Oliveira, diretor responsável do Departamento Regional de Saúde de Araraquara – DRS III, venho por meio desta informar a V. Sa. que na reunião realizada com os gestores da Região Norte que contempla os municípios: Cândido Rodrigues; Dobrada; Matão; Santa Eneerstina e Taquaritinga, foi dada a anuência dos gestores para a pesquisadora Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi, do curso de doutorado do Programa de Pós Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade da Universidade Federal de São Carlos, desenvolver a pesquisa intitulada “**Aspecto pedagógico na ação do NASF: seu papel enquanto tecnologia de qualificação da atenção básica**” sob orientação da Profa. Dra. Marcia Niituma Ogata.

Esta instituição está ciente de sua corresponsabilidade como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Dados do Responsável Legal Pela Instituição na qual ocorrerá a Pesquisa:

Nome: Antonio Martins de Oliveira

Cargo: Diretor do DRS III Araraquara

Telefone para contato: (16) 3301-1810

Email (se possuir): [drs3@saude.sp.gov.br](mailto:drs3@saude.sp.gov.br)

Araraquara, 04 de Setembro de 2015.

Assinatura: \_\_\_\_\_

(assinatura e carimbo) DE OLIVEIRA  
R. S. 174.222-8 DRS - III

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar / Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos,  
Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br)