



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

KÁTIA SANTOS DE OLIVEIRA

**PROCESSO DE TRABALHO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE
DA FAMÍLIA E O DESENVOLVIMENTO DO APOIO MATRICIAL
PARA A PRODUÇÃO DO CUIDADO**

Londrina
2014

KÁTIA SANTOS DE OLIVEIRA

**PROCESSO DE TRABALHO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE
DA FAMÍLIA E O DESENVOLVIMENTO DO APOIO MATRICIAL
PARA A PRODUÇÃO DO CUIDADO**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Regina Melchior
Coorientadora: Profa. Dra. Rossana Staeve Baduy

Londrina
2014

Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

O48p Oliveira, Kátia Santos de.
Processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e o desenvolvimento do apoio matricial para a produção do cuidado / Kátia Santos de Oliveira. –
Londrina, 2014.
148 f. : il.

Orientador: Regina Melchior.
Coorientador: Rossana Staevie Baduy.
Mestrado (Dissertação em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2014.
Inclui bibliografia.

1. Família – Saúde e higiene – Teses. 2. Serviços de saúde comunitária – Teses. 3. Recursos humanos na saúde pública – Teses. 4. Cuidados primários de saúde – Teses. I. Melchior, Regina. II. Baduy, Rossana Staevie. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

CDU 614.2

KÁTIA SANTOS DE OLIVEIRA

**PROCESSO DE TRABALHO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA
FAMÍLIA E O DESENVOLVIMENTO DO APOIO MATRICIAL PARA A
PRODUÇÃO DO CUIDADO**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora. Profa. Dra. Regina Melchior
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Coorientadora. Profa. Dra. Rossana Staeve
Baduy
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Dra. Ana Claudia Barbosa da Silva Roosli
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Dra. Clarissa Terenzi Seixas
Universidade Federal do Rio de Janeiro –
UFRJ

Londrina, 29 de maio de 2014.

DEDICO

Aos meus amados pais, Ailton e Marta.

À minha companheira e irmã Tamires.

À meu namorado Lucas, parceiro e maior apoiador.

AGRADECIMENTOS

À minha família, cujo o amor e a importância de cada um em minha vida é imensurável. Vocês me ensinaram o valor do estudo, criando oportunidades, apoiando e incentivando meu caminhar.

À minha mãe pelo amor e exemplo de mulher guerreira e inspiradora que é. Que foi meu alicerce para que eu me tornasse a pessoa que sou hoje. E por muitas vezes mudar seus hábitos e rotina para que mais este sonho fosse realizado.

Ao meu pai pelo apoio e disponibilidade nos momentos em que recorri a ele. Sendo um dos meus maiores incentivadores, sempre empolgado com tudo.

À minha irmã por compartilhar comigo momentos de alegria e ser minha “ouvinte” nos momentos de angústia, se fazendo presente mesmo quando estava longe.

Ao meu namorado pela paciência, dedicação e amor, sempre me mantendo atualizada principalmente das novidades tecnológicas. Por compreender meus momentos de ausência para execução deste trabalho, mesmo reclamando. E ainda assim compartilhando de todos os momentos, aguentando meus choros e crises existenciais muitas vezes não revelados a mais ninguém. Sem você não teria forças para a conclusão dessa fase.

À Regina e à Rossana, orientadoras e amigas, que com dedicação, amizade e afeto, me conduziram pelo árduo caminho da pesquisa. Que com muita paciência souberam compreender os momentos difíceis como ninguém, tendo delicadeza até nos momentos de me chamar a atenção. Admiro muito o trabalho de vocês!

À Paula e a Melissa, por participarem diretamente desta construção, proporcionando momentos importante de troca de experiência, compartilhando dos momentos de vivência enquanto pesquisadora.

Aos amigos e colegas do grupo de pesquisa, em especial à Lúcia, Mara, Josi e Brígida por proporcionarem bons encontros com discussões e reflexões imprescindíveis para o andamento dessa pesquisa.

Aos companheiros de Mestrado, pelas contribuições para a construção do meu conhecimento.

E por todos os momentos compartilhados que fizeram estes dois anos mais interessantes e alegres. Aqui fiz novas amizades que não importa a distância continuarão para a vida toda.

Aos meus amigos, de perto e de longe, antigos e novos, pelo apoio em todos os momentos e pelo companheirismo. Aqui em especial à Nathalia e ao Robinson que foram meus “revisores de projeto” quando eu ainda estava tentando entrar no mestrado.

Aos profissionais e amigos do Método DeRose, que sempre estiveram por perto acompanhando minha trajetória, não deixando que eu me afastasse por muito tempo das práticas, reforçando a importância delas para manter o equilíbrio entre corpo e mente. Aos professores do mestrado pelo comprometimento com o ensino e pela disposição tornando meu aprendizado um processo dinâmico, acessível, participativo, intrigante e possível. À Secretaria de Pós-Graduação e ao Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESCO), e em especial à secretária do Departamento de Saúde Coletiva, Sandra, pelo apoio técnico e atenção dispensada sempre com presteza e um sorriso no rosto.

Aos profissionais das unidades de saúde participantes da pesquisa pela disposição e contribuições. Especialmente aos trabalhadores das equipes participantes do estudo, sem vocês este estudo não seria possível.

À banca examinadora, da qualificação e defesa pela disponibilidade em contribuir com o meu conhecimento, auxiliando na construção deste trabalho.

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

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

Enfim, a todos que contribuíram, direta ou indiretamente, na construção desta pesquisa, acreditando no meu sonho. Hoje ele se tornou realidade por meio desta construção coletiva.

Muito Obrigada!

OLIVEIRA, Kátia Santos de. **Processo de trabalho do núcleo de apoio à saúde da família e o desenvolvimento do apoio matricial para a produção do cuidado.** 2014. 148 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina.

RESUMO

A Atenção Básica (AB) tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para a expansão e a consolidação da atenção à saúde no Brasil. Embora considerada de baixa complexidade tecnológica, as necessidades de saúde trazidas pelos usuários são extremamente complexas. Diante dessa complexidade e a fim de alcançar a integralidade da atenção e a interdisciplinaridade das ações, foi proposta pelo Ministério da Saúde a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), para atuar junto às equipes de saúde da família (eSF), com o intuito de transpor a lógica hegemônica e fragmentada do cuidado à saúde. O NASF é constituído por equipes, com profissionais de diferentes áreas, que devem utilizar ferramentas, como o apoio matricial, para oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às eSF. No entanto, esse é um processo em construção, que demanda mudanças de práticas de todos os profissionais envolvidos em sua implementação. Este estudo teve o objetivo de compreender como vem se estruturando o processo de trabalho do NASF no município de Londrina e, em especial, como vem se dando o desenvolvimento do apoio matricial para a produção do cuidado em saúde. Para tanto, desenvolveu-se uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, com uma equipe NASF do referido município, integrada por profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo. Os instrumentos de investigação foram a observação, o grupo focal e a análise documental, colocados em prática de setembro de 2012 a fevereiro de 2013. Para análise do material, foram utilizados referenciais teóricos de textos oficiais, relacionados ao trabalho do NASF, abrangendo apoio matricial, cuidado em saúde, trabalho em equipe e outros temas que surgiram durante a análise. Os resultados foram organizados em três principais categorias: 1. Organização do trabalho da equipe NASF; 2. Apoio Matricial: concepções, modos de produção, ferramentas e estratégias utilizadas pela equipe NASF; e 3. Atividades desenvolvidas pelo NASF. Na primeira categoria, foi descrito o processo vivenciado pelos profissionais do NASF para se inserir na rotina de trabalho da Unidade Básica de Saúde (UBS); as tensões existentes no cotidiano do trabalho do NASF na AB e as possibilidades de intercessão entre NASF e eSF, para o desenvolvimento do trabalho em equipe. Na segunda categoria, foram descritas as ferramentas utilizadas pelos profissionais do NASF para desenvolver o apoio matricial, destacando-se a necessidade de encontro entre os profissionais, propiciado pela criação da reunião de matriciamento, realizada uma vez por mês em cada unidade de atuação dessa equipe. Na reunião de matriciamento, baseada na discussão de casos, planos terapêuticos eram elaborados e assumidos como responsabilidade dos profissionais do NASF, havendo pouca apropriação desse espaço pelos profissionais da eSF. A terceira categoria descreve a organização do trabalho do NASF. Baseada em atividades centradas nos núcleos profissionais, a partir da realização de atendimentos individuais, e mesmo de atividades coletivas, eram determinadas pelas categorias profissionais que se responsabilizavam por sua condução. Na relação NASF e eSF

predomina a lógica do encaminhamento, não havendo, na maioria das vezes, desenvolvimento conjunto das atividades. Com isso, a produção do cuidado mostrou-se fragmentada, representando um obstáculo a ser vencido pelas novas práticas. Há necessidade de apropriação da ferramenta do apoio matricial por parte dos trabalhadores, para ensejar um movimento em que profissionais das UBS e da equipe NASF atuem com corresponsabilidade, a fim de atingir a integralidade do cuidado em saúde, a partir de ações interdisciplinares voltadas, principalmente, às demandas e necessidades trazidas pelos usuários.

Palavras-chave: Estratégia de saúde da família. Atenção primária à saúde. Sistema único de saúde. Apoio matricial. Equipe interdisciplinar de saúde.

OLIVEIRA, Katia Santos de. **Work process of the center for family health and development of matrix support for the health care delivery.** 2014. 148 p. Dissertation (Masters in Public Health) - State University of Londrina.

ABSTRACT

Primary Care (PC) has the Family Health as a priority strategy for expansion and consolidation of health care in Brazil. Although it is considered low technological complexity, the health needs brought about by users are extremely complex. Given such a complexity and in order to achieve integrated care and the interdisciplinary nature of the actions, the Ministry of Health proposed to implement the Center for Family Health (CFH) to work with the Family Health Teams (FHT), with the intention of implementing the hegemonic and fragmented logic of health care. The CFH consists of teams with professionals from different areas, who should make use of tools such as matrix support, offering both backup care and technical and pedagogical support to the FHT. However, this is an ongoing process, which requires changes in practices of all professionals involved in such an implementation. This study aimed to understand how the process has been structuring the work of the CFH in Londrina, in particular, how the development of matrix support for the production of health care has been structured. For this purpose, we developed an exploratory research, qualitative approach, with a team CFH of that municipality, composed by physical educator, pharmacist, physiotherapist, nutritionist and psychologist. The research tools were observation, focus groups and document analysis conducted from September 2012 to February 2013. For the theoretical analysis of the material references of official texts related to the work of CFH, matrix support, health care, teamwork and other themes that emerged during the analysis were used. Results were organized into three main categories: 1. Organization of the work of the CFH team; 2. Matrix Support: Conceptions, modes of production, tools and strategies used by CFH team; and 3. Activities developed by CFH. The first category described the process experienced by CFH professionals to get inserted on the routine work of the Basic Health Unit (BHU), the tensions in the daily work of the CFH in PC and the possibility of intersection between CFH and FHT for development of teamwork. In the second category, the tools used by professionals to develop CFH matrix support were described, highlighting the need for professionals to meet, fostered by the creation of the matrix meeting, held once a month in each unit of activity of this team. The matrix meeting was based on discussion of cases in which treatment plans were drawn up and assumed as responsibility of CFH professionals, with little ownership of that space by FHT professionals. The third category describes the organization of work of CFH. Based on activities focused on professional centers, from the realization of personal care, the collective activities of a group are determined by professional groups who are responsible for conducting such activities. In the relation CFH-FHT the routing logic prevails, and, in most cases, there is no joint development activities. Thus, the production of care is fragmented, representing an obstacle to be overcome by new practices. There is a need for workers to appropriate the tool matrix support to ensure a motion in which professionals from BHU and NASF team act with responsibility to achieve the integrality of health care from interdisciplinary actions geared primarily to needs and demands brought by users.

Keywords: Family health strategy. Primary health care. National health system. Matrix support. Interdisciplinary team health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição das equipes NASF por UBS, quantidade de eSF apoiadas e número de profissionais (NASF)	38
Quadro 2 – Distribuição das UBS, de acordo com número de equipes e de profissionais / categoria profissional que ali atuam.....	41
Quadro 3 – Distribuição dos profissionais por períodos e dias da semana nas UBS.....	56
Quadro 4 – Caracterização dos grupos desenvolvidos pelos profissionais do NASF	107

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	19
1.1 O NASF: PRECEITOS E DIRETRIZES QUE CONDUZEM SUAS PRÁTICAS.....	21
1.2 APOIO MATRICIAL: BASES PARA O DESENVOLVIMENTO DESSA ESTRATÉGIA/ FERRAMENTA.....	24
1.3 O CUIDADO EM SAÚDE, CONCEITOS QUE INTERFEREM EM SEU MODO DE PRODUÇÃO	26
2 OBJETIVOS	30
2.1 OBJETIVO GERAL	30
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
3 PERCURSO METODOLÓGICO	31
3.1 TIPO DE ESTUDO	31
3.2 LOCAL DA PESQUISA.....	31
3.2.1 Histórico da Saúde em Londrina.....	32
3.2.2 Atenção Básica e NASF em Londrina no Ano de 2012	37
3.2.3 O Campo de Pesquisa	40
3.3 A PRODUÇÃO DOS DADOS	41
3.3.1 Observação.....	41
3.3.1.1 A entrada no campo: o percurso na produção dos dados	42
3.3.1.2 O primeiro contato	42
3.3.1.3 A vivência da observação	43
3.3.2 Grupo Focal	45
3.3.3 Análise Documental	46
3.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE	47
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	49
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	50
4.2 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA EQUIPE NASF	51
4.2.1 A inserção da Equipe NASF nas UBS	51

4.2.2	O Processo de Trabalho na UBS: Tensões do Cotidiano no Trabalho do NASF na AB.....	56
4.2.3	Trabalho em Equipe: Possibilidade de Intercessão entre NASF e PSF	65
4.3	APOIO MATRICIAL: CONCEPÇÕES, MODOS DE PRODUÇÃO, FERRAMENTAS E ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELA EQUIPE NASF.....	81
4.3.1	Mudança de Perspectiva: como e o que se faz na Reunião de Matriciamento	94
4.4	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO NASF.....	97
4.4.1	A produção do Cuidado: a partir da Organização do trabalho do NASF, como o Cuidado está Sendo Produzido?	115
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	120
	REFERÊNCIAS.....	124
	APÊNDICES	131
	APÊNDICE A –Roteiro De Entrevista Semiestruturada - Grupo Focal.....	132
	APÊNDICE B –Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Observação Profissional.....	133
	APÊNDICE C –Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Grupo Focal	134
	APÊNDICE D –Autorização Para Análise De Documentos E Registros	135
	ANEXOS	136
	ANEXO A –Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos	137
	ANEXO B –Modelo de Relatório de Atendimento em Grupo	138
	ANEXO C –Modelo de Relatório de Atendimento Individual (consolidado mensal).....	139
	ANEXO D –Modelo de Relatório Mensal (Profissional de Educação Física)	140
	ANEXO E –Modelo de Relatório Mensal (Farmacêutico).....	141
	ANEXO F –Modelo de Relatório Mensal (Fisioterapeuta).....	142
	ANEXO G –Modelo de Relatório Mensal (Nutricionista)	144
	ANEXO H –Modelo de Relatório Mensal (Psicólogo).....	146
	ANEXO I – Modelo da Ficha de Plano Terapêutico	148

APRESENTAÇÃO

Nos dois primeiros anos de graduação em Fisioterapia (2005 e 2006), poucas foram as oportunidades de aproximação e conhecimento sobre saúde coletiva, e menos ainda de atuação nessa área, por mais que, no segundo ano da graduação, tivesse sido ministrada a disciplina de saúde coletiva à minha turma. Provavelmente, não tive tanto interesse, também por se tratar de uma fase de amadurecimento enquanto pessoa e enquanto profissional para a construção de conhecimento. Meu interesse, como fisioterapeuta, foi despertado a partir do terceiro ano da graduação (2007), com a oportunidade de compor a Liga Acadêmica de Saúde da Família (LASF), na época uma liga composta pelos quatro cursos da área da saúde, alocados no Centro de Ciências da Saúde (CCS), e apoiada pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESCO) da UEL.

A partir das reuniões, leituras de textos e discussões em grupo, fui começando a entender o que é saúde coletiva e passei a perceber que um fisioterapeuta tem, sim, atuação fundamental nessa área, o que me instigou cada vez mais a seguir esse caminho. A partir da participação, promoção e organização de eventos como *workshops*, cursos e palestras, enquanto membros da liga, nossa atuação foi crescendo, sendo estabelecidas parcerias com projetos sociais, nos quais passamos a nos inserir, conhecendo, assim, um pouco mais sobre as possibilidades de atuação dos profissionais de saúde.

No último ano da graduação, em 2008, me mantive como membro da liga acadêmica e fiz o estágio de fisioterapia em saúde coletiva, que, na época, ainda não era considerado estágio obrigatório para a conclusão do curso. Porém, as práticas desenvolvidas no estágio, para mim, estiveram aquém das possibilidades de um fisioterapeuta atuante na atenção básica, pois eram realizados atendimentos clínicos na unidade básica e em visitas domiciliares e atividade física com um grupo de convivência em um dos bairros da área de abrangência daquela unidade. Não havia interação entre nós, estagiários, e demais profissionais da unidade; os momentos de conversa eram sobretudo para tirar dúvidas sobre algum procedimento de rotina da unidade, e não havia uma atuação multiprofissional, restringindo-se apenas à especialidade de fisioterapia. Isso acabou por se tornar um estímulo para eu querer atuar nessa área e conhecer mais sobre as possibilidades existentes na saúde coletiva.

Não contente somente com a experiência do estágio, participei, ainda em 2008, a convite de uma professora do curso de Fisioterapia, de um projeto piloto para implantação do Estágio Integrado de Fisioterapia em Atenção Primária à Saúde, visando tornar obrigatório o estágio em saúde coletiva para a conclusão da graduação. E assim foi feito para as turmas posteriores à minha, passando esse estágio a fazer parte da grade curricular. Participei também da Monitoria Acadêmica da disciplina Saúde Coletiva III, do departamento de fisioterapia.

Nesses projetos, eu e mais alguns colegas discutíamos as possibilidades de atuação do fisioterapeuta como profissional da saúde coletiva e percebíamos que podíamos crescer, como categoria, nessa área.

Iniciei minha carreira profissional como fisioterapeuta em 2009, optando por dar continuidade ao direcionamento construído durante a graduação e por atuar na Atenção Básica. Iniciei minhas atividades no NASF em Apucarana (PR). Minhas ações, assim como as de meus colegas de trabalho, eram predominantemente focadas nos núcleos profissionais. Mesmo aquelas desenvolvidas com grupos, terapêutico ou de promoção da saúde, eram pensadas a partir de conhecimentos específicos de cada categoria profissional. Por ser uma proposta nova (de 2008), que estava sendo implantada no município naquele momento, pouco se discutia sobre trabalho em equipe por meio de uma abordagem interdisciplinar, ou mesmo em relação ao apoio a ser dado às equipes e profissionais que atuavam nas unidades básicas de saúde. Aliás, nos meses em que trabalhei nesse município, não falávamos sobre o assunto. A estratégia de inserção dos novos profissionais nas UBS foi de distribuição, de forma que cada dia um profissional estivesse na unidade para desenvolver suas atividades. Os encontros se davam nos momentos de reunião, uma vez por mês.

Algumas atividades coletivas foram desenvolvidas, às vezes por iniciativa dos profissionais dentro das unidades, às vezes por proposta dos gestores. Entre elas, alguma intervenção/ação de saúde, realizada em locais específicos dos municípios, em datas “temáticas” do calendário da saúde, como, por exemplo, o dia de prevenção do câncer de mama, mas foram atividades pontuais, sem continuidade. Contudo, já demonstravam ser iniciativas com uma abordagem mais ampla, sem necessariamente ter o foco apenas na especialidade.

Após três meses, aprovada na Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UEL, deixei de trabalhar nesse município e passei a

desenvolver minhas atividades, como residente, no município de Cambé (PR). Nessa cidade, atuando como fisioterapeuta e residente, integrada a uma equipe multiprofissional, tive a oportunidade de compreender um pouco mais sobre a proposta do NASF e, a partir disso, repensar minha prática. O trabalho, compartilhado com colegas (residentes) de áreas como educação física, farmácia, psicologia e serviço social, fizeram-me refletir sobre a atuação em equipe, sobre as possibilidades de se produzir ações de cuidado em saúde que não estivessem focadas somente em meu conhecimento específico como fisioterapeuta. Além disso, nesse trabalho compartilhado, houve condições de identificar, junto dos demais profissionais das UBS, as possibilidades de ampliar nossa atuação como trabalhadores e cuidadores da saúde. Essas reflexões foram possíveis pelo fato de que a residência proporcionava, além das disciplinas ministradas no curso, espaços de conversa e reflexão entre nós, residentes, situação que não acontecia na rotina de trabalho no outro município.

Nesse período, atendendo um dos critérios para a conclusão da especialização, desenvolvi meu trabalho de conclusão de curso, com o título: “Percepção do fisioterapeuta sobre sua atuação no NASF de Londrina”, em que descrevi as maneiras e possibilidades de atuação, identificadas pelos fisioterapeutas atuantes no NASF de Londrina no período da minha especialização.

Estava muito presente a ideia de fortalecer a categoria dentro da AB, demonstrando a importância dada por esses profissionais à atuação em grupos de reabilitação e à realização de atendimentos em situações bem direcionadas, como crise de asma e bebê chador. Ações em equipe foram citadas, mas ainda sem muita significância dentro da categoria. O que mais se destacava mesmo era a necessidade de se conquistar o espaço da fisioterapia.

Foram dois anos de construção de conhecimento e de experiências, visando não me basear apenas em intervenções exclusivas de minha área profissional. Junto da equipe de residentes, foi possível trabalhar na perspectiva de dar apoio aos profissionais que compunham as equipes de saúde da família e, assim, ampliar nossa capacidade como profissionais de saúde coletiva.

Ao término dessa especialização, passei a trabalhar no NASF de Londrina. A unidade em que fui alocada recebia profissionais da mesma residência na qual eu havia acabado de me formar e, com o término da mesma e a saída dos então residentes, fui chamada para atuar ali. No entanto, não houve o mesmo

movimento com as demais categorias que compunham o NASF do município. Eu era uma profissional do NASF, que estava fixa em uma unidade, com a diferença de não ter uma equipe NASF atuando junto a mim. Voltei a vivenciar alguns dos enfrentamentos já experienciados enquanto residente. Construí parcerias com alguns profissionais da unidade, mas percebi que minhas práticas estavam muito focadas em meu “núcleo de conhecimento” de fisioterapeuta.

Refletindo, então, sobre minha prática e a de colegas de trabalho das equipes às quais, teoricamente, prestava apoio, resolvi voltar a estudar o NASF, pensando em sua implantação, metodologias de trabalho dos profissionais envolvidos, entre outros aspectos. Foi quando passei a me preparar para entrar no mestrado.

Iniciei o mestrado em saúde coletiva pela UEL, no qual, com duas colegas de turma, comecei a construção de uma pesquisa que abrangesse várias perspectivas do trabalho dentro da atenção básica. Em conversa com nossas orientadoras, fizemos a proposta de montar um grupo que pesquisasse, dentro de um mesmo tema, os diferentes olhares e formas de atuação dos profissionais envolvidos com o trabalho da AB e que, de alguma forma, atuavam com o apoio matricial.

Construímos um projeto de pesquisa abrangendo essas várias abordagens, e nela se inseriram os recortes da “atuação do NASF na perspectiva do apoio matricial”; da “atuação da equipe de saúde da família junto ao NASF, enquanto referência para essa equipe de apoio”; e da “equipe gestora como dispositivo de mudança para propiciar a implantação da ferramenta do apoio matricial na AB”. Inscrevemos, eu e minhas parceiras de pesquisa, apoiadas por nossas orientadoras, o projeto de pesquisa na Chamada de Projetos 04/2012, Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde - PPSUS 2011, da Fundação Araucária/SESA-PR/ MS/CNPq.

Esse projeto maior foi intitulado “Implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no estado do Paraná: um olhar para os processos de trabalho na atenção básica à saúde”, que tinha, por objetivo, compreender como o apoio matricial vem sendo desenvolvido no estado do Paraná, considerando o processo de trabalho do NASF, a prática da Estratégia Saúde da Família (ESF) e sua utilização como instrumento no processo de mudança pelos gestores de saúde.

Após aprovação do projeto pela Fundação Araucária/CNPq, passamos a desenvolver as pesquisas, sendo, então, meu recorte intitulado: **“Processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e o desenvolvimento do apoio matricial para a produção do cuidado”**. O objetivo era compreender como vem se estruturando o processo de trabalho do NASF no município de Londrina e, em especial, o desenvolvimento do apoio matricial para a produção do cuidado em saúde.

Para o desenvolvimento desse trabalho, identifiquei-me com o conceito de sujeito militante (MERHY, 2004), apresentado por Débora C. Bertussi em sua tese de doutorado (2010), que descreve sujeitos que estão na produção do SUS e que investigam suas próprias práticas na produção de conhecimentos. Estão tão implicados com a situação que, ao interrogar o sentido das situações em foco, interrogam a si mesmos e à sua própria significação enquanto sujeitos de todo esses processos, ou seja, os sujeitos que interrogam são, ao mesmo tempo, os que produzem o fenômeno sob análise e, mais ainda, são os que interrogam o sentido do fenômeno, partindo do lugar de quem lhe dá sentido. Nesse processo, criam a própria significação de si e do fenômeno (BERTUSSI, 2010). Essa definição permitiu que me identificasse com o momento vivenciado, pois desenvolvi a pesquisa partindo de reflexões de minha prática, o que me fez considerar estar diante de um caso de produção de conhecimento fundamentado em implicações de um sujeito militante.

Não pretendi, com esse estudo, descrever o trabalho desenvolvido pelo NASF com um olhar dicotômico, julgando-o como certo ou errado, mas sim identificar o modo como vem sendo produzido o trabalho do NASF, a partir de suas experiências, vivências, seus conhecimentos e contextos existentes no cenário local das unidades de saúde e do município.

Este trabalho foi estruturado em cinco capítulos. No primeiro, Introdução e justificativa, apresentam-se as definições e conceitos que permearam todos os momentos de reflexão para a construção da discussão dos resultados obtidos, iniciando-se com a implantação do SUS e com propostas para a reorganização da atenção básica, sendo uma dessas o NASF. A seguir, define-se o conceito de apoio matricial, que permeia toda a metodologia de trabalho dessa equipe, chegando, por fim, à produção do cuidado em saúde. Encerra-se essa parte com a justificativa sobre a pertinência do estudo.

No segundo capítulo apresentam-se os objetivos traçados para este estudo. No terceiro, identifica-se o percurso metodológico percorrido para a produção dos dados deste trabalho, composto pela definição do tipo de pesquisa e local da pesquisa. Descreve-se também como estava a atenção básica e o NASF em Londrina no ano de 2012, o histórico da saúde em Londrina e o local onde foi realizada a pesquisa. Em relação ao percurso metodológico, cabe realçar que foram descritas as ferramentas utilizadas na produção dos dados: a observação, o grupo focal e a análise documental. Foram apresentados, igualmente, os procedimentos de análise dos dados, bem como descritos os aspectos éticos envolvidos.

No quarto capítulo apresentam-se os resultados e discussões realizados, iniciando-se com a caracterização dos entrevistados. Em seguida, relacionam-se as categorias de análise com suas respectivas discussões – Organização do Trabalho da Equipe NASF –, com as subcategorias: A inserção da equipe NASF nas UBS; O processo de trabalho na UBS – tensões do cotidiano no trabalho do NASF na AB; e O trabalho em equipe – possibilidade de intercessão entre NASF e PSF. A segunda categoria, O apoio matricial, traz concepções, modos de produção, ferramentas e estratégias utilizados pela equipe NASF, com a subcategoria: Mudança de perspectiva – como e o que se faz na reunião de matriciamento. Na terceira categoria são descritas as Atividades desenvolvidas pelo NASF e, dentro dela, a subcategoria: A produção do cuidado – a partir da organização do trabalho do NASF, como o cuidado está sendo produzido?

No quinto e último capítulo, estão as considerações finais, em que foram sintetizados os principais achados da pesquisa, descritos como reflexões possibilitadas pelos objetivos propostos no estudo.

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi implantado a partir da Constituição Federal de 1988, incorporando os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade, na tentativa, em especial, de se desfazer do paradigma voltado às ações curativas. Traz, como diretrizes, a implantação de serviços em forma de uma rede descentralizada, hierarquizada e regionalizada, para atender com resolubilidade as necessidades de saúde de toda a população brasileira (BRASIL, 1990).

Após a implantação do SUS, cada vez mais programas, estratégias e políticas têm surgido, buscando novas modalidades de organização das práticas de gestão e de atenção à saúde. Procuram, igualmente, concretizar os princípios da universalidade, equidade, descentralização, integralidade e participação social (BERTUSSI, 2010).

No âmbito do SUS, desdobram-se e operacionalizam-se numerosas ações e iniciativas que se tornam alvos de constantes questionamentos quanto à eficácia, eficiência e efetividade. Entre as indagações, destacam-se aquelas relacionadas ao modelo de assistência e qualidade dos serviços prestados, mostrando que esse sistema ainda está aquém de suas garantias, por problemas ligados tanto a entraves estruturais, quanto a questões de ordem organizacional ou gerencial (NOVAES, 2000; CUNHA e CAMPOS, 2011).

Muitas são as tentativas e experiências voltadas a mudar o modelo de assistência à saúde, a fim de garantir os princípios do SUS. Uma dessas tentativas é a de reordenação do modelo de assistência à saúde por meio da atenção básica (AB), que tem o intuito de qualificar o SUS enquanto política pública.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), revisada na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a AB é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, devendo ocorrer no local mais próximo da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade, da territorialização e da participação social (BRASIL, 2012).

Na PNAB, os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” (APS), em suas atuais concepções, são considerados como equivalentes. Associam-se a ambos os princípios e as diretrizes acima definidos. Com isso, tanto a AB quanto a APS caracterizam-se por um conjunto de ações de saúde, de práticas de cuidado, no âmbito individual e coletivo, no exercício da gestão democrática e participativa. Abrangem a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural (BRASIL, 2012a).

A AB tem papel fundamental, estruturante e organizadora das práticas de cuidado por favorecer a produção de vínculos terapêuticos, em conjunto com a corresponsabilização, organização do cuidado em rede, trabalho em equipe e ação sobre o território, ofertando uma atenção de maneira mais organizada e em sintonia com as singularidades das situações (BRASIL, 2010a).

Visando fortalecer a AB, em âmbito nacional, foi oficializada, na década de 1990, a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), que trouxe no centro de sua proposta a expectativa de reorientar o modelo de assistência à saúde, contribuindo para a construção e consolidação do SUS, considerado um modelo ineficiente, que gerava insatisfação da população, devido à desqualificação profissional e iniquidades na atenção à saúde (BRASIL, 2007; FRANCO e MERHY, 2007).

O governo federal tem, na AB, a Saúde da Família como sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção à saúde. A partir da consolidação do PSF em abrangência nacional, o que determinou sua mudança de Programa para Estratégia Saúde da Família (ESF), esta apresenta-se com o propósito de superar um modelo de assistência calcado na supervalorização das práticas da assistência curativa, especializada e hospitalar, que induzem ao excesso de procedimentos tecnológicos e medicamentosos e na fragmentação do cuidado (GIL, 2006). A família passou a ser considerada a unidade de intervenção, firmando-se a premissa da reorientação das práticas profissionais, com base em uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e incluindo ações de promoção,

prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, de forma integral e contínua (BRASIL, 2007; NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2010).

Na perspectiva de superar esse dilema, muitos municípios brasileiros optaram pela estratégia de Saúde da Família para reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, caracterizando-se como a principal resposta, ofertada no âmbito da assistência pelos órgãos governamentais, para superação da crise do modelo de atenção à saúde (MERHY e FRANCO, 2003).

As equipes que compõem a ESF, caracterizadas como equipes multiprofissionais, devem ser compostas por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Pode-se acrescentar a essa composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012a).

O crescimento da ESF trouxe para o centro dos debates, mais uma vez, a insuficiência dos arranjos organizacionais atuais e a falência das práticas profissionais e de gestão, no que se refere especificamente à mudança dos paradigmas que regem o tradicional modelo de atenção à saúde (GIL, 2006). Apesar de a AB ser frequentemente entendida como simples em sua essência e forma de atuação, os problemas e as necessidades de saúde nesse âmbito de atenção, na maioria das vezes, são extremamente complexos, mostrando que somente a reestruturação do modelo de atenção não é suficiente para suprir toda a complexidade que envolve a atenção à saúde. Diante dessa complexidade e a fim de alcançar a integralidade da atenção e a interdisciplinaridade das ações, foi se evidenciando a necessidade da presença de outros profissionais de saúde para integrar as equipes da ESF.

A partir desse diagnóstico, o Ministério da Saúde (MS), por meio da portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a finalidade de reorganizar a assistência à saúde no que diz respeito à AB e auxiliar na qualificação do SUS (BRASIL, 2008).

1.1 O NASF: PRECEITOS E DIRETRIZES QUE CONDUZEM SUAS PRÁTICAS

O NASF veio para contribuir com os profissionais da AB, tendo, como preceito básico, um trabalho interdisciplinar e de apoio, que atua de acordo

com as peculiaridades regionais, com o objetivo de oferecer uma atenção à saúde mais eficiente, e que inclui profissões e áreas até então não contempladas no âmbito das equipes na ESF.

Deve ser constituído por equipes, com profissionais de diferentes áreas do conhecimento, que atuem em conjunto com os profissionais das equipes de saúde da família. Tem, como responsabilidade central, atuar e reforçar as diretrizes da AB. Está dividido em nove áreas estratégicas: atividade física e práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica (BRASIL, 2010b).

Inicialmente, foram criadas duas modalidades, denominadas NASF 1 e 2. Como critério de implantação, cada equipe de NASF 1 deveria contar com, no mínimo, cinco profissionais, os quais, por sua vez, dariam apoio a, no mínimo, oito e a, no máximo, vinte equipes de saúde da família. Já a NASF 2 seria organizada em equipes com, no mínimo, três profissionais de nível superior de diferentes áreas, que dariam apoio para, no mínimo, três equipes (BRASIL, 2008).

Passados quatro anos da implantação desses núcleos, as modalidades de equipes NASF foram revistas e alteradas, por meio da portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012, objetivando que um maior número de municípios, com suas diferentes características (municípios de pequeno porte, por exemplo) e necessidades particulares, também pudessem ser contemplados com essas equipes de apoio. Assim, atualmente, a modalidade NASF 1 deve contar com, no mínimo, cinco profissionais de áreas não coincidentes dando apoio a, no mínimo, cinco e a, no máximo, nove equipes de saúde da família. A modalidade NASF 2, por sua vez, deve ser composta por, no mínimo, três profissionais apoiando entre três e quatro eSF. Já a modalidade NASF 3 pressupõe, no mínimo, dois profissionais de nível superior, que atuam no apoio de, no máximo, duas equipes. Essa última modalidade, incluída diretamente no processo de trabalho das eSF, configura-se como uma equipe ampliada. Todas as modalidades de NASF (1, 2 e 3) podem ser referência para as Equipes de Atenção Básica que atuam com populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) (BRASIL, 2012b).

O Caderno de Atenção Básica número 27, publicado em 2010, dispõe sobre as diretrizes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, descrevendo as atribuições e características de trabalho desses núcleos. Nele, é enfatizado que o

NASF não deve ser porta de entrada para o sistema e que os profissionais dessa equipe devem atuar como retaguarda especializada para os profissionais das eSF. Está previsto o atendimento clínico ao usuário, realizado pelo profissional do NASF, desde que seja pactuado entre equipes, de referência e de apoio, partindo-se da premissa de que esse atendimento é uma das formas de apoio. A decisão sobre o acesso de um caso a um apoio especializado seria, em última instância, tomada de maneira interativa, entre profissional de referência e apoiador. Tal atendimento direto e individualizado, realizado pelo profissional do NASF, deverá ocorrer apenas em situações extremamente necessárias para o sucesso do projeto terapêutico do usuário, no intuito de garantir maior potencialidade e qualidade ao atendimento e ao resultado dos processos desencadeados inicialmente pela equipe de referência (BRASIL, 2010b; CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Essa atuação do NASF, de forma compartilhada com as eSF, tem por objetivo transpor a lógica fragmentada, e ainda hegemônica, no cuidado à saúde, com trabalhos a serem pautados de acordo com novas formas de arranjos organizacionais, utilizando-se, para isso, de ferramentas como a do apoio matricial. Tal recurso pretende oferecer tanto retaguarda assistencial, quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, que, no caso da atenção básica, são as eSF (CAMPOS, 1999; CUNHA e CAMPOS, 2011).

Entende-se por modelo médico-hegemônico, aquele cuja ações são baseadas em procedimentos e saberes médicos, nos quais somente o corpo biológico é valorizado, sendo desconsiderados e deslegitimados os outros saberes sobre saúde que não se baseiem em conhecimentos ditos “científicos” sobre o tema (MERHY e FEUERWERKER, 2009).

Dentro das possibilidades de desenvolvimento do apoio matricial, no referido caderno de atenção básica, a concepção apresentada pelo Ministério da Saúde baseia-se, principalmente, nos conceitos de Campos (1999) e Campos e Domitti (2007), que pressupõem a inserção do apoio matricial como perspectiva de mudança e reorganização do trabalho em saúde, com foco nos contratos de gestão. Esses contratos estão relacionados a duas frentes. Na primeira – avaliação conjunta da situação inicial do território entre os gestores, equipes de Saúde da Família e Conselho de Saúde –, os três entes envolvidos definem, a partir do levantamento das necessidades em saúde de seu território, quais profissionais comporão a equipe NASF, identificando os temas/situações em que mais precisam de apoio. Na

segunda – pactuação do desenvolvimento do processo de trabalho e das metas entre gestores, equipe NASF e eSF –, são definidos metas e o processo de trabalho, abrangendo os objetivos a serem alcançados por esses profissionais; problemas prioritários a serem abordados; critérios de encaminhamento ou compartilhamento de casos; critérios de avaliação do trabalho da equipe e dos apoiadores e formas de explicitação e gerenciamento resolutivo de conflitos (BRASIL, 2010b).

1.2 APOIO MATRICIAL: BASES PARA O DESENVOLVIMENTO DESSA ESTRATÉGIA/ FERRAMENTA

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados de desenvolver ações voltadas para a atenção aos problemas de saúde. Oferece tanto retaguarda assistencial, quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, ampliando as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários. Por retaguarda assistencial entende-se a dimensão que vai produzir ações clínicas diretas entre profissional de apoio e usuários, com a participação ou não do profissional de referência. Já o suporte técnico-pedagógico reporta-se ao apoio educativo com e para as equipes de referência (CAMPOS e DOMITTI, 2007; BRASIL, 2010b).

O apoio matricial pretende auxiliar a equipe de referência, responsável pela atenção contínua do indivíduo, na formulação/reformulação e execução de projetos terapêuticos singulares, individuais e coletivos, até o limite de suas possibilidades técnicas e estruturais. Para isso, utiliza, como uma das estratégias, a troca de saberes e articulações de modo multidirecional entre equipes e profissionais (OLIVEIRA, 2008).

Essa forma de trabalho busca oferecer ações e serviços potenciais à alteração dos problemas de forma positiva, construindo novos saberes e práticas em saúde, oportunizando um processo de formação permanente, ao mesmo tempo em que amplia o olhar e a capacidade resolutiva da atenção (OLIVEIRA, 2008).

É uma proposta integradora, que visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos e centros de regulação. Os efeitos burocráticos e pouco dinâmicos dessa lógica tradicional podem vir a ser atenuados por ações horizontais que integrem os

componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais (CHIAVERINI, 2011; DOMITTI, 2006), sendo então entendido o matriciamento como alternativa ao vertical: para produzir relações horizontais entre profissionais de distintas áreas/projetos e campos de conhecimento (BERTUSSI, 2010).

O método do apoio matricial depende da existência de espaços coletivos, ou seja, do estabelecimento de algum grau de cogestão ou de democracia institucional para que cumpra seu papel de auxiliar na implementação de ações mais qualificadas, aumentando a capacidade resolutiva das equipes (DOMITTI, 2006).

Nesse sentido, o matriciamento pode ser entendido como a construção de momentos relacionais, nos quais, a partir do encontro, acontece a troca de saberes/afetos entre os profissionais de diferentes áreas ou setores, com o objetivo de aumentar a chance de as equipes estabelecerem relações de cooperação, responsabilizando-se pelas ações desencadeadas, num processo de produção da integralidade da atenção. Contribui, assim, para a superação de modelos centrados nos interesses corporativos e econômicos, passando a centrar seus esforços nos usuários, uma vez que ultrapassa a produção de procedimentos em si para a produção de saúde em defesa da vida (MERHY, 2002; BERTUSSI, 2010).

As equipes matriciais devem trabalhar com alguns pressupostos, como o conhecimento (identificação do que é prevalente no território ou a consideração de que é fundamental acrescentar competências); gestão das equipes (centrada nos fins, ou seja, na coprodução de saúde; autonomia e corresponsabilização de profissionais e de usuários) e coordenação do cuidado (BRASIL, 2010b).

Partindo dessa ideia, pode-se identificar que a implementação do apoio matricial/matriciamento vem com o propósito de transformar o modo como os profissionais de saúde produzem ações cuidadoras. Devem, então, deixar de lado a centralidade nos procedimentos e técnicas e partir para o desenvolvimento de ações voltadas para as necessidades de saúde trazidas pelos usuários. Esse usuário, ao trazer suas necessidades para o serviço de saúde, busca o consumo de ações que lhe proporcionem algo com valor de uso fundamental: mantê-lo vivo e com autonomia para exercer seu modo de andar a vida (MERHY e FEUERWERKER, 2009).

Assim, ao centrar as ações de saúde no usuário, abrem-se múltiplas possibilidades de produção de ações cuidadoras, desde que se leve em consideração que essas necessidades devem ser o objeto das ações de saúde e o cuidado, o produto das mesmas.

1.3 O CUIDADO EM SAÚDE, CONCEITOS QUE INTERFEREM EM SEU MODO DE PRODUÇÃO

Na concepção de Feuerwerker (2013), cuidar é algo da vida e não se restringe aos seres humanos. É um ato que diz respeito, ao menos, a todos os viventes animais. Cuidar tem algo a ver com solidariedade, com suporte, com apoio, com produção de vida. Não é tema exclusivo da saúde. É tema da produção do humano e, mesmo com diferentes arranjos, ao longo do tempo e segundo os diferentes modos de viver, está relacionado com a construção da teia de relações e encontros que conformam a vida.

Para Luz (2004), o cuidado em saúde pode ser compreendido como uma ação integral, baseada na concepção da saúde em seu sentido mais amplo, entendido como o tratar, respeitar, acolher e atender o ser humano, que, muitas vezes, se apresenta fragilizado e isolado, conforme as condições de saúde que podem restringir seu modo de vida.

Segundo Merhy (1997, 2002), o processo de cuidado em saúde se dá por meio da utilização de tecnologias duras, leve-duras e leves. As tecnologias duras estão no campo da utilização de instrumentos e máquinas de alta tecnologia, como exames laboratoriais, protocolos e insumos de saúde, as quais são o resultado de um trabalho já realizado anteriormente, trabalho morto, que não abre muitas possibilidades ao trabalhador para a criação do modo como desenvolve seu trabalho. Estão presentes, principalmente, nos serviços de média e alta complexidade. As tecnologias leve-duras estão no campo do conhecimento estruturado, ou seja, conhecimento adquirido no processo formativo que o indivíduo possui e que aplica na atenção à saúde, também como resultado de um trabalho anterior. Já as tecnologias leves são efetivadas nos encontros entre os trabalhadores e usuários. Trata-se da criação de vínculos e afetividade entre ambos, possíveis de acontecer a partir da existência de espaços de escuta e de atenção, e não pressupõem um trabalho anterior, já que são resultado do encontro, ou seja, trabalho vivo em ato, muito presente na atenção básica.

Essa definição de tecnologias não indica uma hierarquização por atribuição de valores e/ou importância, uma vez que é possível o uso de duas ou mais delas pelo mesmo trabalhador no momento em que a atenção à saúde acontece. No entanto, historicamente, as tecnologias duras e leve-duras são mais valorizadas e recebem maior montante de recursos públicos. Além disso, são entendidas como mais complexas, levando à desvalorização dos espaços de atenção primária, sendo estes considerados de baixa complexidade por, na maioria das vezes, se utilizarem pouco de instrumentais tecnológicos duros (MERHY, 1997).

No entanto, pode-se considerar que o espaço da atenção básica não é o lugar da atenção de baixa complexidade, visto que a construção de vínculos e afetos, visando estimular a autonomia dos indivíduos no cuidado à saúde, não é simples e requer a construção de espaços dialógicos e de horizontalidade entre os sujeitos envolvidos no processo.

No campo do cuidado, o trabalho em saúde ocorre por meio de intensas relações e todos os trabalhadores de uma instituição, inclusive o recepcionista, o guarda, ou o trabalhador de serviços gerais, podem operar práticas de cuidado. Esse campo permite o diálogo entre os saberes estruturados e a sabedoria de vida, na qual os usuários estejam incluídos *a priori*, com a mesma legitimidade que todos os trabalhadores da saúde. Dessa forma, cria-se a possibilidade de que os saberes estruturados sejam apresentados como oferta e não como imposição de um estilo de vida ou de única explicação válida para os desconfortos e sofrimentos. Gera-se, assim, a condição de que esses saberes se constituam como ferramentas para lidar com a diferença na produção da vida e não como regras estruturadas para aprisionar o modo de levar a vida (MERHY, 1999, 2006; BERTUSSI, 2010).

Reconhece-se que cada trabalhador de saúde e cada usuário operam com uma concepção de saúde e de cuidado, e que é no espaço do encontro com o usuário que se concretiza o momento de autonomia do trabalhador para expressar e operar suas concepções. No entanto, no momento do encontro, há múltiplos projetos de saúde (ocultos) operando, em disputa, tentando prevalecer uns sobre os outros (BERTUSSI, 2010).

A partir disso, Bertussi (2010) traz a concepção de que, para se produzir o cuidado, é necessário desconstruir a definição técnica de necessidades de saúde a partir da clínica e da epidemiologia. Dessa forma, abre-se espaço para

que os usuários entrem nesse debate sobre necessidades de saúde, trazendo sua lógica de produção de vida para dentro da construção dos projetos terapêuticos e ampliando a possibilidade de produzir propostas terapêuticas com maiores condições de efetivação.

Para que, de maneira dialógica, sejam realmente construídas novas possibilidades de enfrentamento das situações de saúde, buscando a autonomia dos indivíduos, o conceito de integralidade deve estar presente em todas as ações de saúde. Conceito este entendido por Cecílio (2001) como o processo de construção por meio da interpretação das necessidades de saúde dos indivíduos, tomando-as como referência para organizar o cuidado em saúde (em todos os encontros entre trabalhador e usuário que compõem o processo de produção do cuidado).

Nessa lógica, a integralidade pode ser entendida como o cuidado que se produz, adotando um conceito amplo de saúde. Pode ser entendida, igualmente, como a garantia de acesso a todos os serviços e ações que se façam necessários para enfrentar determinado problema de saúde. E, por fim, implica tomar as necessidades de saúde como referência para organizar os serviços e as práticas de saúde, daí a rede de cuidados (FEUERWERKER, 2013).

Ao adotar a integralidade como condutora das ações de cuidado em saúde, é necessário produzir um modelo que confira aos usuários e às suas necessidades um lugar central, que force a expressão de um contrato que se ordene pela defesa da vida individual e coletiva. É importante procurar entender, abstratamente, os potenciais que cada ator coloca em cena, explorando as tensões que os mesmos contêm (BERTUSSI, 2010; MERHY, 2003).

Todos os processos de produção de cuidado em saúde e, em particular, os que buscam novas lógicas para as relações entre trabalhadores (composição tecnológica do trabalho em saúde) e usuários (necessidades de saúde), vivem algumas tensões próprias dos atos produtivos em saúde, tais como a lógica da produção de atos de saúde como procedimentos (baseados em tecnologias leve-duras), e a da produção dos procedimentos enquanto cuidado (muitas vezes capturadas pelo trabalho morto) (MERHY, 1999).

Nesse sentido, requerem a implementação de novos arranjos que adotem estratégias de produção do cuidado, de forma que, diferentemente dos já instituídos, busquem trazer novas metodologias de trabalho para fortalecer e qualificar as ações de saúde. Isso a exemplo do NASF, que, com o apoio matricial,

deve buscar ampliar as possibilidades de atuação dos trabalhadores da APS, trazendo também o usuário para a cena. Porém, quando implementados, precisam ser, necessariamente, acompanhados, com o intuito de fortalecer e adequar as estratégias abordadas, buscando expandir as experiências exitosas das diferentes localidades.

Diante desse contexto, este estudo buscou compreender como o NASF do município de Londrina estava organizado para desenvolver o trabalho em saúde, no que diz respeito à implementação da estratégia do apoio matricial, proposta pelo Ministério da Saúde como uma das ferramentas norteadoras de suas ações. Nessa perspectiva, o matriciamento é uma metodologia de trabalho com potencialidades para transformação do modo como se produz o cuidado, ampliando-o para um horizonte de atenção integral, além de interferir no modo como se organizam e funcionam os serviços de saúde. Muitas vezes, no entanto, tais práticas encontram barreiras para serem implementados a partir do momento em que se reconhece a existência, nesses serviços, de campos de disputa e interesses.

Considera-se também que, após cinco anos de publicação da portaria instituidora dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, tendo o município de Londrina acompanhado esse processo com a implantação do NASF no mesmo ano de sua publicação, a possibilidade de serem relatadas as experiências de atuação do NASF pode contribuir para o fortalecimento dessa estratégia em cenário nacional. Soma-se a isso a escassez de produções a esse respeito, o que poderia auxiliar na construção de estratégias de trabalho para os profissionais que atuam na área.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender como vem se estruturando o processo de trabalho do NASF no município de Londrina e, em especial, como vem se dando o desenvolvimento do apoio matricial para a produção do cuidado em saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apreender as características do processo de trabalho do NASF;
- Compreender como se dão as relações de trabalho no que se refere ao desenvolvimento de suas atividades;
- Descrever quais tecnologias e ferramentas os profissionais do NASF utilizam para desenvolver o apoio matricial com a equipe de Saúde da Família, bem como as ações desenvolvidas para a implementação, acompanhamento e avaliação do apoio matricial;
- Analisar a compreensão dos profissionais do NASF acerca do apoio matricial.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Neste estudo, foram adotados postulados de uma pesquisa exploratória, do tipo qualitativa, que se mostrou mais pertinente aos objetivos desejados.

Compreende-se que o referencial qualitativo amplia o esquema explicativo, ao trabalhar com o universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes daqueles envolvidos no processo, abrangendo um espaço mais profundo de relações, procedimentos e fenômenos que, muitas vezes, não são possíveis de serem apreendidos por meio da operacionalização de variáveis (MINAYO, 2004).

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

O pesquisador preocupa-se com o processo, que é descrever como o objeto de estudo acontece e como ele se manifesta, não expondo apenas o resultado. Para isso, é importante o pesquisador estar atento aos objetivos, escutar, observar expressões, registrar tais informações e avaliar, inclusive sua postura, corrigindo-a, se necessário (TRIVIÑOS, 1987).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

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

O estudo foi desenvolvido no município de Londrina (PR). O município é responsável pelas ações de saúde na AB, programas prioritários, vigilâncias epidemiológica e sanitária, entre outros, por meio de serviços próprios

(municipais), assumindo ainda a gerência da rede de atenção especializada de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, principalmente por serviços de saúde filantrópicos e privados. Além de prestar assistência à sua população, Londrina é sede de uma regional de saúde (17ª Regional), com programação de serviços pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do Paraná, visando atender a população dos 21 municípios que compõem o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (CISMEPAR), e estando presente em algumas referências na assistência à Macrorregião Norte Central (LONDRINA, 2008). Em 2010, segundo censo do IBGE, a cidade possuía 506.701 habitantes, dos quais 493,520 (97,4%) residiam na área urbana (IBGE, 2013).

3.2.1 Histórico da Saúde em Londrina

Londrina tem refletido, em sua história, a capacidade de organizar seus serviços públicos de saúde, tendo como vertente a incorporação de diretrizes de modelos assistenciais, orientadas pelo processo da reforma sanitária (GIL, et al., 2001). Desde 1970, teve uma participação expressiva na construção do SUS, sendo pioneira em muitas situações, como no desenvolvimento de experiências locais de atenção à saúde (em parceria com a Universidade Estadual de Londrina – curso de medicina –, na implantação de dois postos de saúde em bairros periféricos, e, em 1972, com um terceiro posto inaugurado na área rural) (GIL, et al., 2001).

O modelo de atenção à saúde foi organizado com a inserção de auxiliares de saúde – pessoas da própria comunidade, capacitadas no serviço –, para diagnóstico e tratamento dos agravos mais prevalentes, tendo como referencial o modelo de Atenção Primária à Saúde, proposto pela Organização Mundial da Saúde em Alma-Ata (LONDRINA, 2013).

Na implementação da gestão municipal, ainda na década de 1970, foi criada a Autarquia dos Serviços Municipais de Saúde, sendo implantados os primeiros postos de saúde gerenciados pela mesma. Na década de 1980, houve uma grande expansão no número de unidades de saúde, inclusive para a zona rural. No final dessa década, o município já contava com uma rede de 43 Unidades de Saúde, laboratório de análises clínicas e clínicas odontológicas (LONDRINA, 2013).

O processo de municipalização da atenção foi incrementado a partir de 1992, com a descentralização do agendamento das consultas especializadas

para as unidades de saúde e a municipalização dos profissionais do INAMPS e da Secretaria de Estado da Saúde. Esses profissionais ofereciam atendimento nas áreas básicas de clínica geral, pediatria e ginecologia/obstetrícia e passaram a desempenhar suas funções na rede básica municipal. Dentro dessa mesma diretriz, foram municipalizados os postos de saúde da área rural, gerenciados até então pela UEL (LONDRINA, 2013).

Com a edição da NOB 93, no plano federal, foram municipalizadas as ações de vigilância epidemiológica e sanitária. A estruturação do Departamento de Planejamento, Programação, Avaliação e Controle (DPPAC) possibilitou a Londrina, em dezembro de 1995, a assunção da Gestão Semi-Plena. Em 1998, foi implementada a NOB 96, sendo o município enquadrado na “Gestão Plena do Sistema Municipal” (LONDRINA, 2013).

Desde 1995, no processo de organização da atenção básica, vinha sendo adotado o Saúde da Família, com a implantação do “Programa Médico de Família” (Lei Municipal nº 6315 de 13/10/1995) em quatro unidades de saúde da área rural. A partir de 2001, a gestão municipal dedicou-se ao desafio de substituir o modelo de atenção tradicional por um modelo que oferecesse atenção integral à saúde, com a expansão da Saúde da Família para a área urbana (LONDRINA, 2013).

Desde a sua implantação, o Programa Saúde da Família foi pensado menos como um programa e mais como uma estratégia que pudesse reorganizar a atenção básica no município. Procurou-se preservar os aspectos positivos do modelo vigente e incorporar novas práticas sanitárias, visando superar problemas crônicos como a baixa resolutividade, grupos de risco sem acesso aos serviços e falta de priorização dos problemas enfrentados, evidenciados pela demanda reprimida e reclamações frequentes (CARVALHO, 2010).

A implantação desse programa na área urbana exigiu a aprovação de uma lei municipal (Lei nº 8452 de 09/07/2001) possibilitando a participação dos profissionais que já atuavam na rede municipal de saúde (médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem) no PSF, desde que concordassem com a expansão de carga horária para até 40 horas semanais (CARVALHO, 2010). Com essa alteração, médicos que, anteriormente, atendiam somente como especialistas, passaram a desenvolver suas ações como médicos generalistas nas atividades de PSF no território, mantendo-se as especialidades – ginecologia e pediatria – dentro da UBS.

Foram implantadas, inicialmente, 81 equipes de Saúde da Família. No final de 2001, o programa passou ser composto por 90 equipes, atingindo uma cobertura de 68% da população geral do município (LONDRINA, 2002).

Mesmo com grande participação dos servidores municipais, não foi possível, com o quadro próprio, montar um número suficiente de equipes para atingir a cobertura populacional proposta, que, na época, alcançou os 70%. Além disso, o município não contava, em seu quadro de profissionais, com a categoria de agente comunitário de saúde, essencial para a constituição das equipes de Saúde da Família. Dessa forma, mesmo com a adesão dos servidores da rede, houve necessidade de contratação de mais profissionais (ACS, médicos e enfermeiras) para complementar o número de equipes definido inicialmente, o que acabou sendo garantido mediante convênio com uma instituição filantrópica, já atuante na área da saúde no município de Londrina (CARVALHO, 2010).

Essa parceria foi mantida até o ano de 2007 e, a partir desse ano, foi recomendada a realização de uma licitação para contratação de uma OSCIP, com o objetivo de apoiar o desenvolvimento do PSF no município (CARVALHO, 2010). Esse procedimento foi realizado em 2008 e, desde a implantação do PSF até o término do ano de 2012, sempre houve profissionais atuando no PSF com regime de contratação estatutário e profissionais celetistas.

No decorrer do período de 2001 a 2012, o PSF passou por altos e baixos, com expansão do número de equipes – de 81 para 102 eSF – no final do ano de 2005, período em que o número de equipes passou a ser instável, seguindo uma tendência de redução das mesmas. Isso se deve, principalmente, à saída de profissionais médicos dessas equipes, e ao fato de o município não conseguir, na sequência, contratar novos profissionais, ocasionando um significativo descredenciamento de equipes, e conseqüente diminuição da cobertura populacional (LONDRINA, 2008). No início de sua implantação, o programa chegou a alcançar 100% da área rural e 70% da urbana. Já no ano de 2012, registrou a amplitude de 52% para a população geral (LONDRINA 2013).

Desde o ano de 2010, para não perder ainda mais em número de equipes e tentando manter as características de Saúde da Família, algumas equipes passaram a atuar como equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), contando somente com enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem e ACS (LONDRINA, 2011).

No decorrer de onze anos de ESF (2001-2012), vários programas foram criados ou tiveram adesão do município. Dentre eles, o Núcleo de Apoio em Saúde da Família. Este foi implantado no segundo semestre de 2008, com dez equipes, sendo cada equipe NASF composta por um profissional de educação física, um farmacêutico, um fisioterapeuta, um nutricionista, um psicólogo e um agente redutor de danos. Todos foram contratados por meio de processo seletivo, tendo vínculo empregatício com uma instituição filantrópica.

Como meio de preparar as equipes (NASF e eSF) para essa nova estratégia de trabalho, foram desencadeadas algumas ações durante 2008, como o curso introdutório, que visava preparar os profissionais das unidades para atuar junto com o NASF, incluindo oficinas para as eSF, para o trabalho integrado com esses núcleos. Além disso, houve o desenvolvimento de ações estratégicas competentes ao NASF, seguindo as diretrizes estabelecidas, tanto na portaria nº 154 quanto no caderno de AB nº 27. Porém, iniciadas as atividades, cada equipe NASF desenvolveu suas ações de forma heterogênea nas diferentes regiões. Os gestores identificaram, no trabalho desenvolvido pelo NASF, problemas como dificuldade de adaptação dos profissionais contratados, com rotatividade razoável dos mesmos; desconhecimento do que é atenção básica e SUS pela maior parte dos profissionais contratados, muitos deles recém-formados ou advindos da área privada; dificuldades no relacionamento com as equipes; dificuldade de todos os envolvidos (equipe local e NASF e mesmo a população) em compreender qual o papel do NASF (LONDRINA, 2009).

Durante os meses de abril e setembro de 2009 houve a suspensão dos serviços do NASF para regularização do processo de contratação (alteração no contrato da entidade responsável pela manutenção dessas equipes). A partir de 1º de outubro do mesmo ano, dez equipes multiprofissionais foram recontratadas e distribuídas nas unidades de saúde, sendo que, para a zona rural, houve apenas a lotação do profissional de fisioterapia e, para as demais unidades, todos os profissionais voltaram a atuar, com exceção do redutor de danos (LONDRINA, 2010).

Em função de ter ocorrido mudança de alguns profissionais do NASF que estavam atuando em 2008, foram realizadas novas oficinas envolvendo as eSF, preparando-as para o trabalho integrado com esses núcleos. Foram realizadas novas oficinas que definiram o papel do NASF junto às ESF: oficinas sobre

territorialização e responsabilização com a população adscrita; conhecimento do perfil epidemiológico; planejamento e avaliação das ações, por meio de reuniões semanais; capacitação de profissionais das eSF – ações de matriciamento; atividades em grupo com a comunidade – reuniões e outras atividades com grupos programáticos (hipertensos, diabéticos, gestantes, terapia comunitária, adolescentes, asma, idoso, caminhada e alongamento, planejamento familiar, saúde bucal, saúde do adulto e do trabalhador); discussão de casos clínicos; planejamento das ações em equipes; avaliação das ações; articulação intersetorial e parceria com a comunidade (LONDRINA, 2010).

No entanto, novamente as ações foram desencadeadas de forma heterogênea em cada NASF, sendo os problemas, anteriormente citados, considerados como causas principais. Dificuldades já esperadas pela gestão da AB, considerando o processo de implantação de uma proposta nova, sem referências anteriores, além de estarem sendo incluídas profissões que anteriormente não faziam parte da AB (LONDRINA, 2010).

No ano de 2011 foi iniciado um processo de reorganização da estrutura da saúde em nível municipal, que contou com a parceria de técnicos do Instituto de Desenvolvimento Gerencial (INDG), entidade que presta consultoria às organizações para construir o aperfeiçoamento de seu sistema de gestão. Esse trabalho enfatizou a estrutura, a organização e os processos dentro de algumas áreas consideradas prioritárias, visando a melhoria da qualidade da assistência. Dentro dessa perspectiva, foi elaborado o projeto para reestruturação organizacional da secretaria de saúde a partir de novo organograma e regimento interno (LONDRINA, 2012).

Esse processo de reorganização da estrutura da Secretaria de Saúde/Autarquia foi finalizado por meio do decreto nº 847, de 19 de julho de 2012. A Autarquia Municipal de Saúde passou a ter um novo organograma e o município adotou o termo Atenção Primária à Saúde para definir os serviços da rede básica (LONDRINA, 2013).

Em virtude dessa reestruturação, houve necessidade de mudança do tipo de vínculo empregatício dos profissionais que atuavam no PSF e NASF, sendo realizado, em 2011, um processo seletivo, que levou esses profissionais, de um vínculo terceirizado por uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), para a municipalização – não estatutário. Em decorrência dessa

mudança, foram realizadas novas oficinas preparando os profissionais para o trabalho integrado NASF e ESF (LONDRINA, 2012).

Até o fim de 2012, Londrina manteve sua rede de atenção à saúde organizada por meio da AB/APS, com assistência prestada via UBS, que conta com profissionais compondo as eSF, e outros, que atendem somente na UBS, não integrando as eSF. Na ESF, as ações estão voltadas às áreas de atuação e/ou grupos de população considerados de maior risco ou interesse epidemiológico. São ações programáticas como, por exemplo, *Saúde do Adulto*, *Saúde da Mulher*, entre outros. Além desses programas, a AB/APS oferece atendimento à demanda espontânea, ou seja, a quem procura atendimento pelas UBS.

O município conta também com serviços complementares de saúde, que atuam como apoio à ESF enquanto rede de serviço, oferecidos tanto por serviços municipais, quanto por serviços contratados do SUS em ambulatórios filantrópicos e privados (LONDRINA, 2013).

Londrina conta com uma vasta rede de serviços de atenção à saúde. Muitos desses programas foram sendo implantados com o objetivo de apoiar as ações da AB/APS e de suprir as demais necessidades de saúde nos diferentes níveis de atenção. No entanto, a alternância de gestão, e de empresas prestadoras de serviços, e também dos tipos de vínculo empregatício, fez que, em vários momentos, os serviços ficassem defasados e com dificuldades em seu desenvolvimento. Por isso, foram traçadas estratégias de implantação do NASF, porém, com pouco suporte em seu acompanhamento.

Apesar das várias dificuldades enfrentadas no decorrer dos anos, os serviços de saúde em Londrina podem ser considerados referência em assistência, sendo possível observar que as iniciativas adotadas pelo município na implantação de novos programas estão sempre voltadas a inovações, no sentido de melhorar a qualidade e a quantidade de serviços de saúde oferecidos à população.

3.2.2 Atenção Básica e NASF em Londrina no Ano de 2012

O município organizava sua rede de AB a partir da distribuição de suas 52 UBS nas regiões norte, sul, leste, oeste, centro e rural, com uma cobertura, pela Estratégia de Saúde da Família, de 52% da população total (LONDRINA, 2013). As dez equipes NASF estavam distribuídas de acordo com a proximidade entre as

UBS e número de equipes. Porém, nas unidades da área rural, não havia a atuação de equipe NASF, só havia inserção da fisioterapia (DAS, 2013).

Em duas unidades básicas da região sul, uma equipe de residentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), da UEL, atuava no apoio às eSF com uma equipe multiprofissional. Além das profissões existentes nos demais grupos NASF de Londrina, essa equipe contava também com uma assistente social, e, atuando diretamente nas eSF, com duas residentes de enfermagem e duas de odontologia.

Devido ao momento político vivenciado pelo município, os profissionais do NASF foram contratados por meio de processo seletivo realizado pela prefeitura, no ano de 2011, e mantidos com base em contratos temporários, não estatutários, com validade de um ano. Ao encerramento deste em agosto de 2012, houve prorrogação pelo mesmo período. No entanto, nem todos os profissionais foram contemplados com a renovação dos contratos e não houve convocação imediata de substitutos, fazendo com que, no período em que se deu a produção de dados, as equipes NASF não estivessem completas.

O quadro, a seguir, ilustra a distribuição das equipes NASF no município, conforme o número de identificação das equipes; região; unidades em que estavam alocadas; quantidade de eSF por UBS e profissionais do NASF que compunham cada equipe.

Quadro 1 – Distribuição das equipes NASF por UBS, quantidade de eSF apoiadas e número de profissionais (NASF)

NASF/REGIÃO	UBS/USF	Nº eSF (por UBS)	PROFISSIONAIS
1 - Leste	Marabá	3 equipes	1 Farmacêutica
	Vila Ricardo	2 equipes	1 Ed. Física
	Ernani Moura Lima	1 equipe	0 Nutricionista
	Armando Guazzi	2 equipes	2 Fisioterapeutas 0 Psicóloga
2 - Leste	Ideal	1 equipe	1 Farmacêutica
	Novo Amparo/Moema	1 equipe	1 Ed. Física
	Mister Thomas	1 equipe	1 Nutricionista
	Lindóia	1 equipe	2 Fisioterapeutas 1 Psicóloga
3 - Sul	Cafezal	2 equipes	1 Farmacêutica
	Itapoã	3 equipes	0 Ed. Física
	União da Vitória	1 equipe	1 Nutricionista
	Jamile Dequech	1 equipe	4 Fisioterapeutas 1 Psicóloga
Residentes Sul	Ouro Branco	2 equipes	1 Farmacêutica
	Pindorama	2 equipes	1 Ed. Física

			1 Nutricionista 1 Fisioterapeuta 1 Psicóloga 1 Assistente Social
4 - Sul / Centro	Piza/Roseira	2 equipes	1 Farmacêutica 1 Ed. Física 1 Nutricionista 2 Fisioterapeutas 1 Psicóloga
	San Izidro	1 equipe	
	Eldorado	2 equipes	
	Vila Brasil	2 equipes	
5 - Oeste	Panissa/Maracanã	2 equipes	1 Farmacêutica 1 Ed. Física 1 Nutricionista 2 Fisioterapeutas 1 Psicóloga
	Tóquio	1 equipe	
	Bandeirantes	3 equipes	
	Alvorada	1 equipe	
6 - Oeste / Norte	Santiago	3 equipes	1 Farmacêutica 1 Ed. Física 1 Nutricionista 2 Fisioterapeutas 0 Psicóloga
	Jd. do Sol	2 equipes	
	Leonor	2 equipes	
	Cabo Frio/Imagawa	3 equipes	
7 - Norte	Chefe Newton	3 equipes	1 Farmacêutica 0 Ed. Física 1 Nutricionista 2 Fisioterapeutas 1 Psicóloga
	Parigot de Souza	2 equipes	
	Vivi Xavier	3 equipes	
8 - Norte	Maria Cecília	2 equipes	0 Farmacêutica 1 Ed. Física 1 Nutricionista 2 Fisioterapeutas 0 Psicóloga
	João Paz	2 equipes	
	Aquiles	3 equipes	
9 - Centro	Guanabara	1 equipe	1 Farmacêutica 1 Ed. Física 1 Nutricionista 2 Fisioterapeutas 1 Psicóloga
	Centro	2 equipes	
	Vila Casoni	1 equipe	
	Fraternidade	1 equipe	
10 - Centro / Norte	CSU	2 equipes	1 Farmacêutica 1 Ed. Física 0 Nutricionista 2 Fisioterapeutas 0 Psicóloga
	Vila Nova	2 equipes	
	Carnascialli	2 equipes	
	Milton Gavetti	1 equipe	
Rural	Guaravera	1 equipe – Fisio 1	4 Fisioterapeutas
	Irerê/Taquaruna	1 equipe – Fisio 2	
	Lerrovile	2 equipes – Fisio 3	
	Paiquerê/Guiaracá	1equipe – Fisio 2	
	Regina	1 equipe – Fisio 4	
	Maravilha	1 equipe – Fisio1	
	Três Bocas	1 equipe – Fisio 4	
	Selva	1 equipe – Fisio 4	
	São Luiz	1 equipe – Fisio 4	
	Warta	1 equipe – Fisio 3	

Fonte: (DAS, 2013).

3.2.3 O Campo de Pesquisa

A pesquisa foi realizada com uma equipe NASF que estava vinculada a dez equipes de saúde da família em quatro unidades básicas de saúde, situadas na região oeste de Londrina.

A equipe foi escolhida após indicação, feita pelos gestores da Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DAPS), como sendo a equipe que, no período de produção dos dados, estava desenvolvendo a ferramenta do apoio matricial junto às eSF, nas quais estava inserida. Vale observar que nem todas as equipes estavam utilizando essa estratégia naquele período.

Nesse estudo, as unidades de saúde foram denominadas de UBS 1, 2, 3 e 4, e os profissionais do NASF envolvido receberam nomes fictícios (Antúrio, Amarílis, Gardênia, Gérbera e Tulipa). Outros nomes que eventualmente apareceram na pesquisa também são fictícios.

As UBS 1 e UBS 4 contavam com três eSF cada. As demais – UBS 2 e UBS 3 – contavam com duas equipes cada, totalizando dez equipes de saúde da família.

Segundo dados fornecidos pela divisão de atenção à saúde (DAS, 2013), a população estimada da área de abrangência de cada unidade, conforme o censo do IBGE de 2010, era, na UBS 1, de 14.722; na UBS 2, de 9.850; na UBS 3, de 15.923, e, na UBS 4, de 11.317 habitantes.

O quadro abaixo demonstra como estavam distribuídos os profissionais nas unidades onde a pesquisa foi realizada, sendo apresentado o número de eSF de cada UBS e de profissionais que ali atuavam, com suas categorias e atribuições enquanto ESF ou não.

Quadro 2 – Distribuição das UBS, de acordo com número de equipes e de profissionais / categoria profissional que ali atuam.

	UBS 1	UBS 2	UBS 3	UBS 4
Categoria Nº de Equipes	3	2	2	3
Médico	1 Pediatra/ ESF 1 Clínico Geral/ ESF 1 Ginecologista/ ESF 1 Clínico Geral	1 Pediatra/ ESF 1 Clínico Geral/ ESF 1 Ginecologista	1 Clínico Geral/ ESF 1 Clínico Geral 1 Pediatra 1 Ginecologista	1 Clínico Geral/ ESF 1 Clínico Geral/ ESF 1 Ginecologista/ ESF 1 Pediatra
Enfermeira	2 ESF 1 Coordenação/ ESF	1 ESF 1 Coordenação/ ESF	2 ESF 1 coordenação 3 Não ESF (UBS)*	2 ESF 1 Coordenação/ ESF 1 Não ESF (UBS)*
Aux. enfermagem	6 ESF 8 Não ESF (UBS)*	1 ESF 7 Não ESF (UBS)*	2 ESF 14 Não ESF (UBS)*	4 ESF 7 Não ESF (UBS)*
ACS	10	7	6	12
Outros	2 dentistas 2 THD 3 Aux. de odontologia 2 Aux. administrativo 2 Serviços gerais 1 Aux. de farmácia 4 NASF Total: 16	1 dentista 2 THD 3 Aux. de odontologia 1 Aux. administrativo 1 Serviços gerais 3 NASF Total: 10	2 dentista 2 THD 4 Aux. de odontologia 2 Aux. administrativo 2 Serviços gerais 4 NASF Total: 16	1 dentista 2 THD 2 Aux. de odontologia 2 Aux. administrativo 2 Serviços gerais 3 NASF Total: 12

* Profissionais que atuavam nas UBS, mas não compunham as equipes de saúde da família.

3.3 A PRODUÇÃO DOS DADOS

Os instrumentos metodológicos escolhidos para a coleta das informações foram a observação, o grupo focal e a análise documental.

3.3.1 Observação

As observações foram realizadas durante os meses de setembro a dezembro de 2012 e envolveram todas as atividades desenvolvidas pelos profissionais do NASF nas quatro UBS e nos demais locais em que estavam inseridos. Contemplaram as seguintes ações: reuniões realizadas nas unidades e na vila da saúde, atividades individuais e coletivas com usuários, tanto dentro como fora das UBS, e outras atividades em que um ou mais desses profissionais participaram. Teve por finalidade auxiliar a compreensão de como essa equipe NASF estava desenvolvendo seu trabalho; como era a dinâmica do trabalho dessa equipe; que tipo de articulação havia entre os profissionais, dentro da própria equipe NASF e com os demais profissionais com quem se relacionavam; e, com isso, como estava sendo inserido o apoio matricial enquanto estratégia de atuação.

Durante a prática da observação, os profissionais passavam informações sobre a rotina de trabalho, atividades desenvolvidas e contavam sobre a construção e a conquista de espaço enquanto equipe, dentre outros temas que surgiram no decorrer do período em que os dados estavam sendo coletados. Todas as informações eram registradas (as relatadas pelos profissionais e as observadas pela pesquisadora), sendo depois utilizadas para associar e complementar os demais dados obtidos com outras metodologias utilizadas para a coleta.

O registro das observações foi feito por meio do diário de campo, buscando fazer um relato detalhado de todo o conteúdo das observações no campo de pesquisa (BEZERRA et. al., 2006).

Na sequência, apresenta-se uma narrativa para ilustrar um trecho da vivência da metodologia da observação, com a intenção de demonstrar como foi o momento inicial da coleta de dados vivenciado pela pesquisadora enquanto observadora.

3.3.1.1 A entrada no campo: o percurso na produção dos dados

A entrada no campo deu-se de forma conjunta com outras duas pesquisadoras, que também realizaram seus estudos como partes do projeto de pesquisa apresentado à Fundação Araucária. As três pesquisas foram realizadas dentro da Secretaria Municipal de Saúde, sendo que duas pesquisadoras utilizaram o mesmo campo de observação, as UBS, porém, uma delas, com o olhar voltado para a equipe NASF, e a outra, para as eSF, às quais a equipe NASF prestava apoio. A terceira pesquisadora observou os campos de atuação da equipe gestora da DAPS da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina.

O movimento de entrada, para as três pesquisadoras, ocorreu no mesmo momento. Portanto, a descrição, apresentada a seguir, traz inicialmente momentos vivenciados pelas três, e, no decorrer da descrição, passa a ser voltada para a vivência, enquanto observadora, da pesquisadora deste estudo.

3.3.1.2 O primeiro contato

O processo de entrada no campo se deu em dois momentos: inicialmente, houve uma conversa com os profissionais responsáveis pela gerência

da Diretoria de Atenção Primária à Saúde, momento em que foi apresentado o projeto, seus objetivos e a metodologia que seria utilizada no estudo.

Esse primeiro contato com a gestão possibilitou a identificação da equipe NASF e das equipes de Saúde da Família que seriam observadas. Isso a partir do levantamento, feito pelos gestores, das equipes NASF que naquele momento estavam realizando, junto às eSF, o apoio matricial. Foram indicadas duas equipes. Foi solicitado, então, que apontassem a que estivesse conseguindo aplicar o recurso de forma constante, ou a que melhor estivesse desenvolvendo a ferramenta com suas equipes e unidades de referência. E, assim, foi indicada uma equipe NASF para o desenvolvimento da pesquisa.

Após essa indicação, iniciou-se o segundo momento da entrada no campo: a inserção nas unidades básicas. Foram identificados os profissionais que compunham a equipe NASF e, após o primeiro contato com um de seus integrantes, foram solicitadas informações sobre a rotina da equipe nas unidades em que estava inserida e a indicação do momento mais apropriado para o início da observação.

No próximo subitem será apresentado, em forma de narrativa, o momento inicial de entrada no campo de observação e relatadas as primeiras experiências e sentimentos surgidos durante essa vivência.

Como as UBS em que a equipe NASF estava inserida seriam o campo de observação também de uma outra pesquisadora, o primeiro contato com os profissionais foi realizado em conjunto.

3.3.1.3 A vivência da observação

Quando chegamos para falar com a equipe gestora da APS sobre nossa pesquisa, a receptividade foi grande, pois o diretor e os gerentes demonstraram grande interesse em saber como o trabalho do NASF se dava nas unidades, o que gerou muitas expectativas, tanto em nós, pesquisadoras, quanto da gestão. A partir do momento em que a gestão estava sabendo de nossa presença no campo, ficou mais fácil o acesso às equipes, tanto do NASF, quanto dos profissionais e coordenação da UBS, visto que o aval da gerência e seu papel de comunicar aos demais profissionais da unidade sobre nossa presença era a porta de entrada para o serviço.

A primeira ida à unidade básica gerou, inicialmente, bastante ansiedade, pois, por mais que soubéssemos superficialmente quem eram os profissionais desse NASF, a incerteza de como seríamos recebidas e quais 'expectativas' seriam geradas na equipe era motivo de apreensão.

O contato inicial com a equipe NASF gerou o primeiro apontamento no diário de campo: relacionamento e comunicação entre a(s) equipe(s). Fizemos contato telefônico com a coordenadora da unidade e com um dos profissionais do NASF, que nos indicou o dia seguinte para iniciarmos nossa atividade. Quando chegamos à UBS, já sabíamos que, naquele período, estariam reunidos para uma atividade por eles denominada "reunião de matriciamento". Estavam presentes uma profissional do NASF e alguns da eSF. Apresentamo-nos e explicamos porque estávamos ali. No entanto, aquela profissional do NASF não estava sabendo de nossa participação. Já uma segunda profissional do NASF, que chegou pouco depois, sabia de nossa presença na reunião, pois havia sido avisada pelo profissional com quem fora feito o contato telefônico. Está aí o motivo de meu primeiro questionamento: no dia anterior, apesar do contato feito, indicando aquele momento para nossa inserção, o profissional de contato não estava presente e não avisou os demais, assim como a coordenadora da unidade, que também sabia e não informou a equipe.

Após "quebrado o gelo" e passado o momento burocrático de formalização da pesquisa (apresentação da pesquisa e solicitação de autorização para coleta de dados via Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), comentamos como seria nossa inserção nas atividades por eles desenvolvidas, qual o objetivo da pesquisa e como havíamos chegado até aquele NASF.

Aproveitaram nossa fala para comentar que iniciariam uma reunião de matriciamento e pediram para que os outros profissionais presentes (da eSF) dissessem-nos o que é o matriciamento, propiciando um debate sobre o tema. Percebi que nossa presença, de alguma forma, provocou e estimulou uma reflexão nos profissionais ali presentes. Dentre os profissionais que participavam da reunião, havia o predomínio de ACS. Nenhum médico participou da reunião, surgindo, então, o segundo apontamento em meu diário de campo: observar quem são os profissionais que participam dessa reunião e como é essa participação.

Dentre os presentes, uma auxiliar de enfermagem e um enfermeiro estavam ali pela primeira vez. Um deles perguntou se o matriciamento fazia parte do

PMAQ. Uma profissional do NASF respondeu que não, que isso acabava acrescentando e colaborando para uma avaliação positiva da unidade nesse programa, mas que o (profissional) NASF faz o matriciamento como uma proposta de inclusão no PSF.

Nesse primeiro contato com o campo de observação, senti que nossa presença, por menos intencional que tenha sido, acabou interferindo na dinâmica daquela atividade.

No decorrer da produção dos dados, vivenciei momentos de inquietação sobre minha postura enquanto observadora, pois como o período de observação se deu durante cerca de quatro meses e passei a estar presente em praticamente todas as atividades desenvolvidas por essa equipe NASF, seu envolvimento comigo passou a ser natural. Em alguns momentos, sentia-me parte da equipe, pois os profissionais me inseriam em suas atividades por meio de convites para que eu estivesse presente e, muitas vezes, até me pediam opinião sobre as mesmas ou sobre assuntos afins.

No início, tive dificuldade em saber como me portar nessas situações, o que e como responder quando questionada sobre algum assunto, ou sobre alguma prática por eles desenvolvidas. No entanto, com o passar do tempo, pude perceber que, a partir do momento em que nos inserimos em uma rotina, ela também passa a ser nossa. Mesmo que com objetivos diferentes, o envolvimento é inevitável (de alguma forma afetamos o outro e o outro nos afeta), sendo praticamente impossível minha presença não interferir na rotina daquela equipe. Por mais que isso não influenciasse diretamente suas práticas, enquanto profissionais do NASF e da Saúde, de algum jeito minha presença sempre era percebida.

3.3.2 Grupo Focal

Participaram desse momento da produção de dados todos os profissionais que compunham a equipe NASF observada.

O grupo focal foi realizado alguns dias após a finalização da observação, em uma única sessão, visto que foi considerado, pela pesquisadora, que todos os objetivos foram contemplados naquele encontro. Foi conduzido (gravado e posteriormente transcrito) pela pesquisadora que acompanhou as atividades da equipe do NASF durante a fase de observação, com roteiro de

entrevista semiestruturado (APÊNDICE A), elaborado a partir de discussões feitas pelos vários pesquisadores do grupo e de questionamentos desencadeados nos registros das observações.

Além da pesquisadora, que desempenhou o papel de moderadora e facilitadora da discussão, o grupo contou com três observadores que registraram as impressões verbais, expressões gestuais, ordem das falas e outras informações que auxiliassem na transcrição e análise dos dados.

Gil (2008) destaca que entrevistas em grupo são muito utilizadas em estudos exploratórios, com o propósito de proporcionar melhor compreensão do problema e gerar hipóteses, além de serem utilizadas para investigar um tema em profundidade. Descreve também que, durante a operacionalização do grupo, este deve ser conduzido pelo pesquisador, que atua como moderador e facilitador do debate, ou por uma equipe, que inclui, além do pesquisador, um ou mais moderadores e assistente de pesquisa ou observador, que deve cultivar a atenção, auxiliar o moderador na condução do grupo, tomar nota das principais impressões verbais e não verbais, estar atento à aparelhagem audiovisual, ter facilidade para síntese e análise e capacidade para intervenção.

O número de participantes de um grupo focal deve variar entre 6 e 12 pessoas, com intencionalidade na definição dos membros que farão parte do grupo. Os critérios de seleção desses integrantes podem variar, uma vez que implicam na capacidade de contribuição de cada um em relação aos objetivos da pesquisa. Já a duração das reuniões deve ser de uma a três horas, de forma que o cansaço dos participantes e condições desconfortáveis não venham a interferir nos objetivos da discussão, em prejuízo dos resultados (GIL, 2008; ASCHIDAMINI e SAUPE, 2004).

Quanto ao número de encontros, Aschidamini e Saupe (2004), em sua revisão de literatura, discutem que o número de encontros depende da complexidade da temática e dos interesses da pesquisa, destacando diferentes estudos com variados números de sessões.

3.3.3 Análise Documental

Para esta pesquisa, foram analisados os documentos que tinham alguma relação com o trabalho desenvolvido pelos profissionais do NASF, sendo

estes indicados pela própria equipe. Foram indicados materiais como fichas de relatórios de produção, registro de livros/cadernos de controle, atas de reuniões, prontuários, agendas e outros materiais que tinham relação com as atividades realizadas pelas equipes e com o apoio matricial, visando contribuir para a consolidação das informações obtidas na observação e grupo focal.

O uso de análise documental, como técnica de abordagem qualitativa, tem sua importância, “seja complementando as informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema” (LUDKE, 2005).

Na literatura, ressalta-se que os documentos são fontes de dados registrados de maneira escrita, que se referem à realidade humana, revelando informações sobre vidas e histórias, como um tipo de informação valiosa e que pode ser utilizada em pesquisa (PHILLIPS, 1974).

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

3.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE

Foram utilizados, na análise dos dados, os produtos das observações registradas no diário de campo, a transcrição do grupo focal e a análise documental.

Houve uma produção extensa de material, o que demandou tempo e dedicação para identificar um caminho adequado à descrição dos resultados e que possibilitasse uma análise comprometida com os objetivos da pesquisa.

Na transcrição do grupo focal, procurou-se respeitar as características próprias do registro oral. Todavia, quando necessário, frases utilizadas no corpo deste trabalho foram corrigidas em certos aspectos próprios da oralidade (a fim de preservar a identidade dos participantes); repetições de palavras;

eventuais incorreções nos processos de concordância em gênero e/ou número e em erros gramaticais.

O registro das observações e a transcrição foram lidos e relidos exhaustivamente, grifando-se trechos identificados, inicialmente, como relevantes. Em seguida, foram elaboradas uma síntese dos resultados das observações e uma síntese do grupo focal. Após discussão no grupo de pesquisa desse primeiro levantamento, voltou-se para os materiais coletados, a fim de que fossem feitas novas releituras (flutuantes), tentando extrair novas informações que comporiam os resultados e/ou reafirmar aquilo que já havia sido levantado.

Com a releitura, houve necessidade de refazer as sínteses dos registros de diário de campo e do grupo focal. Finalizado esse estágio, iniciou-se um processo de identificação das relações entre respostas semelhantes, complementares ou divergentes, de modo a identificar recorrências, concordâncias, contradições, divergências etc., entre o que foi observado e o que se obteve no grupo focal. Os diferentes trechos significativos foram organizados nas categorias de análise, de maneira que os fragmentos passaram a compor uma espécie de “diálogo artificial” (DUARTE, 2004). Esse processo levou à criação das categorias que estruturaram os resultados do fenômeno estudado, iniciando-se, na sequência, os procedimentos de análise e interpretação.

Na produção de análises de abordagens qualitativas não há consenso sobre os caminhos a seguir. Existem vários caminhos e possibilidades, à escolha do pesquisador. Há que se considerar que existem limites na capacidade humana de objetivação, “uma vez que a ciência se faz numa relação dinâmica entre razão e experiência”. Deve-se desmistificar as ideias de perfeição, de objetividade e de neutralidade dos procedimentos analíticos (MINAYO, 2008).

Segundo Gil (2008, p75):

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

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

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

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa respeitou as normas relativas à pesquisa envolvendo seres humanos, conforme determina resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, registrado no Sistema Nacional de Informações Sobre Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (SISNEP), com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 06127012.7.0000.5231, sendo submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, do qual recebeu parecer de aprovação nº 93.228 (Anexo A). Foi submetida também à autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina, por envolver profissionais vinculados à mesma.

Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e convidados a participar. Aqueles que aceitaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, ficando uma em seu poder e outra, em poder do pesquisador, sendo-lhes informada a possibilidade de desistência de sua contribuição com a pesquisa, a qualquer momento, e a inexistência de ônus. Consta, nos anexos, a autorização para observação (Apêndice B) e grupos focais (Apêndice C). Para a realização da análise de documentos e registros, foi assinado pela pesquisadora um Termo de Confidencialidade e Sigilo (Apêndice D).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Em seu arranjo original, a equipe NASF observada era composta por sete profissionais; porém, no período da produção dos dados desta pesquisa, contava apenas com cinco: profissional de educação física, farmacêutica, nutricionista e duas fisioterapeutas (a primeira, fixa em umas das UBS, e a segunda, atuando em duas UBS). Durante o período de observação, a equipe estava sem psicóloga e sem uma fisioterapeuta. Conseqüentemente, os profissionais das unidades e a própria equipe NASF ficaram sem apoio nessas áreas. As fisioterapeutas tinham carga horária semanal de 30 horas e os demais profissionais, de 40 horas.

Dos cinco profissionais que compunham a equipe, apenas um era do sexo masculino. A idade variava de 24 a 41 anos. Com relação ao tempo de conclusão da graduação, um profissional tinha três anos; dois tinham seis anos; outro profissional, dez anos, e o último, quinze anos de formado. Todos concluíram a graduação em universidades do município de Londrina.

Ainda sobre a formação dos cinco profissionais, um possuía pós-graduação em áreas de saúde pública, saúde coletiva ou saúde da família e os demais estavam em fase de conclusão de suas pós-graduações. Quatro deles possuíam também outra especialização em áreas afins com suas graduações.

Nenhum profissional mantinha outro vínculo empregatício, além do NASF; todos, porém, já haviam tido experiências em outras áreas relacionadas às suas profissões.

Quanto ao tempo de atuação no NASF de Londrina, três deles estavam desde o início do programa, em 2008; os outros dois atuavam na equipe havia um ano, quando ocorreu o último processo seletivo municipal para contratação de profissionais para a unidade. No entanto, todos passaram por processo de seleção e tinham vínculo empregatício, com contrato por prazo determinado, não estatutário.

4.2 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA EQUIPE NASF

Londrina tem grande diversidade populacional e de territórios. Em decorrência disso, as necessidades de saúde são diferentes para os usuários dos serviços de saúde, que também são distintos nos diversos locais em que se encontram. Naturalmente, essa heterogeneidade interfere nos modos como os profissionais se organizam para desenvolver seu trabalho nas unidades de saúde.

Diante dessa diversidade, cada uma das dez equipes NASF do município se organizou, em suas respectivas unidades, conforme a disponibilidade de espaço físico e o entendimento dos profissionais, tanto do NASF quanto das UBS, de como seria mais viável o desenvolvimento do trabalho dessa equipe.

Portanto, a organização apresentada a seguir e o modo como a equipe pesquisada desenvolve suas atividades não são padrões para o município.

4.2.1 A Inserção da Equipe NASF nas UBS

Quando o NASF foi implantado no município, havia, entre os profissionais das unidades e, principalmente, entre as coordenadoras, a ideia de assistência de especialidade e de distribuição dos profissionais, para os atendimentos clínicos, conforme disponibilidade de consultório, como é apresentado no relato a seguir:

[...] a ideia delas (coordenadoras), em função de não ter nenhum entendimento do trabalho, era de agenda; então, a tendência delas era a de querer fragmentar, separar os profissionais pra ter espaço pra atendimento de agenda. Que apesar de já ter sido feita reunião com as coordenadoras, elas vinham muito com essa ideia, ainda da especialidade, e não de uma equipe pra trabalhar [...] (Antúrio).

A equipe NASF relatou que, a partir dessa proposta de trabalho, apresentada pelas coordenadoras, iniciou um processo de negociação sobre como seria a organização e a distribuição da equipe nas unidades em que estava se inserindo. A negociação foi feita entre profissionais do NASF, apoiados pelos

residentes¹ que atuavam em uma das UBS, coordenadoras das UBS e gerente regional. Decidiu-se, então, que os profissionais do NASF se distribuiriam nas unidades, conforme períodos do dia (manhã e tarde), com a intenção de estarem mais de uma vez por semana em cada uma delas. Isso fez que não estivessem todos juntos em uma mesma UBS durante todos os períodos. No entanto, houve um movimento na tentativa de garantirem o encontro de toda a equipe, pelo menos uma vez por semana, para desenvolvimento de determinadas atividades, situações destacadas nos exemplos a seguir:

[...] no início, as coordenadoras não queriam que todo mundo ficasse no mesmo posto, porque elas achavam que era muita gente, que ia ficar ocioso e a gente teve de brigar por isso, pra dizer que 'não, o pessoal tem de ficar junto, porque a gente tem reunião, a gente tem de discutir os casos', então, é uma luta constante; hoje em dia, está muito melhor, mas no início foi difícil [...] (Gérbera).

[...] a gente sentou e viu a questão da agenda, nutrição, a psicologia e a fisio, que precisavam de sala, a prioridade foi pra elas; as outras profissões, por exemplo, no caso da farmácia e da educação física, que não têm agenda, a gente tentou conciliar com as outras profissões, mas não em todos os momentos, porque também não seria possível; então, a gente tentou equilibrar isso, de estar em certos momentos, pelo menos uma vez na semana, em cada unidade e se encontrar, principalmente para as atividades em grupo [...] (Amarílis).

A ideia de que os profissionais do NASF deveriam se distribuir entre as unidades, para que tivessem disponibilidade de consultório na realização dos atendimentos clínicos, reforça a concepção, ainda muito presente, do modelo hegemônico nos serviços de saúde, aquele cuja as ações são baseadas em procedimentos e saberes médicos e nas quais somente o corpo biológico é valorizado (MERHY e FEUERWERKER, 2009). Pode indicar uma dificuldade de perceber outras formas de atuação de uma equipe multiprofissional. Referências, exemplos e modelos de experiências, exitosas ou não, são importantes para o fortalecimento de novas estratégias em construção; porém, isso não é suficiente para a mudança de um modelo já consolidado.

Utilizar estratégias de negociação foi se mostrando como um importante papel dos profissionais do NASF para o desenvolvimento de seu

¹ Equipe de residentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Esta, especificamente, foi a turma 2008-2009, que atuava na UBS 2.

trabalho, a exemplo da negociação que ocorreu logo no início das atividades dessa equipe NASF, em 2008, uma vez que estava entrando em um serviço já estruturado e organizado num determinado processo de trabalho.

Além do que, como aponta Campos (2012), com a entrada de novos profissionais, até então não atuantes na atenção básica, há necessidade de realizar uma contratualização (entendida aqui como uma espécie de acordo, negociação entre as partes envolvidas em uma determinada situação), que parta, principalmente, dos novos integrantes, com o intuito de encontrar um meio comum para desenvolver o trabalho. A base desse acordo seriam as expectativas geradas nos profissionais que estão recebendo essa nova equipe, em consonância com o que está sendo proposto, tanto pelas diretrizes ministeriais, que direcionam o trabalho da nova equipe, quanto pelo que é trazido como proposta por esses novos trabalhadores.

Exemplo dessa necessidade de negociação, que ocorre quando outros profissionais entram no serviço, é demonstrada na fala a seguir, na qual os profissionais do NASF relatam essa percepção:

[...] Então, não é nem por maldade da equipe do PSF; muitas vezes, eles não sabem direito os conhecimentos, eles não sabem direito o trabalho que eles têm que desenvolver. Daí, você é um agente externo que chega lá um período, duas vezes por semana, você vai querer ensinar um profissional que está ali há dez, vinte anos? Por mais que a gente saiba que ele precisaria dessa ajuda, você não pode chegar lá e falar: 'Você tem de fazer isso, isso e isso'. Então, é difícil. Por mais que você tenha um conhecimento sobre essa atuação, você não tem como desconstruir isso [...] (Antúrio).

Quanto à entrada de novos profissionais, Campos (2012) destaca a importância do movimento de negociação, apropriação e conquista de espaço, e, no que se refere à equipe NASF, é importante que esta leve em consideração o que é, de início, oferecido e esperado pelas eSF em relação aos novos profissionais que estão chegando. Sobre essa chegada a um serviço já estruturado, o autor recomenda que:

[...] digo, lembre-se de que você está entrando na casa dos outros, e que a etiqueta para entrar na casa dos outros é bater na porta e perguntar se posso entrar. Se convidar para sentar, sente, se não convidar para sentar, você conversa em pé, no corredor. A casa é dos outros e tem uma etiqueta. Se o expulsarem, acabou, não tem diálogo, não tem espaço coletivo. Nós vamos chegar à casa dos outros, o coordenador do caso é o outro (CAMPOS, 2012 p.168).

Ou seja, é pertinente que essa entrada seja negociada, evitando situações conflituosas, construindo momentos de diálogo, que propiciem a estruturação de espaços conjuntos. Permite-se, assim, a abertura de outros espaços para que os profissionais do NASF possam ir se inserindo num processo de trabalho já encaminhado, criando oportunidades de acesso para introduzir suas (novas) ideias e propostas àquelas vigentes.

[...] a coisa do contrato, você tem que fazer oferta, vocês querem uma psicóloga aqui? Como que chega? O Ministério diz que chega sim, dane-se o que o Ministério diz, essa é a oferta, como é que eu chego? Só faço educação permanente, só faço supervisão, chego à reunião junto, vamos fazer visita juntos. Então, é a coisa da contratualização. Você tem uma oferta, você tem um suposto saber sobre a subjetividade, em saúde mental, em fisioterapia, você tem uma suposta capacidade de apoio, você tem um suposto programa, você tem uma suposta ajuda; apoio é ajudar, mas é empurrar também. Enfim, o espaço coletivo implica em certo acordo [...] (CAMPOS, 2012 p. 159).

Os profissionais da equipe NASF, que iniciaram seu trabalho em 2008, e que ainda continuavam atuando, consideraram um apoio o fato de algumas UBS já terem recebido a residência em saúde da família, pois ajudou na referência aos profissionais que estavam começando suas atividades. Isso porque o NASF era um programa novo, com categorias anteriormente pouco ou ainda não inseridas na atenção básica, e que veio com uma proposta diferente daquela com a qual os profissionais da equipe de saúde da família estavam acostumados a trabalhar.

Os profissionais recém-chegados aproveitaram a experiência já adquirida pelos residentes, que atuavam em uma das UBS, tanto para o desenvolvimento de habilidades da categoria, quanto para o fortalecimento das discussões com as coordenadoras sobre o trabalho em equipe e a necessidade de os profissionais terem um momento de encontro para realizar reuniões, planejar, programar e avaliar atividades. Porém, esse apoio dos residentes não ocorreu para

todas as equipes NASF iniciantes no município. Esse apoio foi possível apenas nas unidades em que havia residentes atuando.

Com as negociações, os profissionais chegaram a uma distribuição entre as unidades, que consideraram a menos prejudicial para o desenvolvimento de algumas atividades, tentando garantir a presença de, pelo menos, uma dupla em cada UBS e, assim, terem condições de auxiliar uns aos outros nas atividades.

[...] acredito que esta organização ficou legal, eu gosto do jeito que está, apesar de saber que algumas unidades ficam um pouco mais prejudicadas pelo fato de algumas categorias estarem em determinadas unidades só no período da tarde, sendo que, por exemplo, pro trabalho específico de atividades físicas, é mais interessante estar na parte da manhã. Só que pra estar na parte da manhã, em quatro unidades, teria de ir uma vez por semana em cada, o quê, pra atividade física em si, não é bacana, e pro trabalho em equipe acaba batendo mais com nossos horários [...] o que ajudou bastante, porque essa questão de deslocamento (de uma unidade pra outra) complica muito [...] (Antúrio).

Para exemplificar como os profissionais do NASF se distribuíam entre as unidades, o quadro, a seguir, ilustra a organização da equipe conforme período e dias da semana.

Quadro 3 – Distribuição dos profissionais por períodos e dias da semana nas UBS

UBS período	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
UBS 1 Manhã	-	Ed. Físico Farmacêutica Fisioterapeuta 3† Nutricionista Psicóloga*	Fisioterapeuta 3†	Ed. Físico Farmacêutica Fisioterapeuta 3† Nutricionista Psicóloga*	-
UBS 1 Tarde	-	-	-	-	Ed. Físico Farmacêutica Nutricionista Psicóloga
UBS 2 Manhã	Ed. Físico Farmacêutica Fisioterapeuta 2* Psicóloga*	Fisioterapeuta 2*	Ed. Físico Farmacêutica Nutricionista Psicóloga*	-	Fisioterapeuta 2*
UBS 2 Tarde	-	-	-	-	-
UBS 3 Manhã	Fisioterapeuta 1 Nutricionista	Fisioterapeuta 1	Fisioterapeuta 1	Fisioterapeuta 1	Farmacêutica Fisioterapeuta 1 Nutricionista Psicóloga
UBS 3 Tarde	Ed. Físico Farmacêutica	Nutricionista Psicóloga*	Ed. Físico Farmacêutica	Psicóloga*	-
UBS 4 Manhã	-	-	-	Fisioterapeuta 2*	Ed. Físico
UBS 4 Tarde	Nutricionista Psicóloga*	Ed. Físico Farmacêutica	Fisioterapeuta 2* Nutricionista Psicóloga*	Ed. Físico Farmacêutica Nutricionista	-

* Profissionais que não compunham a equipe no período de observação.

† Fisioterapeuta 3, nas segundas e sextas-feiras, compõe outra equipe NASF.

Partindo dessa distribuição, os profissionais do NASF se organizaram para desenvolver o seu trabalho. Contudo, por mais que negociações aconteçam para se chegar a um modelo de organização, o dia a dia de trabalho vai se mostrando complexo e há necessidade de constantes negociações e pactuações. Não é suficiente pensar apenas nos locais em que cada profissional deveria estar em cada período e dia.

As tensões e os conflitos gerados e vivenciados no cotidiano de trabalho do NASF serão abordados nos itens a seguir.

4.2.2 O Processo de Trabalho na UBS: Tensões do Cotidiano no Trabalho do NASF na AB

Mesmo com negociações e apoio dos profissionais residentes, a equipe NASF considerou difícil o início das atividades nas UBS. De um lado, para as profissões que não tinham anteriormente a categoria profissional atuando na rede de

saúde, a dificuldade foi criar um perfil/característica dessa profissão na AB. De outro, categorias que já atuavam anteriormente destacaram a dificuldade de mudar o foco de um método de trabalho instituído, ou seja, sair de uma abordagem individual e assistencialista para uma metodologia de trabalho diferente, em que o profissional não está exclusivamente dentro de um consultório realizando atendimento clínico, conforme ilustrado nas falas abaixo:

[...] até então não existiam, pelo menos não todas as categorias, não existiam na rede, a gente entrou desbravando mesmo [...]; então foi trabalho de formiguinha, está sendo ainda trabalho de formiguinha [...] (Gérbera).

[...] a fisio veio da agenda, continua na agenda, apesar de a gente tentar as atividades em grupo, têm as atividades próprias da fisioterapia em grupo, mas também tem a parte em que está todo mundo junto, a equipe, e vai do perfil da coordenação apoiar esse trabalho ou não [...] (Tulipa).

Segundo o discurso dos profissionais, houve resistências e incompatibilidade entre o que a equipe NASF, tanto em termos de categoria quanto de grupo, tinha como intenção, no desenvolvimento do trabalho, e o que a gestão central e local esperava. A exemplo da fisioterapia, que, por ser uma categoria atuante no PSF de Londrina desde 2002, encontrou dificuldades para implementar mudanças em sua atuação. Muito dessa resistência é identificada, pelos profissionais do NASF, como sendo dos profissionais das eSF, que esperam que o fisioterapeuta permaneça na unidade realizando atendimento clínico dos pacientes encaminhados e faça visitas domiciliares também com a mesma finalidade.

Esse perfil foi sendo construído desde 2001, quando, na implantação do PSF, grande número de pacientes acamados foi identificado nas VD, evidenciando-se, então, a necessidade de atuação de outros profissionais para além dos que compunham a eSF. Nesse momento, fisioterapeutas, inicialmente lotados nos prontos atendimentos do município, passaram a atuar nas UBS, priorizando o atendimento dessa nova demanda e, em algumas unidades, iniciaram ações que abrangiam grupos de hipertensos, diabéticos, entre outros. Com o fortalecimento da AB, novos programas de atenção à saúde foram sendo criados e, em 2004, com a implantação do programa Respira Londrina (que faz o acompanhamento e a distribuição de medicamentos para usuários portadores de problemas respiratórios, principalmente asma), os fisioterapeutas passaram a atuar também com essa

população enquanto profissional do PSF (LONDRINA, 2002; 2004). Esse histórico contribuiu para a criação e o fortalecimento de uma identidade da fisioterapia, tanto para os profissionais da categoria quanto para os profissionais da UBS, identidade que dificulta a ampliação da perspectiva de atuação desses profissionais no NASF e que se expandiu para profissionais de outras áreas de atuação inseridos igualmente na AB.

Tal situação exemplifica a dificuldade dos profissionais para desenvolver discussão dos casos, com a manutenção da fragmentação do cuidado e a dificuldade para implantar outras estratégias, como realizar o atendimento compartilhado com a própria eSF e NASF.

Pode-se afirmar que as mudanças exigidas e impressas nos processos de trabalho, qualificando a organização e a prestação de serviços, também geram novas exigências para os trabalhadores envolvidos com a AB, pois abalam as formas tradicionais de exercício de funções, de papéis, de responsabilidades e desempenho e a maneira como ocorrem as interações. Com isso, acarretam adequações nos processos e nas condições de trabalho e, sobretudo, suscitam a necessidade do aporte de novos conhecimentos, habilidades e métodos de atuação em equipe, principalmente para antigos trabalhadores (SANTOS-FILHO, 2009).

Quanto a formas de atuação, a equipe NASF relatou também ter encontrado dificuldades na implantação de algumas práticas e no desenvolvimento de ações em conjunto com a eSF, tanto por dificuldades da equipe NASF em criar ou aproveitar espaços existentes para interagir, quanto da eSF que, segundo os profissionais do NASF, apresentava resistência a mudanças, muitas vezes por dificuldade das coordenadoras das unidades para entender como é o trabalho do NASF e como esse trabalho seria organizado. As falas a seguir dão ideia dessas dificuldades:

[...] então, se você tem uma ideia e pega uma coordenadora que gosta só de agenda, não te deixa... sei lá, né, você tentar, você criar as suas atividades; daí, você fica mais restrito ainda, eu acho complicado [...] (Tulipa).

[...] as coordenadoras não dão muita abertura pra isso, [...] eles veem muito a gente, pelo menos os (profissionais) mais antigos, como agenda, e eles cobram bastante [...] (Gardênia).

[...] a gente tenta fazer tudo o que tem que fazer, só que tem vezes que não tem condição de fazer, a própria equipe não ajuda, ou a própria gestão, sabe, [...] (Tulipa).

É inevitável que, com a entrada de novas categorias profissionais e com novas propostas de trabalho trazidas para o serviço de saúde, surjam expectativas de que haverá melhorias na assistência e no processo de trabalho dos profissionais que há algum tempo atuam na rede. Essas expectativas partem de concepções, construções e vivências que cada profissional produziu em sua carreira e isso interfere diretamente em como ele vai lidar e contribuir, ou não, com a implantação de novas propostas.

Segundo Merhy (2006), os atos criativos e instituintes podem gerar processos de resistência, impondo rupturas, das quais surgem novas possibilidades de ação. Essas resistências desenvolvidas pelos trabalhadores podem estar diretamente relacionadas à realização do trabalho vivo em ato, no qual o trabalhador se depara com dificuldades, impossibilidades e obstáculos, capazes de produzir estranhamentos, conflitos e rupturas, desvelando contradições no processo de trabalho já instituído.

No entanto, para que uma proposta seja instituinte, esta deve assumir o desafio da produção de sujeitos, não da imposição de saberes e práticas já instituídas, mas a produção de coletivos e de novidades (BADUY, 2010). O processo de assimilação, contudo, pode levar certo tempo e, conseqüentemente, acarretar dificuldades aos profissionais do NASF para colocar em prática novas propostas e metodologias de trabalho.

Há também uma necessidade de que todos os profissionais, novos e antigos, sejam preparados e acompanhados nesse processo de inserção de inovações, como na afirmação de Florindo (2009), que defende a ideia de que, para as resistências serem vencidas, são necessários espaços de reflexão que envolvam os profissionais integrantes das equipes dos NASF, assim como aqueles que compõem as eSF. O autor aponta também a necessidade de ampla discussão para que todos entendam o território da saúde como resultado da acumulação de

situações históricas, ambientais e sociais, que promovem condições particulares para a produção de doenças, interferindo diretamente no processo de trabalho desses profissionais.

Além da cobrança por maior interação com os profissionais da UBS, outros tensionamentos foram aparecendo no discurso dos profissionais do NASF, quando se referiam a dificuldades que enfrentavam no dia a dia do trabalho. Pode ser citada, por exemplo, a situação de se trabalhar, cada período do dia, em unidades diferentes. Na sequência, serão apresentados os principais fatores, destacados pelos profissionais, que dificultavam o processo de trabalho, no que diz respeito à sua inserção em várias unidades de saúde:

[...] uma das dificuldades que senti, também desde o início, é de trabalhar em várias unidades, com vários tipos de coordenadoras, vários profissionais; você tem que saber ouvir, saber o que está falando, por que trabalhar com várias pessoas, uma turma de manhã, outra turma diferente à tarde; se você não tiver uma cabeça boa pra trabalhar, você não fica no NASF [...]. Então, até ter um NASF pra cada unidade... E isso não vai acontecer nunca, não vai ter jeito! [...] (Gérbera).

[...] uma dificuldade grande pra mim foi essa questão de ter quatro unidades: ter de pensar em quatro unidades quase que simultaneamente, ter de resolver vários problemas simultaneamente. [...] Trabalhando no NASF, você consegue fazer muito, acredito que comparado com a época em que eu trabalhava na residência, eu faço muito mais hoje, com a qualidade talvez não a mesma. A tendência é de você querer manter o mesmo padrão, o mesmo nível, só que uma coisa é fazer isso em uma unidade só, outra coisa é fazer em quatro! Acho que qualitativamente caiu um pouco meu trabalho, comparado ao da época em que eu fazia uma unidade só [...] (Antúrio).

Um arranjo em que a cada período do dia o profissional tenha de se deslocar de uma unidade para outra dificulta o processo de trabalho, no sentido de dar continuidade a uma ação iniciada, visto que tal trabalho só será retomado quando o profissional retornar àquele serviço. Somam-se a isso diferentes demandas existentes, com profissionais que se comportam e atuam de forma distinta. Porém, a concepção presente nos discursos de que a equipe NASF deveria estar fixa nas unidades para que o trabalho de cada profissional acontecesse de forma adequada, vai ao encontro do que os profissionais do NASF apresentaram como expectativas das coordenadoras e eSF em relação a essa equipe, no início de suas atividades. Estar fixo em uma UBS poderia propiciar o desenvolvimento de

ações voltadas para a clínica, pois, fixando-se em uma unidade, o profissional teria mais tempo para programar e executar suas ações, sem necessidade de envolver profissionais de outras equipes e categorias.

Essa prática poderia propiciar, ao profissional do NASF, o desenvolvimento de suas atividades individualmente, com ênfase nas agendas. Contudo, tal procedimento não é condizente com o proposto inicialmente pelas diretrizes do NASF, apresentadas no Caderno de Atenção Básica número 27, que trazem, como principal modalidade de trabalho das equipes NASF, o apoio às eSF, deixando as práticas individuais e atendimentos clínicos para casos de especial necessidade (BRASIL, 2010b). Para que esse apoio se efetive, no entanto, os profissionais do NASF não precisam estar todos os dias e todos juntos, ao mesmo tempo, na mesma unidade, como foi apresentado anteriormente.

Obviamente, existe uma limitação financeira para se ter uma equipe de NASF em cada UBS. Porém, é pertinente levantar outro aspecto, que deveria ser abordado, para que se efetive de forma mais adequada o trabalho de apoio. Trata-se da necessidade de adequação do número de eSF às quais a equipe NASF presta apoio, uma vez que, quanto maior o número de equipes apoiadas, menores são as possibilidades de estabelecimento de vínculo e construção de pactuações e parcerias entre as diferentes equipes e profissionais envolvidos. Assim, o caminho parece ser não o de reduzir o número de eSF, a ponto de fixar os profissionais em uma única unidade, mas possibilitar às equipes NASF maior envolvimento com os processos e necessidades trazidas pelas equipes, estando mais presente e de forma mais constante.

Os profissionais afirmam que, quanto maior o número de equipes, maior o número de unidades em que precisam atuar. São situações diferentes em diferentes territórios, diminuindo o tempo hábil de construção de vínculo e envolvimento entre profissionais das diversas equipes, até mesmo quando se faz necessário o acompanhamento individualizado de casos mais específicos.

A iniciativa de implantar algumas mudanças no processo de trabalho do NASF já foi tomada pelo Ministério da Saúde, que, na Portaria GM nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, revisou os critérios para implantação das equipes NASF pelos municípios, diminuindo o número mínimo e máximo de eSF às quais o apoio é prestado. Passou o NASF 1 de, no mínimo, oito e, no máximo, vinte eSF (Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008) para, no mínimo, cinco e, no máximo, nove

eSF. Também foram revistos os critérios para as equipes de NASF 2, além de ter sido criada a equipe de NASF 3, ampliando, assim, as características que possibilitam aos diferentes municípios, dentro de suas realidades, implantarem o NASF na AB. Incluiu ainda o apoio à equipes de consultório na rua, ribeirinhas e fluviais (BRASIL, 2012b).

Questões relacionadas a entraves burocráticos também foram descritas pelos profissionais do NASF. Envolvem a realização de atividades em grupo, nas quais a participação de todos os profissionais do NASF nem sempre foi possível, visto que os períodos em que cada profissional estava nas unidades não eram, na maior parte das vezes, coincidentes. Além disso, para se deslocarem de uma unidade a outra havia dificuldades como, por exemplo, o uso de veículo particular durante horário de trabalho pois geram vários tipos de desconfortos, como por exemplo a situação em que a farmacêutica estava levando medicamentos de uma unidade para a outra em seu veículo particular e passou por uma blitz policial. Ela não foi parada, mas relatou ter ficado apreensiva, pois não tinha nenhum documento comprovando a origem e/ou destino daqueles produtos. E também outras complicações como o registro do ponto de entrada e saída da unidade, como relatado a seguir:

[...] essa questão de deslocamento (de uma UBS para outra) complica muito: “Que nem” semana passada, fui na terapia comunitária lá na UBS 3 pra ajudar. Eu estava na UBS 2 e saí de lá após terminar uma atividade, mas tive que voltar pra não ter que registrar C.I. (comunicado interno) por bater o ponto em unidades diferentes; então, quanto menos a gente tiver que fazer esta parte, de se deslocar de um local pro outro, eu acho mais interessante [...] (Antúrio).

Outra dificuldade, ainda relacionada ao desenvolvimento de algumas atividades e ao registro do ponto de entrada e saída da unidade, referia-se às fisioterapeutas. Por terem carga horária de trabalho diferente do restante da equipe, muitas vezes não conseguiam participar de algumas atividades, como relatado pelas profissionais:

[...] ainda não consegui me articular pra participar do grupo de gestante, que é no período da tarde. Pra mim, é possível, é que daí o negócio está meio inflexível agora: 'Ah, você vai entrar mais tarde, vai sair mais tarde; Ah, daí você tem que fazer uma C.I.'. Não tem, no meu caso, que faço seis horas, a flexibilidade de escolher, teoricamente, que seis horas são essas, eu tenho que fazer das sete à uma. O grupo começa à uma, então, se eu faço hora extra daí vira aquele negócio [...] (Tulipa).

Complementando os entraves relacionados a questões de cunho mais burocrático, o tipo de vínculo empregatício também foi identificado como ponto que dificultava o processo de trabalho, pois gerava a sensação de instabilidade, além de grande rotatividade de profissionais. Essa questão cooperava para dificultar, mais uma vez, o estabelecimento de vínculos entre profissionais de diferentes equipes e entre profissionais e usuários, além de fragilizar a continuidade dos trabalhos iniciados.

[...] porque o NASF não é terceirizado, não é estatutário, não é não sei o quê, o NASF não é nada! Teve um dia que eu fui lá no RH, e a mulher disse: 'Não, você não é CLT, você não é isso'; eu sou o quê então? Eu não sou nada, né [...] (Tulipa).

[...] outra dificuldade, a gente também não tem insalubridade, a gente mexe com a parte de doença e a gente não ganha insalubridade pra isso [...] na verdade, foi cortado, a gente tinha por uma empresa e não tem mais, então você não vai... eu não vou ficar metendo a mão em qualquer coisa, entendeu?! [...] (Gérbera).

As condições de trabalho em saúde vêm sendo abordadas há bastante tempo e com os profissionais do NASF não seria diferente. Tanto que, no Caderno de Atenção Básica número 39, são apresentadas as condições de infraestrutura, logística e diretrizes para que o NASF seja colocado em operação (BRASIL, 2014). Por ser esse um trabalho em saúde de particular execução, quando não são dadas condições mínimas de trabalho para que se cumpra o que foi proposto – tanto no que diz respeito à execução de suas ações com os usuários e no território, quanto no relacionamento com os demais profissionais e com os diferentes serviços – gera-se insatisfação e, assim, a desmotivação passa a fazer parte da rotina de trabalho, principalmente quando relacionada às condições de trabalho oferecidas a essa equipe.

Essa instabilidade era reforçada a cada vez que os profissionais eram submetidos a uma ruptura de contrato e a uma nova recontração, o que não

era garantido apenas por já trabalharem inseridos nesse serviço, principalmente quando precisavam passar por novos processos seletivos para só então serem (re)contratados. Como exemplo, as trocas de OSCIP e, posteriormente, a municipalização desse serviço em 2011.

Os entraves para o desenvolvimento das atividades, apresentados na forma de falta de recursos, restrição das possibilidades de adaptação do horário de trabalho, entre outros, somados às condições em que esses profissionais foram contratados, dificultavam o desenvolvimento de suas atividades, uma vez que profissionais não satisfeitos com as condições de trabalho a eles impostas, ficam desmotivados para explorarem todas as possibilidades e potencialidades existentes no campo da saúde.

Em contrapartida a essas dificuldades, os profissionais do NASF destacaram, como pontos positivos no desenvolvimentos do trabalho, as ações e os resultados obtidos por cada categoria, como, por exemplo, melhorias conquistadas no tratamento de pacientes, no reconhecimento da eSF em relação à importância de sua categoria dentro da unidade e o tempo em que permaneceram na mesma unidade para que fosse possível criar vínculos com os demais profissionais, tanto no que se refere à permanência do profissional na mesma unidade semanalmente, quanto pelo tempo de serviço, sem ter de trocar de equipe NASF e, conseqüentemente, de UBS.

Esses pontos favoráveis ainda estão muito vinculados a conquistas individuais, da categoria profissional, e pouco se relacionam com o trabalho desenvolvido pelos profissionais enquanto equipe NASF pertencente ao serviço de saúde. Reforçam, mais uma vez, o processo vivenciado pelos profissionais do NASF, de necessidade de conquista de espaços dentro da AB e mais ainda da construção das características de trabalho de cada categoria individualmente, num movimento de autoafirmação.

A proposta do trabalho em equipe tem sido veiculada como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização e fragmentação na área da saúde. Processo que tende a aprofundar verticalmente o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar simultaneamente a articulação das ações e dos saberes (PEDUZZI, 2001). Pensando nas potencialidades produzidas pelo trabalho em equipe, no item a seguir será abordado esse tema, que ainda é motivo de tensionamentos para o

desenvolvimento do trabalho dos profissionais do NASF e das unidades de saúde como um todo.

4.2.3 Trabalho em Equipe: Possibilidade de Intercessão entre NASF e PSF

No município de Londrina, existe, em uma mesma UBS, a divisão em diferentes grupos: o grupo de PSF, o grupo dos profissionais que não atuam no PSF (profissionais não PSF), o grupo da odontologia e o grupo do NASF.

No município, essas equipes foram se constituindo e sendo implementadas de maneiras e em momentos distintos dentro do serviço de saúde. O processo foi iniciado pelos profissionais da AB (não PSF), que atuavam desde o início da década de 1970, quando da implantação dos primeiros postos de saúde em bairros periféricos do município (GIL, et al., 2001). Londrina iniciou a implantação do PSF, no ano de 1995, em quatro unidades de saúde na área rural e, num processo de reestruturação da AB, começou, a partir de 2001, a expansão desse programa para a área urbana, quando o modelo de atenção à saúde, prestado nas UBS, foi substituído. Propôs-se aos profissionais que já atuavam nas unidades a adesão ao PSF (Londrina, 2002), expandindo as práticas de saúde e passando a atuar em todo o território pertencente à área de abrangência das unidades de saúde. Nesse processo, as UBS continuaram a prestar os serviços já existentes e agregaram uma atuação no território, mais especificamente nos domicílios dos usuários. Os profissionais que aderiram ao programa dividiram-se em atividades na unidade e nas residências e, os que não o fizeram, atuaram apenas dentro da unidade.

Processo parecido ocorreu com os profissionais da área de odontologia. Havia equipes que atuavam em algumas unidades de saúde e que, a partir de 2003, passaram a atuar no Programa de Saúde da Família, expandido o número de profissionais dessa área. No entanto, algumas equipes de saúde bucal mantiveram-se atuantes somente dentro da unidade, enquanto outras foram caracterizadas como equipes expandidas de PSF-saúde bucal (LONDRINA, 2004).

Já a implantação do NASF em Londrina deu-se no segundo semestre de 2008, após criação do mesmo, em janeiro do referido ano, pelo MS (LONDRINA, 2009).

As ações de saúde eram desenvolvidas separadamente por cada uma dessas “equipes”, nas unidades em que estavam alocados. O NASF era

responsável pelo atendimento especializado, pelo apoio à eSF e pela realização de todas as atividades em grupo. O profissional da ESF realizava atendimento na unidade, de ações programáticas e demanda espontânea, e fazia acompanhamento no domicílio, prioritariamente, daqueles usuários que não tinham condição de ir à UBS. Os ACS, nesse caso, eram exceções, pois realizavam visita domiciliar a todos os domicílios da área de abrangência da unidade. Contudo, o acompanhamento era feito dando-se preferência aos usuários que se encaixavam nas ações programáticas priorizadas no município. Já as atividades realizadas dentro das unidades estavam relacionadas ao auxílio das atividades administrativas e da elaboração de seus respectivos relatórios de produção.

Os profissionais não considerados como da eSF (enfermeiro, auxiliar de enfermagem, auxiliar administrativo, médico, entre outros) realizavam atendimentos de qualquer demanda vinda até a unidade, uma vez que não havia divisão dos usuários por área de adscrição de domicílio, visando o acompanhamento na UBS.

E, por fim, a odontologia, que, dentro da unidade, acabava sendo um serviço à parte, muitas vezes desvinculado das demais ações ali desenvolvidas. Como esse serviço tinha seu próprio sistema de agendamento, atendimento e acompanhamento dos usuários, pouco se pôde observar de interação entre esse grupo e o restante dos profissionais da UBS.

Essa prática tem seus determinantes firmados em um histórico da formação biologicista na área da saúde, em que cada profissão aprende a clínica sem se envolver em temas que transcendam esse conteúdo, como, por exemplo, os diferentes determinantes do processo saúde-doença que levam às distintas necessidades de saúde (MERHY e FEUERWERKWER, 2009). Assim, temas que envolvam um trabalho interdisciplinar, no qual haja maior interação com as demais áreas da saúde, são pouco ou nada abordados na formação acadêmica.

Quando era identificada, por um profissional da unidade de saúde, a necessidade de uma intervenção especializada, fosse em visita domiciliar ou na própria UBS, este levava o caso para o profissional do NASF da especialidade identificada. Porém, pouco ou nada se discutia na perspectiva de se realizar o apoio e construir, em conjunto, possibilidades para que o profissional que trouxe o caso continuasse o acompanhamento. Pelo contrário, a partir do momento em que esse

caso era passado ao NASF, a responsabilidade pelo acompanhamento e intervenção passava a ser de quem o recebesse.

Em geral, o profissional da UBS, antes da existência do NASF, quando chegava ao ponto em que sua oferta de serviços e técnicas se esgotava, na tentativa de cuidar das necessidades dos usuários, encaminhava-os aos serviços de referência de especialidade, assim como ainda é feito para as especialidades não contempladas com esse nível de atenção. Com a inserção de algumas especialidades nas unidades, a eSF manteve a estratégia de encaminhar os usuários, não incorporando a proposta de aproveitar esses especialistas com novas ferramentas para lidar com determinadas situações do cuidado, sem demandar necessariamente a ação clínica especializada.

No grupo estudado, mesmo com a proposta de um novo modelo, repetia-se o modelo assistencial predominante na AB, com o profissional generalista fazendo encaminhamento ao profissional especialista, que assumia a condução do caso. O que se pode destacar de diferente nesse processo é que a atenção especializada passou a ser oferecida em local próximo ou no próprio domicílio do usuário, que, assim, não precisava mais se deslocar para outras regiões, o que já foi um avanço.

O NASF veio “com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da AB, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da ESF na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da AB” (BRASIL, 2008). Ou seja, o NASF tem como finalidade a atuação e a qualificação da assistência prestada aos usuários, vinculando-se às possibilidades de mudança nos modos de se fazer saúde, por meio de estratégias de apoio, e tendo como ponto de partida as dificuldades enfrentadas pelos profissionais das UBS na lida com as demandas do cotidiano.

Essa metodologia de apoio, proposta aos NASF, levou a uma certa estruturação de possibilidades de atuação, processo que ainda se encontra em construção, visto que cada município tem liberdade de estruturar as equipes NASF, conforme as necessidades identificadas pelos gestores em seus municípios, além de incluir as possibilidades criadas pelos próprios profissionais. Merhy (1997; 2000; 2002) atribui à definição de trabalho vivo em ato a característica de que o trabalhador exerce certa autonomia em relação à sua ação, ao seu poder de decidir coisas em seu espaço, segundo o seu interesse, momento em que se articulam as

possibilidades de produção, de invenção e criação, ou de captura e de repetição, dependendo de como se interpreta o encontro e os encaminhamentos nele produzidos.

Exemplos de captura e de repetição, no trabalho do NASF, podem ser identificados na persistência do encaminhamento do usuário a determinada especialidade, tendo o profissional de saúde autonomia para se corresponsabilizar, ou não, pelo acompanhamento daquele usuário após tê-lo encaminhado.

No entanto, se os mesmos profissionais fossem contratados para atuar na AB, mas sem lhes atribuir o nome/função NASF, e, conseqüentemente, a função apoio, possivelmente a construção dos modos de produção do trabalho em saúde seria diferente.

Com a vinda dessa nova equipe, diversas foram as expectativas criadas a respeito do trabalho que seria desenvolvido pelo profissional do NASF. Porém, só a entrada de novos profissionais não irá resolver os problemas de todas as demandas existentes na AB, pois, ainda assim, a diversidade e a complexidade existentes no encontro com os usuários dos serviços de saúde indicam a necessidade de um trabalho envolvendo vários profissionais, que possam contribuir com seus conhecimentos específicos, suas experiências, suas habilidades, para construir um trabalho em equipe. Não apenas se utilizaria da presença deles para o repasse do caso, mas se construiria um processo de corresponsabilização no acompanhamento do usuário.

Segundo Peduzzi (2001), é possível identificar duas noções que recobrem a ideia de equipe: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração de trabalhos. A primeira noção é caracterizada pela fragmentação, e, a segunda, pela articulação consoante à proposta da integralidade das ações de saúde. Fazendo uma analogia sobre o trabalho desenvolvido pelos profissionais do NASF junto aos profissionais da UBS, pode-se dizer que o trabalho em equipe por eles realizado ainda se enquadra mais na primeira definição, e o que se espera deles, enquanto profissionais apoiadores que se corresponsabilizem na produção do cuidado, é que o trabalho em equipe passe a ser desenvolvido no modelo de uma equipe como integração de trabalhos, de forma que ações de saúde possam ser desenvolvidas em conjunto, sem que um profissional deixe de se responsabilizar e contribuir no momento em que outro entre em cena.

O trabalho dos profissionais do NASF, enquanto equipe, é um processo ainda em construção, pois significa compreender que dar apoio à eSF e

demais profissionais, na tentativa de ampliar as possibilidades de atuação dos diversos profissionais, não deve se basear somente no conhecimento da especialidade, mas na ampliação das possibilidades de atuação e intervenção, a partir de novas construções e trocas de experiências. Caso contrário, seria sempre necessária a presença de determinada categoria para apoiar as equipes, o que pode ser considerado o mesmo que manter o modelo de encaminhamento, referência e contrarreferência já instituído dentro do serviço.

Os profissionais do NASF destacaram o importante papel desempenhado pela coordenação para que haja envolvimento dos profissionais da eSF em atividades por eles desenvolvidas. Porém, esse intermédio da coordenação pode ser desempenhado a partir do estabelecimento de vínculo ou incentivo para influenciar a equipe, mas, quando se faz necessário, a participação pode vir a acontecer por imposição e/ou cobrança, como exemplificado a seguir:

[...] a participação de alguém do PSF normalmente vai pela autoridade, a coordenação tem que chegar lá e falar [...] uma delas não coloca muitas barreiras, ela deixa o profissional trabalhar, não fica pegando no pé, se você traz inovações, se você tem atitude, ela deixa a coisa se desenvolver, e apoia, ela compra a ideia e tal, bem bacana [...] (Antúrio).

Contudo, por mais que o trabalho do NASF seja vinculado à eSF e demais profissionais da AB, a categoria que mais participa junto ao NASF, de modo geral, é a dos ACS. Pode-se atribuir essa maior participação ao fato de os ACS terem maior maleabilidade para organizar sua rotina de trabalho, visto que não precisam, necessariamente, de espaços reservados dentro da unidade para desenvolver suas atividades, assim como não precisam, necessariamente, de uma programação (agendamento) prévia, além de serem os profissionais que melhor conhecem o território e sua população, o que pode contribuir diretamente no trabalho desenvolvido pela equipe NASF. No entanto, na fala apresentada a seguir, pôde-se identificar que, em alguns casos, os ACS também só participam quando há imposição dos enfermeiros de suas equipes ou solicitação de colaboração por parte das coordenadoras das unidades:

[...] ainda vejo na equipe, de um modo geral, as ACS mais participativas do que qualquer outra categoria. Mas tem unidade que nem a ACS “é laçada na marra”, é bem complicado [...] (Tulipa).

Não foi observada corresponsabilização dos profissionais da UBS, que não atuam na ESF, para assumir a condução de casos ou desenvolver ações conjuntas. Combinavam-se atividades para que fossem desenvolvidas entre os profissionais do NASF e da unidade, mas, na hora de colocá-las em prática, acabavam ficando sob responsabilidade da equipe NASF, que as organizava e executava. Essa observação pode ser confirmada pela descrição feita pelos entrevistados:

[...] os profissionais (da unidade) combinam, mas chega na hora tiram o corpo fora, tem muito isso que a gente pactua um negócio e chega na hora muda; então, a gente, às vezes, tem que conversar com a coordenação [...] (Antúrio).

[...] teve uma situação, que era um caso meio que extremo, em que tinha de ser dada uma solução, mas a gente tinha que ter o envolvimento da equipe pra essa solução, não só da profissional que eles queriam empurrar, a psicóloga; a equipe queria jogar nas costas da psicóloga e sair fora. Quando, na verdade, a responsabilidade em assumir aquele caso era da equipe de PSF, fazer o relato, e fazer o encaminhamento, e ela ia ser uma apoiadora, mas eles estavam querendo jogar nas costas dela, daí gerou um conflito [...] (Antúrio).

Nessa questão, o que se discute não é o fato de um profissional, que tem determinado conhecimento, intervir no caso; o que precisa ser repensado é como essa intervenção vem sendo realizada. O apoio que a equipe NASF deve prestar à eSF está contido nas duas dimensões do apoio matricial: o assistencial e o técnico pedagógico (CAMPOS, 1999; BRASIL, 2010b). A primeira dimensão está diretamente relacionada ao cuidado prestado pelo profissional de apoio aos usuários do sistema; no entanto, é importante que o profissional de referência participe e acompanhe essa construção. Na segunda dimensão, o foco é o apoio com e para a equipe, na perspectiva de potencializar e ampliar as possibilidades de atuação enquanto profissional de saúde. Portanto, o apoio assistencial especializado não pode ser desvalorizado. Porém, deve-se levar em consideração que nenhum especialista, isoladamente, é capaz de lidar com todas as dimensões presentes nas diversas situações que o trabalho em saúde demanda. A construção do cuidado, a condução e o acompanhamento devem ser compartilhados.

Pela dificuldade no compartilhamento de ações entre NASF e eSF, alguns momentos de não participação e falta envolvimento dos profissionais da unidade são identificados como situações que não geram tensões ou conflitos:

[...] a equipe lá, quando não ajuda, pelo menos não atrapalha, a gente vê isso, porque eles estão mais abertos a novas propostas, por ser uma unidade que traz muitos estágios, internatos. Então, o auxiliar, às vezes, pode não ajudar, mas ele tem uma característica de deixar o trabalho se desenvolver [...] (Antúrio).

E ainda no que se refere ao envolvimento e à participação dos profissionais das unidades em atividades executadas pela equipe NASF, evidencia-se uma diferenciação entre profissionais que atuam na ESF e os que não atuam nessa estratégia, como pode ser visto na fala apresentada a seguir:

[...] tem diferença, vai discutir um caso: 'Passa pra Violeta, ela é a auxiliar do PSF'; 'Passa pra fulana, ela faz PSF à tarde'. Na recepção, ninguém quer resolver um assunto que seja do PSF. E, assim, chegou um paciente e eu vou discutir com um auxiliar alguma coisa: 'Ah, não, passa pra auxiliar, que é do PSF'. Ninguém se mete no que é do PSF, então, no caso da UBS 3 só tem duas auxiliares que são do PSF, e, daí, são elas duas que têm de resolver todos os assuntos, ninguém pode ajudar [...] (Tulipa).

Como na organização das UBS em um mesmo serviço de saúde existem profissionais que atendem como ESF, ou seja, realizam ações dentro e fora da UBS, no território, nos domicílios, etc., e há outros profissionais que atuam somente na unidade, tal fato reforça as divergências na definição das atribuições de tarefas e meios de desenvolvimento de trabalho conjunto entre NASF e demais profissionais, como pode ser observado nas falas abaixo:

[...] agora, ele (médico) não é mais do PSF, a proposta do PSF é visita, todos eles têm isso em mente, PSF é só o que é atendido fora da UBS, acamados, então ele já não está mais fazendo visita, então ele não participa mais das reuniões, a doutora, que é a do PSF, fica sufocada no consultório lá em cima [...] (Tulipa).

[...] eu vejo assim, quem não é PSF ainda tem muito aquela característica do modelo tradicional de atender emergência, doenças agudas, é bem centrado no médico, toda aquela história lá. E já os profissionais que entram no PSF podem até vir com esse pensamento, mas eles têm que mudar, porque eles percebem que a questão do cuidado é totalmente diferente: 'É PSF, então é outro sistema de trabalho, não é PSF, então a gente atende o que dá pra fazer aqui (na UBS) e tal'. Então, talvez o que precisa seja essa conscientização de que, na verdade, não é PSF e não PSF, mas todo um modelo de assistência que precisa ser mudado, independente da pessoa que faz o atendimento do PSF, da estratégia ou não, porque é responsabilidade do profissional que está ali, mas eu acho que eles não entendem isso [...] (Amarílis).

Não é questão apenas de profissionais que fazem visita e profissionais que não fazem, mas de um serviço que precisa ser reestruturado para que, independentemente de ser um atendimento unidade dentro dos muros, passe a ser pensado enquanto necessidades do território e famílias. Essa situação interfere diretamente no envolvimento dos profissionais do NASF com o restante dos profissionais, pois, de um lado, estão aqueles que esperam do NASF somente o trabalho dentro de um consultório, realizando atendimento clínico, e, de outro, estão os profissionais que esperam a ampliação das ações desenvolvidas pelo NASF, mas que, em sua maioria, não se envolvem e pouco contribuem para o processo.

Mesmo dentro da equipe NASF há divergências de pensamentos em relação a como lidar com essas diferenças, pois, para alguns, essa questão é considerada um problema de gestão, como identificado na fala apresentada na sequência, e, para outros, esse envolvimento depende mais da percepção do profissional e de como o NASF vai agir diante disso. Essa divergência pode até mesmo interferir em como o profissional vai buscar interagir com o restante dos profissionais da UBS, podendo deixar de apoiar nas discussões e troca de saberes, ou de tentar inserir possibilidades de interação em suas atividades. Por um lado, é dito pelo profissional do NASF que os demais trabalhadores da UBS pouco se interessam, e, de outro, foi observado que há também pouco movimento dessa equipe para inserir aqueles profissionais, tentando fazê-los se interessar por conhecer outras formas de produzir ações de saúde.

[...] isso é um problema de gestão, que eu acho que foge do nosso alcance como NASF, até porque, se você dá um acréscimo pra pessoa ser auxiliar PSF, você tem que cobrar desse e não do outro que você não dá, ou seja, todos os auxiliares que estão dentro da unidade deveriam ser tratados da mesma maneira e todos (deveriam) ser responsáveis pelo PSF; a partir do momento que trata um diferente, porque fala que ele é o auxiliar do PSF, automaticamente dá direito dos demais falarem: 'Não faça isso, é responsabilidade dele' [...] (Antúrio).

Nesse contexto, Merhy (1997) traz a discussão da autonomia que o trabalhador de saúde tem para a tomada de decisão com relação ao trabalho por ele produzido; a essa autonomia atribui-se o nome de autogoverno. As decisões tomadas partem dos projetos, desejos, experiências, necessidades, potencialidades e também do contexto por ele vivenciado. Confere-se a essa autonomia do trabalhador a definição de trabalho vivo, sendo esse trabalho produzido a partir de sua ação sem intermédios.

O trabalho vivo só pode ser produzido quando há o encontro (em ato) entre trabalhadores, ou entre trabalhador e usuários; nele, podem ser criadas relações de vínculo, escuta, implicação e consequente responsabilização. Esse trabalho é o que predomina nos serviços de saúde, visto que o produto gerado pelo trabalhador de saúde só pode ser oferecido quando há o encontro (MERHY, 1997; 2002).

Para os entrevistados, o que fez o trabalho da equipe NASF dar certo foi o bom relacionamento entre eles próprios, pois, a partir do momento em que os profissionais se dão bem, um passa a conhecer o trabalho do outro e, assim, apoiam-se e se desenvolvem juntos. No entanto, a própria equipe também destacou que esse fortalecimento, enquanto equipe, não pode ser uma barreira para que outros profissionais se envolvam em suas atividades.

Esse bom relacionamento pode ser entendido como relacionamento interpessoal (de camaradagem), ou como relacionamento profissional, ou ainda como o simples fato de manter um convívio sem grandes conflitos, o que, necessariamente, não garante o desenvolvimento do trabalho em equipe, podendo ser reforçado aqui pela ideia dos encontros, acrescida, no entanto, da ideia de encontros intercessores (BERTUSSI, 2010).

Merhy (1997; 2002) denomina espaço intercessor como aquele em que cada uma das partes, trabalhador e trabalhador, ou trabalhador e usuário,

colocam-se em toda sua inteireza. Nesse sentido, a partir do momento em que os profissionais das unidades passam a conviver (independentemente do conceito que tenham de bom relacionamento) e a interagir entre si, de modo que os momentos de encontro possam trazer alguma reflexão, não há como não mobilizar alguma mudança, sendo os espaços intercessores potentes para a transformação das práticas de saúde. Contudo, mesmo com mudanças que possam vir a acontecer, não há como se descartar a autonomia que cada trabalhador tem na produção de seu trabalho vivo em ato.

Em vários momentos, os profissionais do NASF evidenciaram que o trabalho ficou comprometido pela falta de uma categoria profissional e atividades deixaram de ser desenvolvidas, como o grupo de tabagismo, situação que, posteriormente, será melhor detalhada. Casos deixaram de ser discutidos em reuniões de matriciamento, pois as ACS não os trouxeram para o encontro, julgando que seria necessária a presença da psicóloga. Também deixaram de ser feitas algumas articulações com a rede de serviços de saúde e de assistência social, principalmente com o CRAS, por essa articulação ter sido feita anteriormente pela psicóloga. Algumas dessas situações, relatadas pelos profissionais, são destacadas a seguir:

[...] o problema da falta do profissional, do que foi dispensado e não recontrataram, é que você vai fazer o matriciamento como daí? Com falta de um profissional, que, dependendo do caso, precisa dele; tem caso que você não tem como, só aquele profissional está habilitado pra saber qual a conduta [...] (Gérbera).

[...] tem uma profissão que eu sinto falta na reunião de matriciamento, é da assistente social, de ter uma interação melhor ou com a rede de assistência ou que tivesse o profissional que fizesse a ponte, vamos dizer assim, que a maior parte quem fazia, nos casos, era a psicóloga; a maior parte dos nossos problemas com certeza vem de ordem social [...] (Amarílis).

[...] ou se não for o social, acaba tendo envolvimento da questão social junto, daí a psicóloga fazia muito essa... ela ia nas reuniões da rede de assistência, os casos que estavam sendo discutidos normalmente pela saúde, estavam sendo discutidos pela assistência também. Então, ela fazia esse link [...] (Antúrio).

A articulação com a rede de serviços de saúde, assistência social, entre outros, está contida nas atribuições dos profissionais do NASF. Buscar apoio em outros espaços, além de envolver outros profissionais e serviços nas práticas de cuidado, permite a ambos os lados ampliar o olhar para aquele caso ou situação,

gerando novas possibilidades de abordagem e enfrentamento, e perspectivas de ações articuladas em rede. Isso faz que os diferentes atores conheçam, a partir dos diferentes olhares, o território onde atuam, além de possibilitar que se apropriem de novas estratégias, a fim de atingir a integralidade na atenção à saúde.

No entanto, essa busca não precisa se restringir a determinada categoria, ou área de atuação, nem se restringir, dentro da UBS, a determinada equipe. Os momentos de encontro, de discussão, de trocas de saberes também podem propiciar a capacidade de articulação entre pessoas e serviços, sem restringi-la, fazer que esse também seja um meio de capacitar os diferentes profissionais envolvidos a buscar apoio e possíveis estratégias de condução e, quem sabe, até mesmo estimular a descoberta de soluções para os casos sob sua (co)responsabilidade.

Demonstra-se, assim, a dificuldade que os próprios profissionais do NASF sentem em desenvolver o apoio, visto que, na ausência de uma categoria profissional, como no caso da psicologia, ilustrado acima, atividades deixaram de ser desenvolvidas. Há, igualmente, dificuldade em perceber que a articulação com a rede e outros serviços não se restringe apenas a uma categoria ou equipe, pois, a partir do momento em que a equipe se consolida e todos assumem a responsabilidade pelo território, identificando-o como sua responsabilidade no processo de trabalho, todo e qualquer profissional pode e deve fazer essa articulação.

Entende-se por articulação as situações de trabalho em que o agente elabora correlações e coloca em evidência as conexões entre as diversas intervenções que podem vir a ser executadas (PEDUZZI, 2001).

Ponto fundamental para o desenvolvimento de trabalho em equipe é a interação e a comunicação. Para os profissionais do NASF, isso foi identificado como ponto positivo da equipe, por se darem bem uns com os outros, ou seja, ter uma boa relação interpessoal. Para Peduzzi (2001), existem três formas de comunicação: a primeira é aquela em que a comunicação aparece externa ao trabalho; a segunda é a aquela em que a comunicação ocorre de forma estritamente pessoal e a terceira é aquela em que a comunicação é concebida e praticada como dimensão intrínseca ao trabalho em equipe. No caso dessa equipe, o que se destacou foi a do segundo tipo, no qual

os agentes dão destaque à dimensão das relações pessoais baseadas no sentimento de amizade e camaradagem e operam sobreposição das dimensões pessoal e tecnológica. Conhecer o profissional equivale a conhecer como é executado seu trabalho e o saber técnico que o fundamenta. A dimensão de sujeito parece ser plena quando, de fato, havendo sobreposição completa entre o agente técnico e o trabalho, ocorre redução da interação, com o que se reduz a noção de trabalho em equipe na mesma direção: a das boas relações interpessoais, independentemente da reiteração das relações hierárquicas de subordinação. Não há, nesse caso, igualmente, agir-comunicativo, embora haja certa forma de comunicação (PEDUZZI, 2001).

Isso se torna evidente quando os profissionais do NASF consideram melhor quando um profissional não se envolve nas ações, mas também não atrapalha que eles as desenvolvam. Entretanto, ainda com base nas definições das diferentes formas de comunicação, para uma equipe que pretende trabalhar de forma interdisciplinar, o ideal é que a comunicação se dê de um modo em que

os agentes destacam como característica do trabalho em equipe a elaboração conjunta de linguagens comuns, objetivos comuns, propostas comuns ou, mesmo, cultura comum. Destacam a elaboração de um projeto assistencial comum, construído por meio da intrincada relação entre execução de intervenções técnicas e comunicação dos profissionais. Trata-se da perspectiva do agir comunicativo no interior da técnica, o que, dada a hegemonia instrumental do agir-técnico, também acaba por gerar tensões (PEDUZZI, 2001).

O trabalho em equipe deve buscar 'ampliar o olhar', a partir das vivências, das diferentes ideias e perspectivas sobre o caso ou sobre determinada situação, dos modos de agir, de lidar, de enfrentar, que não sejam só da especialidade em si. Porém, a própria equipe NASF, responsável por prestar apoio às equipes numa perspectiva multiprofissional, não se sente matriciada, sob o ponto de vista dos diferentes profissionais que a compõem, quando deixa de desenvolver determinada atividade por não ter mais determinada categoria em seu grupo.

Ainda dentro do trabalho em equipe, o momento do planejamento das atividades, que seriam realizadas no ano de 2013, pode ser visto como uma oportunidade de estímulo, mesmo que pontual, para o envolvimento de diferentes profissionais no trabalho desenvolvido pela equipe NASF e vice-versa, sendo um possível disparador de estratégias de trabalho multiprofissional. Peduzzi (1998) define equipe multiprofissional como uma dada composição de trabalhadores

especializados com uma dada interação entre si. Os variados profissionais recompõem as distintas dimensões do objeto de intervenção e disso resultam novas interações ou potenciais possibilidades de ações.

A programação das atividades que seriam desenvolvidas no ano seguinte foi feita no dia em que a maioria dos profissionais do NASF estava presente em uma das UBS. A iniciativa para montar o cronograma e a programação para o ano seguinte partiu de uma profissional do NASF que, dentre outras características, apresentava boa interação com toda a equipe e costumava organizar as atividades quando envolviam mais de um profissional.

Participaram dessa programação, a farmacêutica, a fisioterapeuta dessa unidade, a nutricionista e o profissional de educação física. Contudo, por mais que já estivessem conversando há algum tempo sobre a necessidade dessa programação, o envolvimento dos profissionais não foi o mesmo, estando apenas a farmacêutica sempre à frente da atividade. Durante a reunião, os demais saíam para fazer alguma coisa e depois voltavam para dar continuidade.

Essa atividade voltou-se, inicialmente, para a programação do grupo de hipertensos, levando em conta as datas, por se tratar de uma atividade que acontece mensalmente. Na sequência, pensou-se nos temas que seriam abordados nos encontros e qual profissional ficaria responsável por cada um deles. Como os profissionais tinham em mente que seu contrato de trabalho se encerraria em agosto daquele ano, decidiram programar as atividades dos meses seguintes com temas que pudessem ficar sob a responsabilidade dos profissionais da UBS, deixando-os, então, até o mês de agosto, sob a responsabilidade dos integrantes do NASF e, nos meses seguintes, direcionados para a eSF e/ou odontologia.

Essa foi uma tentativa de manter a continuidade das atividades; porém, atribuiu-se a responsabilidade de uma atividade a determinado grupo, mas em nenhum momento esse grupo, ou profissional que pudesse representá-lo, foi envolvido. A programação foi feita sem que esses profissionais estivessem presentes para contribuir, tornando-os participantes ativos no processo de construção e planejamento das ações, não sendo aproveitado o momento para que se corresponsabilizassem pelos projetos planejados. Chegou-se, assim, mais uma vez, à situação em que cada profissional assume seu papel, enquanto especialista, mesmo que se trate de uma atividade em comum.

É preciso destacar que o projeto comum, na maioria das vezes, refere-se à determinada equipe e não a todas as supostas equipes existentes dentro de uma mesma unidade. Trata-se de plano de ação para uma situação concreta de trabalho coletivo em equipe e que, na maioria das vezes, ainda leva em consideração o projeto assistencial hegemônico, sem expandir para novas estratégias de intervenção. Contudo, é legítima em relação à tentativa de reelaboração das práticas que configurem um projeto comum (PEDUZZI, 2001), visto que esse pode ser o primeiro passo para que haja maior interação entre profissionais, disparando as possibilidades de trocas que se esperam nos momentos de apoio.

A definição de equipe multiprofissional feita por Peduzzi (1998), quando afirma que da união de diversos saberes pode resultar novas interações ou possibilidades de ações, perde-se na fragmentação ainda muito presente das atividades planejadas, visto que se pensavam novas estratégias, ou profissionais para atuarem nelas, mas, ao mesmo tempo, elas eram mantidas separadas por atribuições de categorias, especialidades profissionais ou equipes.

Essa persistência da dimensão nuclear pode ser explicada a partir da definição de multiprofissionalidade, que diz respeito a pelo menos duas dimensões do trabalho, uma vez que se inter-relacionam intrinsecamente na prática: a dimensão objetiva e material da organização dos procedimentos, dispostos de acordo com uma dada racionalidade dominante nas práticas de saúde, situação identificada nas ações que estavam sendo programadas pela equipe; e a dimensão subjetiva e simbólica da referida organização, que diz respeito aos sujeitos e à formulação dos projetos de ação, pautados nas práticas e nos saberes pertencentes a cada trabalhador, em particular, e a cada categoria profissional, identificada pela distribuição de responsabilidades entre os integrantes da equipe (PEDUZZI, 1998).

Após a programação do grupo de hipertensos, foram planejadas atividades com o grupo de asma, para o qual a farmacêutica e a fisioterapeuta tentariam fazer uma intervenção conjunta de capacitação dos profissionais da UBS, abordando temas relacionados à medicação e ao manejo de crises; e foi combinada a data para o início da atividade.

A partir disso, discutiu-se a reunião de matriciamento, com a proposta de mudança de estratégia: como a equipe NASF considerou que a discussão de casos não estava sendo produtiva, pensou-se em inserir temas que

pudessem oferecer uma espécie de educação permanente, metodologia adotada inicialmente em duas UBS. Foi feita, a seguir, mais uma divisão de temas de responsabilidade da especialidade: o profissional de educação física, que queria expandir as atividades de saúde na escola, desenvolver algo com saúde do trabalhador e continuar com a saúde do idoso, ficou responsável por essas atividades; a nutricionista assumiu a responsabilidade pelo grupo de diabetes, e a farmacêutica e a fisioterapeuta, pelo grupo de asma. Após essa divisão de responsabilidades, começaram a ser definidos os temas para as reuniões de matriciamento, na perspectiva de educação permanente, mas sempre com o NASF tomando a frente. Essa proposta de mudança será abordada, com mais detalhes, no capítulo que discute o apoio matricial.

Baseados nessa ideia, os temas levantados para as reuniões de matriciamento passaram a fazer referência a alguma data do calendário de saúde do NASF ou do município. Programou-se, para março, por exemplo, o início de atividade do grupo de asma e, por isso, em fevereiro, na reunião de matriciamento, seria abordado esse tema para capacitar a equipe. Em abril, seria desenvolvida uma atividade nas escolas; em março, a discussão seria sobre saúde da criança e Programa Saúde na Escola, e assim por diante.

Essa foi uma primeira proposta, na tentativa de criar oportunidades para envolver os profissionais nas atividades que seriam programadas a partir da reunião de matriciamento. Porém, para que esse momento pudesse ser significativo, os temas a serem abordados também deveriam partir do interesse dos demais profissionais que participavam da reunião, pois, caso contrário, o que poderia permanecer é a sensação de uma reunião pouco produtiva e com pouca participação.

Foi sugerido abordar o tema da dispensação de medicamentos, por se tratar de uma situação-problema recorrente na unidade, mas, em discussão, a equipe NASF chegou à conclusão de que esse é um tema muito direcionado ao profissional auxiliar de enfermagem, por ser ele quem faz a dispensação, e que essa questão seria melhor abordada em uma reunião geral da unidade, já que da reunião de matriciamento quem participa são, principalmente, os ACS.

Finalizada a programação das reuniões de matriciamento, foram discutidos os encontros do grupo de diabetes, que é um grupo fechado, com início, meio e fim, e novos participantes a cada ciclo. Como estavam sem psicólogo na

equipe, mantiveram a estrutura do grupo; porém, tiraram o tema “fatores psicológicos que influenciam no diabetes”, que era abordado pela profissional. Tal fato reforça, mais uma vez, a prática sedimentada em núcleos de saberes, pois vários fatores podem estar envolvidos nessa situação. Como um grupo pode ser um momento de compartilhamento de experiências, não é necessário que um especialista em saúde mental tenha de estar presente, a não ser que o objetivo da equipe NASF seja o de realizar uma terapia em grupo. Outro ponto que pode ser levantado é a não percepção dos profissionais do NASF de terem sido apoiados, quando havia um profissional de psicologia no grupo, visto que essa atividade já acontecia anteriormente, e, nos momentos em que esse tema havia sido abordado, trocas de saberes já poderiam ter sido experienciadas. No entanto, a fragmentação das práticas ainda predominava no processo de trabalho daqueles profissionais.

Dentre as propostas para o ano seguinte, surgiu a ideia de traçar uma estratégia de participação mais ativa da equipe NASF nas reuniões gerais da unidade, como uma tentativa de dar visibilidade ao seu trabalho, principalmente para os profissionais que não são do PSF. Definiu-se, então, a inserção, por meio de uma breve apresentação durante a reunião geral, do que cada categoria desenvolve naquela UBS.

Foi previsto que essa programação seria apresentada em uma reunião em que estariam presentes as coordenadoras das quatro UBS e a gerente da região, e depois que a informação também seria passada para a fisioterapeuta que não participou da programação, na tentativa de padronizar o que seria feito em todas as unidades.

Um ponto que ainda precisa ser fortalecido é a necessidade de levar em consideração as demandas trazidas pelos usuários para a programação/planejamento das atividades. Geralmente, os profissionais partem de uma dada realidade, dentro de certo campo de atuação, e constroem um projeto, pelo trabalho e pelo agir-comunicativo, descrito por Peduzzi (2001), baseada em Habermas, como interações nas quais as pessoas envolvidas se põem de acordo para coordenar seus planos de ação, mediados e orientados por normas de vigência obrigatória, que definem as expectativas recíprocas de comportamento e que têm de ser entendidas e reconhecidas por, pelo menos, dois sujeitos. Contudo, mesmo com as discussões realizadas pelos profissionais para planejar suas ações, tais necessidades ainda não são levantadas e consideradas.

Os momentos de programação, planejamento e preparação devem ser uma prática constante, incorporada ao processo de trabalho dos profissionais do NASF, mas, para isso, é preciso garantir espaços quase que periódicos na agenda dessa equipe. Esse processo pode ser desenvolvido pelos próprios trabalhadores, tal como foi apresentado; contudo, é importante que esse espaço seja garantido também pela gestão, propiciando assim uma prática de monitoramento e avaliação, que possa ser desenvolvida de maneira transversal e continuada, e que proporcione o desenvolvimento de novas práticas, ou mesmo o fortalecimento daquelas propostas, para o NASF, que ainda estão em um movimento de implantação no processo de trabalho.

4.3 APOIO MATRICIAL: CONCEPÇÕES, MODOS DE PRODUÇÃO, FERRAMENTAS E ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELA EQUIPE NASF

A equipe NASF parte da premissa de que, para desenvolver o apoio matricial, se faz necessário um momento de encontro entre os diversos profissionais, garantido a partir da existência de um espaço, um momento reservado para discussões e conversas entre os profissionais do NASF e os demais profissionais da unidade, momento esse denominado de reunião de matriciamento:

[...] para que acontecesse o matriciamento, era preciso pelo menos espaços coletivos em que os profissionais estivessem juntos [...] Se não tivesse o espaço coletivo com os outros profissionais, não adiantava pensar em matriciamento. É difícil, você não tem nem 'corpo humano' coletivo pra conseguir fazer, então, eu acho que isso contribuiu muito pra que viesse a surgir essa articulação [...] (Antúrio).

[...] a gente conseguiu conquistar os espaços para as reuniões de matriciamento, por isso que a gente conseguiu, por estar pelo menos alguma vez se encontrando [...] (Amarílis).

O apoio matricial pode ser considerado uma ferramenta necessária de trabalho a ser empregada pelo NASF; contudo, muitos são os desafios enfrentados para que possa ser colocado em prática e passe a fazer parte do processo de trabalho não apenas dessa equipe, mas de todos os profissionais com os quais ela tem envolvimento. Dentre os desafios que se apresentam ao emprego pleno do apoio matricial, Campos e Domitti (2007) apontam para a necessidade de existência de espaços coletivos, que, de alguma maneira, propiciem o

estabelecimento de cogestão ou de democracia institucional, estimulando a interação das diferenças, para a realização de uma análise e uma interpretação sintética, bem como para o estabelecimento de linhas de intervenção e distribuição de atribuições entre os vários sujeitos envolvidos no processo.

Bertussi (2010) aponta que, no desenvolvimento do apoio matricial, a garantia de espaços coletivos protegidos permite o estabelecimento de uma relação entre sujeitos com saberes, valores e papéis distintos, que pode ocorrer de maneira dialógica, partindo-se da premissa de que o apoiador procura construir projetos de intervenção de maneira compartilhada com os outros interlocutores. Para isso, vale-se tanto de ofertas originárias de seu núcleo de conhecimento, de seu lugar na gestão, de sua experiência e visão de mundo, quanto da incorporação de demandas trazidas pelo outro, também em função de seu conhecimento, desejo, interesses e visão de mundo, criando momentos de discussão que permitam a interação dessas diferenças.

Programada para que acontecesse uma vez por mês em cada unidade, a reunião de matriciamento foi pensada, inicialmente, com a intenção de que fossem discutidos casos trazidos pela eSF:

[...] como eles têm reunião de equipe deles, a ideia era que discutissem o caso e preenchessem pelo menos a primeira parte da ficha do plano terapêutico, quanto às condições de saúde e socioeconômicas daquela pessoa ou daquela família, e, então, viesse isso pra nós, já pra facilitar a própria discussão do caso [...] (Amarílis).

No entanto, os casos não eram discutidos e compartilhados na eSF antes de serem levados para a reunião de matriciamento. Quando um novo caso era levado, tratava-se de iniciativa do profissional (ACS, auxiliar de enfermagem, enfermeira ou alguém do NASF), que o trazia para a reunião conforme sua necessidade em lidar e/ou resolver aquela situação.

A necessidade que cada profissional de saúde traz para os momentos do encontro devem ser consideradas e valorizadas, visto que aquele é o momento que ele tem para tentar dar uma resolução para aquele caso. Partindo da premissa de que o apoio matricial deve ser desenvolvido a partir das dificuldades da equipe para lidar com determinada situação. Faz-se necessário um primeiro momento de discussão para identificar o problema enfrentado pelo profissional de

referência, na tentativa de, primeiro, a eSF buscar alternativas de cuidado. Em um segundo momento, quando suas possibilidades se esgotarem, aí sim buscar apoio da equipe NASF, possibilitando que situações mais complexas possam ser apoiadas e, dessa forma, preparando a equipe para lidar com situações menos complexas que surgem no dia a dia e que, muitas vezes, são levadas para serem matriciadas, quando a própria equipe de referência poderia resolvê-la.

As reuniões aconteciam a partir da abertura ou da continuidade da discussão de um caso iniciado nos encontros anteriores. Apresentavam-se as informações sobre as pessoas envolvidas no caso, ou as ações já desenvolvidas, que haviam sido combinadas em discussões anteriores. Em seguida, eram traçadas as condutas a serem adotadas, ou, nos casos em andamento, aquelas que ainda precisavam ser realizadas e que, geralmente, eram assumidas pelos profissionais do NASF. Aproveitava-se também o momento em que vários profissionais estavam reunidos para repasse de recados.

A participação era predominantemente de profissionais do NASF e de ACS, representando a eSF. Em poucos encontros, participavam uma ou outra enfermeira ou auxiliar de enfermagem, mas não permaneciam na reunião inteira. Não havia a participação de médicos e poucos foram os momentos em que se contou com a presença de outros profissionais considerados 'não PSF' e da equipe de saúde bucal. A iniciativa em participar partia da vontade de cada profissional da unidade, incentivada apenas pelos profissionais do NASF.

A discussão baseava-se nas informações que os ACS traziam sobre o usuário e sua família e, na maioria das vezes, pensava-se – os profissionais do NASF – no que ainda precisava ser observado, investigado e feito. Como demonstrado na fala a seguir:

[...] acho que falta mais profissionais participarem do matriciamento, por que, pelo menos do que eu vi, só tinha o NASF, e as ACS, acho que tinha alguma auxiliar pingada lá no meio, nenhum médico, nada. Então, assim, não existe a troca de experiência, não existe a troca de ideias, que também deve ter no matriciamento. Você chega ali e só acaba discutindo realmente o NASF, porque às vezes as agentes ajudam, falam sobre o caso, mas falta ainda um pouco de interação. Porque o legal era todo mundo ali, realmente fazendo uma troca de experiência bem grande, com um pouquinho de cada, mas acho que falta ainda isso [...] (Gardênia).

Nessa fala, dois pontos podem ser levantados: a concepção de matriciamento enquanto espaço de interação, discussão e troca de experiência entre profissionais e a pouca participação de outros profissionais, que não os do NASF ou ACS. O apoio matricial procura construir e ativar espaço de comunicação para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores. Porém, os profissionais do NASF identificam uma dificuldade de compartilhamento em função da pouca participação de profissionais da eSF e UBS, com predomínio de ACS. Assim, as possibilidades de ampliar as discussões são dificultadas, visto que só é possível um profissional apoiar outro no momento em que se estabelece o encontro. Da mesma forma que, para que as ações de cuidado aconteçam, é necessário o encontro entre o profissional de saúde e o usuário, o apoio também se dá em ato, ou seja, no momento do encontro entre o profissional de referência e o de apoio.

Durante a reunião, as discussões baseavam-se na troca de informações sobre o caso; não se conseguia ampliar o olhar para outras possibilidades de abordagem e intervenção que não fossem centradas apenas na resolução do problema de saúde apresentado; não se discutia para além da queixa principal, pensando-se no que mais poderia estar envolvido naquela situação. Eram escassas as trocas entre os profissionais, numa perspectiva interdisciplinar; a discussão baseava-se no que era possível intervir naquele caso, a partir da especialidade. Como exemplo, relata-se o caso trazido por uma ACS de um casal de idosos que morava sozinho: a senhora, diabética descompensada, apresentava um déficit visual (provavelmente, por complicações do diabetes); seu cuidador, o marido, era responsável pela administração dos medicamentos à esposa e pelos afazeres domésticos. Esse senhor, nos últimos dias, apresentava uma dor nas costas, que o estava deixando restrito ao leito. Na reunião, o que se discutiu e se traçou como estratégia de intervenção foi: fazer um controle “mais de perto” da glicemia dessa senhora e auxiliá-la na administração da insulina, o que seria feito por visita da farmacêutica. Para o esposo, a fisioterapeuta ficou responsável por avaliá-lo e realizar intervenções. Não foram exploradas outras possibilidades, como, por exemplo, buscar apoio de familiares e inserir a eSF como referência para o caso. Por mais que a ACS faça acompanhamentos, ela não foi apoiada para fazê-lo numa perspectiva mais abrangente e integral. Talvez, por se tratar de uma primeira aproximação com o caso, o que não é possível afirmar com toda certeza.

Eram poucas as associações ou aproximações feitas com outros casos já vivenciados, na intenção de valorizar e fortalecer práticas já desenvolvidas aproveitando essas experiências; e pouco se pensava na rede de apoio que poderia ser envolvida, além da saúde. Essas práticas que poderiam ser desenvolvidas estão atreladas ao modelo de Educação Permanente e Saúde (EPS), que pode ser definido como processo de aprendizagem no trabalho, apresentando, entre seus objetivos, o favorecimento de mudanças nas relações, nos processos de trabalho, nos atos de saúde e nas pessoas, além de uma melhor articulação para dentro e para fora das instituições (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

Aproveitar os momentos em que alguns profissionais estão reunidos poderia favorecer a ampliação do olhar, possibilitando observar o que não se vê regularmente: o quanto, no dia a dia de trabalho, se está permanentemente produzindo conhecimento, reafirmando conhecimento e agindo tecnologicamente no campo do cuidado. Essas reflexões poderiam surgir a partir dos encontros com o outro, possibilitando a troca de experiências sobre os modos de agir e saberes, e produzindo sentido ético e político para o seu fazer no campo da saúde (MERHY, 2013). Isso poderia se dar a partir do núcleo pedagógico, ou seja, em um momento de matriciamento.

Os profissionais do NASF traziam algumas concepções sobre o apoio matricial, definição do que é essa ferramenta, de como ela deveria se desenvolver e de como identificavam o movimento de participação dos demais profissionais, considerando-o como o espaço que provoca a interação entre o PSF e a equipe NASF. O discurso que mais esteve presente foi a possibilidade de discussão de casos a partir dos momentos de reunião. Outras definições, no entanto, também foram apresentadas:

[...] um espaço para discutir os casos trazidos pela equipe, tentando identificar os problemas, tudo que envolve o paciente. Uma ACS disse que 'acha que é uma forma da equipe (de PSF) e o NASF falarem a mesma língua, adequar termos para que todos saibam do que estão falando'. Eu também vejo como a troca de experiência de um profissional com o outro, pra que, num outro caso, ele qualifique qual conduta ele vai fazer. Acho que é isso [...] (Amarílis).

[...] quebra de paradigma que é a fragmentação, não é só no trabalho com os profissionais da unidade, ou seja, cada um fica só no seu quadrado. Daí, quando a gente pensa o matriciamento, a gente tem que pensar nessa quebra de fragmentação também interinstitucional, saúde com o social, saúde com educação. A gente tem que trabalhar isso, e é difícil [...] (Antúrio).

São inúmeras as definições e possibilidades geradas na utilização do apoio matricial. Os profissionais do NASF falam sobre o apoio matricial que permeia as possibilidades de trocas de saberes e articulação com outros serviços. No entanto, encontram dificuldades para realizar essa articulação, por exemplo, com a rede de assistência social, que também poderia contribuir para a construção de diferentes estratégias de ações cuidadoras. Tal dificuldade fica mais evidenciada quando os profissionais trazem a ideia de que uma assistente social na equipe, que compreendesse melhor como funciona o serviço de saúde, melhoraria o apoio, reforçando também o desenvolvimento das ações, mesmo que de apoio e ainda que pautadas na especialidade. O profissional do NASF não se vê no papel de articulador de rede, fortalecendo a ideia de que cada categoria se insere no que é de seu núcleo de saberes, até mesmo quando da busca de apoio e articulação com outros serviços. Embora eles apresentem no discurso a necessidade de quebrar a fragmentação, ainda se mantêm, na prática, cada um em sua especialidade. As situações apresentadas anteriormente podem ser identificadas nas falas a seguir:

[...] é uma aproximação que não existe com a rede de assistência social [...] esse profissional teria de estar inserido no nosso grupo de NASF pra ter essa interação, até porque é assim: eu vejo a dificuldade que a saúde tem de compreender que o cuidado é muito mais do que só o tratamento daquela doença; as outras redes também têm essa dificuldade de ver e de trabalhar em conjunto; então, com certeza, a assistência social tem isso, a educação também. Então, até entender que esse trabalho precisa ser em conjunto vai tempo, e se dentro da própria área já é complicado, imagina fora como é isso. Então, se tivesse algum profissional que fosse ligado à área, por exemplo, a psicologia não é, mas está mais próxima, essa aproximação seria facilitada [...] (Amarílis).

O apoio matricial também era entendido como um espaço onde se passava para outro profissional resolver aquilo que a equipe de saúde da família não conseguia:

[...] tem gente também que acha que o NASF, no matriciamento, vai resolver, fazer milagre, e não vai. Então, passam aqueles casos mais cabeludos que eles não aguentam mais: 'Oh, despeja aí pro NASF e veja o que eles vão fazer', e às vezes acontece isso mesmo, e às vezes a gente também não sabe o que vai fazer, mas é pra gente que fica [...] (Gérbera).

Mesmo quando o profissional pensa na perspectiva de que o apoio pode quebrar esse movimento de encaminhamento ao especialista, quando chega o momento da prática, ou seja, de definir a referência para o caso, o que ainda sobressai é a concepção de que o especialista deve intervir, ficando o profissional do NASF como responsável pela intervenção. Isso reforça a impressão de que só mudou o local onde o especialista vai atuar.

[...] a ideia é quebrar essa coisa do encaminhar pro especialista; é uma construção coletiva de soluções de problemas, ou seja, vai trazer um determinado problema, um caso, e coletivamente, a gente organizar estratégias pra tentar vencer essas barreiras, que normalmente são difíceis de serem vencidas, porque são casos muito complexos. São casos que às vezes até voltam, que a gente caminha um pouquinho, volta pra trás, caminha um pouquinho e assim vai indo [...] (Antúrio).

Alguns foram os exemplos de que o profissional do NASF, enquanto especialista, era quem assumia a condução dos casos matriciados, podendo ser ilustrado pelo momento quando esses profissionais, responsáveis pela condução de algum caso, deixaram o NASF (psicóloga e fisioterapeuta) e outro profissional, também do NASF, assumiu a responsabilidade. Dessa forma, não foi gerada oportunidade de outros profissionais pensarem, refletirem e agirem, contribuindo para a condução.

Aqui, destacam-se dois importantes papéis para que o apoio aconteça de forma efetiva: o profissional apoiador e o profissional de referência. Segundo Domitti (2006), o apoiador matricial é um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, que pode agregar recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que

umentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso.

Porém, para que o apoio aconteça, faz-se necessário agregar e combinar diferentes saberes, com o objetivo de enfrentar a complexidade das organizações e do trabalho em saúde, bem como a complexidade e a desestruturação dos problemas de saúde. Assim, pode-se produzir conhecimento mútuo, trocas e relações de cooperação e solidariedade, que estimulem respostas mais potentes e que contribuam para qualificar o cuidado em saúde (BERTUSSI, 2010).

A equipe NASF acabava assumindo a referência na condução das ações traçadas na discussão de casos, indo na direção contrária da definição de Campos (1999), que identifica a equipe de apoio como aquela formada por profissionais sem relação direta e cotidiana com o usuário e que dão apoio à equipe de referência. Já o profissional de referência é aquele que tem a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário, com possibilidades de ampliar a construção de vínculo entre profissionais e usuários. É um rearranjo organizacional, que busca deslocar o poder das profissões e corporações de especialistas, reforçando o poder de gestão da equipe interdisciplinar (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Segundo Campos e Domitti (2007), o apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho que pretende oferecer tanto retaguarda assistencial, voltada ao cuidado prestado ao usuário, quanto suporte técnico-pedagógico e troca de saberes entre os diferentes profissionais na organização do trabalho, junto às equipes de referência (BRASIL, 2010b). Portanto, o profissional do NASF pode, sim, assumir a condução de um caso, desde que tenham se esgotado as possibilidades dos profissionais de referência e com a condição de que um profissional de referência também se corresponsabilize por essa condução.

Para Campos e Domitti (2007), apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realização de clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e

profissões. Isso se deve ao fato de que se considera que nenhuma profissão isolada é capaz de realizar uma abordagem integral.

Outra situação que evidenciou a necessidade de um especialista, para que a equipe de apoio atuasse, foi quando, em uma reunião de matriciamento, a ACS disse que tinha um caso que gostaria de trazer para ser discutido, mas que, por ser de saúde mental, ela não trouxe, já que não havia mais a psicóloga na equipe para resolver, e ficou por isso mesmo; o caso não foi abordado.

[...] o problema da falta do profissional, “que nem” foi dispensado e não recontrataram, é que você vai fazer o matriciamento como? Com falta de um profissional? que dependendo do caso precisa daquele profissional, tem caso que não tem como, só aquele profissional está habilitado pra saber qual a conduta [...] (Gérbera).

O trabalho em equipe propicia a ampliação do olhar para as necessidades de saúde trazidas pelos usuários, possível a partir das vivências, das diferentes ideias e perspectivas sobre o caso, ou sobre determinada situação, além dos modos de agir, de lidar, de enfrentar, que não sejam só os da especialidade em si. Porém, a própria equipe NASF, responsável por prestar apoio às equipes numa perspectiva multiprofissional, não se sente matriciada pelos diferentes profissionais que a compõem, como é possível constatar pelas situações em que deixam de desenvolver determinada discussão por não ter mais determinada categoria compondo a equipe. Mesmo que não fossem abordados diretamente os aspectos psicológicos apresentados nos casos, outros problemas, outras necessidades certamente poderiam ser identificadas e, com isso, intervenções poderiam ser feitas, independentemente do especialista ausente.

Existem alguns profissionais que identificam outros espaços possíveis para realizar o apoio matricial, como no caso da farmacêutica que, às vezes, aproveitava as visitas domiciliares feitas pelas auxiliares de enfermagem para solicitar que elas realizassem a dispensação de aparelho de HGT, fitas etc., justificando que, quando solicitava essa atividade, ela dava orientações sobre o que deveria ser dito, orientado e feito com o usuário. Assim, de acordo com a farmacêutica, as auxiliares de enfermagem aprendiam sobre o procedimento e passavam a prestar mais atenção, e, quando alguém precisasse de orientações, teria outra pessoa, além dela, que saberia e poderia fazer e/ou orientar, denotando a

concepção de que o matriciamento também pode ter o objetivo de ensinar, de aprendizagem dos profissionais.

Essas práticas, que ampliam as possibilidades de matriciamento, também estão relacionadas ao campo do cuidado. Merhy (1998) apresenta-as como a concepção de dimensão cuidadora, tornando-se um espaço em que todos realizam a atenção à saúde, baseada nas ações relacionais. Essa dimensão extrapola as ações específicas das profissões e deve ser enfatizada nas práticas de cuidado à saúde:

Um modelo em defesa da vida [...] deveria pensar como ampliar a dimensão do núcleo cuidador e sua relação positiva, tanto para desencadear processos mais conjuntos e partilhados no interior da equipe, quanto para melhorar a eficácia e a adequabilidade da ação específica com os processos usuários centrados, assumindo e reconhecendo que certas abordagens profissionais, em certas circunstâncias, são, de fato, mais eficazes que outras, mas sem fazer disso uma lógica de poder na qual uma profissão se imponha sobre as outras (MERHY, 1998 p.118).

Sendo exemplificado na seguinte figura ilustrativa:

Figura 1 – Núcleo cuidador e núcleo específico (MERHY, 1998 p. 115).



Nessa perspectiva, o trabalho dos profissionais do NASF precisa estar direcionado aos elementos do núcleo cuidador, ou do campo, caso contrário, suas ações tendem a reproduzir o modelo instituído, centrado em procedimentos e no corpo biológico.

O apoio matricial depende da personalização da relação entre profissionais e equipes de saúde, da ampliação dos cenários em que se realiza a

atenção e da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem o apoio matricial, não se restringindo a momentos formais para que aconteça (CUNHA e CAMPOS, 2011).

Outro espaço identificado como propício para o matriciamento é o momento das reuniões de equipe de saúde da família; no entanto, como os profissionais do NASF se organizaram para estar distribuídos por períodos nas unidades, eles não conseguem estar presentes nas reuniões de eSF.

[...] na verdade, eu acho que o nosso horário deveria ser de acordo com o horário das reuniões de equipe; então, aí sim, a gente poderia participar, mas a gente não tem essa prioridade, daí a gente teve que criar espaços pra conseguir se aproximar deles; então, um espaço pra tentar se aproximar são as reuniões de matriciamento que acontecem uma vez por mês em cada unidade [...] (Amarílis).

[...] inicialmente, a gente tentou participar das reuniões de equipe, mas essa questão do deslocamento era impossível. Era uma possibilidade de estar mais perto deles; que se a gente conseguisse estar junto com eles em todas as reuniões semanais que eles fazem seria muito melhor [...] (Amarílis).

Muito provavelmente, as ações de apoio poderiam ter maior expressão na agenda de trabalho do NASF se fossem inseridas em atividades próprias da rotina das equipes saúde da família. Nelas, os profissionais poderiam trazer suas contribuições por meio de suas vivências, habilidades e conhecimentos. Entretanto, a dificuldade de participar das reuniões da equipe de referência fez que os profissionais do NASF criassem outro momento para a realização de discussões a respeito de situações vivenciadas pelos usuários e identificadas pelas eSF, estabelecendo-se, a partir daí, os planos de cuidado. Nesse sentido, a equipe NASF tenta garantir sua inserção na lida com situações em que as equipes têm maiores dificuldades, por serem condições mais complexas e que exigem intervenções mais ampliadas.

Muitas das discussões e articulações entre pares e equipe acontecem nos diversos espaços das unidades: no corredor, na cozinha, na hora do “cafezinho”, enfim, no momento em que dá certo o encontro, não sendo preciso necessariamente um ambiente formal para que o encontro e a troca de informações aconteçam. No entanto, nem sempre esse movimento é considerado como um espaço potencial de apoio.

[...] mesmo com reunião (de matriciamento) falta bastante espaço. Não tem muito essa articulação não, acaba tendo mais é no meio da 'muvuca' mesmo, né, que conversa com um, conversa com outro, mas a questão de ser apoio... não sei [...] (Tulipa).

Conforme apontado por Merhy (2006), em geral, faz-se uma análise superficial ou unilateral da realidade e das situações produzidas; porém, o movimento de ampliar os olhares pode ocorrer nos espaços formais, ou não, e nos espaços públicos ou privados, nas praças, rodas dos serviços de saúde, sem a necessidade de momentos específicos para que o apoio aconteça. Muitas coisas podem ocorrer na roda de conversa do café, onde há grande chance de alguns que estão ali serem envolvidos pelo que está sendo papeado e passarem a ver e a agir de outro modo em relação aos casos.

Também vale ressaltar que essa roda de conversa não pede licença para nenhum organograma oficial do serviço, nem para nenhuma hierarquia da organização. Ela vai acontecendo no agir do trabalho vivo em ato, nos espaços da organização, que os próprios trabalhadores (os gestores e os próprios usuários) vão fabricando com suas ações conversacionais. Isso vai acontecendo. E acontece que nesse acontecer vai se produzindo conhecimento para a ação de um modo efetivo e isso impacta o mundo tecnológico do cuidado (MERHY, 2013). Daí a potencialidade do encontro. Por meio dele, independentemente de onde se esteja, o apoio pode ser realizado.

Existem diferentes espaços e formas de realizar o apoio. No que se refere à ampliação do cenário, pode-se distinguir, em meio às ações executadas, desde a realização de um atendimento conjunto entre diferentes profissionais; a participação em discussões de projetos terapêuticos, ou as discussões de temas prevalentes no território; a análise para lidar com a demanda reprimida; a análise de encaminhamentos, e até a simples disponibilidade de contatos telefônicos para discutir urgências ou seguimento dos casos (CUNHA e CAMPOS, 2011).

Além dessa não apropriação dos diferentes espaços para que se produzam ações de apoio, os profissionais descreveram várias situações, por eles identificadas, como sendo de falta de interesse e de colaboração dos profissionais da unidade para que o matriciamento acontecesse:

[...] como se diz, têm os defeitos do matriciamento, que não está da forma como a gente gostaria por causa do envolvimento da equipe, mas tem o espaço para a reunião, ainda tem o momento! [...] (Antúrio).

[...] acho que a gente está engatinhando ainda, o NASF ainda é bebê; então, precisa mesmo da participação; o médico do PSF geralmente não participa, tipo o cabeça do negócio não participa [...] (Gérbera).

[...] no começo, na UBS 3, o médico participava porque ele estava cobrindo o PSF, e agora ele não é mais do PSF, e todos eles têm isso em mente, a proposta do PSF é visita, PSF é só o que é atendido fora da UBS [...] (Tulipa).

[...] pra iniciar o matriciamento mesmo, as reuniões, a gente tinha que ir conversar com a coordenadora, olha, vai acontecer isso na reunião, começar: pessoal vem cá, vai ter reunião de matriciamento. Então, a gente tinha que estar estimulando, conversando, porque se não, não ia, e até hoje, na verdade, a gente tem que fazer isso pra ter aquele dia lá, lembrete, cartazes, não sei o que, pisca-pisca luminoso [...] (Gérbera).

Além das citadas acima, outra atitude, comentada pelos profissionais como sendo de não colaboração nas reuniões, é que os profissionais da eSF muitas vezes não trazem casos para discussão, como apresentado a seguir:

[...] não querendo encaminhar pra não ter mais trabalho pra eles [...] (Antúrio).

[...] ou então a equipe chega e a gente pergunta se tem algum caso, e eles ficam mudos [...] (Gérbera).

Como o matriciamento é uma prática relativamente nova na atenção básica, iniciada com abordagens da saúde mental e, posteriormente, adotada como estratégia de trabalho do NASF, ainda apresenta muitos obstáculos para sua implantação e execução. Domitti (2006) destaca, dentre os obstáculos: o político e o de comunicação, que podem ser caracterizados pela tradição de concentração de poder, trazida pelos sistemas de saúde hierarquizados, concentrados nos diretores, nos médicos e nos especialistas, levando, assim, ao obstáculo da comunicação. Esse, por sua vez, caracteriza-se pela dificuldade que o apoio matricial e mesmo o funcionamento de equipes de referência apresentam, por depender de um importante grau de compartilhamento, tanto do poder entre distintos profissionais componentes de uma equipe, e desses com outros especialistas, quanto da troca de informações.

Nas situações de apoio descritas nesse item, apesar das divergências apresentadas entre discurso e práticas, sendo indicada no discurso a

falta de interesse da eSF em participar, em discutir, ou assumir a condução das ações propostas nas reuniões de matriciamento; há, por outro lado, o profissional do NASF assumindo a condução das práticas de cuidado especializado, mesmo não sendo o profissional de referência. Mas, apesar desse conflito, que pode levar a um aparente desconforto, a equipe NASF sempre se mobiliza na busca de alternativas para a manutenção e o fortalecimento do apoio matricial, como pode ser identificado na fala a seguir e no item que será abordado na sequência.

[...] eu acho interessante a ferramenta que a gente utiliza, do papel para fazer a anotação do caso e colocar um gestor; a gente consegue utilizar a ferramenta e acaba ajudando nesse processo, que a Amarílis é expert em fazer isso, de fazer essas anotações e a gente dar encaminhamento. No começo, a gente estava muito forte com a utilização dessa ferramenta e a gente acabou se perdendo um pouquinho, mas, de uma forma geral, em todas as vezes que a gente se utilizou dessa estratégia eu acho que funcionou legal, acho que a gente tem que retomar e intensificar [...] (Antúrio).

4.3.1 Mudança de Perspectiva: como e o que se faz na Reunião de Matriciamento

Os profissionais do NASF identificavam o desinteresse dos demais profissionais da UBS pela reunião de matriciamento, pelo esvaziamento da reunião e, quando estavam presentes, pela não participação nas discussões. Possivelmente, essa desmotivação deve-se ao fato de essas discussões não fazerem sentido, ou não se relacionarem com as vivências da prática diária desses profissionais, sendo um momento desinteressante, pouco motivador e pouco resolutivo, em função de não identificar as possibilidades de mudanças de práticas ali produzidas.

Muito provavelmente, o interesse pela prática do apoio poderia ser despertado à medida que as reflexões mobilizadas pelo apoiador, no que se refere à ampliação do escopo e resolubilidade das ações e práticas de saúde, passassem a ser associadas a mudanças efetivas no processo de trabalho e nas relações institucionais desenvolvidas por esses trabalhadores. Isso em razão de problemas estruturais enfrentados pela equipe de referência, como, por exemplo, a falta de profissionais para compor as equipes, com grande rotatividade entre eles e a falta de materiais, que muitas vezes estão presentes na rotina de trabalho desses profissionais e que interferem diretamente no modo como desenvolvem suas

atividades. Essa realidade dificulta despertar o interesse em novas possibilidades de reinventar o modo como se produz o trabalho e o cuidado em saúde.

Os profissionais do NASF tiveram a percepção da necessidade de levar em consideração os processos vivenciados pela equipe de referência em uma situação ocorrida momentos antes de uma dessas reuniões, que fez que a equipe NASF identificasse um dos motivos de desinteresse e repensasse suas estratégias. A situação está relatada a seguir:

[...] tem gente que acha o matriciamento muito chato [...] e a gente tem que dar um estímulo pra eles permanecerem. E fala na sua cara que isso aqui é chato [...] (Gérbera).

[...] mas é melhor que a pessoa chegue e fale 'não estou gostando dessa forma', pra que a gente melhore, do que ficar falando por trás. E realmente isso aconteceu, a ACS chegou e falou assim: 'Olha, eu não gosto dessa reunião, ela é chata'. Talvez porque ela não entenda. E aí, assim, a gente tentou reformular: daí que surgiu a ideia de fazer essa reorganização do matriciamento pro ano que vem, e de estar inserindo temas que sejam então do cotidiano dos profissionais. E aí surgiu a questão do aleitamento materno, porque a forma como elas preenchem o relatório mensal de acompanhamento das crianças não estava da maneira correta, porque elas não sabiam nem como perguntar direito pra mãe a questão da amamentação. Isso gerou uma discussão na reunião de matriciamento [...] (Amarílis).

[...] a gente sentou e tentou organizar e programar um tema dentro da reunião de matriciamento pra estimular, pra ver se surgia algum caso, algum assunto pra fazer todo esse apoio, e então a gente deixou alguns de nós responsáveis pra isso. Foi a nossa programação pro ano que vem [...] Aí que mudou um pouco essa cara, e a gente vai ver como vai ficar o ano que vem. É uma outra forma, uma outra estratégia, que vai depender de nós estarmos levando isso. Vamos ver como vai ser. O ano que vem a gente avalia e vê se de repente foi uma forma de fazer dar certo [...] (Amarílis).

A partir dessas colocações, por iniciativa dos profissionais do NASF, passou-se a inserir temas/assuntos com o objetivo de realizar uma forma de educação permanente em saúde com os profissionais presentes. No entanto, ainda há que avançar dentro dessa mudança de proposta de prática do apoio, pois os temas que foram inseridos partiram da proposição dos profissionais do NASF sobre o que eles identificavam como situação-problema, ou dificuldades apresentadas pelos demais profissionais da UBS, não partindo deles os assuntos a serem abordados, discutidos e apoiados.

Deve-se considerar que a capacidade do profissional em colocar suas contribuições em sinergia com as necessidades apresentadas pode resultar em inovação, potencializando a coprodução de ações cotidianas e levando a maior eficácia do processo produtivo. Assim, deve-se dar escuta aos diferentes profissionais, como possibilidade de garantir o suporte de comunicação no encontro e a fim de que os espaços de apoio sejam fortalecidos.

Ao término da reunião relatada no discurso acima, as ACS disseram à equipe NASF, ter sido mais interessante o encontro nesse formato. Porém, dias depois, enquanto preenchiam o relatório mensal de atividades, elas estavam discutindo as definições e tipos de aleitamento para colocarem em seu registro, ainda com certa dificuldade para chegar às descrições corretas, apresentando confusão em relação ao assunto.

Mas deve-se considerar que essa mudança de estratégia foi um primeiro movimento no sentido de ressignificar o apoio matricial, pois ter trazido um tema que fizesse parte da prática cotidiana daquelas profissionais já provocou um desconforto, fazendo que aquelas profissionais repensassem sua prática ao discutir com o que e como aquele relatório deveria ser preenchido. Com essa atitude, deu-se abertura para que os profissionais tomassem a iniciativa na busca de novas informações, ao identificar tal necessidade, sabendo, então, a quem recorrer. Só se busca apoio quando se percebe a necessidade dele e se sabe onde e com quem encontrá-lo.

Já em outra UBS, nesse mesmo mês, durante a reunião, a equipe NASF percebeu que as ACS não trouxeram nenhum caso para discussão. Então, por iniciativa da farmacêutica, começou-se a problematizar sobre medicamentos anti-hipertensivos, perguntando se as ACS identificavam dificuldade de adesão ao tratamento pelos usuários, quais os meios de abordá-los no domicílio etc., na tentativa de incentivar a discussão sobre o assunto. As ACS demonstraram interesse e fizeram muitas perguntas relativas a esse tema; porém, em sua maioria, perguntas não relacionadas à abordagem e aos cuidados dos usuários, mas sim a medicamentos, informações e dúvidas que fazem parte de seu cotidiano, como, por exemplo, a diferença entre medicamento similar e genérico, algumas interações medicamentosas, entre outros. São assuntos de interesse dessas profissionais, pois permeiam seu cotidiano, por serem elas as que têm maior proximidade com os

usuários, e que, sem dúvida, são as mais questionadas sobre esses e diversos outros assuntos.

Ao final da reunião, as ACS comentaram ter gostado da discussão e que desse jeito ficou mais interessante. Por mais que, de início, tenha partido dos profissionais do NASF a ideia dessa discussão, o tom da mesma foi dado e mantido pelos demais participantes.

Assim como no exemplo, esse espaço pode ser aproveitado para fortalecer as práticas de apoio a partir das necessidades trazidas pelos profissionais, o que muito provavelmente proporcionará mudanças em suas práticas de cuidado, pois, tendo suas dúvidas consideradas e sanadas, as possibilidades de lidar com as necessidades apresentadas pelos usuários serão ampliadas, gerando novas e mais abrangentes práticas em saúde.

Cada vez mais os serviços são demandados a se estruturar mediante a integração dos diferentes profissionais, com organização do processo de trabalho centrado em equipes multiprofissionais, capazes de planejar, avaliar e tomar decisões coletivamente. E por que não de colocar em pauta seu próprio processo, condições de trabalho e suas vivências? Esses exemplos reforçam a ideia de que, para que o espaço protegido para as reuniões de matriciamento seja legitimado pelos profissionais da UBS, este tem de fazer parte de seu processo de trabalho e, mais ainda, o momento do encontro tem de ser valorizado e tem de fazer sentido.

4.4 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO NASF

As atividades desenvolvidas pelos profissionais do NASF estavam focadas, predominantemente, no núcleo profissional, ou seja, cada um pensava, planejava, organizava e executava o seu trabalho conforme sua categoria, independentemente do local em que este acontecia.

A seguir, será apresentada uma descrição de como essas atividades eram realizadas, tanto as ações individuais, atividades que cada profissional desenvolvia sem o envolvimento de seus parceiros de equipe (profissional – usuário), quanto as atividades coletivas (profissional – grupo de usuários; um ou mais profissionais – grupo de usuários), podendo essas atividades serem realizadas

na própria UBS, no domicílio ou em outros espaços de diferentes equipamentos sociais das áreas de abrangência.

Os profissionais do NASF desempenhavam algumas atribuições específicas, como, por exemplo, o atendimento clínico individual. Muitos dos casos por eles atendidos não estavam relacionados diretamente ao apoio das equipes de saúde da família; eram usuários que necessitavam de um acompanhamento, mas que, na maioria das vezes, não haviam passado por um acolhimento dos profissionais da unidade; eram atendidos diretamente pelos profissionais do NASF.

No entanto, mesmo quando o usuário passava por atendimento com um profissional da UBS, fosse da eSF ou não, o apoio solicitado ao profissional do NASF era feito, na maioria das vezes, a partir do encaminhamento desse usuário “ao especialista” do NASF. A solicitação era para que esse profissional passasse a atendê-lo, sem que houvesse um pedido de outra forma de apoio que não pela intervenção do especialista alocado na UBS. Por isso, grande parte dos casos acabava sendo diretamente acolhida pelo próprio NASF, sem que houvesse algum envolvimento da eSF com os casos acompanhados.

Cada profissional organizava sua agenda como melhor lhe convinha: nos dias em que estava sem outros companheiros de NASF na unidade; se não tivesse outra atividade agendada, etc.

Para marcar a data dos atendimentos, a nutricionista deixava uma agenda na recepção de cada UBS e tanto ela quanto outros profissionais agendavam os atendimentos. A fisioterapeuta 3 seguia o mesmo modelo e a fisioterapeuta 1 organizava por conta própria sua agenda, sem disponibilizá-la aos demais profissionais. Os usuários eram encaminhados por ficha de solicitação, bilhetes ou recados.

Os usuários chegavam até esses profissionais por meio, principalmente, de encaminhamento médico ou de outro profissional da UBS, mas também por demanda espontânea. O usuário vinha até a UBS solicitando determinado atendimento e, se o profissional da categoria solicitada estivesse na unidade, quem o acolheu avisava o profissional (especialista) para que conversasse com o usuário; se o profissional não estivesse ou não pudesse atender naquele momento, era anotado na agenda, ou deixado um bilhete para o profissional, e informado ao usuário a data em que o atendimento havia sido agendado.

Essa falta de envolvimento dos profissionais de referência com os casos acompanhados pelos profissionais do NASF vai contra as ações estabelecidas, nas diretrizes, para a atuação do NASF. O preconizado é que os casos a serem acompanhados pelo NASF sejam avaliados, primeiramente, pela eSF e que esta solicite o apoio dos profissionais do NASF, para que a própria equipe de referência conduza e acompanhe os casos. Aqueles mais complexos, em que seja identificada a necessidade de uma atenção especializada, devem ser conduzidos pelos profissionais especialistas, mas sem que a equipe de referência deixe de se responsabilizar por eles (BRASIL, 2010b).

A busca de apoio se dava, portanto, a partir da necessidade de o profissional da UBS resolver aquela situação. É possível que, em grande parte das situações, os usuários pudessem ser acompanhados pelos próprios profissionais de referência, se houvesse um processo de acolhimento, no qual o usuário fosse colocado no centro do atendimento e em que o trabalhador de saúde o escutasse nas suas manifestações e necessidades, permitindo a expressão das suas potencialidades e do que ele estava buscando. Ao mesmo tempo, isso possibilitaria o início de um processo de vinculação entre trabalhador e usuário, para o estabelecimento de uma relação de compromisso e responsabilização, na busca efetiva de soluções em torno da defesa de sua vida (MERHY, 2002; BADUY, 2010). Assim, o trabalho dos profissionais do NASF seria realmente de apoio, o que permitiria maior vinculação, acompanhamento e responsabilização dos profissionais da UBS pelos usuários sob seus cuidados.

Dentro ainda das ações individuais que os profissionais do NASF desenvolviam, consideradas como atribuições da categoria, estavam o atendimento ao “bebê chiador”, regulação de encaminhamentos para a diretoria de regulação da assistência à saúde (DRAS) e solicitação de prótese e órtese, realizados pela fisioterapia. A dispensação de medicamentos, materiais de consumo (por exemplo, bolsa de colostomia e sonda uretral), aparelho e fitas para controle de glicemia (HGT) eram feitos pela farmacêutica, que se responsabilizava também pela organização e controle de estoque de medicamentos e insumos, materiais de consumo e limpeza das quatro UBS, além de ser responsável pelos pedidos mensais e pelos relatórios de produção e de consumo desses materiais. O profissional de educação física realizava o preenchimento da caderneta do idoso,

atribuição dada a todos os profissionais dessa categoria no município. Já a nutricionista responsabilizava-se por organizar as ações de controle do bolsa família.

[...] o NASF vem com uma proposta diferente e é mais de atenção e cuidado com o paciente, o apoio da equipe e tal. E ainda hoje a gente enfrenta isso, a maior proposta, a primeira função do farmacêutico é a questão do estoque, o controle e tudo mais; já se passaram mais de quatro anos, mas ainda é uma conquista que a gente está tentando [...] (Amarílis).

Outra atividade, identificada como ação individual e por núcleo profissional, era a visita domiciliar. Essa prática consistia, predominantemente, em uma extensão do consultório da unidade básica, principalmente quando realizada pelas profissionais que faziam atendimento clínico na unidade. Em algumas situações, a solicitação partia dos profissionais da eSF; porém, a maioria delas procedia de solicitação médica.

Para o profissional de educação física e a farmacêutica, essa prática era pouco frequente. A farmacêutica, às vezes, aproveitava as visitas que seriam feitas pelas auxiliares de enfermagem para solicitar alguma atividade, por exemplo, a dispensação de aparelho de HGT, fitas etc. Tanto a nutricionista quanto a fisioterapeuta utilizavam o momento da visita para realizar algum tipo de intervenção no domicílio. A primeira realizava alguns procedimentos de intervenção nutricional e orientações sobre condutas alimentares, mas não aproveitava o momento para desenvolver outras ações, que não fossem com foco na nutrição clínica, ou motivadas pela visita que havia sido agendada. A fisioterapeuta realizava atendimentos com foco na reabilitação e na prevenção de deficiências. Nos casos de usuários com doenças crônicas não evolutivas, como, por exemplo, crianças com paralisia cerebral, eram dadas orientações aos cuidadores e familiares sobre o manejo desses pacientes; porém, pouco ampliavam as possibilidades dos familiares, não avançando para outras estratégias que não fossem as de reabilitação física. Uma opção seria, por exemplo, pensar em estratégias de (re)inserção social dos pacientes e/ou familiares, e de apoio para o cuidado diário.

Contar com profissionais que acompanhem e orientem as famílias e cuidadores em suas residências já é um avanço, pensando-se na ampliação das possibilidades de ações produtoras de cuidado e em formas de lidar com os usuários, saindo dos limites físicos das unidades de saúde e atuando também no

território. Porém, esse é um primeiro passo. Somente a realização da visita não é suficiente para suprir todas as demandas dos usuários que necessitam de acompanhamento, nem é o bastante para prover todas as necessidades dos profissionais que solicitaram o apoio. No entanto, se houver um trabalho dentro da perspectiva do apoio matricial, os profissionais das eSF poderão acompanhar mais seguramente o caso, assumindo a referência do mesmo, além de estar melhor preparados para lidar com novas situações que apareçam no dia a dia. Esse movimento pode permitir que os profissionais de apoio sejam menos solicitados para assumir a referência dos casos, e, como consequência, que novas estratégias de apoio e outras ações possam ser incorporadas pelos profissionais do NASF, não necessariamente por meio do cuidado direto do usuário, no consultório ou no domicílio.

Nas situações observadas, pouco ou nada se pensava, se discutia ou se aproveitava dos momentos de visita domiciliar, como, por exemplo, uma troca de experiências entre profissionais, ou mesmo a realização de um atendimento conjunto/compartilhado, visto que, na maioria das vezes, essas visitas eram realizadas pelo profissional de apoio, acompanhado pelo ACS responsável pela microárea, que ficava esperando, em outro espaço, o profissional realizar o atendimento/procedimento. O que se conversava, antes ou depois da visita, era para descrição do caso: repasse de informações ou encaminhamento, quando surgia a necessidade do envolvimento de um terceiro profissional. Quando este não compunha a equipe de apoio, era solicitado ao ACS que avisasse o outro profissional para que também fizesse uma visita. Um exemplo que ilustra com clareza a situação descrita era o ACS pedir ao auxiliar de enfermagem para fazer uma visita de avaliação ou realização de curativo, após a fisioterapeuta, em visita domiciliar, identificar essa necessidade.

Não eram realizadas orientações aos ACS sobre situações nas quais pudessem observar ou intervir, para melhor acompanhamento do caso, ou sobre possíveis ações que pudessem desenvolver, visando auxiliá-los no manejo do caso em questão ou até mesmo no cuidado de outros usuários com necessidades parecidas.

As ações coletivas, ou seja, aquelas desenvolvidas com vários usuários ao mesmo tempo, baseavam-se, na maioria, em ações de cada categoria com um grupo de usuários, havendo a manutenção da perspectiva de categoria

profissional enquanto responsável pela condução das atividades. Mesmo aquelas destinadas a grupos, em que havia a presença de mais de um integrante do NASF e que tinham, geralmente, caráter terapêutico, como o caso de pessoas que apresentavam alguma queixa, transtorno, dor ou diagnóstico definido (em comum), eram agrupadas, para que alguma intervenção fosse realizada coletivamente. O modelo de trabalho predominante era focar um tema, direcionando-o a determinada categoria profissional e ao especialista, que programava as ações e conduzia o grupo sozinho. Só era incluído outro profissional naquela atividade quando se identificava a necessidade de intervenção de outra categoria; contudo, a inserção era pontual e focada na abordagem do assunto solicitado, sem avançar na discussão para além do programado, no sentido de se pensar a multiplicidade do usuário que participa desse tipo de atividade, tentando uma abordagem mais abrangente e integral.

A partir do momento em que o NASF se inseriu nas unidades básicas, o desenvolvimento de grupos passou a ser atribuição dessa equipe; grupos anteriormente conduzidos pelos profissionais da UBS passaram a ser também atribuição dessa equipe.

[...] como foi batido na tecla de que o NASF era grupo no início, grupo, grupo, grupo, a unidade colocou, meio que empurrou os grupos pro NASF. 'Toma que o filho é teu!'. Até o que deveria ser deles, e a gente ainda briga por isso, né, de 'olha o grupo não é só do NASF, depende do grupo, tá? Tem grupo que é de toda a equipe de estratégia saúde da família', então, eles meio que empurraram pra gente esses grupos, né, e não é bem assim, o NASF depende de colaboração [...] (Gérbera).

O trabalho em grupo na APS pode ser considerado uma alternativa para as práticas assistenciais, revelando a existência de uma movimentação no sentido de atribuir ao processo saúde-doença um caráter coletivo, o que favorece o entendimento de que os problemas de saúde de uma população podem ser interpretados por meio de relações solidárias, em detrimento de processos de individualização (SANTOS, 2013).

Esses espaços favorecem o aprimoramento de todos os envolvidos, não apenas no aspecto pessoal como também no profissional, por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo saúde-doença de cada pessoa (DIAS et. al, 2009). Nesse sentido, há

necessariamente que ter envolvimento de diferentes atores nesse processo. Os profissionais que atuam nas UBS não podem deixar de participar dessa construção; a corresponsabilização e a participação de profissionais, que sejam referências para os usuários dentro das unidades de saúde, são tão importantes quanto a participação de profissionais que atuem enquanto apoiadores dessas ações.

No entanto, um grupo não pode ser entendido apenas como um somatório de pessoas (DIAS et. al, 2009); a experiência pessoal, saberes específicos de cada profissão, habilidades, gosto, vocação – núcleo do sujeito –, devem ser estimulados a manifestar-se mediante composição com características dos outros componentes do grupo (CAMPOS, 2007), transpondo os interesses pessoais e da categoria profissional para que se trabalhe em uma perspectiva interdisciplinar. Porém, essa abordagem interdisciplinar ainda não havia sido incorporada às atividades dos profissionais do NASF e da UBS, predominando o desenvolvimento de grupos de acordo com a categoria do profissional responsável pela condução de cada um deles.

No período de observação, um dos grupos desenvolvidos por apenas um profissional, segundo sua categoria, era o Grupo de atividade física/alongamento, organizado e ministrado pelo educador físico nas quatro UBS, com frequência de duas vezes por semana. As ACS que, em algumas unidades, participavam das atividades, eram sempre as mesmas, não havendo revezamento entre elas. Ficavam responsáveis por fazer a chamada dos participantes (controle de frequência), mas, depois, algumas ficavam sentadas, observando, enquanto outras faziam as atividades juntos com os participantes e auxiliavam na organização da sala e dos materiais; porém, na maioria das vezes, os próprios participantes já o faziam. Em cada um dos grupos, havia uma média de 50 a 60 participantes.

Outro, o Grupo de Caminhada, realizava-se com o acompanhamento de profissional do NASF somente na UBS 3, contando com a presença da fisioterapeuta e de duas ACS; nas demais unidades quando acontecia essa atividade, não havia acompanhamento do NASF. Participavam, em média, de 10 a 15 pessoas.

O Grupo de dor (coluna) acontecia nas UBS que tinham fisioterapeuta no período da observação (UBS 1 e 3), e era ministrado pelas respectivas fisioterapeutas uma vez por semana. Na UBS 1, não havia participação de ACS; na UBS 3, as ACS participavam, também fazendo o controle de frequência

dos participantes e realizando as atividades com eles. A média era de 10 a 12 participantes.

O Grupo de asma era ministrado apenas pelas fisioterapeutas, uma vez por semana, em suas respectivas UBS. Não havia, em nenhum dos grupos, participação de ACS ou de qualquer outro profissional. A média de participantes era de três usuários por encontro, sendo que, na UBS 3, eram todos adultos e, na UBS 1, crianças. Tratava-se de uma atividade integrante do programa Respira Londrina, assim como a priorização do atendimento ao bebê chiador, sendo desenvolvida em outras UBS do município por suas respectivas fisioterapeutas.

O Grupo de orientação nutricional era organizado pela nutricionista uma vez por semana na UBS 3. Em sua maioria, eram usuários com algumas características específicas de saúde: hipertenso e/ou diabético, com sobrepeso ou obesidade e dislipidemias. Na atividade do grupo, não havia a participação de mais nenhum integrante da equipe NASF ou da eSF. A participação variava de 15 a 20 participantes por encontro.

O Grupo de gestantes era coordenado, quinzenalmente, pela nutricionista na UBS 3, na sala de espera, antes da consulta com o obstetra. Houve tentativa de que uma enfermeira participasse do grupo e que a fisioterapeuta conseguisse remanejar seu horário para participar, mas isso ainda não havia acontecido. O programa da atividade baseava-se em palestras, orientações e rodas de conversas sobre a gestação, puerpério e cuidados com o bebê.

Os grupos descritos a seguir contavam com o envolvimento de mais de um integrante da equipe NASF, podendo ser considerados uma tentativa de se trabalhar em equipe, sem o foco na categoria; porém, por se tratar de um processo em construção, ainda apresentava fragilidades em seu desenvolvimento.

Grupo de Tabagismo, organizado de acordo com o programa do Ministério da Saúde, acontecia apenas na UBS 3. Estava sendo conduzido pela fisioterapeuta e pela farmacêutica. Porém, após um encontro de 'manutenção', com usuários participantes que deixaram de fumar, encerraram as atividades, considerando que a complexidade exigida na abordagem desses usuários, sem a presença da psicóloga, para algumas intervenções/orientações, e sem o médico, para acompanhar e prescrever o uso de medicações, seria complicada de atender. Também entenderam que era melhor não dar início a outro grupo. Como resposta à necessidade do medicamento, encaminharam os participantes ao médico da

unidade, que, no início, fez parte desse grupo, mas, por ter deixado de ser médico do PSF da unidade para atender somente demanda espontânea da UBS, não deu continuidade à sua cooperação; contudo, segundo as profissionais que conduziam o grupo, disponibilizou-se para acompanhar, em consulta médica, os participantes que dessem continuidade ao tratamento.

O Grupo de diabéticos, ministrado somente na UBS 3 pelas fisioterapeuta, farmacêutica e nutricionista, era organizado em cinco encontros, uma vez por semana, cada um com um tema diferente para ser abordado e discutido com os participantes. Conforme o tema, o profissional da categoria responsabilizava-se pela condução do encontro, a exemplo do uso de medicamentos, assunto abordado pela farmacêutica; condutas alimentares, pela nutricionista; atividade física, pelo profissional de educação física, e assim por diante. O profissional de educação física, no dia específico de seu tema, vinha de outra UBS para participar, pois o grupo acontecia num período em que esse profissional não estava na unidade. Não havia a participação de profissionais da eSF. Segundo relato dos profissionais, o grupo geralmente iniciava com dez participantes e, no decorrer dos encontros, esse número sempre diminuía, finalizando com a média de três ou quatro.

Grupo de Hipertenso, que acontecia uma vez por mês em cada unidade, geralmente após o grupo de atividade física, ficando os mesmos usuários, que praticavam a atividade, para participar do grupo; eram poucos os usuários que vinham somente para esse encontro, e os praticantes da atividade física, que não eram hipertensos, acabavam indo embora. Teoricamente, todos os integrantes do NASF e os profissionais da eSF, pelo menos da microárea onde o programa do grupo se realizava, deveriam participar, pois, em seguida, todos os profissionais se reuniam na UBS para a reunião de matriciamento. Porém, nem sempre todo o NASF estava presente e quem participava da eSF eram alguns ACS.

Esse grupo organizava-se da seguinte forma: inicialmente, fazia-se uma palestra para os usuários, com temas definidos previamente pela equipe NASF (não era realizado um levantamento dos interesses dos usuários; os temas eram escolhidos de acordo com o calendário do município, situação abordada anteriormente, no planejamento das atividades); em seguida, era realizada a aferição da pressão arterial – pelo profissional de educação física, pela fisioterapeuta e pelo auxiliar de enfermagem – e a dispensação de medicamentos (além de anti-hipertensivos, eram também dispensados medicamentos como

hipoglicemiantes e outros, de uso contínuo). As ACS eram responsáveis pelos aprazamentos, fazendo anotações; e a farmacêutica, às vezes auxiliada pela nutricionista, pela dispensação das medicações. Quando um profissional estava ministrando uma palestra (falando sobre algum tema), geralmente os outros profissionais ficavam sentados ouvindo, junto com os usuários, ou, às vezes, ficavam em outro espaço, conversando, ou organizando as etapas seguintes do grupo. Não havia muita interação entre os profissionais na abordagem inicial com os usuários, no sentido de ampliar os olhares no momento da conversa/troca de experiências. O profissional, responsável por falar aos participantes do grupo naquele mês, realizava a atividade sozinho, sem o apoio dos colegas.

Muitas vezes, outros profissionais que, eventualmente, conduziam o grupo, não desenvolviam atividades relacionadas à sua função dentro da eSF, a exemplo de uma auxiliar de enfermagem de uma das UBS, que, por ser graduada em fisioterapia, conduziu o grupo de hipertensos com um tema de sua “especialidade”, deixando de lado sua atuação enquanto profissional da eSF. Excetuando-se situações esporádicas, enfermeiras e outras auxiliares participavam somente em ocasiões comemorativas, como, por exemplo, da última reunião do ano, em que também se realizava a confraternização dos usuários e profissionais (que frequentaram o grupo durante o ano).

Assim como existia a manutenção do encaminhamento do usuário “ao especialista”, não sendo realizada uma troca de saberes ou elaboradas situações de apoio para que o profissional da UBS pudesse assumir a responsabilidade pela produção do cuidado com o usuário, o processo de corresponsabilização, no desenvolvimento de atividades em grupo, era frágil. Quando havia um movimento no sentido de incluir os profissionais das eSF nas atividades desenvolvidas pelo NASF, o movimento não era para que se construísse um trabalho conjunto, mas, sim, para que houvesse alguém para desenvolver e se responsabilizar pela ação, na ausência da equipe NASF.

O quadro abaixo sintetiza as informações apresentadas sobre os grupos desenvolvidos pelos profissionais do NASF.

Quadro 4 – Caracterização dos grupos desenvolvidos pelos profissionais do NASF

Grupo	UBS	Profissional responsável	Outros profissionais	Participantes	Frequência	Outros
Atividade física/alongamento	UBS 1, 2, 3 e 4	Prof. de educação física	ACS	50 a 60	2 vezes semana	
Caminhada	UBS 3	Fisioterapeuta	ACS	10 a 15	2 vezes semana	
Dor / coluna	UBS 1	Fisioterapeuta	-	10 a 15	Semanal	
	UBS 3	Fisioterapeuta	ACS	10 a 15	Semanal	
Asma	UBS 1	Fisioterapeuta	-	3 crianças	Semanal	Programa respira Londrina
	UBS 3	Fisioterapeuta	-	3 adultos	Semanal	
Orientação nutricional	UBS 3	Nutricionista	-	15 a 20	Semanal	
Gestantes	UBS 3	Nutricionista	(proposta) enfermeira fisioterapeuta	Agendadas pré-natal	Semanal	Sala de espera/ Antes da consulta com obstetra
Tabagismo	UBS 3	Farmacêutica fisioterapeuta	-	2	-	Programa Ministério da Saúde
Diabéticos	UBS 3	Farmacêutica fisioterapeuta nutricionista	Prof. ed. Física /psicóloga*	8	Semanal	Grupo fechado, com 5 encontros
Hipertenso	UBS 1, 2, 3 e 4	NASF (todos profissionais)	ACS, aux. de enfermagem	40 a 50	Mensal	Após atividade física, mesmos participantes

* Depois da saída dessa categoria, por não renovação do contrato, o tema abordado pelo profissional da área deixou de ser trabalhado no grupo.

Mesmo nos grupos desenvolvidos por equipe, ou seja, naqueles que não eram definidos pela categoria, cada profissional tinha uma atribuição específica e pouco interagia no compartilhamento da condução das atividades. Era um trabalho multiprofissional; porém, a interdisciplinaridade não estava fortalecida dentro das práticas desses trabalhadores.

Inicialmente, o desenvolvimento de um grupo pode até partir da reunião de um conjunto de pessoas com características, diagnósticos e necessidades semelhantes; porém, essa não pode e não precisa ser necessariamente a única alternativa para reunir pessoas. Da mesma forma, o foco dos encontros não precisa se definir em torno de uma atividade específica. A atenção centrada nos procedimentos, que utiliza como referência as queixas do usuário para reduzi-lo a uma doença, ou melhor, a um diagnóstico, fortalece o modelo assistencial hegemônico que predomina ainda hoje. Conseqüentemente, os atos de saúde ficam centrados em tecnologias leve-duras e duras, permanecendo a tecnologia leve, tecnologia das relações – que cria um espaço de fala e escuta entre dois ou mais sujeitos – capturada pela lógica das normas/equipamentos (MERHY,

2002). Um sujeito é muito mais que determinadas características e necessidades de saúde; sua individualidade deve ser levada em consideração, mesmo quando uma abordagem coletiva é proposta (FEUERWERKER, 2013).

Para todos os grupos, o encaminhamento de usuários era feito pelos profissionais da eSF, ou pelo próprio NASF: de um profissional para o outro; por indicação dos usuários que faziam propaganda para os conhecidos e os traziam para o grupo; ou ainda por intermédio de participantes que comentavam com o responsável pelo grupo sobre determinada pessoa e esse profissional fazia o convite.

As vantagens da realização de atividades em grupos consistem em facilitar a construção coletiva do conhecimento e a reflexão acerca da realidade vivenciada por seus membros; possibilitar a quebra da relação vertical (profissional-paciente) e facilitar a expressão das necessidades, expectativas e angústias (DIAS, et. al., 2009); vantagens que podem ser ainda mais fortalecidas se os objetivos dos grupos forem construídos de forma participativa, entre profissionais e usuários participantes.

Para Dias et. al. (2009) são várias as possibilidades de operacionalização e de propostas que podem ser trabalhadas em grupos, como oferecer suporte, auxiliar na realização de tarefas, promover socialização, melhorar o autocuidado, oferecer psicoterapia ou ainda ser um grupo operativo.

Como suporte, um grupo pode ajudar pessoas durante períodos de ajustamento a mudanças, no tratamento de crises ou ainda na manutenção ou adaptação a novas situações. O potencial preventivo desses grupos emerge da possibilidade de pessoas, com situações semelhantes, terem condições de compartilhar experiências comuns. Os grupos com o objetivo de socializar, em geral, podem ajudar pessoas que, por algum motivo, interromperam seus vínculos sociais e oferecer ao indivíduo novas alternativas para sua satisfação pessoal e para o seu modo de andar a vida. Grupos direcionados a melhorar o autocuidado podem ajudar pessoas a alterar ou a buscar comportamentos mais saudáveis, que possam ser aprendidos, pois permitem a troca de experiências dentro do grupo. Os grupos que oferecem psicoterapia objetivam insight e mudança de comportamentos. E, por fim, grupos que trabalham com a finalidade de serem operativos consistem numa técnica de trabalho coletivo, cujo objetivo é promover o processo de aprendizagem. Assim,

na aplicação do termo, “operativo” significa um aspecto tríplice de pensamento, de sentimento e de ação (DIAS, et. al., 2009).

A existência de um mesmo objetivo pressupõe que os membros do grupo realizem um trabalho ou tarefa em comum, a fim de alcançá-lo. O profissional de saúde pode usar essa necessidade dos grupos para ajudar o usuário a realizar tarefas das mais simples às mais complexas; e, a partir de então, desenvolver a habilidade de organizar os processos de pensamento, comunicação e ação entre os membros do grupo. Os profissionais de saúde devem ser responsáveis por propiciar condições favorecedoras do processo de aquisição de conhecimentos, que estimularia até mesmo mudanças no controle das doenças crônicas não-transmissíveis, de reabilitação e de tomada de decisões que propiciem uma vida saudável (DIAS, et. al., 2009).

A maioria das atividades desenvolvidas em grupo era realizada fora da UBS, com a utilização de equipamentos sociais e outros espaços da área de abrangência das UBS. Porém, a utilização desses espaços se dava a partir da necessidade de o profissional do NASF ter um local que comportasse certo número de participantes, não suportado na unidade, como salões comunitários e igrejas. Ou quando um profissional, a partir de sua categoria, identificava alguma ação que pudesse vir a ser desenvolvida em outro ambiente externo à unidade básica de saúde, como, por exemplo, uma escola; ele, então, fazia contato para propor uma atividade e utilizar o equipamento em questão.

A iniciativa de expandir as atividades, extrapolando os limites das UBS e levando o serviço até mais próximo dos usuários, está prevista nas diretrizes de trabalho do NASF. O que não pode ser desconsiderado é que os trabalhos em grupo, sejam educativos, de inclusão social ou outros, devem ser articulados com as eSF e outros setores interessados, deixando o interesse individual de cada categoria. Dessa premissa parte a ideia de que, para que sejam desenvolvidas ações nos espaços públicos, como escolas, igrejas, pastorais, creches, dentre outros, isso não se dê apenas a partir da utilização desses espaços, sem interação; os profissionais do NASF precisam identificar para a população e atores sociais inseridos nesses espaços, quais são as necessidades presentes no território que condizem com a utilização desses equipamentos em benefício dos usuários ali incluídos (BRASIL, 2010b).

Dentro ainda das atividades a serem desenvolvidas pelos profissionais do NASF, está o atendimento compartilhado, que é definido nas diretrizes do NASF como a realização de intervenção, tendo como sujeitos da ação o profissional de saúde e o apoiador matricial em regime de coprodução. A intenção é a possibilidade de troca de saberes e de práticas em ato, gerando novas experiências para ambos os profissionais envolvidos (BRASIL, 2010b).

No entanto, esse procedimento ainda não fazia parte da rotina de trabalho dos profissionais do NASF e da eSF, tanto que não foi observado na prática e nem esteve presente em seu discurso. O que se pôde observar, no dia a dia, foram algumas poucas situações em que, eventualmente, algum profissional da UBS solicitava apoio ou esclarecimento a determinado profissional do NASF sobre alguma situação que estivesse vivenciando, como, por exemplo, o auxiliar de enfermagem chamar a fisioterapeuta para confirmar a ausculta de uma criança; porém, isso feito, encerrava-se ali o compartilhamento de informações. O momento não era aproveitado como ferramenta para a produção de ações cuidadoras, tanto pelos profissionais do NASF quanto pelos profissionais das UBS (BRASIL, 2010b).

Esse seria um momento propício não só para o fortalecimento de ações compartilhadas entre diferentes profissionais, favorecendo a criação de estratégias que possibilitassem um cuidado integral, como também para a realização do matriciamento, com troca de experiências e construção de novos conhecimentos para todos os envolvidos.

As reuniões das equipes de saúde da família aconteciam em períodos em que nenhum dos profissionais do NASF estava nas unidades, devido à sua distribuição, motivo pelo qual seus integrantes não participavam das reuniões. As ações de apoio, que deveriam ter maior expressão na agenda de trabalho do NASF, poderiam ser fortalecidas se inseridas em atividades próprias da rotina das equipes de saúde da família. A presença da equipe de apoio, nessas reuniões, permitiria imprimir contribuições, por meio da construção de vínculo entre profissionais de diferentes equipes, possibilitando maior interação. Também haveria corresponsabilização, por meio da troca de experiências, suscitadas pelas habilidades e conhecimentos de cada um (BRASIL, 2010b), gerando discussões a respeito de situações vivenciadas pelos usuários e estabelecimento de planos terapêuticos.

Nesse sentido, o NASF poderia obter maior legitimidade na lida com situações em que as equipes apresentassem mais dificuldades, em razão de questões clínicas e/ou sociais mais complexas ou que exigissem intervenções mais diretas.

No entanto, nesse momento de reunião da eSF, apesar de seu grande potencial para o encontro entre diversos profissionais, não era possível a participação do NASF. Com base na necessidade de momentos de encontro, para que o apoio matricial acontecesse, foi criado pelos profissionais do NASF o espaço denominado reunião de matriciamento. Esse espaço foi obtido após negociação com as coordenadoras, ensejando que os casos discutidos nas reuniões das eSF, identificados como mais complexos e que tivessem a necessidade de apoio fossem levados para essa segunda reunião. No entanto, como já discutido anteriormente, o que predominava era a solicitação de apoio aos casos que não tinham sido discutidos nas reuniões das eSF, por iniciativa isolada de cada membro da equipe, ACS, enfermeiro ou médico.

Em relação ao registro das atividades realizadas pelo NASF, era feito de acordo com o tipo de trabalho executado. Atendimentos individuais, na unidade ou no domicílio, eram registrados em prontuário pelo profissional que os realizasse. Porém, para as atividades desenvolvidas em grupos, o mesmo não ocorria, nem para constar que o usuário era acompanhado por um profissional/equipe nessas atividades.

[...] a participação nos grupos não vai pro prontuário, até porque, na verdade, nós não temos pernas pra registrar tudo nos prontuários, do grupo, fica difícil [...] (Gérbera).

Atividades coletivas eram registradas em um caderno do NASF que ficava na unidade e que, depois, assim como as atividades individuais, eram registradas em relatórios mensais de produtividade. Um relatório era enviado para a secretaria de saúde, com registro consolidado de todos os atendimentos feitos por cada profissional e de que forma, se individual, visita domiciliar, ou grupo etc., (ANEXOS B e C) e outro, que ficava na unidade, em que além dessas atividades, eram anotados os dias das atividades, quais profissionais participaram e o número de usuários presentes (dado confirmado com a lista de presença) (ANEXOS D, E, F, G e H).

O prontuário é um importante documento, que contém todas as informações da assistência prestada àquele usuário, sendo essencial que se registre, mesmo de forma simplificada, que o paciente em questão frequenta determinada atividade. Essa atitude é uma garantia para o profissional que realiza a atividade, tanto para que seus atos fiquem registrados dentro do serviço, quanto para respaldá-lo no que diz respeito ao que o usuário vivencia e manifesta durante os atendimentos; também propicia a comunicação e facilita o acompanhamento do usuário por outros profissionais.

Por outro lado, questões como padrões de cobrança de produtividade não servem diretamente para os NASF. A cobrança pela entrega de relatórios de produtividade dá ênfase a trabalhos individuais, em detrimento dos trabalhos coletivos, mesmo quando nesses relatórios são registradas as atividades desenvolvidas coletivamente e é cobrada a indicação do número de participantes presentes. A falta de estratégias para atuação no âmbito coletivo e de sistemas de avaliação adequados para mensurar resultados pode levar a um futuro incerto, fazendo que os profissionais do NASF deixem de pensar em estratégias de apoio às eSF e em ações que visem a integração entre os profissionais, focando em atividades que aumentem sua produtividade, sem realmente considerar as necessidades dos usuários daquele território (FLORINDO, 2009).

Os casos discutidos nas reuniões de matriciamento eram registrados em uma ficha, criada pela equipe NASF, denominada 'plano terapêutico' (ANEXO I); essa ficha ficava na 'caixa de arquivos de matriciamento' para que fosse retomada a discussão na reunião seguinte. A retomada do caso acontecia com o profissional que coordenava a reunião perguntando ao profissional que havia ficado como referência o que ele havia conseguido de informações ou de ações até o momento; tal dinâmica acabava por não envolver muito os outros profissionais presentes na reunião, dando a impressão de uma prestação de contas. Contava-se o que havia sido feito e registrava-se nessa ficha; se o caso ainda não tivesse sido 'finalizado', anotava-se o que ainda precisava ser feito e se a equipe identificasse a necessidade de intervenção de outras categorias, passava-se para algum outro profissional dar continuidade, caso contrário a referência era mantida.

Quando um caso se encerrava, com o grupo identificando que não havia mais discussões e/ou ações a serem realizadas, era registrado em prontuário, com anotações feitas pelo profissional que estava conduzindo a reunião; em

seguida, anexava-se a 'ficha do plano terapêutico'. Por outro lado, os casos que continuariam a ser discutidos em reuniões posteriores não eram registrados em prontuário, visto que todas as informações sobre o caso ficavam registradas na 'ficha do plano terapêutico', e permaneciam na caixa arquivo, até que fosse encerrado.

[...] essa ficha que a gente chamou de plano terapêutico é onde a gente faz o registro de todas as atividades do matriciamento, daquele caso discutido, e isso fica na caixa de matriciamento, disponível para qualquer profissional. E quando esse caso é encerrado, a gente pega esse documento e arquiva no prontuário do próprio paciente, pra gente ter a sequência cronológica das atividades, pra onde foi, o que aconteceu [...] (Amarílis).

O não registro imediato do caso em prontuário contribui para o fortalecimento da dificuldade de interação e comunicação dentro da UBS, pois se o profissional não tivesse comparecido à reunião de matriciamento, dificilmente ficaria sabendo qual caso estava sendo matriciado e quais intervenções haviam sido realizadas, dificultando até mesmo a possibilidade de diferentes atores agirem no caso e a ampliação de estratégias para lidar com os usuários. Além disso, no período entre uma reunião e outra, o usuário envolvido no caso matriciado poderia vir procurar o serviço e o profissional que o acolhesse e o atendesse, por não ter nada registrado no prontuário, não saberia que algo estava sendo feito com ou para o usuário, ou, mais ainda, nem saberia que se tratava de um caso no qual a equipe desenvolvia alguma ação.

Além das atividades realizadas no âmbito das UBS, os profissionais do NASF de todas as equipes do município construíram, durante o ano de 2012, um protocolo de atribuições dos profissionais do NASF, em que cada categoria montou um capítulo relatando o que era de sua responsabilidade e atribuição. O que a coordenação do NASF propunha era que esse material viesse a servir de proposta para todas as equipes NASF, estimulando a padronização das atividades desenvolvidas no município e, ao mesmo tempo, servindo como 'forma de matriciamento' para as equipes de saúde da família e gestores, uma vez que, dessa maneira, saberiam o que cada profissional do NASF tem de fazer na atenção básica.

A formulação de um protocolo de atendimento do NASF poderia levar a um engessamento de um processo de trabalho que deve ser dinâmico, mas que ainda está em construção. Dessa forma, poderia deixar de lado os preceitos de

que as ações do NASF devem ser baseadas na individualidade das equipes e nas necessidades identificadas no território (BRASIL, 2010b).

Esse modo de fazer, previamente estruturado nas normas, rotinas e protocolos dos serviços de saúde, “pode capturar” o trabalho vivo, de tal modo que o trabalhador deixe de exercer sua ação de maneira autônoma e criativa, ficando preso à dimensão tecnológica do saber fazer, do trabalho morto, (MERHY, 1997; 2002). Como parte do trabalho morto, destaca-se a tecnologia que não se restringe aos equipamentos tecnológicos, mas àquela tecnologia que está vinculada ao modo de atuar do trabalhador.

No entanto, o trabalho em saúde não pode ser totalmente controlado por lógicas gerenciais, por ser um trabalho realizado em ato, envolvendo certa autonomia dos trabalhadores e significativa liberdade no modo como se produz saúde, tendo os trabalhadores de saúde um espaço próprio de gestão de seu trabalho, o que, muitas vezes, propicia que criem linhas de fuga, alternativas ao trabalho cristalizado das ações cotidianas, para dar vazão à criatividade presente no trabalho vivo (FRANCO, 2003; MERHY, 2002).

Isso propicia que esses trabalhadores, em determinadas situações, deixem de lado o que lhes foi atribuído enquanto função, buscando alternativas para produzir o cuidado, a partir de suas experiências, crenças, expectativas etc. São atitudes que se fortalecem no momento dos encontros, onde se define um espaço de autogoverno, no qual é possível expressar desejos, projetos, tecnologias disponíveis por parte de cada trabalhador, em um exercício permanente de “negociação” com os projetos políticos da gestão. Então, em função do trabalho vivo em ato e dos espaços intercessores, todos os trabalhadores de saúde são gestores, pois “fabricam” cotidianamente o modelo de atenção, em disputa ou consonância com as propostas da gestão e com as propostas dos demais trabalhadores. É nesse espaço exatamente que as propostas de controle buscam se inserir/interferir. Nesse sentido, o agir em saúde, em sua micropolítica, traz à cena, permanentemente, as tensões da autonomia versus controle num território de disputa e produção incessante (BERTUSSI, 2010).

Mas para que essa autonomia do trabalhador não seja capturada, aposta-se na possibilidade da constituição de tecnologias de ação do trabalho vivo, e mesmo de gestão desse trabalho, que provoquem ruídos, abrindo fissuras e possíveis linhas de fuga nos processos de trabalho instituídos, impondo

possibilidades de “quebras” em relação aos processos institucionais que o operam cotidianamente, como “disparadores” vinculados a um olhar ético-político interrogador e ruidoso (MERHY, 2006).

4.4.1 A Produção do Cuidado: a Partir da Organização do Trabalho do NASF, como o Cuidado está Sendo Produzido?

A equipe NASF não atua como parte integrante da eSF; com isso, continua trabalhando numa perspectiva fragmentada, em que o profissional da UBS encaminha o usuário para esse especialista, ao identificar que alguma situação não pode ser suprida com os serviços ofertados pela equipe de referência. Assim, faz que as ações de cuidado fiquem fragmentadas nas diferentes especialidades.

Com a implantação do NASF, uma das mudanças provocadas no processo de trabalho dentro da UBS foi a aproximação de algumas áreas e profissões vistas, até então, como de especialistas, por atuarem habitualmente em clínicas de especialidades, no domicílio dos usuários. Isso porque a inserção de novas categorias na AB, fez que a atenção especializada viesse para os territórios das unidades, pois o cuidado prestado por esses novos trabalhadores, em sua grande maioria, manteve-se centrado em sua dimensão profissional nuclear. Com isso, a principal mudança na prática da eSF é que agora ela tem por perto um profissional com quem pode contar para repassar aquela demanda, anteriormente reprimida no serviço e que precisava ser referenciada para outros locais.

A concepção de que a eSF deve ser a referência na atenção ao usuário e que o NASF, a partir do apoio a essa equipe, construa, em conjunto, estratégias que possibilitem ampliar o olhar dos profissionais para produzir ações com o objetivo de atingir a integralidade na produção de ações cuidadoras para o usuário, ainda precisa ser fortalecida e mais trabalhada, tanto com os profissionais do NASF quanto com os profissionais da UBS.

É necessário que o profissional do NASF, a partir de suas vivências e habilidades, desenvolva seu trabalho “adaptando-se” às diferentes necessidades e realidades. Isso para que seu trabalho se fortaleça e se desenvolva nos diferentes espaços produzidos. A implantação de novas propostas ao trabalho, já cristalizado na prática dos profissionais das unidades, pode gerar resistência de trabalhadores acostumados a uma lógica de trabalho fragmentada, às ações propostas pelos

novos profissionais que têm o papel de implantar uma nova metodologia prática e que, muitas vezes, não estão preparados para tal tarefa. Igualmente, os usuários tampouco compreendem essa nova prática e, quando trazem suas demandas, esperam um tipo de assistência que, muitas vezes, não é a que está sendo proposta, influenciando fortemente na manutenção das práticas de cuidado fragmentadas.

Para Merhy (1997; 2002), a grande questão do trabalho em saúde refere-se ao modo como se produz o cuidado. O autor o considera como uma produção viva em ato, compreendida como o trabalho no momento de sua execução. É produzido por vários sujeitos, em uma adequada convivência, articulação e interação cotidiana entre tecnologias leves, leve-duras e duras, e que, a depender do tipo de relação estabelecida, mais ou menos intercessora entre o usuário final e os intermediários da própria organização, resultará em um cuidado mais ou menos diligente.

Merhy (1997; 2003) aponta para uma crise de eficiência e eficácia dos serviços de saúde, demonstrada pela baixa qualidade da atenção à saúde ofertada pela rede de serviços, a qual, na realidade, não se organiza como rede, mas como serviço independente e sem articulação, mesmo que mínima, para a produção do cuidado em saúde. Além disso, apresenta-se distante de respostas efetivas diante das necessidades de saúde trazidas pelos usuários. Essa situação repete-se dentro das unidades que fragmentam o usuário por diagnóstico, encaminhando-o para especialidades que os profissionais identificam como necessárias.

Dessa forma, as necessidades trazidas pelos usuários não são vistas em toda sua complexidade, fortalecendo, mais uma vez, as práticas cuidadoras fragmentadas, nas quais, por exemplo, um usuário que apresente uma diversidade de diagnósticos passe por uma "linha de produção", em que cada profissional vai cuidar da parte que lhe cabe.

Mesmo nas atividades coletivas produzidas pelo NASF, o cuidado acontecia fragmentado, pois cada atividade feita em grupo tinha um "cardápio" de serviços. Apesar da presença de mais de um profissional, não havia um movimento no sentido de que, em uma única atividade, o usuário tivesse a possibilidade de ter suas necessidades vistas como um todo.

A implantação da ferramenta do apoio matricial trouxe poucas mudanças para essa perspectiva, pois o produto gerado nas discussões de casos durante a reunião de matriciamento – o projeto terapêutico singular – mantinha a reprodução do modelo descrito anteriormente, no qual o profissional que assumia a referência para a condução do projeto normalmente era da especialidade que a equipe identificava como sendo o problema principal a ser cuidado naquele momento; outras situações que fossem identificadas nesse processo de cuidado eram encaminhadas a mais um especialista, para que outra ação assistencial/cuidadora fosse desenvolvida.

Destaca-se aqui a necessidade de trazer o usuário para a cena do trabalho em saúde, visto que todas as ações produzidas nos diversos serviços de saúde são voltadas para as pessoas que buscam ali resoluções para as suas necessidades. Se o usuário fosse reconhecido também como agente produtor de sua própria saúde, poderia participar ativamente da construção dos projetos terapêuticos, que, na maioria das situações, são construídos de modo compartilhado por vários profissionais, mas sem a participação do alvo do projeto (usuário e sua rede de contato), e que levassem em conta outros elementos que não apenas recomendações, a partir do conhecimento técnico-científico disponível, e dirigido aos problemas “diagnosticados” e necessariamente não considerados na produção dos melhores arranjos para andar a vida (MERHY e FEUERWERKER, 2009).

Como o NASF é lembrado pela eSF enquanto profissional de apoio para quem o usuário será encaminhado, é inevitável que pressuponha que este realize atendimentos individuais com uma agenda própria, reservada para isso. Porém, para que o cuidado passe a ser produzido, com o fim de atingir a integralidade das ações, estas devem ser compartilhadas entre os profissionais de referência e os de apoio. Nesse caso, o diagnóstico definido para o usuário deixa de ser o objeto para o qual se desenvolvem as atividades, passando o foco das estratégias e ações programadas para o usuário, em seu contexto, levando em consideração suas necessidades e sendo também respeitada sua individualidade.

Assim, para que haja uma mudança de perspectiva no modo como se produz o cuidado, procuram-se dispositivos capazes de mobilizar e criar rupturas no modelo hegemônico instituído, com produção de atos de saúde que satisfaçam as necessidades trazidas pelo usuário, e com serviços articulados, pautados no acolhimento, vínculo, corresponsabilização e autonomia, em um campo de produção

comum a todos – usuários e trabalhadores –, como sendo um território da produção das relações, um território das tecnologias leves.

Partindo dessa concepção, pode-se pensar em várias formas de produzir cuidado, uma vez que cada profissional tem autonomia na decisão dos seus atos e os usuários, da mesma forma, trazem suas concepções quando buscam um serviço de saúde, na tentativa de que este contemple suas necessidades. No entanto, para que ações cuidadoras sejam produzidas de modo a contemplar o usuário em sua integralidade, vale reforçar o movimento, por parte dos profissionais, de deslocar o centro das atenções do procedimento para o usuário, como discutido anteriormente.

O usuário, quando procura o serviço, está em busca de recuperar um grau de autonomia perante a vida, que lhe foi tirado por algum “desconforto”, impedindo-o de caminhar na vida. Essa ideia é complementada por Baduy (2010), ao considerar que esse processo produtivo cuidador aponta para que o interesse do usuário permeie o interior dos serviços de saúde, nos quais estão presentes vários outros interesses. Assim como o usuário, cada trabalhador ou coletivo de trabalhadores tem uma compreensão sobre a saúde, sobre o SUS, sobre o cuidado em saúde, e atua segundo essas concepções, interesses e desejos, configurando um campo constituído por tensionamentos, que derivam desses jogos de interesses e de distintos projetos presentes na sociedade.

É possível perceber que, com a entrada do NASF, houve avanços no sentido da prestação de assistência à saúde; no entanto, o atendimento às necessidades de saúde e a melhora na qualidade de vida da população, atingindo a integralidade de seu cuidado, ainda não foram plenamente alcançados. Políticas de saúde, programas assistenciais e projetos são criados e implementados, mas as dificuldades de mudar o modo de agir, de prestar assistência e de cuidar continuam reproduzindo modelos há muito tempo instituídos.

Muito disso se deve ao fato de que o surgimento de novas metodologias de trabalho, como no caso do apoio matricial, vai mexer no modo como o trabalhador produz saúde; assim como em várias outras situações, mudar o que já está instituído apresenta obstáculos e resistências por demandar mudanças de práticas, levando a uma revisão dos atos dos trabalhadores e de suas concepções, o que, muitas vezes, não é de interesse ou simplesmente não foi estimulado, tanto em relação aos profissionais que já atuam na AB quanto no que

diz respeito aos novos profissionais que vão sendo inseridos com o propósito de instituir uma nova prática.

A abordagem integral dos indivíduos/famílias é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes multiprofissionais, mas, para isso, existe a necessidade de que os novos dispositivos, que alteram a dinâmica do trabalho em saúde nos fazeres do cotidiano de cada profissional, sejam incorporados e postos em prática. Para incorporar essas práticas, no entanto, Franco e Merhy (2000) destacam que é preciso identificar, nessas equipes, os elementos que configuram uma nova lógica no agir de seus profissionais, para só então mudar a forma como se produz o cuidado em saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, foram identificadas ações desenvolvidas pela equipe NASF para se inserir em um processo de trabalho já em andamento nas UBS, bem como algumas das tensões vivenciadas nesse processo. Também foram identificadas práticas para implementar e fortalecer a utilização do apoio matricial. Foram ainda descritas ações desenvolvidas por essa equipe na atenção básica e como esses processos interferiam na produção do cuidado em saúde.

A entrada de novos profissionais em um serviço em andamento, com uma organização já estabelecida, apontou a necessidade de superar os elementos normativos, investindo nos processos de negociação e pactuação entre as equipes e problematizando, em conjunto, os objetivos da inserção do NASF, tanto na perspectiva dos profissionais que recebem essa nova equipe, quanto daqueles profissionais que a compõem.

A partir da identificação das práticas de apoio desenvolvidas pela equipe NASF, identificou-se que esta apostou na criação e manutenção de espaços que permitissem o encontro entre profissionais, visando garantir um momento de reunião para discutir casos, planejar e executar ações, ou seja, momentos para negociações e pactuações coletivas.

O apoio matricial caracterizava-se, então, pela existência de um encontro mensal, no qual eram discutidos casos trazidos pela eSF; porém, mesmo com um espaço reservado para essa finalidade, a equipe NASF considerava que não havia interação entre os profissionais da unidade e do NASF para pactuação da metodologia proposta. Os planos terapêuticos traçados no momento da reunião eram, em sua grande maioria, assumidos pelos profissionais do NASF, enquanto responsáveis por sua condução, fortalecendo, dessa forma, ações voltadas para a dimensão núcleo centrada. Contudo, não se estabelecia, nesse momento, uma relação de corresponsabilização pelo cuidado entre as equipes de referência e de apoio, mantendo a fragmentação das ações desenvolvidas na atenção básica e, na maioria das vezes, a redução dessas ações ao corpo biológico.

Enquanto conceito, o apoio matricial pode ser caracterizado como um dispositivo que visa a superação das práticas tradicionais em saúde de racionalidade hegemônica por meio de práticas de apoio, capazes de criar linhas de horizontalidade entre equipes de saúde e diferentes serviços. No entanto, para

estabelecer esse tipo de relação, faz-se necessária uma articulação com a rede de serviços, entendendo que, para a construção de uma rede de cuidados com uma abordagem integral, é necessário que haja o envolvimento de diferentes profissionais que promovam mudança das práticas de saúde, criando possibilidades de ação, a partir de espaços dialógicos de encontro. Assim, não pode ser atribuído apenas a alguns profissionais de determinadas categorias a função de articuladores de redes.

Nesse sentido, o trabalho na perspectiva do apoio matricial não é estanque, ou seja, produzido apenas de uma maneira, e não propicia a construção de receitas que determinem a melhor forma de ser realizado. É possível identificar que ele se dá no campo das relações, ou no campo das tecnologias leves, como foi destacado em alguns momentos, sendo produzido no momento do encontro.

A proposta de trabalho estabelecida para o NASF só faz sentido se pensada a partir de práticas em equipe interdisciplinar, construídas pela efetivação de pontos de conexão entre os membros das diversas equipes, fortalecendo o campo do núcleo cuidador de saúde, em detrimento do campo exclusivo isolado das profissões enquanto especialidade.

Trata-se de um ponto que ainda precisa ser transposto na prática dessa equipe, visto que as ações predominantes, na rotina de trabalho dos profissionais do NASF, eram o atendimento clínico, dentro da unidade (agenda), a visita domiciliar e os grupos. Essas atividades realizavam-se conforme a categoria profissional. Mesmo as atividades que envolviam os vários profissionais da unidade, independentemente da categoria, quando não tinham o foco na especialidade, eram programadas de modo que, em seu desenvolvimento e a cada vez que ocorressem, um profissional se responsabilizasse por sua condução. Dessa forma, não havia muito envolvimento de outros profissionais ali presentes.

O trabalho dos profissionais do NASF vinha sendo desenvolvido, dentro da UBS, no domicílio ou nos equipamentos sociais, com foco no diagnóstico e nas características em comum dos usuários, independentemente de outras necessidades que pudessem ser identificadas. Havia pouca participação e corresponsabilização das eSF nas atividades desenvolvidas, mantendo-se o trabalho fragmentado, o que dificultava transpor o modelo de assistência hegemônico para a lógica do modelo de cuidado centrado no usuário.

No entanto, não se pode deixar de apontar que, com a entrada do NASF, houve avanços no modo de produção do cuidado; porém, o movimento para que seja centrado nas necessidades de saúde do usuário ou de determinada população, de forma que tenham autonomia no seu modo de viver a vida e atinjam a integralidade de seu cuidado, ainda não foi alcançado. Tentando atingir esse objetivo, políticas de saúde, programas e projetos vão sendo criados e implementados, No entanto as dificuldades de mudar o modo de agir e de cuidar dos trabalhadores da saúde continuam reproduzindo modelos há muito tempo instituídos.

Entende-se que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, tendo como modo de atuação central o apoio matricial, apresentam potente estratégia para o fortalecimento da atenção básica, propiciando a construção de práticas de cuidado integrais. No entanto, pode-se perceber, com este estudo, que, apesar das potencialidades, o caminho a ser percorrido é longo e com importantes questões a serem superadas, visando atingir os propósitos estabelecidos para esses núcleos.

O objetivo de mudar o modo como se produz o cuidado só será possível a partir do desenvolvimento de um trabalho integrado, em que haja o fortalecimento de um movimento que coloque em análise a equipe NASF, em conjunto com os demais profissionais das unidades, pressupondo-se a construção e o fortalecimento de momentos como o de Educação Permanente em Saúde. A prática de EPS poderia fortalecer o processo de trabalho, no que diz respeito à superação do modelo de saúde tradicional, bem como ampliar as possibilidades de atuação na linha da interdisciplinaridade e no fortalecimento do núcleo cuidador.

O apoio matricial pode se dar de várias formas e em diferentes momentos; contudo, para o desencadeamento de EPS, uma sugestão é que se aproveitem os espaços já existentes, como o da reunião de matriciamento.

Apesar de já iniciada em algumas situações, ainda existe a necessidade de investimento por parte dos profissionais do NASF para que, com o apoio da gestão, o espaço reservado para o apoio, utilizado também para a EPS, se torne 'natural' no cotidiano do processo de trabalho.

Nesse sentido, poderiam ser aproveitados os momentos de encontro, formais e informais, em que conversas estivessem acontecendo, para colocar em discussão o processo de trabalho dos profissionais das unidades, proporcionando reflexões que os levassem a repensar o modo como estão

produzindo o cuidado com o usuário. A partir desses momentos de conversa, vínculos podem ser construídos, propiciando maior interesse e envolvimento dos diferentes profissionais.

Com isso, poderiam ser desenvolvidas novas metodologias, que potencializassem o momento formal de encontro das diferentes equipes, trazendo para o debate a produção do cuidado integral e construindo, com os diferentes atores envolvidos, dispositivos que proporcionem ao profissional a ampliação de suas ferramentas, a fim de produzir corresponsabilização na produção do cuidado para lidar com as diversas necessidades de saúde trazidas pelos diferentes usuários.

REFERÊNCIAS

ASCHIDAMINI, I.M.; SAUPE, R. Grupo focal – estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. **Cogitare enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 9-14, 2004.

BADUY, R. S. **Gestão municipal e produção do cuidado**: encontros e singularidades em permanente movimento. 2010. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

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

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

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

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

BRASIL. Portaria nº 373 de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Série A. **Normas e Manuais Técnicos**. 2. ed. Brasília, DF. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vp.pdf> Acesso em: 24 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série Pactos pela Saúde. 4. ed. Brasília: MS. v. 4, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. In: **Diário Oficial da União**, ano CXLV, n. 18, Brasília, D.F, 25 jan. 2008. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Série B. Textos Básicos de Saúde, **Cadernos Humaniza SUS**. v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. p. 256.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº 27. **Diretrizes no NASF**: Núcleo de Apoio a Saúde da Família/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, que 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). **Política Nacional de Atenção Básica. Série E. Legislação em Saúde.** 1. ed. Brasília, DF. 2012a.

BRASIL. Portaria nº 3124 de 28 de dezembro de 2012b. 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. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html> Acesso em: 04 out. 2013.

BRASIL. Portaria nº 574, de 29 de março de 2012c, que habilita estabelecimentos de saúde contemplados com Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt057429_03_2012.html> Acesso em: 4 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº 39. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

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

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em Instituições: o método da roda.** 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e práticas ampliadas e compartilhadas em redes de atenção **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 148-168, abr. 2012.

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

CARVALHO, B. G. **Saúde da Família – uma estratégia para reorganização da Atenção Básica.** [material não publicado, disponibilizado por e-mail pela autora]. Londrina, 2010.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle. **Physis: Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

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

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

CHIAVERINI, D.H (Organizadora) Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental. BRASIL, Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília, DF. 2011.

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

DAS <das@asms.londrina.pr.gov.br>. **Informações NASF e APS 2012** [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <katia.fit@gmail.com> em fev. 2013.

DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. **APS**, v. 12, n. 2, p. 221-227, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/330/205>> Acesso em: 20 nov. 2013.

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

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

FEUERWERKER, L.C.M. Cuidar em saúde. **Carderno de Textos: Ver-SUS**, Porto Alegre: Rede Unida, v. 1, p. 51-65, 2013.

FLORINDO, A. A. Núcleos de Apoio a Saúde da Família e a promoção das atividades físicas no Brasil: de onde viemos, onde estamos e para onde vamos. **Revista Brasileira de Atividade Física em Saude**. Pelotas, v. 14, n. 1, p. 72-73, 2009.

FRANCO, T.B. **Processos de Trabalho e Transição Tecnológica na Saúde: um olhar a partir do Sistema Cartão Nacional de Saúde**. 2003. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. PSF: **Contradições e Desafios**. In Conferência Nacional de Saúde. Tribuna Livre, 2000. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna.htm>. Acesso em: 7 out. 2013.

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

GIL, C. R. R.; MATIN, G. B.; GUTIERREZ, P. R. A organização dos serviços de saúde em Londrina e região: uma experiência concreta no processo de municipalização. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI Jr., L. (orgs.) **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL, 2001.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v22n6/06.pdf>> Acesso em: 21 nov. 2013

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

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

IBGE, **População de Londrina 2010**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=411370&idtema=1&search=parana|londrina|censo-demografico-2010:-sinopse->>> Acesso em: 21 nov. 2013.

LONDRINA. Decreto Municipal nº 847 de 19 de julho de 2012, que aprova o Regimento Interno da Autarquia Municipal de Saúde. In: **Jornal Oficial do Município de Londrina**. ANO XV N° 1924. 24 de julho de 2012 – publicação semanal. Disponível em: <http://www2.londrina.pr.gov.br/jornaloficial/images/stories/jornalOficial/jornal_1924_assinado.pdf> Acesso em: 4 out. 2013.

LONDRINA. **Lei Municipal nº 6.315, de 13 de outubro de 1995**, que instituiu o programa “Saúde da Família” no Município de Londrina. Disponível em: <<http://leismunicipa.is/karnb>> Acesso em: 3 out. 2013.

LONDRINA. **Lei Municipal nº 8.452 de 09 de julho de 2001**, que dá nova redação à Lei nº 6.315, de 13 de outubro de 1995, que instituiu o programa “Saúde da Família” no Município de Londrina. Disponível em: <<http://leismunicipa.is/nrgel>> Acesso em: 3 out. 2013.

LONDRINA, Prefeitura Municipal; Secretaria municipal de Saúde; Conselho Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão da Saúde 2001**. Londrina 2002. Disponível em: <http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/relatorios_gestao/relatorio_gestao_2001.pdf> (Acesso em: 01/10/13).

LONDRINA, Prefeitura Municipal; Secretaria municipal de Saúde; Conselho Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão da Saúde 2003**. Londrina, 2004. Disponível em: <http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/relatorios_gestao/relatorio_gestao_2003.pdf> (Acesso em: 24/09/13).

LONDRINA, Prefeitura Municipal; Secretaria municipal de Saúde; Conselho Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão da Saúde 2007**. Londrina, 2008. Disponível em: <http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/relatorios_gestao/relatorio_gestao_2007.pdf> (Acesso em: 24/09/13).

LONDRINA, Prefeitura Municipal; Secretaria municipal de Saúde; Conselho Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão da Saúde 2008**. Londrina, 2009. Disponível em: <http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/relatorios_gestao/relatorio_gestao_2008.pdf> (Acesso em: 24/09/13).

LONDRINA, Prefeitura Municipal; Secretaria municipal de Saúde; Conselho Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão da Saúde 2009**. Londrina, 2010.

Disponível em:

http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/relatorios_gestao/relatorio_gestao_2009.pdf (Acesso em: 24/09/13).

LONDRINA, Prefeitura Municipal; Secretaria municipal de Saúde; Conselho Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão da Saúde 2010**. Londrina 2011.

Disponível em:

http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/relatorios_gestao/relatorio_gestao_2010.pdf (Acesso em: 24/09/13).

LONDRINA, Prefeitura Municipal; Secretaria municipal de Saúde; Conselho Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão da Saúde 2011**. Londrina, 2012.

Disponível em:

http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/relatorios_gestao/relatorio_gestao_2011.pdf (Acesso em: 16/08/12).

LONDRINA, Prefeitura Municipal; Secretaria municipal de Saúde; Conselho Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão da Saúde 2012**. Londrina, 2013.

Disponível em:

<http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/relatorios_gestao/relatorio_gestao_2012.pdf> Acesso em: 23 jun. 2013.

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

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

MERHY, E.E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo, Hucitec, 1997.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R.; et al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – reescrevendo o público**. Belo Horizonte: Xamã/VM Ed., p.103-120, 1998.

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

MERHY, E.E. et al **O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo, Hucitec, 2003.

MERHY, E.E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T.B.; PERES, M.A.de A.; FOSCHIERA, M.M.P.; PANIZZI, M.(org.) **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. São Paulo: HUCITEC, 2004.

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

MERHY, E. E. **Educação Permanente em Movimento**: uma política de reconhecimento e cooperação, construindo encontros no cotidiano das práticas de saúde (texto escrito por Emerson Elias Merhy como contribuição para o DEGES – SGTES – MS). Porto Alegre: MS, 2013.

MERHY, E. E; CECCIM, R. B. **A clínica, o corpo, o cuidado e a humanização entre laços e perspicácias**: a educação da saúde nas práticas profissionais e a Política Nacional de Humanização. 2009. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-04.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2013.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L.C.M. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde**: uma necessidade contemporânea. In: Ana Cristina de Souza Mandarino; Estélio Gomberg. (Org.). Leituras de novas tecnologias e saúde. Salvador: UFBA, 2009, p. 29-56.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde**. 2003. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/faced/pesquisa/educasaude/banco_de_textos/6-Merhy%20&%20Franco.pdf> Acesso em: 12 nov. 2013.

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

MINAYO, M. C. de S. Técnicas de Pesquisa. In: **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 11.ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, n. 34, v. 1, p. 92-96, 2010. Disponível em: <http://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2013.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, n. 34, p. 547-59, 2000.

OLIVEIRA, G.N. Apoio matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. IN: Campos GW. **Manuais de práticas de atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada, São Paulo, p. 273-282, 2008.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. 1998. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Cap. 1. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ID8DVMqP82sJ:www.ee.usp.br/graduacao/en0335/doc/TRABALHO%2520EM%2520EQUIPE.doc+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clink&gl=br>> Acesso em: 20 nov. 2013.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, p. 103-109, 2001. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf> Acesso em: 20 nov. 2013.

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

SANTOS, E.R. **O matriciamento nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: A percepção do assistente social**. 2013. Dissertação (Mestrado) - Serviço Social e Política Social, UEL, Londrina.

SANTOS FILHO, S.B; BARROS, M.B. **Trabalhador da Saúde Muito prazer!** Protagonismo dos Trabalhadores na Gestão do Trabalho em Saúde. Ijuí: Unijui, 2009.

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

APÊNDICES

APÊNDICE A

Roteiro De Entrevista Semiestruturada - Grupo Focal

1. Como se constituiu o NASF em Londrina, desde a sua entrada até hoje?
2. Como vocês veem a interação/participação da equipe da unidade nas atividades junto ao NASF?
3. E entre vocês (equipe NASF) como é a interação?
4. Como chegaram ao atual modelo de organização do NASF 6? Achrom adequado? (os dias e períodos que cada um está nas unidades); (a forma de trabalho de cada profissional, e da equipe como um todo).
5. Das atividades que vocês desenvolvem como NASF, o que acham que está e o que não está de acordo com o preconizado para o trabalho do NASF?
6. Para vocês o que é matriciamento? Quais atividades que vocês identificam como sendo de matriciamento?
7. E do que vocês me disseram que é matriciamento, acham que as atividades que vocês desenvolvem está próximo ou longe desta ideia?
8. Vocês realizam atividades de planejamento? Quem se envolve? Em que momento isso é feito?
9. E o registro e avaliação destas atividades? (pensar no registro das atividades – porque para avaliar tem que ter registro)
10. Quais (outras) facilidades (fortalezas) e dificuldades (fragilidades) que vocês consideram para a realização do trabalho do NASF?
11. Do trabalho desenvolvido por vocês, o que acham que é valorizado tanto pela equipe da unidade quanto pela equipe gestora? (e os relatórios, acham que está de acordo?).
12. Como vocês veem o apoio da gestão (local e central)?

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Observação Profissional

Título da pesquisa: **“Implantação dos núcleos de apoio à saúde da família no estado do paraná: um olhar para os processos de trabalho na atenção básica à saúde”**.

CONVITE

Você, _____, está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: “Implantação dos núcleos de apoio à saúde da família no estado do paraná: um olhar para os processos de trabalho na atenção básica à saúde”, que tem o objetivo de compreender como o matriciamento vem sendo implantado no Estado do Paraná, considerando a prática da ESF, o processo de trabalho do NASF e sua utilização como instrumento no processo de mudança pelos gestores de saúde. Para isso, as ações desenvolvidas por você e sua equipe no seu ambiente de trabalho serão acompanhadas. Essa observação tem como objetivo mapear as ações realizadas pelos profissionais no que se refere às ações de implantação e desenvolvimento do matriciamento na Atenção Básica à Saúde.

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

Casos de dúvida poderão ser esclarecidos com os autores da pesquisa através dos pesquisadores responsáveis: Kátia Santos de Oliveira (8816-5763), e Rossana Staeve Baduy (9922-9212), ou ainda através do telefone 3371-2398 (endereço: Rua Robert Koch, número 60, Londrina/PR) ou por consulta ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, telefone 3371-2490, segunda e quarta-feira no período da tarde ou quinta e sexta-feira no período da manhã.

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

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

Londrina, _____ de _____ de 2012.

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do entrevistado

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Grupo Focal

Título da pesquisa: **“Implantação dos núcleos de apoio à saúde da família no estado do paraná: um olhar para os processos de trabalho na atenção básica à saúde”**.

CONVITE

Você, _____, está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: “Implantação dos núcleos de apoio à saúde da família no estado do paraná: um olhar para os processos de trabalho na atenção básica à saúde”, que tem o objetivo de compreender como o matriciamento vem sendo implantado no Estado do Paraná, considerando a prática da ESF, o processo de trabalho do NASF e sua utilização como instrumento no processo de mudança pelos gestores de saúde. Para isso você deverá participar de um grupo focal. Grupo focal é um debate realizado entre um grupo de pessoas que tenham algum ponto em comum, sobre o tema que se pretende pesquisar. No caso dessa pesquisa o debate será o processo de trabalho observado durante as atividades desenvolvidas pela sua equipe de NASF no que se refere à implantação e desenvolvimento do apoio matricial, a fim de esclarecer ações, procedimentos e condutas realizadas pela equipe e promover uma reflexão sobre estas atividades.

As informações coletadas durante o grupo focal são confidenciais, sendo que o grupo assume um compromisso ético de não comentar sobre as discussões realizadas após o término do debate. Quando os resultados deste estudo forem divulgados isso será feito de forma geral e os nomes dos participantes não serão citados. Os participantes não receberão e não precisarão efetuar qualquer pagamento.

As conversas durante o grupo serão gravadas e posteriormente, transcritas. O material gravado será armazenado somente pelas pesquisadoras e depois, destruído e descartado.

Casos de dúvida poderão ser esclarecidos com os autores da pesquisa através dos pesquisadores responsáveis: Kátia Santos de Oliveira (8816-5763), e Rossana Staevie Baduy (9922-9212), ou ainda através do telefone 3371-2398 (endereço: Rua Robert Koch, número 60, Londrina/PR) ou por consulta ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, telefone 3371-2490, segunda e quarta-feira no período da tarde ou quinta e sexta-feira no período da manhã.

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

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

Londrina, _____ de _____ de 2012.

Assinatura do entrevistado

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE D

Autorização Para Análise De Documentos E Registros

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu _____,
nacionalidade, estado civil, profissão, inscrito(a) no CPF/ MF sob o nº _____,
abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado “Implantação dos núcleos de apoio à saúde da família no estado do paraná: um olhar para os processos de trabalho na aten o básica   saúde”, a que tiver acesso nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina e institui es a ela vinculada.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informa es confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. A não efetuar nenhuma grava o ou cópia da documenta o confidencial a que tiver acesso;
3. A não apropriar-se para si ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso da tecnologia que venha a ser disponível;
4. A não repassar o conhecimento das informa es confidenciais, responsabilizando-se por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informa es, por seu intermédio, e obrigando-se, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e/ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informa es fornecidas.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informa o Confidencial significará toda informa o revelada através da apresenta o da tecnologia, a respeito de, ou, associada com a Avalia o, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios.

Informa o Confidencial inclui, mas não se limita,   informa o relativa às opera es, processos, planos ou inten es, informa es sobre produ o, instala es, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especializa es, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios revelados da tecnologia supra mencionada.

Avalia o significará todas e quaisquer discussões, conversas ou negocia es entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com a apresenta o da tecnologia “xxx”, acima mencionada.

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

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

Londrina, _____ de _____ de 2012.

Assinatura do Pesquisador(a) Responsável

ANEXOS

ANEXO A

Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
Universidade Estadual de Londrina
Registro CONEP 5231

Parecer CEP/UEL:	111/2012
CAAE:	06127012.7.0000.5231
Processo:	20862/2012
Pesquisador(a):	Rossana Staevie Baduy
Unidade/Órgão:	CCS - Departamento de Saúde Coletiva

Prezado(a) Senhor(a):

O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina" (Registro CONEP 5231) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:

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

Situação do Projeto: **Aprovado**

Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá ser encaminhado ao CEP/UEL relatório final da pesquisa, conforme prevê a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares.

Londrina, 11 de setembro de 2012.

Profa. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
Universidade Estadual de Londrina

ANEXO B

Modelo de Relatório de Atendimento em Grupo



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTADO DO PARANÁ

REGISTRO DOS ATENDIMENTOS EM GRUPO

Data: _____ Horário: _____ às _____ hs. UBS _____

Local: _____

Tema: _____

Tipo de atividade () Atividade educativa/orientação em grupo
() Atendimento em psicoterapia de grupo
() Prática corporal / atividade física em grupo
() Oficina Terapêutica II - Saúde Mental
() Terapia Comunitária
() Outros _____

Coordenador do grupo _____ Categoria _____

Apoiadores/Categoria _____

Nº	Assinatura Participantes	Idade
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		

ANEXO C

Modelo de Relatório de Atendimento Individual (consolidado mensal)



UBS: _____ PROFISSIONAL: _____ PERÍODO: ___/___/___ A ___/___/___

1 - Atendimento Individual

Data	Usuário	ID	Idade	Motivo	Conduta				
					Retorno	Encaminhamento	Finalização		
Atividade	Data/Quant.	Data/Quant.	Data/Quant.	Data/Quant.	Data/Quant.	Data/Quant.	Data/Quant.	Data/Quant.	Data/Quant.
Consulta									
Visita Domiciliar									
Visita Institucional									
Procedimentos									
Grupo Terapêutico/Atividade Educativa/ Oficina *									
Reunião com ESF									
Reunião com a Comunidade									
Reunião Técnica/ Geral									
Reunião NASF									
Capacitação em Serviço para ESF									
Trabalho Administrativo/ Planejamento									
Capacitação/ Curso/ Atualização/ Congresso									
Outro (Descrever)									

*Ver registro de atividade em grupo.

ANEXO D

MODELO DE RELATÓRIO MENSAL (PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA)

RELATÓRIO MENSAL NASF

EDUCADOR FÍSICO - CBO 224105		
MÊS:		
PROFISSIONAL:		
NASF:		
Prática Corporal/ Atividade Física em Grupo 01.01.01.003-6 - CBO 224105		
Total de atendimentos:		
Abordagem ao fumante / Apenas para Unidades com Clínica de Tabagismo 03.01.08.001 - 1 - CBO 224105		
Total de atendimentos:		

Londrina, ____/____/____.

 Assinatura e Carimbo da Coordenação

ANEXO E

Modelo de Relatório Mensal (Farmacêutico)

RELATÓRIO MENSAL NASF

FARMACÊUTICO - CBO 223405							
MÊS:							
PROFISSIONAL:							
NASF:							
Ativ. Educativa/ Orient. em Grupo na At. Básica 01.01.01.001-0 - CBO 223405							
Total de atendimentos:							
Consulta de profissional nível superior na Atenção Básica 03.01.01.003-0 - CBO 223405							
0		26			52		78
1		27			53		79
2		28			54		80
3		29			55		81
4		30			56		82
5		31			57		83
6		32			58		84
7		33			59		85
8		34			60		86
9		35			61		87
10		36			62		88
11		37			63		89
12		38			64		90
13		39			65		91
14		40			66		92
15		41			67		93
16		42			68		94
17		43			69		95
18		44			70		96
19		45			71		97
20		46			72		98
21		47			73		99
22		48			74		100
23		49			75		101
24		50			76		102
25		51			77		103
TOTAL:							0

Londrina, ____/____/____.

Assinatura e Carimbo da Coordenação

ANEXO F

Modelo de Relatório Mensal (Fisioterapeuta)

RELATÓRIO MENSAL NASF

FISIOTERAPEUTA - CBO 223605							
MÊS:							
PROFISSIONAL:							
NASF:							
Ativ. Educativa/ Orient. em Grupo na At. Básica							
01.01.01.001-0 - CBO 223605							
Total de atendimentos:							
Cons. de profis. nível superior na Atenção Básica							
03.01.01.003-0 - CBO 223605							
0		26			52		78
1		27			53		79
2		28			54		80
3		29			55		81
4		30			56		82
5		31			57		83
6		32			58		84
7		33			59		85
8		34			60		86
9		35			61		87
10		36			62		88
11		37			63		89
12		38			64		90
13		39			65		91
14		40			66		92
15		41			67		93
16		42			68		94
17		43			69		95
18		44			70		96
19		45			71		97
20		46			72		98
21		47			73		99
22		48			74		100
23		49			75		101
24		50			76		102
25		51			77		103
TOTAL							0

Cons. At. Domiciliar na At. Básica									
03.01.01.013-7 - CBO 223605									
0			26			52			78
1			27			53			79
2			28			54			80
3			29			55			81
4			30			56			82
5			31			57			83
6			32			58			84
7			33			59			85
8			34			60			86
9			35			61			87
10			36			62			88
11			37			63			89
12			38			64			90
13			39			65			91
14			40			66			92
15			41			67			93
16			42			68			94
17			43			69			95
18			44			70			96
19			45			71			97
20			46			72			98
21			47			73			99
22			48			74			100
23			49			75			101
24			50			76			102
25			51			77			103
TOTAL									0

Abordagem ao fumante / Apenas para Unidades com Clínica de Tabagismo									
03.01.08.001-1 - CBO 223605									

Total de atendimentos:

Londrina, ____ / ____ / ____.

Assinatura e Carimbo da Coordenação

ANEXO G

Modelo de Relatório Mensal (Nutricionista)

RELATÓRIO MENSAL NASF

NUTRICIONISTA - CBO 223710									
MÊS:									
PROFISSIONAL:									
NASF:									
Atividade Educativa / Orientação em Grupo na Atenção Básica 01.01.01.001-0 - CBO 223710									
Total de atendimentos:									
Consulta de profissional nível superior na Atenção Básica 03.01.01.003-0 - CBO 223710									
O		26			52			78	
1		27			53			79	
2		28			54			80	
3		29			55			81	
4		30			56			82	
5		31			57			83	
6		32			58			84	
7		33			59			85	
8		34			60			86	
9		35			61			87	
10		36			62			88	
11		37			63			89	
12		38			64			90	
13		39			65			91	
14		40			66			92	
15		41			67			93	
16		42			68			94	
17		43			69			95	
18		44			70			96	
19		45			71			97	
20		46			72			98	
21		47			73			99	
22		48			74			100	
23		49			75			101	
24		50			76			102	
25		51			77			103	
TOTAL									0

Cons. At. Domiciliar na At. Básica							
03.01.01.013-7 - CBO 223710							
0		26			52		78
1		27			53		79
2		28			54		80
3		29			55		81
4		30			56		82
5		31			57		83
6		32			58		84
7		33			59		85
8		34			60		86
9		35			61		87
10		36			62		88
11		37			63		89
12		38			64		90
13		39			65		91
14		40			66		92
15		41			67		93
16		42			68		94
17		43			69		95
18		44			70		96
19		45			71		97
20		46			72		98
21		47			73		99
22		48			74		100
23		49			75		101
24		50			76		102
25		51			77		103
TOTAL							0

Avaliação Antropométrica							
01.01.04.002-4 - CBO 223710							

Total de atendimentos:

Abordagem ao fumante / Apenas para Unidades com Clínica de Tabagismo							
03.01.08.001-1 - CBO 223710							

Total de atendimentos:

Londrina, ____/____/____.

Assinatura e Carimbo da Coordenação

ANEXO H

Modelo de Relatório Mensal (Psicólogo)

RELATÓRIO MENSAL NASF

PSICÓLOGO - CBO 251510							
MÊS:							
PROFISSIONAL:							
NASF:							
Atividade Educativa / Orientação em Grupo na Atenção Básica 01.01.01.001-0 - CBO 251510							
Total de atendimentos:							
Atendimento em Psicologia em Grupo 03.01.08.016-0 - CBO 251510							
Total de atendimentos:							
Atendimento em Psicologia Individual 03.01.08.017-8 - CBO 251510							
Total de atendimentos:							
Consulta de profissional nível superior na Atenção Básica 03.01.01.003-0 - CBO 251510							
0		26			52		78
1		27			53		79
2		28			54		80
3		29			55		81
4		30			56		82
5		31			57		83
6		32			58		84
7		33			59		85
8		34			60		86
9		35			61		87
10		36			62		88
11		37			63		89
12		38			64		90
13		39			65		91
14		40			66		92
15		41			67		93
16		42			68		94
17		43			69		95
18		44			70		96
19		45			71		97
20		46			72		98
21		47			73		99
22		48			74		100
23		49			75		101
24		50			76		102
25		51			77		103
TOTAL							0

Cons. At. Domiciliar na At. Básica								
03.01.01.013-7 - CBO 251510								
0		26			52			78
1		27			53			79
2		28			54			80
3		29			55			81
4		30			56			82
5		31			57			83
6		32			58			84
7		33			59			85
8		34			60			86
9		35			61			87
10		36			62			88
11		37			63			89
12		38			64			90
13		39			65			91
14		40			66			92
15		41			67			93
16		42			68			94
17		43			69			95
18		44			70			96
19		45			71			97
20		46			72			98
21		47			73			99
22		48			74			100
23		49			75			101
24		50			76			102
25		51			77			103
TOTAL								0
Terapia Individual								
03.01.04.004-4 - CBO 251510								
Total de atendimentos:								
Terapia em Grupo								
03.01.04.003-6 - CBO 251510								
Total de atendimentos:								
Aplicação de teste Psicodiagnóstico								
02.11.10.001-6 - CBO 251510								
Total de atendimentos:								
Abordagem ao fumante / Apenas para Unidades com Clínica de Tabagismo								
03.01.08.001 - 1 - CBO 251510								
Total de atendimentos:								

Londrina, ____/____/____.

Assinatura e Carimbo da Coordenação

ANEXO I
Modelo da Ficha de Plano Terapêutico

PLANO TERAPÊUTICO	
PACIENTE: _____	ID: _____
ENDEREÇO: _____	IDADE: _____ D. NASC.: ____/____/____
<u>DESCRIÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE (TODOS OS DETERMINANTES):</u>	
QUANTIDADE DE MORADORES NA CASA: ____ FORMAÇÃO DA FAMÍLIA: _____	
CONDICÕES DE MORADIA: CASA PRÓPRIA () ALUGADA () CEDIDA ()	
ALVENARIA () MEDEIRA () OUTRO () NÚMERO DE CÔMODOS: _____	
ÁGUA TRATADA () ESGOTO () FOSSA ()	
TRANPORTE: PRÓPRIO () COLETIVO ()	
EMPREGO: FORMAL () INFORMAL () DESEMPREGADO () / ESCOLARIDADE: _____	
RENDA DA FAMÍLIA: ____ SALÁRIOS MÍNIMOS / PARTICIPA DE ALGUM PROGRAMA DE RENDA DO GOVERNO? BOLSA FAMÍLIA () LEITE () OUTROS () / A FAMÍLIA POSSUI DOCUMENTOS? CERTIDÃO DE NASCIMENTO, RG E CPF? _____	
LÁZER: PASSEIOS () CINEMA () SHOPING () OUTROS ()	
RELIGIÃO: CATÓLICO () EVANGÉLICO () ESPÍRITA () OUTRAS () / PARTICIPANTE: SIM () NÃO ()	
PARTICIPA DE ALGUM GRUPO? _____ QUAL? _____	
VÍCIOS: FUMO () ALCOOL () DROGRAS () HÁ OUTROS NA FAMÍLIA COM VÍCIOS? _____ QUAL? _____	
CONDICÕES DE DOENÇA: _____	
<u>INTERVENÇÕES</u>	
<u>AVALIAÇÃO DO PLANO TERAPÊUTICO</u>	
GESTOR DO CASO	