



**UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA**

ELIEZER RODRIGUES DOS SANTOS

**O MATRICIAMENTO NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE
DA FAMÍLIA:
A PERCEPÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL**

Londrina
2013

ELIÉZER RODRIGUES DOS SANTOS

**O MATRICIAMENTO NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE
DA FAMÍLIA:
A PERCEPÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Serviço Social e Política Social como critério para obtenção do título de Mestre em Serviço Social e Política Social.

Orientadora: Líria Maria Bettiol Lanza

Londrina
2013

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

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

S237m Santos, Eliezer Rodrigues.

O matriciamento nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família : a percepção do assistente social / Eliezer Rodrigues Santos. – Londrina, 2013.
116 f. : il.

Orientador: Líria Maria Bettiol Lanza.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social, 2013.

Inclui bibliografia.

1. Família – Saúde e higiene – Assistência social – Teses. 2. Assistentes sociais – Saúde pública – Teses. 3. Programas de Saúde – Assistência social – Londrina (PR) – Teses. 4. Política de saúde – Brasil – Teses. I. Lanza, Líria Maria Bettiol. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Estudos Sociais Aplicados. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social. III. Título.

CDU 36:614.2

ELIÉZER RODRIGUES DOS SANTOS

**O MATRICIAMENTO NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA
FAMÍLIA:
A PERCEPÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Serviço Social e Política Social como critério para obtenção do título de Mestre em Serviço Social e Política Social.

BANCA EXAMINADORA

Líria Maria Bettioli Lanza
UEL – Londrina - PR

Regina Maria Giffoni Marsiglia
PUC - São Paulo - SP

Rossana Staevie Baduy
UEL – Londrina - PR

Londrina, 16 de dezembro de 2013.

*Aos meninos e meninas do Creas 2, pessoas que têm marcado os motivos desse
trabalho com contornos mais profundos*

AGRADECIMENTOS

À minha grande família, que acredita e confia muito em mim, além disso, sempre são os primeiros a ouvir a choradeira e suportar a instabilidade de humor tão presente nesses dois anos e meio.

À Hilda minha mãe querida, confiança, amor, apoio, carinho agora sabemos que as coisas ruins são capazes de produzir tantas coisas boas e fez a palavra vida ter muito mais sentido.

Aos irmãos queridos Alessandra, Alex, Alessandro que não duvidaram um segundo que eu seria capaz.

Especialmente a Lê que me ajudou tanto nas transcrições, não seria possível sem você.

Às crianças, Vitória, Vinicius, Sofia e Valentine, nossa inspiração!

Ao "Paí Domingo" à sua memória que nesse ano chegaria aos 60, tão jovem, tão pouco tempo, tanta falta!

À Líria, minha sempre orientadora, que não mede esforços pra se aventurar comigo nas divagações, sem deixar meus pés saírem do chão.

Aos novos e eternos amigos da Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo, que são coautores de grande parte das reflexões aqui apresentadas, em especial a minha (ex.) equipe Lucas, Larissa, Claudielle e Talita.

Aos queridos amigos do CREAS 2, que me acompanham nessa vivência nova, intensa e cheia de aprendizados. Em especial a nossa equipe, Celisse e Aline, que tanto tem me ajudado, mesmo sem perceber, e "segurado a barra" quando estou fora, me dando segurança de saber que deixo meus meninos em boas mãos.

À amiga Vânia, pelas longas conversas, análises da vida e do texto.

Aos alunos e professores do Programa de Pós Graduação em Serviço Social e Política social e aos amigos do Programa de Saúde Coletiva da UEL

*Aos assistentes sociais sujeitos dessa pesquisa pelas valiosas
contribuições.*

Enfim, a todos que contribuíram para realização desse trabalho.

Quando os pacientes perderem a paciência*

Ninguém mais vai morrer na porta dos hospitais
Nenhum desrespeito será tolerado
Não existirão mais farmácias privadas
nem planos nem seguros
pois será proibido pagar por saúde
quando os pacientes perderem a paciência

O lucro não vai mais definir doenças
e ninguém mais vai engolir junto com os comprimidos
as péssimas condições de vida e trabalho
porque não haverá mais opressores e oprimidos
quando os pacientes perderem a paciência

Não existirão propagandas de remédios nem de alimentos
Será tamanha a clareza do cidadão sobre seu corpo
que a palavra prescrição será abolida do dicionário
Todo e qualquer tratamento será decidido em conjunto
quando os pacientes perderem a paciência

Muitos intelectuais ficarão sem chão
ao verem que o problema central não era de administração
que as grandes soluções não eram humanização, formação,
avaliação, regulação, negociação
Ficará claro que o melhor dispositivo de gestão é a revolução
quando os pacientes perderem a paciência

Todo contrato de trabalho será digno
Fundações, O.S., EBSEH, serão apenas letras
e palavras indecifráveis de papéis amarelados
no museu de nosso passado precário
quando os pacientes perderem a paciência

Não haverá mais abismos nem hierarquias
nem gritos nem silêncios nem indiferenças
Os pacientes é que serão os deuses
quando perderem a paciência

Quando os pacientes perderem a paciência
numa reunião qualquer do comitê popular do bairro
serão decididos os rumos da ciência

(Lucas Bronzatto)

*versão do belíssimo poema de Mauro Iasi “Quando os Trabalhadores Perderem a
Paciência”

SANTOS, Eliezer Rodrigues **O matriciamento nos núcleos de apoio à saúde da família: a percepção do assistente social**. 2013. 116 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social)- Universidade Estadual de Londrina - Londrina 2013.

RESUMO

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF é uma iniciativa de apoio matricial a ser operada junto às equipes da Estratégia Saúde da Família. Inscrito no cenário nacional em 2008, o NASF prevê a inserção de equipes multidisciplinares no cotidiano do trabalho, operando ações de qualificação das práticas de cuidado à saúde por meio de estratégias dialógicas e assim ampliando o escopo e a resolutividade das ações da atenção básica. O assistente social é um dos profissionais que pode ser inserido na composição das equipes NASF que, apesar da larga tradição de trabalho em saúde, não têm aproximações com as propostas de trabalho na perspectiva do matriciamento, que é tido como a retaguarda especializada às equipes ou profissionais responsáveis pela condução de casos clínicos. Desde 2008 foi realizada a inserção do NASF em sete cidades do estado do Paraná, das quais, quatro possuem assistente social na composição de suas equipes. Foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo com o objetivo de identificar como os assistentes sociais se percebem na prática do matriciamento na região Norte Central do estado do Paraná, contando com um total de seis sujeitos, assistentes sociais. Foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas e analisadas sob a técnica de análise de conteúdo. Os assistentes sociais entrevistados possuem a percepção a respeito do matriciamento a partir da ampliação das práticas de cuidado em saúde por meio de qualificação da intervenção para questões que ultrapassam a perspectiva biológica. Percebeu-se que a atuação no NASF possibilita uma nova forma de inserção dos assistentes sociais na política de saúde e que tais profissionais demonstram entusiasmo com a proposta do NASF em face de suas potencialidades. Nas conclusões é apontada a necessidade de atuar na perspectiva do matriciamento, tendo em vista, a ampliação das práticas em saúde, a qualificação da produção do cuidado e do processo de trabalho da atenção básica na perspectiva de fortalecer a rede de atenção à saúde e estruturar um trabalho norteado para a superação do modelo médico – hegemônico.

Palavras – chave: Apoio matricial. Estratégia saúde da família. Núcleos de apoio a saúde da família. Serviço social.

SANTOS, Eliezer Rodrigues **The matricial nuclei support family health: the perception of the social worker.** 2013. 116 p. Dissertation (Masters in Social Work and Social Policy) - State University of Londrina, Londrina, 2013.

ABSTRACT

The Nucleus of Support for Family Health - NASF is an initiative to support matrix to be operated together with the teams of the Family Health Strategy. Inscribed on the national scene in 2008, NASF provides for the inclusion of multidisciplinary teams in the everyday of work, operating actions of qualification of health care practices through dialogic strategies and thus expanding the scope and the resolutivity of the actions of basic attention. The social worker is a professional that can be inserted in the composition of the teams NASF that despite the long tradition of work on health, haven't approaches with proposed to the work in perspective of matricial, which is considered the rear specialized teams or professionals responsible for the conduct of clinical cases. Since 2008, was realized the inclusion of the NASF in seven cities in the state of Paraná, of which, four have a social worker in the composition of their teams. It was realized a qualitative study aiming to identify how social workers perceive themselves in the practice of matricial in the North Central region of the state of Paraná, with a total of six subjects, social workers. It were realized individual interviews semi-structured and analyzed using the technique of content analysis. Social workers interviewed have the perception about the matricial from the expansion of health care practices through qualification of intervention for issues beyond the biological perspective. It was perceived that the acting in the NASF enables a new form of inclusion of social workers in health policy and that such professionals demonstrate enthusiasm with the proposal of NASF in view of its potential. In the conclusions is prominent necessity to act in perspective of the matricial, in view of expansion of health practices, the production qualification of care and of the working process of basic attention in the perspective of strengthening the network of health and to structure a guided work to overcome the medical model-hegemonic.

Keywords: Matrix support. Family health strategy. Nucleus of support for family health. Social work.

LISTA DE SIGLAS

APSUS	Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CLT	Consolidação das leis do trabalho
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
INCA	Instituto Nacional do Câncer
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	CAPÍTULO 1 - A POLÍTICA DE SAÚDE E O PERCURSO CONSTITUTIVO DA LÓGICA DO MATRICIAMENTO	20
2.1	POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA: FUNDAMENTOS E PARTICULARIDADES BRASILEIRAS	20
2.2	A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA AGENDA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.	29
2.3	NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF: A ESTRATÉGIA DE APOIO MATRICIAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.	35
3	CAPÍTULO 2	43
3.1	APROXIMAÇÕES AOS ASPECTOS PRÁTICO-CONCEITUAIS DO MATRICIAMENTO	43
4	CAPÍTULO 3 - A INSTRUMENTALIDADE DO SERVIÇO SOCIAL E OUTRAS ABORDAGENS ANALÍTICAS PARA PRÁTICA DO MATRICIAMENTO	72
4.1	A CONSTRUÇÃO DA INSTRUMENTALIDADE E O SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO	72
4.2	O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL	86
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
	REFERÊNCIAS	100
	APÊNDICE	108
	APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de Dados - Roteiro de Entrevistas semiestruturado	109
	APÊNDICE B - Termo de consentimento Livre e Esclarecido	111
	ANEXO	113
	ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres- humanos da Universidade Estadual de Londrina.....	114

1 INTRODUÇÃO

A afirmação da saúde pública como uma política de Estado, universal e gratuita, foi uma conquista brasileira inscrita na Constituição Federal de 1988. A inscrição da saúde na Carta Magna enquanto resultante de inúmeros condicionantes da vida humana, tais como, acesso a terra, moradia, condições de vida e trabalho incorpora refrações de uma disputa paradigmática de modelos de atenção à saúde, que está longe de se tornar consensual (SHERER; MARINO; RAMOS, 2005).

O modelo hegemônico vem de um lastro dos anos 70, também chamado de complexo médico industrial (CAMPOS et. al., 2006). Modelo que tem como substrato teórico/ideológico o sistema capitalista e considera a saúde um produto vendável, sendo seu produtor maior, o profissional médico, apostando no conceito de saúde enquanto ausência de doença e para seu atendimento ações focalizadas, centradas em hospitais e instrumentos de alta tecnologia.

O modelo inscrito na Constituição de 1988 é resultado do posicionamento dos atores da Reforma Sanitária Brasileira, da década de 70 e 80, que coadunou o protagonismo dos movimentos populares; profissionais de saúde; entidades acadêmicas; entre outros; e concebem a saúde como bem público, universal, direito de cidadania e sua produção vinculada aos determinantes sociais (PAIM, 2008).

Ao contrário do modelo hegemônico de atenção à saúde, o modelo democrático aposta no cuidado, com ações de promoção e prevenção; centrado nas necessidades de saúde do usuário, seu núcleo familiar e a comunidade, constituído como um sistema Único descentralizado e participativo, (BRASIL, 1990) o Sistema Único de Saúde - SUS é, portanto uma das principais conquistas populares brasileira.

Na perspectiva de tornar viável o modelo de atenção à saúde plasmado em lei, desenvolveram-se, no país, diversos dispositivos entre eles o Programa Saúde da Família em 1994 que, posteriormente ganhou *status* de estratégia e a “missão” de reorientar o modelo de atenção à saúde, inscrita na Política Nacional de Atenção Básica – PNAB.

Para dar viabilidade ao modelo proposto pela Estratégia Saúde da Família - ESF, o Ministério da Saúde apontou a necessidade de implantação de

equipes mínimas interdisciplinares, compostas por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. As equipes de saúde da família deveriam ser responsáveis por um determinado território, a partir dos princípios de co-responsabilização, vínculo e longitudinalidade do cuidado, teriam como horizonte de atuação uma produção de saúde democrática e participativa, considerando a realidade das comunidades, sua cultura, o perfil epidemiológico e social.

Houve, contudo, diversos entraves para consolidação do modelo democrático de saúde ampliada, tais como, o avanço do neoliberalismo; prevalência e legitimidade da saúde privada; lógica de distribuição de recursos inversa, ou seja, privilegiando a atenção de alta complexidade e os valores do modelo médico-hegemônico (FEUERWERKER, 2005). No tocante à Estratégia Saúde da Família, destacamos que a formação dos profissionais, que ali atuam, permaneceu focada no modelo tradicional de atenção a saúde, marcada por um viés biologizante, curativo e com poucos, ou nulos, olhares para realidade social (SHERER; MARINO; RAMOS, 2005).

Com a inserção da Estratégia Saúde da Família - ESF nas comunidades, as equipes encontram uma realidade social complexa e difícil de ser desvelada, que se apresenta por elementos não somente patológicos. Fatores que exigem dos profissionais uma postura diferenciada no que se refere ao cuidado com a saúde, sobretudo, a ampliação do alcance e a resolutividade das ações.

Nessa perspectiva, tornou-se necessária a criação e implementação de dispositivos para qualificar a atuação, que transcenda as áreas de conhecimento atualmente preconizadas na composição destas equipes. Entre tais dispositivos, as estratégias de apoio matricial assumem destaque como um conjunto de iniciativas de qualificação e suporte à Atenção Básica. Concebendo-se um arranjo organizacional que pretende oferecer apoio especializado aos profissionais a partir de ações técnico-pedagógicas, (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

O Apoio Matricial se configura como um suporte técnico especializado que é ofertado à uma equipe interdisciplinar de saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações. Ele pode ser realizado por profissionais de diversas áreas especializadas (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009, p. 130).

São diversos os conceitos e entendimentos acerca do matriciamento e seu raio de atuação, mas um eixo transversal nas análises é a proposição do apoio matricial de se estruturar como apoio técnico especializado às equipes ou

profissionais, a fim de ampliar seu escopo de atuação e qualificação da assistência prestada aos usuários, vinculado às possibilidades de mudança no “fazer saúde” nos vários níveis de atenção (BRASIL (2008, 2011b), CAMPOS; DOMITTI (2007); PENIDO et. al. (2010)).

As construções teórico-conceituais em torno do matriciamento, assim como experiências de apoio matricial desenvolvidas em diversos locais do país, foram referência para elaboração dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF, prevista na Portaria MS n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Os NASF têm como objetivo ampliar a abrangência, o escopo e a resolutividade das ações da Atenção Básica, apoiando a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços de saúde, a partir da constituição de equipes multiprofissionais (BRASIL, 2008).

Uma vez que o NASF é constituído na perspectiva do apoio matricial, sendo essa uma de suas atribuições, estabelece-se como um espaço privilegiado para realização do matriciamento às equipes da Estratégia Saúde da Família e inclui o assistente social como um dos possíveis profissionais a compor o trabalho do NASF.

A possível inserção do assistente social aponta para um espaço privilegiado, profícuo em diversidade e possibilidades para este profissional. Tal possibilidade, entretanto, requer ser decifrada em suas contradições, potencialidades, particularidades, condições e relações de trabalho nas quais se inscreve.

A necessidade de discussão e produção sobre as atividades profissionais é apontada por diversos autores (IAMAMOTO, (2008); MIOTO; LIMA (2009); MONTAÑO (2011)) e tem sido evidenciada como um desafio para a categoria, face às novas requisições profissionais, aos desafios de superar o lastro tradicional e afirmação do projeto ético-político.

Nessa perspectiva, esse estudo se propõe a entender como o assistente social que atua no NASF se percebe enquanto matriciador de equipes saúde da família. A necessidade de escrever sobre o assunto ora proposto, se deu a partir da vivência enquanto matriciador das equipes de Estratégia Saúde da Família, na qual, foi percebido um contexto complexo dado pelas demandas inerentes ao assistente social; uma proposta inovadora de atuação que exige um

redirecionamento de práticas e a pouca ou nula produção a respeito, no âmbito do serviço social.

Fator que se expressa, ainda, na ausência de práticas desse cunho nos Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Política de Saúde, publicado em 2009 pelo Conselho Federal de Serviço Social - CFESS. Esse documento além de não apontar o matriciamento como parte processo de trabalho do assistente social na saúde, tampouco, localiza o NASF como espaço sócio ocupacional. Entre as práticas elencadas nos parâmetros, as que mais se aproximam da lógica do matriciamento são as ações de assessoria, as quais estão longe de esgotar a dinâmica que essa atividade propõe.

Atualmente, o matriciamento em Saúde da Família, tem como referencial as elaborações do campo da Saúde Coletiva que, apesar de ter uma produção em franca expansão, não contempla na totalidade as necessidades dos assistentes sociais que se propõem a atuar nessa perspectiva.

Não obstante, o Serviço Social foi inserido entre as áreas estratégicas de atuação das equipes NASF, nas diretrizes ministeriais para implantação do programa no país, (BRASIL, 2009). A ausência de produções tende a reforçar as incertezas e inseguranças nos profissionais que atuam na execução da política, bem como nos gestores que tem o papel de indução da proposta e de definir quais profissionais irão compor as equipes. Em tese, essa definição se daria pelas necessidades de saúde apresentadas pela realidade do município, mas se torna mais complexa à medida que não se clarifica as possibilidades, da atuação dos profissionais.

Entendemos que estamos em um momento privilegiado para a realização dessa pesquisa, pois a cena atual contabiliza cinco anos de publicação da portaria que institui os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, possibilita a análise das primeiras experimentações da inserção dos NASFs nos municípios. Assim, temos como objeto de estudo o assistente social enquanto matriciador na Estratégia Saúde da Família, objetivando compreender este profissional se percebe enquanto matriciador, no contexto dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Não obstante, identificar a concepção e as impressões do assistente social sobre o matriciamento, levantar e considerar os aspectos organizativos do trabalho e compreender o que esses profissionais fazem e como avaliam sua prática nos NASFs.

Diante dos objetivos apontados, essa pesquisa será estruturada com caráter qualitativo, pois essa metodologia é favorável para o entendimento dos significados que as pessoas atribuem às suas experiências e fundamental para desvelar processos e aproximar das compreensões das pessoas a respeito de sua vida diária (POPE; MAYS, 2005).

O desenvolvimento desse estudo tem como material principal as contribuições dos sujeitos da pesquisa, que são assistentes sociais e atuam nas equipes NASFs existentes na mesorregião Norte Central do estado do Paraná, formada pela união de 79 municípios agrupados em oito microrregiões, (PARANÁ, 2012). Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, 2012, nessa região existem sete cidades com equipes NASFs. Conforme informações obtidas junto aos municípios listados, observamos que existem assistentes sociais na composição das equipes de quatro municípios: Ibiporã, Rolândia, Cambé e Maringá. O município de Maringá possui sete equipes NASF, contudo, somente cinco delas conta com assistentes sociais. Conforme justificativa da Secretaria Municipal de Rolândia, o município está em fase de contratação de outro assistente social para substituir o que não está mais atuando no município, portanto não foi possível esta cidade permanecer na pesquisa. No município de Cambé e no município de Maringá, um dos profissionais desistiu de participar por motivos pessoais. Dessa forma, o universo dessa pesquisa possui seis sujeitos, conforme o Quadro 1.

Quadro 1 – Relação de municípios e sujeitos da pesquisa

Cidade	Nº de equipes NASF	Nº de assistentes sociais nas equipes	Nº de sujeitos da pesquisa
Apucarana	04	00	00
Arapongas	03	00	00
Cambé	02	02	01
Ibiporã	01	01	01
Londrina	10	00	00
Maringá	07	05	04
Rolândia	01	01	00

Fonte: CNES 2012, e Secretaria de saúde dos respectivos municípios.

A pesquisa foi realizada com os profissionais por meio de entrevistas individuais semiestruturadas. Esse tipo de coleta de dados prevê a existência de um roteiro prévio (Apêndice A), porém, permite certa liberdade, priorizando o diálogo, uma vez que o pesquisador e o entrevistado não estão “presos” às questões anteriormente propostas. Corroboramos com a perspectiva de Jahoda apud Minayo (2000, p.108), que destaca a importância desse método, pois:

[...] como fonte de informação fornece dados secundários e primários referentes a fatos; ideias, crenças, maneira de pensar, opiniões, sentimentos, maneiras de sentir, maneiras de atuar; conduta ou comportamento presente ou futuro; razões conscientes ou inconscientes de determinadas crenças, sentimentos, maneiras de atuar ou comportamentos (MINAYO, 2000, p. 108).

Dessa forma, entende-se que esse momento tem potencial de garantir espaço para maior expressão das contribuições e aproximação com as interpretações dos trabalhadores sobre o tema proposto.

Em seguida, foram realizadas as transcrições e análises, a fim de garantir um processo de compreensão e discussão mais profícua, possibilitando que os detalhes sejam considerados. O documento resultante da transcrição proporcionou, sempre que necessário, voltar às informações da gravação, para aproximar-se de suas peculiaridades.

Para estruturar a interpretação dos dados levantados na pesquisa, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo descrita como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, [...] a intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não) (BARDIN, 1977 p 38).

Franco (2003, p.13) menciona que “o ponto de partida da análise de conteúdo é a mensagem, seja ela verbal (oral ou escrita), gestual, silenciosa, figurativa, documental ou diretamente provocada. Necessariamente, ela produz um significado e um sentido”. Não obstante, considera-se que a mensagem está emoldurada de condições contextuais de seus produtores, que são imprescindíveis no momento do estudo.

A análise de conteúdo está vinculada aos pressupostos de uma concepção crítica e dinâmica da linguagem, bem como a uma construção da realidade social e expressão da existência humana. Para que este método tenha relevância teórica, é necessário que esteja relacionado a outros elementos (textuais simbólicos), implicando na realização de vinculações diversas, as quais devem “[...] ser direcionadas a partir da sensibilidade, da intencionalidade e da competência teórica do pesquisador” (FRANCO, 2003, p. 16).

Por tratar-se de uma pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi apreciado pelo Comitê de Bioética da Universidade Estadual de Londrina, tal como preconiza a resolução 196/96, recebendo parecer favorável sob o número 154.409 (Anexo 1). Cada participante foi informado sobre os objetivos da pesquisa e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), em duas vias, ficando uma em seu poder e outra em poder do pesquisador e, foi informado da possibilidade de desistência de sua contribuição com a pesquisa, a qualquer momento, e da inexistência de ônus.

Foram solicitadas autorizações para realizar a pesquisa junto aos municípios, estas foram formalizadas em documentos assinados e arquivados pelo pesquisador. O autor do estudo também assinou um termo de compromisso, sigilo e confiabilidade, no qual reafirma seus pressupostos éticos com os materiais e informações que serão utilizados na pesquisa que ficou de posse dos municípios e do Comitê de Bioética da Universidade Estadual de Londrina.

Como parte do processo de análise do material levantado nesse estudo, optamos por dividi-lo em eixos de análise, com intuito de classificar os elementos pesquisados por “diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero”, (BARDIN, 1995 apud TURATO, 2003, p. 445). A categorização será construída a partir do critério de relevância, pois na análise de entrevistas semiestruturadas, destacam-se pontos verbalizados, sem necessariamente haver repetição, mas por sua riqueza e potencial em refutar ou confirmar as hipóteses iniciais do estudo. (TURATO, 2003).

O primeiro eixo deste processo foi instituído como: A Inserção do NASF na Rede de Atenção à Saúde. No qual, pretendemos identificar o modo como os profissionais, que contribuíram para a pesquisa, têm identificado e analisado sua inserção na rede de atenção. Apontaremos em que medida têm sido realizados os

processos de monitoramento, avaliação, educação permanente, e sua importância para a atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

Como um segundo eixo de análise, será realizada a identificação das práticas de apoio, suas repercussões no cotidiano das equipes saúde da família e como esses apoiadores têm realizado ações de qualificação do cuidado. Destacaremos, ainda, o matriciamento e seus aspectos organizativos, sinalizando os processos de construção e divisão das tarefas, ações e responsabilidades pela equipe NASF, e ainda, como tem se relacionado com a efetividade do trabalho.

No terceiro eixo de análise, versaremos sobre o Serviço Social e o matriciamento. Neste, pretende-se identificar o modo como o assistente social tem se inserido nas práticas de apoio, sua contribuição nos processos construídos pelo NASF e pelas equipes saúde da família. Nesse sentido, identificaremos as ações que têm sido executadas pelo assistente social, suas estratégias e, em que medida suas práticas dialogam com o projeto ético político da profissão e sua instrumentalidade.

Importante destacar que, os dados apresentados nessa pesquisa, envolvem uma série de questões que incluem o posicionamento, as perspectivas e atuação de diversos atores, os quais interferem de várias maneiras na construção das questões aqui analisadas. Essa pesquisa, contudo, tem como sujeito o assistente social, ou seja, as questões apontadas são frutos das percepções desse profissional na sua singularidade, o que não inviabiliza esse estudo, apenas lhe atribui caráter peculiarizado.

Os sujeitos dessa pesquisa atuam nos NASFs há, no mínimo, um ano. Todos passaram por algum curso de pós-graduação, a maior parte em nível de especialização, sendo dois profissionais com nível de mestrado acadêmico. Esses profissionais dão apoio a uma média de dez equipes saúde da família; foram contratados nas respectivas secretarias de saúde por meio de concurso público, entretanto, apenas dois têm vínculos como servidor público estatutários, os demais são contratados por meio da Consolidação das leis do trabalho - CLT.

Esse estudo será apresentado em três capítulos, a partir do entendimento em que a construção das reflexões está pautada, sobretudo, nas contribuições dos sujeitos da pesquisa. As verbalizações destes irão figurar desde o primeiro capítulo, numa relação indissociável com os aspectos teóricos. Os eixos de

análise serão desenvolvidos a partir da construção dos capítulos não sendo referenciados de modo fragmentado.

No primeiro capítulo, serão apontadas discussões preliminares a respeito da política de saúde e parte de suas particularidades no cenário brasileiro; bem como o debate acerca da atenção primária e a inserção da proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. No segundo capítulo, serão apresentadas aproximações aos conceitos do matriciamento e como esses elementos teóricos têm se desdobrado no cotidiano e nas práticas de apoio realizadas. No terceiro capítulo, será destacada a relação entre o serviço social e a prática do apoio matricial a partir da construção da instrumentalidade e suas expressões nas ações cotidianas.

Esperamos, por meio dessa pesquisa, evidenciar a proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, em especial, do matriciamento, contribuindo no processo de reflexão a respeito de suas práticas, potencialidades e limites, e também, contribuir na análise do processo de trabalho dos NASFs e dos assistentes sociais que se propõem a atuar nessa perspectiva.

2 - CAPÍTULO 1

A POLÍTICA DE SAÚDE E O PERCURSO CONSTITUTIVO DA LÓGICA DO MATRICIAMENTO

2.1 POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA: FUNDAMENTOS E PARTICULARIDADES BRASILEIRAS.

As primeiras intervenções do Estado brasileiro na política de saúde ocorreram a partir de 1930, (BRAVO, 2007a), período cujo elemento central na política macroeconômica se localiza na passagem do capitalismo concorrencial para o capitalismo monopolista e, somente neste momento sócio-histórico é possível pensar em política social. Neste cenário, o Estado passa por uma inflexão no seu modo de lidar com a sociedade, atuando de maneira mais incisiva na interferência econômica. (NETTO, 2011)

Dentre o conjunto de atividades que o Estado realiza para manter os lucros do monopólio, inclui uma série de ações, até então novas, na intervenção estatal: a conservação física da força de trabalho, a regulação de sua pertinência para o consumo tornando-a disponível para uso sazonal do capital. Nesse movimento, o Estado tende a se legitimar socialmente, incorporando parte das demandas das classes populares, cuja organização ocorre paralelamente à transição para fase monopolista. Apesar de esta não ser sua inclinação natural, (NETTO, 2011, p. 29) o Estado, na era dos monopólios, legitima-se por meio do jogo democrático, ampliando sua permeabilidade com relação às demandas e reivindicações imediatas das classes subalternas, no limite da acumulação capitalista.

Existe uma linha analítica acerca dos fundamentos da política social que deve ser observada, a qual sugere a implementação das políticas sociais, aliando as necessidades econômicas do capitalismo a outros acontecimentos sócio-históricos. Nesta vertente, há o entendimento da intervenção estatal polarizada, na qual o Estado seria permeável às lutas e demandas por igualdade, gestadas num contexto de ampliação da democracia e, ao mesmo tempo, responderia parte das necessidades do bloco monopolista. Situa-se aí, a origem da política social no processo de industrialização e maturação do sistema capitalista, em que a tensão entre os dois polos, obrigaria o Estado a intervir e instituir certas garantias sociais.

Nessa perspectiva, cada sociedade experimenta a construção das políticas sociais a partir da maneira em que se desenha a organização política, resultado da ampliação de demanda por igualdade e autonomia, oriunda da afirmação da igualdade entre os indivíduos. Tais elementos estão diretamente relacionados ao modo como a questão social¹ se estrutura em cada contexto, o qual põe em risco a suposta coesão social, e ainda, como tais demandas são canalizadas no processo de construção do Estado social.

Clarifica-se então que as contradições inerentes ao conflito entre capital e trabalho, as múltiplas correlações de forças e as determinações estruturais que permeiam a luta política constituem elementos centrais para o entendimento das políticas sociais, deste modo, é na totalidade desses processos que deve ser entendida a constituição das políticas públicas em detrimento às elaborações mecânicas (PIRES; DEMO, 2006). Reafirmamos que as políticas sociais se erigem no escopo de responder às desigualdades que, “em determinados contextos históricos, são suspeitas de ameaçar a reprodução destas mesmas sociedades”. (JACCOUD; CARDOSO JR, 2005, p. 188).

Alinha-se, nesse movimento histórico, a adesão da lógica burguesa ao chamado Keynesianismo², bem como a perspectiva fordista de negociação com os trabalhadores, a reorganização de processos de trabalho e a ampliação de uma série de políticas sociais, culminando no chamado Estado de Bem Estar Social, com destaque para o modelo europeu (BEHRING, 2009).

O estado de bem estar social ou *Welfare State* se assenta em um modelo de proteção social que surge no pós-guerra, quando o papel do estado se alastra para diversos campos e ganha importância nos espaços políticos, assegurando um conjunto de benefícios considerados fundamentais. Nessa perspectiva são desenhados os modelos de proteção social que visam resguardar os indivíduos contra riscos econômicos e eventos inesperados. (VIANA; LEVCOVITZ, 2005) Nesse panorama, o direito à saúde tende a figurar entre as

¹ Questão social é entendida como as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão (IAMAMOTO; CARVALHO, 1982, p. 77).

² Processo de crescente atuação do Estado na economia, por meio de uma política fiscal, creditícia e de gastos, realizando investimentos ou inversões reais que atuam nos períodos de depressão e de maneira abreviada, as políticas sociais nas esferas de produção e reprodução das relações sociais capitalistas em prol da cidadania (BEHRING, 2009. PIRES E DEMO 2006)

garantias demandadas pelos trabalhadores ao Estado e passa a ser conformado como um direito central, à medida que o adoecer é considerado um risco social e tem interferências diretas nos processos políticos e econômicos, é cabal, portanto, sua presença nos sistemas de proteção social.

Bravo (2007a) identifica que a assistência à saúde dos trabalhadores estava vinculada à industrialização, especialmente sua incorporação pelo Estado, esses argumentos dialogam com os apontamentos de Netto, (2011, p. 25) ao concluir que: “A conquista de alguns direitos sociais pelas classes trabalhadoras foi mediada pela interferência estatal, no seu papel de manutenção da ordem social capitalista e de mediação das relações entre as classes sociais”. A assistência à saúde da população sem acesso ao trabalho formal ficava a cargo da filantropia, sob uma perspectiva caritativa e reeducadora, organizadas com base na associação entre trabalho voluntário e política pública, portanto não configurava uma relação de direito social, tratando-se de medidas compensatórias que terminam por ser estigmatizantes.

Para situar a conformação do direito à saúde no Brasil, apontamos como esse sistema se submeteu às mesmas lógicas que impulsionaram a necessidade de criação de políticas sociais, uma vez que as intervenções na saúde dos trabalhadores ocorreram no século XX, no bojo da economia exportadora cafeeira, mantendo-se assim, paralela ao desenvolvimento industrial do Brasil. (CARVALHO; CORDONI JR; MARTIN, 2001).

A atuação do Estado brasileiro no contexto da saúde pública oscilava entre a não responsabilização e a atuação coercitiva, pois garantia acesso à saúde somente aos trabalhadores formais, porém intervia de maneira coletiva, com ações de higienização campanhistas em momentos de epidemias, de maneira policialesca, obrigando a população a se submeter às ações sanitárias.

A construção da saúde, enquanto direito social no país, destacou-se pela emergência de um amplo movimento desencadeado a partir da década de 70, denominado de Reforma Sanitária, que coadunou a mobilização significativa da sociedade civil com força política dos diversos movimentos sociais existentes na época. Os protagonistas desse movimento, além dos membros da sociedade civil, eram profissionais de saúde e intelectuais que tinham, como principal reivindicação, a saúde como direito de todos e dever do Estado e se posicionavam, sobretudo, na disputa entre os modelos de atenção. Entendidos aqui, genericamente, como

combinações de tecnologias (materiais e não-materiais) utilizadas nas intervenções sobre problemas e necessidades sociais de saúde. (PAIM, 2001, p. 4).

Muito embora não adotemos um posicionamento reducionista, é possível apontar que este embate se fundamenta, sobretudo, na tensão entre dois projetos principais: o modelo médico assistencial privatista e o modelo de saúde ampliada.

O chamado modelo médico assistencial privatista, remonta ao início do século XX e tem como substrato um documento preparado nos Estados Unidos, denominado Relatório *Flexner*, de 1910. O documento apresentava uma proposição a respeito da formação médica que, ainda hoje, repercute no processo educacional de quase todas as profissões voltadas para saúde. Este modelo, centrado em hospitais e serviços de alta tecnologia, opõe-se à formação com vistas para a realidade social e para o coletivo e endossa o estudo das doenças como material principal do ensino em saúde, apresentando, portanto, forte vinculação aos interesses da reprodução do capital no campo sanitário, com incentivos à expansão dos serviços privados de saúde e à indústria de medicamentos, insumos e equipamentos de alta tecnologia.

A construção de tal modelo está imbuída do conceito de saúde que se tornou hegemônico, uma vez que foi incorporado quase que mundialmente (PAGLIOSA; DA ROS, 2008) e tem direcionado a lógica de atenção e cuidados em saúde e a organização dos sistemas, cuja maior característica é o foco nos serviços de média e alta complexidade, sendo o hospital o centro de excelência para a assistência à saúde, numa perspectiva clara de enfrentamento às doenças. Esse modelo apresenta limitações no que se refere à existência de espaços de atenção integral ao indivíduo e processos de promoção à saúde. Outro componente fundamental dessa vertente é a redução da autonomia do usuário da política de saúde, pois, supõe que este esteja submetido a todas as determinações dos profissionais, quanto ao seu modo de viver e de cuidar de sua saúde.

O modelo apresentado pelos sanitaristas sugere a implementação de um conceito de saúde pública ampliada, democrática e universal, cujo eixo é a atenção básica e processos de promoção e prevenção à saúde, com ênfase no cuidado e nas relações sociais.

Esta forma de atuar sobre a saúde da população incorpora elementos doutrinários da Medicina Preventiva difundida no pós-guerra, cujo eixo

central estava na integralidade da atenção. Entendia a racionalidade dos sistemas de saúde a partir da hierarquização dos serviços, por eixos prevenção: promoção, proteção, diagnóstico precoce “Tais níveis foram sintetizados na prevenção primária (medidas inespecíficas ou de promoção e específicas ou de proteção), na prevenção secundária (recuperação da saúde) e na prevenção terciária (reabilitação).” (PAIM, 2001, p. 2).

Nessa perspectiva, os níveis de atenção seriam estratificados pela sua complexidade tecnológica, com ênfase na prevenção primária. Ressaltamos ainda que, essa concepção fundamenta-se também nas propostas de Atenção Primária à Saúde, indicadas na Conferência Internacional de Alma Ata³, da qual destacamos o processo de lógica territorial e a descrição de clientela, que sugere o trabalho em saúde a partir de um território delimitado, democrático e com participação da comunidade.

Os princípios do modelo em tela, ampliava o escopo dos aspectos conceituais ao entender a saúde como resultante da forma com que a sociedade se organiza, considerando as suas dimensões: econômica, política e cultural. Portanto, o movimento de Reforma Sanitária brasileira dialogava com o processo de redemocratização do país, que estava em fase de abertura política, no cenário de enfraquecimento e derrocada da Ditadura Militar, nesse sentido a Reforma Sanitária:

Foi e segue sendo uma proposta, já que oferece princípios e proposições, como os plasmados no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, muitos dos quais incorporados ao texto constitucional. Ao mesmo tempo é um projeto, pois representa um conjunto de políticas articuladas, que incluem uma dada consciência sanitária, a defesa da participação cidadã e a vinculação da saúde com lutas políticas e sociais mais amplas. E também é um processo, pois se transformou em bandeira de lutas, possibilitou a articulação de práticas e a conformação de um projeto político-cultural consistente (PAIM, 1997 apud FEUERWERKER, 2005, p. 490).

A militância dos sanitaristas teve como coroamento a Constituição Federal de 1988, que tornou viável a política de proteção social, catalisando a expressão de diversos movimentos sociais que a precederam. O padrão engendrado pela Carta Constitucional caracteriza a nova lógica da política de saúde brasileira

³ A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, no Cazaquistão, em 1978, teve importância histórica ao apontar a Atenção Primária à saúde como o modo mais eficaz de organizar a assistência à saúde, apontando elementos fundamentais para implementação da saúde primária.

sob os signos da universalidade na cobertura, integralidade no atendimento e a “subordinação das práticas privadas à regulação em função da ‘relevância pública das ações e serviços’ nestas áreas”. (FLEURY, 2008, p. 66).

Sob a lógica da proteção social, foi instituído o Sistema Único de Saúde – SUS, imprimindo o desafio de organizar um sistema de saúde universal em um país de capitalismo periférico, de dimensões continentais e expressivas desigualdades sociais. Nesse sentido, o SUS baseia-se nos seguintes princípios: a universalidade no acesso, a igualdade no tratamento e a equidade na distribuição dos recursos, inserida a fim de estabelecer padrões de justiça social e relativizar a igualdade entre os cidadãos. Suas diretrizes são: descentralização (transferência de serviços do ente federal para a estadual e destes para a municipal), atendimento integral (ações assistenciais e preventivas) e participação da comunidade (por meio das conferências e conselhos de saúde).

Com comando único em cada esfera do governo, na gestão do SUS, em tese, não há subordinação entre união, estados e municípios. Quanto ao financiamento, ele ocorre na mesma lógica de solidariedade entre os três níveis de governo, sendo que cada esfera deve destinar um percentual de recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços do SUS.

A ideia de um sistema único para o país leva a convergência de diversos serviços e modos de operar o sistema de saúde. No âmbito do governo federal, os serviços de referência nacional encontram-se em número reduzido, dos quais podemos destacar o Instituto Nacional do Câncer - INCA. Na rede estadual encontram-se, geralmente, hospitais terciários de referência regional, tais como os hospitais universitários. Na rede municipal, estão presentes as Unidades básicas e centros de saúde. Como parte da composição do SUS, há ainda a rede suplementar privada, prevista constitucionalmente, cuja atuação reforça o projeto privatista. Contudo, muitos dos espaços lucrativos da saúde são contratados como prestadores de serviços à rede pública. Coexistem ainda os serviços não lucrativos, vinculados à filantropia, que atendem a população e em sua maioria são subsidiados parcialmente pelos setores públicos, com isenção de impostos e/ou recursos financeiros.

Na implementação do Sistema Único de Saúde - SUS é possível identificar uma série de dificuldades para construção de um modelo de atenção que supere a lógica tradicional. Diante do avanço, ainda que tardio no Brasil, da lógica

de intervenção político-econômica neoliberal, que culmina no desmonte das políticas públicas e do caráter de proteção social engendrado na Constituição, incentivando a retração da intervenção estatal no campo social, diversos autores (NETTO, (1993); LAURELL, (2002); ANDERSON, (1995)) apontam os impactos do neoliberalismo nas políticas públicas brasileiras. Outros elementos que se tornam entraves para o SUS é a legitimidade social que os valores da iniciativa privada têm no seio da sociedade; bem como, a lógica de financiamento, na qual os serviços de atenção terciária e procedimentos de alta tecnologia são destinatários de maiores subsídios. (FEUERWERKER, 2005).

O debate ora apresentado é fundamental para essa política social, mas entendemos que reflete um conjunto de fatores estruturais, o que evidencia, o modo como a questão “política” da saúde pública brasileira tem se tornado elemento esvaziado de críticas e de reflexões capazes de descortinar a realidade.

De acordo com Barbosa (2010), o que predomina na produção teórica da saúde é a ausência do debate sobre o capitalismo, pois, a partir dessa análise, seria possível fazer crítica, por exemplo, às influências da política externa que direciona as políticas ‘nacionais’⁴ plausíveis com os interesses do capital internacional; à ingerência do mercado farmacêutico que financia pesquisas na área biomédica de acordo com seus interesses mercantis, entre outros elementos que atravessam essa política. A autora assevera ainda, como questão preocupante, o fato de que, mesmo que alguns autores coloquem temas dessa natureza em pauta, isto não tem repercutido no debate sanitário, como se houvesse uma ‘cegueira’ ou um silêncio generalizado a este respeito.

Nessa perspectiva, é possível encontrar nas contribuições de Przeworski (1991), quando destaca a esquerda europeia e identifica o “risco” de perder a dimensão da luta de classes. Este autor aponta o modo como os socialistas reduziram a luta política a competir no âmbito das instituições representativas existentes, o movimento se burocratizou; as táticas se reduziram à luta pela conquista do eleitorado; as questões políticas se tornaram questões passíveis de serem resolvidas com a vitória do próximo pleito; e qualquer proposta de sociedade

⁴ BREILH (2011), ao referir o modo como a Organização Mundial da Saúde, se apropriou do conceito de Determinantes Sociais de Saúde de maneira reducionista, tal conceito começou a ser construído por pesquisadores da América latina e faz fecundas críticas estruturais fundamentado na economia política. Enquanto o modelo proposto pela OMS que influencia o mundo todo procura as causas das causas, numa inspiração positivista distorcendo o conceito original e desconsiderando 30 anos de contribuição Latino Americano.

que não contribuisse para ganhar a eleição, tornou-se utopia. (PRZEWORSKI, 1991).

O autor reconhece a importância que o movimento teve ao fortalecer a democracia política e as reformas em favor da classe trabalhadora, as quais não seriam introduzidas por outros que estivessem no poder. Na realidade brasileira, características semelhantes podem ser observadas no avanço das reformas do setor saúde, geradas a partir da inserção dos sanitaristas nos espaços governamentais. Igualmente, a redução da dimensão política se assemelha aos socialistas europeus citados pelo autor.

Não obstante, os sanitaristas brasileiros saíram-se tão bem quanto possível sob as circunstâncias históricas que não escolheram, Cohn (2009, p. 42) corrobora com essa análise, ao afirmar que: “Fomos - os sanitaristas - constrangidos, de certa forma, por sermos responsáveis, segundo a Agenda da Saúde, por colocar “o bloco na rua”. E, procurar soluções e dar respostas para os desafios da saúde”. Ainda nessa linha, Demo e Pires destacam:

Pode-se dizer que o movimento que deu origem ao SUS, apesar dos avanços no escopo da institucionalidade dos direitos sociais, abrandou-se sem reverter a lógica decrescente desigualdade no acesso aos serviços de saúde. Universalidade, equidade, integralidade e participação social, princípios do SUS que denotam forte compromisso ético com o bem comum, seguem como utopias realizáveis, operando entre o possível-real-medíocre e o real-ideal-concretizável. (PIRES; DEMO, 2006, p. 64)

Alinhando ao que Barbosa (2010) aponta, é importante para a saúde pública no país o retorno aos marcos estruturantes do que foi o processo de Reforma Sanitária Brasileira e sua crítica ao modo de vida adoecedor que o capitalismo engendra. Atualmente, qualquer menção ao marxismo é, no mínimo censurada⁵, no âmbito da saúde coletiva, por uma série de movimentos sócio-históricos como a derrocada do socialismo real, mas não pela falta de conhecimento do assunto, afinal não se ignora um substrato político da monta do materialismo histórico, portanto o silêncio que prevalece não é dos “inocentes”, e sim dos que deliberadamente preferem silenciar a respeito. Nessa perspectiva Cohn (2009, p. 42)

⁵ Segundo Brehil, (2011) a discussão acerca dos Determinantes Sociais de 2011 refere que o tratamento dessa questão é superficial, e que se abstém de discussões acerca da influência das grandes indústrias na determinação da saúde, agroindústria, da mineração, das finanças, dos campos-chave da economia e da vida. Sugere uma hegemonia ideológica conduzindo as pessoas envolvidas com o tema à adaptação a crise sem críticas mais incisivas

destaca que “a saúde, a partir de 1988, era o setor de vanguarda que puxava a inovação das outras políticas sociais, na cena atual, é possível identificar mais inovações, com erros e acertos, nos outros setores do que no próprio setor da saúde”.

O movimento de esvaziamento da postura crítica apontada nesse estudo, provavelmente pode ser observado em outras políticas sociais, mas é importante observar que a análise de processos e relações sociais está saturada de disputa por projetos societários, assim como encerra fortes tensões entre visões sociais e de mundo, dos quais não tem como se furtar.

Nessa perspectiva, o avanço das políticas sociais e, nesse caso da política de saúde, tem papel fundamental no processo de sobrepor o direito à saúde acima dos interesses mercantis, na linha de disputa por projetos políticos distintos, distanciando-se da lógica de produção de consensos.

Conh (2009) desafia a política de saúde ao apontar, nesse momento, qual é o papel do Estado, situando que na ocasião do Movimento de Reforma Sanitária e luta contra a Ditadura Militar, o Estado era visto como o inimigo, visão esta, superada, já que ele tem papel crucial na efetividade do direito à saúde. Portanto, pode ser entendido como um espaço importante para o acúmulo de conquistas e radicalização dos direitos de cidadania.

Para tanto, mais do que lembranças do movimento de Reforma Sanitária que originou o SUS, é necessário avançar na proposta de saúde, dentro de uma concepção progressista, a partir da construção de condições objetivas, a fim de tencionar a luta política, por meio também dos processos de cuidado em saúde, os quais, quando forjados, sob perspectivas emancipatórias, que entendam o usuário da política como um ser dotado de autonomia e autor de sua vida é um dos elementos no processo, e deve ser dimensionado em suas potencialidades, em detrimento da mera individualização denunciada por Cohn (2009).

Na implementação do SUS, esses elementos estão a todo tempo se entrecruzando, exigem, portanto, diferentes posicionamentos e proposições dos atores que se debruçam para construir e efetivar a política de saúde brasileira. Pretendemos apresentar, nesses moldes, a implementação da Estratégia Saúde da Família como um processo que foi desenvolvido, no sentido de aproximar-se das proposições da Reforma Sanitária Brasileira, no espaço da atenção primária em

saúde, mas potente, para repercutir em resultados positivos em todos os lugares da rede de atenção.

2.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA AGENDA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

A Estratégia Saúde da Família se localiza entre as diversas investidas na construção de práticas de cuidado condizentes com o modelo de saúde ampliado, especificamente, no processo de reorganização da atenção primária em saúde.

Conforme sinalizamos nesse texto, a implementação da atenção primária em saúde dialoga com as proposições da Medicina Preventiva e da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata. As reflexões a esse respeito giram em torno da necessidade da instituição de serviços locais e da construção de práticas centradas nas necessidades de saúde da população, vinculadas às realidades socioculturais dos indivíduos, já que isso poderia respaldar as intervenções para prevenção e controle do adoecimento (VIANA; FAUSTO, 2005), com uma atuação interdisciplinar envolvendo diversos profissionais.

Entre as diversas ideias a respeito da atenção primária, destacamos as que possuem maiores desdobramentos para a realidade brasileira, quais sejam seu entendimento como nível de atenção e como estratégia (VIANA; FAUSTO, 2005).

No aspecto organizativo, a atenção primária está vinculada à proposição de imprimir certa racionalidade ao sistema, associada à resposta governamental de enfrentamento do custo da assistência médica, de modo a torná-los menos onerosos e mais abrangentes (FAUSTO, 2005 apud VIANA; FAUSTO, 2005, p.153). Nessa linha, constitui-se como o primeiro contato do indivíduo com a rede de atenção e, conforme a necessidade assegura-se o acesso aos outros níveis de assistência à saúde. Assume então, o viés de racionalização da rede de atenção, vista como porta de entrada e garantindo a organização do processo de cuidado nos diferentes espaços da rede. Há, sobre esse entendimento, uma crítica que versa sobre a impossibilidade da atenção primária ser entendida como única entrada na rede. Isso porque existem, nos sistemas de saúde, diversas possibilidades de acesso, tais como os serviços de urgência e emergência que devem garantir o

acesso dos indivíduos, independentemente do contato anterior com os serviços da atenção primária. Além disso, esse pressuposto sugere a subordinação do usuário às determinações do gestor da rede de atenção, numa espécie de adestramento da demanda a uma lógica racionalizada, o que “tem sido muito mais um desejo dos técnicos e gerentes do sistema, do que uma realidade com a qual a população usuária possa contar”. (CECÍLIO, 1997, p. 472)

No segundo ideário acerca da atenção primária, como estratégia para organização do sistema de saúde, destacamos alguns fatos. Com o avanço do neoliberalismo no Brasil, foram destinados, por organismos internacionais (Organização Mundial da Saúde, Banco Mundial), aos espaços de atenção primária, pacotes, isto é, conjunto de ações para públicos específicos, pauperizados. Dessa forma, pensar a atenção primária como estratégia de organização no Brasil, está na contramão da lógica neoliberal para os países de capitalismo periférico, pois enquanto estratégia, além da atenção primária extrapolar as proposições neoliberais, torna-se, ainda, um nível de atenção que demanda intensos investimentos.

Para essa argumentação, cabe fazer referência às tecnologias em saúde propostas por Merhy (1997). Segundo esse autor, o processo de cuidado em saúde se dá por meio 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, insumos de saúde, as quais são o resultado de um trabalho anterior (trabalho morto), muito presente nos serviços de média e alta complexidade. As tecnologias leve-duras estão no campo do conhecimento estruturado, ou seja, um conhecimento adquirido no processo formativo que o indivíduo possui e o 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 da política, tratam-se da criação de vínculos e afetividade entre ambos, presentes no espaço de escuta e de atenção e não pressupõe um trabalho anterior, já que é resultado do encontro, produzido no ato. Portanto, é um trabalho vivo em ato, muito presente na atenção primária.

A segmentação das tecnologias não indica uma hierarquização valorativa e tem caráter pedagógico, uma vez que é possível o uso de ambas pelo mesmo trabalhador no momento em que a atenção à saúde acontece. No entanto, as tecnologias leve-duras e duras são historicamente mais valorizadas, têm

legitimidade social e recebe maior montante de recursos públicos. Além disso, são entendidas como mais complexas, conseqüentemente, os espaços de atenção primária são desvalorizados. Merhy (1997) assevera sobre o risco do trabalho vivo (tecnologia leve) ser capturado pelo trabalho morto, o que ocorre por meio do cerceamento do trabalhador, da supervalorização da norma.

Entende-se, dessa forma, que o espaço da atenção primária não é o lugar da atenção de baixa complexidade, já que a construção de vínculos e afetos, a partir de processos visando autonomia dos indivíduos no cuidado à saúde, não é simples e banal, mas requer a construção de espaços dialógicos e de horizontalidade entre os sujeitos. Para tanto, é necessário investimento em pessoas, potencializando-as para ações dessa natureza, o que faz da atenção primária em saúde, algo que demanda altos investimentos.

Sob a égide dessas reflexões, a Atenção Primária no Brasil é denominada Atenção Básica, apreendido o termo básico como fundamental, elemento *sine qua non* para uma rede de atenção efetiva universal e equânime. Para tanto, a Estratégia Saúde da Família, criada em 1994, ainda como um Programa, recebeu a “missão” de reorientar o modelo de atenção à saúde.

A ênfase na implantação do Programa de Saúde da Família – PSF – é justificada pela necessidade de substituição do modelo assistencial historicamente centrado na doença e no cuidado médico individualizado por um novo modelo sintonizado com os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção. O indivíduo deixaria de ser visto de forma fragmentada, isolado do seu contexto familiar, social e de seus valores (SHERER; MARINO; RAMOS, 2005, p. 58).

Assim, o Programa Saúde da Família, foi inscrito na perspectiva de contribuir para o processo de mudança das práticas em saúde. Sua implantação já previa o deslocamento do profissional médico como central, valorizando o trabalho multiprofissional, com equipe integrada, um trabalho horizontalizado. O Ministério da Saúde apontou a necessidade de implantação de equipes mínimas, compostas pelos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

O trabalho que seria realizado por essas equipes, apresenta características de rompimento com a lógica hegemônica, valorizando a atenção com caráter longitudinal em detrimento do consumo irracional de consultas e procedimentos. Incrementa o cotidiano com ações programáticas, cujos eixos são a

atenção por meio dos ciclos de vida e as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. O processo de cuidado seria construído a partir da lógica do território com o incentivo e o fortalecimento das redes solidárias, modos de viver e o vínculo entre os moradores das comunidades e as equipes, reforçado pela figura do Agente Comunitário de Saúde, ator da própria comunidade, com histórico de participação popular, integrando os saberes populares aos conhecimentos mais estruturados dos outros profissionais.

A inserção de equipes multiprofissionais para a atenção primária tinha objetivo de alcançar a integralidade do cuidado, a partir do entendimento de que o processo saúde e doença é complexo e demanda uma atuação multiprofissional a fim de apreender e interpretar suas singularidades⁶, e que, a saúde de uma população é resultado de condições mais gerais, socioeconômicas, culturais e ambientais de vida e de trabalho. Importante ressaltar o posicionamento de Cecílio (2001), que entende o processo de construção da integralidade, por meio da interpretação das necessidades de saúde dos indivíduos. Não obstante, o espaço da atenção primária é estratégico para garantir a integralidade, ao se constituir, preferencialmente, como acesso inicial do indivíduo ao sistema de saúde, viabilizando seu trânsito, quando necessário, aos outros níveis de atenção.

A Estratégia saúde da Família, contudo, não ingressa no cenário nacional sem contrassensos com outras formas de operar a rede de atenção à saúde. Segundo Feuerwerker (2005, p.493) ela “articula elementos das propostas originalmente conhecidas como Sistemas Locais de Saúde/Distrito Sanitário, Programação em Saúde e Promoção à Saúde”. Sobre essas proposições cabe destacar que, o ideário dos Sistemas Locais de Saúde/Distritos sanitários visa o trabalho na perspectiva da vigilância em saúde, enfatizando os conhecimentos afetos à epidemiologia na perspectiva de evidenciar os fatores causadores da doença e assim reduzir a morbimortalidade, tem como um dos fatores chave a territorialização dos serviços onde seriam operadas as ações programáticas, não oferecendo propostas para os processos de atendimento individual. Já a lógica da Programação em Saúde e Promoção à saúde tem como fundamento a *Carta de Otawa* de 1986, que prevê o trabalho em saúde vinculado a produção de políticas públicas, ambientes saudáveis e intersetorialidade, tendo em vista o enfrentamento

⁶ Destacamos que a integralidade é entendida como um conceito polissêmico no âmbito da saúde coletiva, portanto sujeito a diversas interpretações, ver PINHEIRO e MATTOS (2001)

aos impactos na saúde decorrentes do processo de urbanização⁷. As propostas citadas foram implantadas como modelos para algumas localidades no país, o que evidencia a heterogeneidade entre organização das redes de atenção existentes na saúde coletiva brasileira.

Outro elemento que cabe destaque são os apontamentos de Franco e Merhy (2006) ao destacar que a Estratégia Saúde da Família, naquele momento, em função de sua inspiração na Vigilância em saúde, não apresentava propostas para lidar com a demanda espontânea e qualificação da clínica, fator que reduz a credibilidade dos serviços. Ademais estes autores referem que o Programa possui inclinações às determinações internacionais ancoradas no neoliberalismo para implantação de políticas de saúde focalizadas e parciais, os autores mencionam ainda, o risco de a ESF reforçar o modelo médico centrado, em face da racionalidade imanente em sua proposta reacionalizadora/estrutural, assim como a necessária mudança nos espaços micropolíticos e construção de uma “cultura e comportamento pautados pela solidariedade, cidadania e humanização na assistência” (FRANCO; MERHY, 2006, p. 116).

Destacamos ainda que, apesar da inclinação da proposta da Estratégia Saúde da Família - ESF no sentido de superação do modelo de atenção à saúde, ela é apenas um ponto da rede de atenção, inclusive o ponto que recebe o menor montante de recursos, portanto, não se deve imaginar que a atenção básica possa galgar isoladamente a superação do modelo tradicional, o que deve ser desencadeado a partir da construção de espaços de tensionamento nos diversos pontos da rede de atenção à saúde visando à construção de um sistema cuidador.

Mesmo sob tais questionamentos a ESF tornou-se uma realidade no Brasil, a formação dos profissionais, contudo, permanece focada no modelo de atenção à saúde tradicional, marcada por um viés biologizante, curativo e com poucos, ou nulos, olhares para a realidade social.

Com a inserção da ESF nas comunidades, as equipes encontram uma realidade social complexa e difícil de ser desvelada. Fator que exige dos profissionais uma postura diferenciada no que se refere ao cuidado, que demanda, sobretudo, a ampliação do alcance e da resolutividade das ações. Existiram

⁷ Parte dessas reflexões tem como referência a aula sobre modelos tecnoassistenciais, na disciplina Políticas de Saúde do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina.

iniciativas de qualificação das práticas em saúde por meio de ações educacionais dos trabalhadores que não obtiveram êxito, uma vez que, além das relações verticalizadas, muitas eram realizadas a partir de parcerias público-privadas, as quais estavam distantes de conteúdos sociais e reforçavam a mercantilização da saúde (PEREIRA, 2008). Já as experiências calcadas na perspectiva de formação humana, vinculadas às reflexões sobre a questão social, ainda não tiveram resultados efetivos nas mudanças de práticas,

Isto porque, embora a educação possibilite na sua dinâmica espaços para a contra-hegemonia, ela só consegue fazer isso ao negar e superar concepções, métodos e teorias engendradas para reproduzir a ordem e a lógica do capital. (PEREIRA, 2008, p. 410).

São diversas as experiências de gestão da produção do cuidado em saúde, bem como as estratégias técnicas e políticas utilizadas para esse fim. Considerando que as práticas de atenção à saúde são realizadas por pessoas, essencialmente em práticas relacionais, (MERHY, 1997) as ações e investimentos na qualificação do cuidado em saúde têm que ser direcionados, portanto, às pessoas, em detrimento de uma perspectiva meramente economicista, reduzindo os problemas às questões financeiras, colocando no centro do debate as soluções vinculadas à eficiência e ao custo benefício (BADUY et. al. 2011), por isso, requer novos conhecimentos, métodos de análise e ações de caráter democrático, participativas e solidárias.

Nessa perspectiva é que se tornou necessária a criação e implementação de dispositivos⁸ para qualificar a atuação, que transcenda as áreas de conhecimento atualmente preconizadas na composição das equipes de Saúde da Família. Entre tais dispositivos, as estratégias de apoio matricial, ou matriciamento, assumem destaque como um conjunto de iniciativas de qualificação e suporte à Atenção Básica. Concebendo-se um arranjo organizacional que pretende oferecer apoio especializado aos profissionais a partir de ações técnico-pedagógicas. (BRASIL, 2009).

⁸ [...] combinações variadas de recursos que alteram o funcionamento organizacional, mas que não fazem parte da estrutura das organizações. Seriam artifícios que se introduzem com o objetivo de instaurar algum processo novo – implantação de programas assistenciais, esforço para modificar traços da cultura institucional, ou para reforçar ou alterar valores. Em ocasiões em que se almejam mudanças, ou mesmo o reforço de algum comportamento, costuma-se utilizar dispositivos para intervir na realidade cotidiana dos serviços. (CAMPOS, 1999 p. 394)

2.3 NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF: A ESTRATÉGIA DE APOIO MATRICIAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família -NASF, previstos na Portaria MS n. 154, de 24 de janeiro de 2008, têm como objetivo ampliar a abrangência, o escopo e a resolutividade das ações da Atenção Básica, apoiando a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços, a partir da constituição de equipes multiprofissionais (BRASIL, 2008). Inicialmente, havia duas modalidades denominadas NASF 1 e 2. Essas modalidades tinham como critério, que cada equipe de NASF 1 contasse com, no mínimo, cinco profissionais, os quais dariam apoio a, no máximo, vinte equipes; e a NASF 2, se organizaria em equipes com, no mínimo, três profissionais de nível superior de diferentes áreas, que dariam apoio para três ou quatro equipes. Esse número foi alterado em 2012 por meio da portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Assim sendo, atualmente, a modalidade NASF 1 conta com, no mínimo, cinco profissionais de áreas não coincidentes e dá apoio a, no mínimo cinco e no máximo nove equipes, (BRASIL, 2012). Essa mudança revela uma avaliação das práticas dos NASFs que ocasionou a redução do limite de equipes a que os NASFs seriam referência. A modalidade NASF 3 pressupõe, no mínimo, dois profissionais de nível superior, que seriam referência a, no máximo, duas equipes. Essa modalidade, incluída como específica ao processo de trabalho configura-se como uma equipe ampliada. Todas as modalidades de NASF (1, 2 e 3) podem ser referências à Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais); (BRASIL, 2012).

O Caderno de Atenção Básica número 27 de 2009, trata das diretrizes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, nele percebe-se que a concepção que o Ministério da Saúde tem a respeito do Matriciamento, traz elementos claros dos conceitos de Campos e Domitti (2007), os quais pressupõe a inserção do apoio matricial na perspectiva de mudança dos padrões históricos e hegemônicos das instituições, superando a lógica de responsabilidades por indicadores meramente numéricos, colocando em foco a responsabilidade por pessoas, bem como, superando a lógica de produção de inspiração taylorista; verticalizados e com grande assimetria de poder entre os sujeitos.

Ainda que esteja explicitada pela diretriz ministerial que o NASF não é porta de entrada para o sistema e que ele deve atuar como retaguarda especializada, é prevista a possibilidade de atendimento direto ao usuário desde que esta atividade esteja presente no pacto feito com a equipe e que seja necessário para o sucesso do projeto terapêutico do usuário, o que pode garantir maior potencialidade e qualidade no atendimento e no resultado dos processos desencadeados.

Além do entendimento acerca do matriciamento, nas publicações oficiais, são apontadas, em linhas gerais, as possibilidades de trabalho do NASF, instrumentos, técnicas, sugestões de implementação e alternativas para o processo de trabalho dos apoiadores. Sumariamente, são destacadas ações que as equipes de saúde da família, em diferentes dimensões e configurações, já realizam e indicações para ampliação dessas atividades por meio da inserção dos NASFs.

A inserção dos NASFs na rede de atenção à saúde municipal passa pelo entendimento acerca da atenção básica e de sua importância para estruturação da rede de serviços, nesse sentido, perguntamos aos sujeitos dessa pesquisa a respeito de seu processo de inserção. A opção por apontar essa reflexão foi eleita a partir da compreensão de que o trabalho desencadeado pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família está emoldurado por uma série de questões de ordem política e social, conforme indicamos anteriormente, portanto, galgar melhorias na atenção em saúde, bem como superação do modelo médico-hegemônico, deve ser pensado como um processo coletivo. Para tanto, é fundamental a participação dos trabalhadores e dos usuários no processo de identificação das necessidades dos territórios, estabelecendo uma imagem-objetivo sobre a rede de cuidados a ser construída no município. Segundo as indicações apresentadas por documento oficial (BRASIL 2009), esse processo é denominado como pactuação do apoio.

Sob essa concepção, buscamos identificar como os sujeitos dessa pesquisa interpretam as diretrizes municipais para intervenção da equipe do NASF, todos os sujeitos fizeram referências aos apontamentos do Caderno de Atenção Básica, que trata das Diretrizes Nacionais (BRASIL, 2009), ou seja, não foram identificadas diretrizes específicas dos municípios para o trabalho a ser realizado.

Um dos profissionais apontou a existência de um consenso, um entendimento, dentro da secretaria e da rede de atenção de que o trabalho do NASF é fazer o apoio, mas, ainda não foi formalizado em documentos oficiais. No contexto

referido pelo sujeito da pesquisa, o termo “apoio” se contrapõe à situações em que os profissionais do NASF assumam atividades que são próprias da equipe de referência, tais como, a responsabilidade e a condução de situações de cuidado ao usuário da unidade. Esse entendimento não exclui a possibilidade de que a construção de vínculos e a pactuação do processo de trabalho inclua atendimentos individuais, atendimentos conjuntos, etc., mas, visa “proteger” a equipe de ser “absorvida” pela demanda, resultando na ocupação da sua agenda, com ações assistenciais diretas ao usuário.

[...] entendendo que NASF é apoio, acho que isso é fundamental. [...] Para que? Como eu falei, para que os profissionais não sejam absorvidos por demanda individual, atendimento individual. Não que o atendimento individual não seja importante, para a característica que o NASF tem se necessário, atendimento individual. A nossa luta é para que outros profissionais que serão contratados não se sobrecarreguem. (A.S. 2)

O risco de os profissionais serem absorvidos por demandas de atendimento direto ao usuário está relacionado ao modelo tradicional de atenção à saúde. É difícil para os trabalhadores construírem, ainda que por abstrações, estratégias de cuidado que sejam diferentes, bem como entenderem a presença de profissionais na Unidade de saúde, que não ocupam espaços de coordenação, mas que também não atendam diretamente o usuário. O modelo tradicional de organização das instituições prevê essa segmentação rígida e setorializada, que a implantação do NASF visa colocar em questionamento. Por outro lado, cumpre destacar a necessidade posta pela realidade social dos trabalhadores da saúde que, diante da crescente demanda, procuram soluções efetivas.

Em um dos municípios estudados, estão sendo organizados estudos e planejamentos, a fim de subsidiar a construção de diretrizes para atuação do NASF. Essa construção conjunta pode constituir-se como um movimento democratizante, caso esteja inclinada a construir suas estratégias a partir da realidade vivenciada pelos profissionais que estão atuando nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e pelos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família.

A ausência de parâmetros para atuação e de um projeto político claro, pode ocasionar um trabalho pautado no improviso e não estimular a leitura da realidade histórica, política e social por onde a equipe caminha.

Tenta seguir pelo que está posto pelo Ministério, na verdade falta olhar com carinho. [...] Acho que a gente precisa melhorar o matriciamento, acho que o NASF deveria ter outra postura, tem um jeito de trabalhar, cada um faz do seu jeito, mas isso depende de nos termos uma chefia para nós sentarmos, ter um projeto, uma coisa assim, nós vamos trabalhar isso e todo mundo trabalhar mais igual. (A.S. 1)

[...] a direção do NASF, trás umas demandas muito pontuais para o NASF que são as mesmas demandas que são colocadas para a gestão, que eles acabam trazendo para o NASF. (A.S. 2)

Olha, eu não sei te dizer se é exatamente aquela, (diretrizes nacionais) nós tentamos diversas vezes sentar para tentar estudar o caderno e direcionar nos procuramos fazer tudo sim relacionado aos seguimentos e atender a rede e estender. (A.S. 3)

No entanto, a inexistência de uma diretriz municipal, em um dos relatos, foi fator para construção de um processo de trabalho peculiar nos locais onde as equipes foram inseridas; fator esse que atribuiu à equipe NASF maior autonomia na construção de ações e possibilidades de imprimir objetivos diferentes a partir do movimento de cada território, suas necessidades e potencialidades, o que trouxe singularidade, para esse processo de trabalho.

É isso, tem coisas determinadas pela gestão, mas tem coisas que são levantadas por nós mesmos, então vamos pensar, alguma necessidade que a unidade básica tem. Até um tempo atrás, nós não tínhamos um programa de saúde específica do homem, mas algumas unidades já trabalhavam nessa perspectiva já se organizavam para isso. Saúde do trabalhador, hoje nós temos uma determinação para trabalhar saúde do trabalhador, mas algumas unidades já se organizavam, mesmo sem ter uma meta específica pra isso, o pessoal já tinha uma organização, bem característico. (A.S. 2)

Outro elemento que merece destaque é que, nos municípios em que os sujeitos da pesquisa acumulavam outras funções ao trabalho do NASF, eles possuíam maior vinculação com os espaços de gestão central, pois tinham lotação na secretaria de saúde e demandavam agendas de negociação, dessa forma a relação possuía caráter mais horizontalizado.

Posturas com essa natureza tendem a favorecer o trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, uma vez que, por essas vias, os profissionais têm maiores possibilidades de traduzir as necessidades postas pelos trabalhadores a que dão apoio em demandas para a gestão central do município, bem como, contribui para construção de uma política de saúde municipal, centrada nas necessidades dos usuários e que valorize os processos construídos pelos trabalhadores no enfrentamento das dificuldades do dia-a-dia. O que deve ser

observado é o risco de conduções com essas características ficarem reduzidas a posturas de pessoas específicas, a partir do seu entendimento e de sua capacidade de relacionamento com o gestor.

A gente já teve diálogo melhor, hoje tem mais ou menos... cada um de nós da equipe NASF tem uma liberdade, um acesso, eu tenho muito acesso a todo mundo, sou funcionária antiga, as pessoas já conhece minhas chatices, [...] se eu tiver que ir na porta da secretária da saúde, se vai deixar ou não, [...], uma hora ela vai ter que abrir a porta e vamos entrar, eu não fico muito pedindo se pode, vou e falo. Se deu certo, deu, se não deu, insisto. A outra chefia que a gente teve era muito mais rígida, era muito mais brava, para mim não era nenhum problema, mas muitos diziam que não se sentiam bem para trabalhar, se sentiam às vezes humilhado, mas era uma chefia que tinha acesso a tudo, acho que a gente conseguia muito mais coisas, as coisas eram muito mais certinhas, nada de boca, tudo de papel. (A.S. 1)

Cabe ressaltar, no entanto, que vinculações mais próximas à gestão central podem apresentar entraves para as atividades dos profissionais do NASF, de modo que, o profissional, em alguns momentos, assumia para si uma demanda da gestão administrativa de diversas naturezas e de ordem relacional.

[...] por outro lado, a gente fica com todos os problemas administrativos, que interferem, por exemplo, na questão salarial, na questão de não ter o profissional. (A.S. 3)

[...] aqui dentro da secretaria, por vários motivos, políticos e não políticos, a gente já teve várias coordenações. (A.S. 1)

Isso porque, esses sujeitos recebem funções de apoio à gestão municipal para assuntos próprios da área central. As críticas à gestão orbitavam em torno desses temas. Os sujeitos tinham uma visão positiva quanto às pessoas que ocupavam este espaço de gestão, mesmo estando em fase de transição, já que, as entrevistas foram realizadas no período de mudança do poder executivo das prefeituras, o que, invariavelmente, redundava na mudança de pessoas do espaço de gestão das políticas. Tais profissionais expuseram intenso desconforto ao assumirem práticas paralelas às do NASF, as quais foram: plantão social, coordenação de setores de Serviço Social, atendimento ao público, nestes e em outros setores. Relatam que somar as duas atividades, reduz as possibilidades de atuação junto às equipes.

O assistente social, ao lidar com as demandas de trabalho que o NASF exige, somadas às demandas de outra prática profissional, supõe uma

espécie de precarização do trabalho, pois o acúmulo de funções reduz as possibilidades de cumprir com o que está proposto em ambos os espaços ocupacionais, de modo que, um dos sujeitos, em diversos momentos da entrevista, apontando suas insatisfações com relação às condições de trabalho, verbalizava os entraves em detrimento das potencialidades e sucessos de suas atividades.

[...] gostaria de não ser vista como a profissional que ajuda a apagar fogo, [...] que a administração nos desse mais condições de trabalhar, melhores condições de trabalho, [...] e muitas vezes para fazer um trabalho eu pego meu carro para ir, [...] essas coisas emperram um pouco a qualidade do trabalho e daí a equipe ser vista por uma equipe que vai apagar fogo também é complicado, [...] É! Se eu não fizer, quinhentas pessoas vão reclamar e vão deixar de receber, mas é um processo trabalhoso, me toma muito tempo. Ontem teve oficina do grupo de gestantes, eu não fui, fiquei aqui trabalhando (A.S. 3)

É do jeito que dá, por exemplo, agora eu fiquei no plantão esses dois meses, daí eu não fui às unidades, não fui nenhuma vez, foi assim, uma ou outra vez que alguém me chamou que era uma coisa mais importante, mas era por telefone (A.S. 1)

É importante que os profissionais do NASF mantenham suas ações exclusivas nos Núcleos diante da complexidade e da singularidade característica do trabalho. Entendemos, entretanto, que a falta de profissionais para realizar a gama de atividades que uma secretaria de saúde demanda, tem sido um problema que os gestores têm enfrentado. Nesse sentido, acumular funções seria viável se o trabalho fosse reduzido, o que poderia acontecer pela redução do número de equipes a ser matriciadas pelo profissional, ou redução da carga horária a ser cumprida nos outros setores, de modo a não prejudicar a qualidade do atendimento nos dois serviços.

A situação ora exposta, em alguma medida, reflete um processo que permeia a gestão da política pública brasileira, principalmente no que se refere à municipalização da gestão do SUS, que descentraliza para a alçada do gestor municipal a administração da rede de cuidados, mas o financiamento não condiz com as necessidades do município, ou seja, os gestores municipais têm que lidar com toda a complexidade do processo saúde/doença do município com poucos recursos financeiros, técnicos e políticos. O que inviabiliza, inclusive, a contratação de pessoal apto para construção de uma rede de saúde efetiva; fator agravado pela impossibilidade posta pela Lei de Responsabilidade Fiscal (BRASIL, 2000), que limita o número de contratação de trabalhadores, tornando forçosa a precarização da relação de trabalho para garantir o quadro de pessoal. No afã de captar mais

recursos, os gestores, por vezes, veem como alternativa, aderir aos programas federais e estaduais, cuja implantação fica prejudicada pela urgência posta pelas necessidades locais ou pelos prazos estipulados nos editais.

Em contrapartida, também foi perceptível, nas contribuições dos profissionais que possuíam um distanciamento maior dos espaços de gestão, um sentimento de conforto com as pessoas que ali estavam, mas não verbalizavam preocupações com relação aos problemas de ordem administrativa, ao contrário, diziam não serem essas suas obrigações. Quando se referiam à gestão central, citavam-na sob um viés hierarquizado.

[...] no nosso trabalho cotidiano nós sentimos que, às vezes, a secretaria está lá em cima que tem um olhar de gestão e quem esta aqui na ponta está sentindo os abalos das ações que tem que realizar e dos limites e a gente esta aqui na ponta também às vezes a gente acaba tendo um olharzinho de fora, a gente também tem que ter esse olhar de fora a gente sente certa distancia, um abismo, quando a gente é chamado pela secretaria é mais para trazerem questões para gente, tarefas atividades para a gente planejar junto com as equipes, mas esse momento de avaliação é mais difícil então eles não chamam, deveriam ter mais momentos onde a gente vai sentar junto com a gestão para discutir o trabalho do NASF, para ter essa avaliação que a gente não tem tanto e quando a gente tem não é especificamente trabalhado isso o que o NASF esta sentindo na realidade existe uma certa distância. (A.S. 6)

Nessa perspectiva, entendemos que isso se trata de um ranço do modelo tradicional, já referido nesse trabalho, e que caminha contrário ao entendimento da atenção a saúde indissociável da gestão, questão apontada na Política Nacional de Humanização como princípio central (BRASIL, 2004). Nesse cenário, as práticas de apoio teriam função estratégica para efetivação de um modelo mais democrático que contribua no rompimento da lógica hierarquizada.

Há de se destacar que a inserção do NASF não foi algo simples nos municípios estudados, e nos parece que não foi suficientemente planejado e traçadas estratégias para efetivação do apoio, inclusive, as equipes ainda se encontram em processo de integração com a rede. É possível inferir que não existe muita clareza quanto às possibilidades políticas do trabalho do NASF no que tange ao fortalecimento da atenção básica e construção de uma rede mais cuidadora evidenciada na falta de diretrizes para o trabalho. A construção coletiva de uma imagem-objetivo para a rede de atenção à saúde seria um fator fundamental para dar direcionalidade ao trabalho, favorecendo práticas de apoio, ao passo que atribui

maior segurança no desenvolvimento das ações. Sem essa perspectiva, os profissionais veem como saída, fundamentar seu trabalho em parâmetros genéricos postos pelo Ministério da Saúde e em sua criatividade. Salientamos, contudo, que a ausência de diretriz municipal não isenta os trabalhadores do NASF de procurar referências para a construção do seu processo de trabalho. Dessa forma, no próximo capítulo iremos apontar aspectos conceituais do matriciamento, como esses profissionais têm se aproximado das reflexões sobre esse processo de trabalho e como tais elementos, têm se desdobrado no cotidiano.

3 - CAPÍTULO 2

3.1 APROXIMAÇÕES AOS ASPECTOS PRÁTICO-CONCEITUAIS DO MATRICIAMENTO

[...] eu entendo que isso é matriciamento, é empoderar as pessoas que estão ali, participando do processo de trabalho, do conhecimento entre as áreas, alguns preferem não se envolver com isso, porque é assim: não faz parte de mim não vou me preocupar com isso. Fazer o matriciamento bonitinho como um monte de gente idealiza, acho que nós não fazemos, mas nessas pequenas ações nós conseguimos sim. (A.S. 1)

O processo constitutivo do que é entendido como matriciamento e abarcado na diretriz ministerial, teve como fundamentos as reflexões e proposições de Campos na década de 1990 (CAMPOS (2007); PENIDO et. al. (2010)). A organização das instituições, o processo de trabalho em saúde e conseqüentemente a clínica, estavam submetidas à lógica de trabalho pautadas na autoridade, na verticalização, com esquemas de decisão e poder assimétricos, e numa perspectiva de Taylor e de Fayol que enfatizavam tarefas e procedimentos, visando o aumento da eficiência ao nível operacional, sendo necessário adestrar o trabalhador em sua função específica, com trabalho dividido, repetitivo e obedecendo a centros de comando. Essas características moldam certo entendimento de saúde e tem repercussões que formam a “racionalidade gerencial dominante”⁹, que incluía as concepções citadas e seus desdobramentos contemporâneos (qualidade total, toyotismo, gestão de resultados etc.). (CAMPOS, 2007, p. 352).

A cultura e a subjetividade dos trabalhadores, o modo como atuam nas relações entre si e com os usuários, são produtos de múltiplas determinações e estão ligados à clínica médica que condiciona e produz valores, posturas, deveres e responsabilidades. “Contudo, também o faz o pensamento reformista do movimento sanitário ou da saúde mental, a própria psicanálise, ou qualquer outra disciplina”. (CAMPOS, 1999, p. 395). Há ainda, fatores sócio-políticos, que atravessam as reflexões, como os conceitos de sociedade e Estado, a inserção de classe, a posição diante do cotidiano e das expressões da questão social, o valor de uso da vida humana, valor de um bem ou de um serviço são produtos sociais e históricos.

⁹ Campos (2007, p.23) analisa que o controle e a disciplina são eixos centrais nos métodos de gestão, ao passo que está conformado pelo taylorismo forma a Racionalidade Gerencial Hegemônica, um aprofundamento sobre essa categoria é possível encontrar em Campos (2007).

Nas reflexões de Merhy (2003), Bertussi (2010), e Feuerwerker (2005), ao mencionarem o mundo do trabalho em saúde, o localizam num campo de tensão contínuo e turbulento à medida que o trabalho é consumido no ato em que é realizado (MERHY, 2003). O trabalhador e o usuário do serviço de saúde disputam modelos de atenção e gestão do cuidado. Bertussi (2010), aponta essa perspectiva ao mencionar que todos os trabalhadores fazem a gestão ao disputarem seus modelos de atenção com as normas e regras institucionais, sendo assim, indica a necessidade de reconhecer que todos governam e são coautores do modelo tecnoassistencial¹⁰.

Neste sentido, o estilo da gestão e a estrutura também determinam comportamentos e posturas, tendem a estimular descompromisso e alienação ou processos emancipatórios de responsabilização de pessoas por pessoas, um processo de trabalho centrado em procedimentos, e não na produção de saúde, “tende a diluir o envolvimento das equipes de saúde com os usuários”. (CAMPOS, 1999, p. 395). Os profissionais atuam por meio de certa tradição do trabalho em saúde, também de comando vertical docilizando os sujeitos, reduzindo-os a condição de objeto, “enfim, trata-se de uma tradição de relações hierarquizadas”. (CAMPOS, 2012, p. 149).

Campos (1999) aponta caminhos para reorganização do processo de trabalho em saúde a partir da inserção de equipes de apoiadores. São equipes formadas por especialistas que tem o papel de apoiar a equipe de referência¹¹ no atendimento às situações com que se deparam no cotidiano visando ampliar o trabalho, já que se considera que nenhum especialista, isoladamente, é capaz de lidar com todas as dimensões presentes nas diversas situações que o trabalho em saúde engendra.

¹⁰ Modelos tecnoassistenciais são formas de organizar a assistência à saúde que assumem determinada configuração, de acordo com os processos e tecnologias de trabalho usados na produção da assistência à saúde. Em geral podem ser polarizados entre modelos, sendo um deles centrado no usuário e suas necessidades, e o outro, médico-centrado, voltado à execução de procedimentos. (FEUERWERKER 2005).

¹¹ A equipe ou profissional de referência são aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Objetiva ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários. O termo responsabilidade de condução refere-se à tarefa de encarregar-se da atenção ao longo do tempo, ou seja, de maneira longitudinal, à semelhança do preconizado para equipes de saúde da família na atenção básica. O conceito de equipe de referência pressupõe a adoção de lógica análoga para profissionais que trabalhem em policlínicas ou hospitais, como é o caso de terapeutas ocupacionais, psiquiatras e psicólogos que trabalham em centros de apoio psicossocial; de infectologistas, enfermeiros e assistentes sociais no programa de DST/AIDS; de ortopedistas, cirurgiões e enfermeiros em departamentos de trauma etc.”. (CAMPOS e DOMITTI, 2007 p. 400)

Dessa forma, a inserção das equipes de apoiadores, pressupõe a problematização dos espaços de poder, mando e assimetria entre o especialista e o profissional de referência. O apoiador seria o profissional que iria colocar na “roda” as implicações das relações hierarquizadas por meio da construção de espaços de reflexão, interferindo nas relações de trabalho e gestão, tentando ampliar o grau de diálogo.

O referido autor aponta que no decorrer da história do SUS tem sido recorrente o uso de diversos dispositivos a fim de mudar ou sedimentar o padrão das instituições, recursos (oficinas de planejamento, treinamentos e cursos, grupos de sensibilização, discussões de problemas) que alteram o funcionamento institucional, cujas mudanças têm alcances diferenciados, uns dão conta de mudanças superficiais esporádicas, outros alcançam alterações mais profundas, mas, em geral, não têm conseguido alterar a estrutura. Isso por que:

[...] tem caráter transitório e não logram alterar a lógica fundamental de funcionamento das organizações, quer em sua dimensão gerencial, quer em seus aspectos assistenciais. Algumas vezes modificam-se aspectos pontuais conforme recomendado pelo plano elaborado ou como resultante do curso ministrado; mas, quase sempre, preserva-se a lógica estrutural anterior. (CAMPOS, 1999, p. 394)

Longe de desconsiderar as potencialidades que os dispositivos historicamente engendrados possuem, entendemos que, não basta simplesmente exigir dos indivíduos práticas de saúde diferentes das tradicionais, práticas cuidadoras, mudanças no processo de trabalho. Tal exigência na verdade, por mais bem intencionada que pareça, sedimenta a mesma postura anterior, a de imposição e assujeitamento dos indivíduos a práticas gerenciais, os sujeitos, alvo desse tipo de postura, geralmente, alteram seus comportamentos em função do constrangimento da regra, pela imposição externa tendendo ao lapso de autonomia, retornar as práticas anteriores. (CAMPOS, 1999, p. 394-395).

Nesse mesmo entendimento, Baduy (2010) questiona a existência de um saber e uma prática que são corretos, que todos deveriam agir, então, “corretamente”, e alerta que o uso do saber para tentar aprisionar o trabalho vivo do outro, em nome do cientificamente correto, pode transformar em “prisões que limitam e concentram poder instituído e produzem cegueira para as variações situacionais”. (BADUY, 2010, p. 116).

Nessa mesma corrente de argumentação, Cecílio (2007) denuncia uma postura que visa à renúncia do desejo e do interesse dos trabalhadores, apresentando o conceito de Trabalhador Moral, no qual, o trabalhador iria submeter seus interesses, projetos de vida e conceitos de saúde, a uma lógica de trabalho imposta, pelo simples fato de tais propostas possuírem objetivos nobres. Aponta, ainda, que tal postura reforça a ideia dos indivíduos tratados como recursos humanos, isto é, como uma atividade meio, para produzir atividades finalísticas que, no caso, seria a assistência à saúde.

Para superar tais questões, Campos (2003) sugere como dispositivo para democratização das organizações, mediante a constituição de sistemas de cogestão, a utilização de uma sétima função gerencial, o chamado apoio Paidéia e para sua consolidação, o apoio matricial.

Na perspectiva sugerida por Campos, existe uma divisão entre o chamado apoio matricial e apoio institucional. As construções em torno do apoio institucional o entendem como dispositivo para análise e mudanças dos processos de trabalho em saúde, têm como um dos marcos a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2003), a qual nasce visando, também, enfrentamentos dos modos de gestão tradicionais e aponta elementos teórico-metodológicos para sua implementação. O apoio institucional, seria a inserção de atores, calcados na lógica de democracia institucional, para ampliar a capacidade de análise e reflexão dos coletivos, construindo espaços de cogestão no planejamento e avaliação do processo de trabalho, ao passo que inclui os trabalhadores; flexibiliza os processos de decisão; coloca em xeque assimetrias de poder, valorizando e estimulando a autonomia dos trabalhadores, assim possibilita qualificar os processos de produção de saúde (PASCHÉ; PASSOS (2010); OLIVEIRA, (2011)).

O apoio matricial seria uma prática de apoio técnico especializado a equipes ou profissional de referência, a fim de ampliar seu escopo de atuação e qualificação da assistência prestada aos usuários, vinculado às possibilidades de mudança no fazer saúde nos vários níveis de atenção, por meios de metodologias técnico-pedagógicas, tendo como ponto de partida as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de referência, na lida com as demandas do cotidiano.

O termo matricial é empregado no sentido oposto a sua origem: lugar onde se geram e se criam coisas. Pode indicar também relações de repetição/reprodução, comando e obediência (a matriz e suas filiais). Ou indicar um

conjunto de valores e cálculos que guardam relação entre si (OLIVEIRA, 2011, p. 41). Dessa forma, o conceito matricial intenciona uma mudança na posição do especialista em relação ao profissional que demanda seu apoio, superando a perspectiva de hierarquização, autoridade e verticalização, entre quem encaminha um caso e quem o recebe que, em geral, é reduzida à transferência de responsabilidade sobre a situação. Trata-se então de uma tentativa de atenuar a rigidez dos sistemas de saúde, já o termo apoio “sugere uma metodologia para operar-se essa relação horizontal mediante a construção de várias linhas de transversalidade”. (CAMPOS; DOMITTI 2005, p. 402)

Considera-se importante para esse debate, inserir a linha analítica acerca do matriciamento a partir de uma concepção que entende as ações do apoio matricial como elemento que funde as duas características apontadas, entendendo-as como expressões de uma mesma prática, ou seja, a construção de processos de superação do modelo hegemônico do cuidado em saúde. Bertussi (2010) aponta uma proposta/experiência intitulada de Apoio Matricial Rizomático, na qual não há separação entre clínica e gestão, e o apoio se constitui na micropolítica do encontro entre apoiador e as equipes de saúde, incluindo ofertas diferenciadas, relacionadas à organização do processo de trabalho e à produção. “[...] entendendo que o rizoma é composto de linhas e pontos, sendo que todas as linhas e pontos se conectam ou podem se conectar, sem obedecer a relações de hierarquia ou subordinação” (BERTUSSI, 2010, p. 126). Nesse entendimento, as práticas de apoio são constituídas a partir de diversos pontos da rede de serviço, sem subordinação de um lugar da rede a outro. As ofertas de apoio estariam fundamentadas nas necessidades que a relação do apoiador com a equipe demandasse.

No nosso entendimento, esse tipo de proposição a respeito da prática do apoio seria mais coerente, à medida que, as reflexões mobilizadas pelo apoiador, no que se refere à ampliação do escopo e resolubilidade das ações em saúde, teriam maior possibilidade de serem efetivadas se estivessem associadas às mudanças efetivas no processo de trabalho e nas relações institucionais, em outras palavras, um elemento implica o outro. Se os indivíduos que realizam a assistência percebem a necessidade de ampliar suas ações para além do determinante biológico, apostando em linhas pautadas na integralidade, estas, terão maior legitimidade se revertidas em mudanças institucionais e, quiçá, nos outros espaços da rede de atenção.

Nesse sentido, o apoio institucional e matricial, tem de ser pensado como uma unidade, ainda mais se vislumbrado como potência de inversão da lógica de implantação de programas e projetos, que de modo geral, são construídas por “cabeças pensantes” e que ocupam cadeiras na gestão central e pretendem capilarizar, suas convicções - que não raro, são político-partidárias - para o indivíduo que ocupa a execução terminal.

No que se refere às propostas apontadas pelo Ministério da Saúde, as formas de apoio permanecem dissociadas, dentre elas, destacamos as mais recentes: o apoio Institucional figura como uma dimensão do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ¹²; com relação ao apoio matricial, foram instituídos em 2008 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Observamos que a proposta do NASF possui indicativos de negociação entre as equipes de saúde da família sobre a pactuação do processo de trabalho, revelando que essa divisão não é rígida e intransponível “Essa é uma atividade que deve ser rotineira. É muito importante que os gestores, equipes de Saúde da Família e do Nasf pactuem metas e processo de trabalho” (BRASIL, 2008, p. 24).

Nesse estudo foram identificados elementos relevantes a respeito da integração entre as formas de apoio. Percebemos que está presente no ideário dos profissionais, a divisão entre o apoio matricial e o apoio institucional. Ocorreu, no entanto, situações vinculadas ao PMAQ que possibilitou a integração entre as formas de operar o apoio. Segundo os sujeitos, a atuação do NASF como apoio institucional nesse programa foi importante para inserção no processo de trabalho das equipes saúde da família, favorecendo outras formas de pactuação conforme o previsto programa, como o estabelecimento e acompanhamento de metas de melhoria do trabalho.

[...] essa coisa do PMAQ, eu sentava com elas e dizia, olha nós temos que sentar e fazer planejar nossas ações, - ah para que? Ninguém vai ver, - ah deixa, dá mais trabalho? deixa isso ai para depois. E ai foi feita a avaliação e hoje eles tem um retorno, um abono salarial [...] e ai foi muito legal porque

¹² Instituído em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica é um Programa que procura induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, além das Equipes de Atenção Básica, em ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população. O Programa busca induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde em todo o Brasil. (BRASIL 2013).

eles disseram - Nossa quer dizer que chegou mesmo porque a coisa era assim, sempre fala que vai vir e nunca vem. Se não vem eu também não vou fazer, hoje elas já tem um visão diferente elas já conseguem também ter essa aproximação com a necessidade de sentar planejar, organizar as atividades de incorporar as atividades de promoção da saúde no seu dia (A.S. 2)

A atuação junto ao citado programa, foi positiva para esse grupo estudado, mas a manutenção dessas formas de apoio é temerária, enquanto elementos dissociados, isso porque pode fragmentar o trabalho do NASF e causar estranhamento na relação com a equipe, no que se refere à postura do profissional que, em um momento faz apoio institucional e em outro faz apoio matricial, visto que essa postura não favorece a pactuação, tampouco a horizontalidade das relações. Houve ações dessa natureza fora do trabalho no contexto do PMAQ. Observamos algumas que estiveram na perspectiva de colocar em questão a atuação institucional de atendimento aos usuários e outras vinculadas ao Programa Federal de Humanização.

Mudanças de funcionamento da equipe, funcionamento da UBS, então tentamos atuar no sentido de melhoria, porque **apesar de ser uma melhoria interna, isso vai refletir no externo que é o usuário**, que é o foco principal da saúde pública, que é o atendimento mais humanizado, que **é o foco no usuário do serviço**, nos tentamos nesse sentido trabalhar nós fazemos reuniões com as equipes saúde da família, não especificamente para estudo de caso, mas em linhas gerais, para propor ações de prevenção a saúde.[...] Tem as reuniões estava andando bem em um dos postos, ai chegou o fim do ano e desarticulou que são as reuniões de GTH, grupo de trabalho humanizado, que é a questão do Humanizatus, de humanizar o atendimento existem até cartilhas de orientação do Ministério proporciona e manda pra gente. Estávamos tendo esse GTH, cada GTH discutíamos um assunto diferente com a equipe e era muito legal porque nos víamos as necessidades internas das equipes, a sala de coleta esta inapropriada, ou é muito pequena ou eu me perfurei com a agulha, coisas que no dia a dia não há tempo pra conversar, mas naquelas reuniões surgia, (A.S. 4, grifo nosso)

Outro dispositivo que os sujeitos apontaram como fator que favoreceu a discussão a respeito do processo de trabalho é a atuação junto ao Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde - APSUS¹³

¹³ Segundo dados da obtidos junto à Web Site da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, o APSUS é Programa do governo do estado do Paraná que visa instituir uma nova lógica para a organização da Atenção Primária à Saúde (APS), estreitando as relações entre o Estado e os Municípios, fortalecendo as capacidades de assistência e de gestão, com vistas à implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) na implementação do Sistema Único de Saúde. (PARANÁ, 2013)

[...] eu acho que o APSUS traz bastante discussão do trabalho a gente tem levado muito isso, os tutores dos APSUS são da gestão em geral, então nós colocamos muito isso quando a gente está participando, quando eles passam para gente a capacitação, a gente organiza aqui no território, por exemplo, o APSUS agora é sobre a agenda da unidade e estratificação de risco de hipertenso e diabético, então, as equipes vão ter que montar uma agenda conforme, organizando a estratificação de risco pacientes, então trás a discussão novamente do processo de trabalho à medida que você faz agenda também tem que pensar: - em que momento eu posso fazer tal atividade, [...] mas o APSUS trás essa reflexão já foi um avanço (A.S. 5)

Percebemos que a atuação nessa perspectiva tende a ser operacionada de modo pontual, de acordo com a demanda das respectivas Secretarias de saúde, nesses casos, vinculados a programas específicos, mas cabe à reflexão sobre o modo como esses elementos estão inseridos nos processos de trabalho do NASF, pois além de pontuais, tais atividades sugerem uma aproximação superficial com a reflexão em torno do entendimento do processo de trabalho e da instituição.

A nosso ver, essas foram formas de “entrada” do NASF, no cotidiano das equipes saúde família. Esse movimento é aqui apresentado como o processo de acolher e ser acolhido pelos trabalhadores das unidades de saúde; serem reconhecidos como agentes copartícipes do trabalho realizado por aqueles profissionais e, nesse movimento, instigar processos de mudanças na atenção aos usuários do sistema, assim como, garantir cuidado para as equipes de saúde da família.

É pertinente observar nas reflexões de Campos (2012) a respeito das possibilidades de integração da equipe NASF. O autor aponta como uma alternativa a contratualização do processo de trabalho, a partir dos espaços que a equipe saúde da família concede aos profissionais do NASF, os quais se materializam em movimentos dialógicos que, em alguma medida, evite relações conflituosas, o autor descreve:

[...] é o seguinte: 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)

Na perspectiva apontada por Campos (2012), o percurso metodológico de inserção das equipes NASF deverá ser operado por meio de contratualizações das relações de trabalho, as quais vão além de construções idealizadas, incentivando e valorizando os movimentos intersubjetivos, bem como, elaborações e construções históricas dos locais a serem apoiados suprimindo os indicativos protocolares rígidos.

Ou seja, então a coisa do contrato, você tem que fazer oferta, vocês querem uma psicóloga aqui? Como que chega? O Ministério diz que chega assim, 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. Então, a ideia do apoio matricial é muito isso. O interprofissional, a relação interprofissional (CAMPOS, 2012, p. 159).

O cunho procedimental apontado por esse autor é uma possibilidade de atuação e não tem pretensão de ser uma aposta valorativa com relação a outras metodologias de integração das equipes NASF, mas entendemos que tem potencialidades de estabelecer construções horizontais efetivas, inclusive na perspectiva de respeito e valorização dos trabalhadores, nesse sentido cabe destacar o apontado por Cecílio (2007) ao referir sobre a atuação com vistas nas mudanças em serviços de saúde:

Trabalhador de saúde que vê sua autonomia ameaçada por mecanismos sutis (ou nem tão sutis) de captura, uniformização e padronização, não poderá, de forma verdadeira, contribuir para o fortalecimento da autonomia daquele de quem cuida. O trabalhador só poderá entender e, o que é mais importante, praticar o conceito de que estar sadio é manter, recuperar ou ampliar a autonomia no modo de administrar a vida, na medida em que vivenciar sua própria autonomia, cultivada e amadurecida, a cada dia, nas relações concretas que estabelece com os demais atores que constroem a sempre precária realidade organizacional. (CECÍLIO, 2007, p. 350).

Neste estudo, observamos que o desenvolvimento desse processo foi construído de maneiras diversas e não excludentes. Foram identificadas, em

algumas verbalizações, ações que apresentavam para os trabalhadores das Unidades o que o NASF faz, de acordo com o construído e apontado pelas diretrizes nacionais e pela percepção dos profissionais. No nosso entendimento, esse processo, ainda que ocorra com vistas a eliminar e/ou evitar ruídos nas relações, fragiliza a construção de vínculos entre os trabalhadores e a equipe NASF, já que privilegia a “norma” em detrimento da contratualização do trabalho:

[...] assistente social vai fazer isso e fazer aquilo e algumas coisas a gente já fez e parou de fazer por exemplo pesagem do Bolsa Família, a unidade de saúde que faz, mas vem um monte de papel para registrar, quem controla aqui na unidade é nossa antiga chefe, teve um momento que assumimos o Bolsa Família de ajudar de convocar de ajudar os ACS depois acharam (coordenação) que a gente não devia fazer mais isso. (A.S. 1)

[...] nós tivemos que voltar com as equipes e dizer [...] olha isso é obrigação das equipes das UBS, nós somos apoio nos apoiamos as atividades, fazemos junto com vocês, não fazemos por vocês, (A.S. 2)

[...] eu falei isso para o funcionário – olhe, eu não sou habilitada para fazer, eu não tenho os formulários nada, - mas você não é assistente social? Tipo, para que, que você serve então? O meu trabalho é diferente é outro trabalho, você tem que procurar fulana que tem o trabalho de referência, e no outro dia eu fui ao posto e expliquei: você conseguiu compreender o trabalho do NASF é diferente – Não, não eu entendi, você não é assistente social? Assistente social não faz tudo? [...] eu estou falando no geral, que a o farmacêutico não dá receita. Não, o farmacêutico do NASF não dá receita, mas a nutricionista não dá... Não, a nutricionista do NASF faz o trabalho em grupo, faz alguns atendimentos individualizados, mas não é o foco principal, tem uma dificuldade muito grande no sentido de compreender [...] (A.S. 4)

Destacamos que as práticas apontadas pelos sujeitos da pesquisa se deram em ato, ou seja, foram construídas a partir do que a realidade demandava e que eles não tiveram formação para atuar como apoiador. Dessa forma, é possível inferir que o trabalho a partir de processos de contratualização requer profissionais que estejam apropriados dessas reflexões. Observou-se que as iniciativas que superavam a atuação a partir de atribuições rígidas logravam resultados positivos no que se refere ao vínculo entre profissionais das equipes saúde da família e o NASF

[...] é bem assim, não é a função específica serviço social, não é atribuição do serviço social, mas é uma demanda que elas trazem, [...] tem dias que falta profissional na unidade, não tem gente eu acabo indo para o computador, para ajudar a equipe, não é minha função, mas eu acabo fazendo, porque é uma demanda que a equipe tem e isso também auxilia na aproximação com a equipe, porque uma coisa seria se a minha condução fosse: - eu faço a fala e vou embora porque não tenho outra atribuição aqui, outra coisa é o agente comunitário, sentou do meu lado no

computador fazendo lançamento de dados eu também posso fazer qualquer atividades que eles fazem e isso é legal porque eles também nos veem de uma forma diferente, porque no início eles nos viam como cobradores, ah vocês vieram para cobrar as atividades, ou não, vieram para fazer as atividades. Não, viemos para apoiar. (A.S. 2)

Como a sobrecarga é grande começou a vir tudo pra mim e eu comecei a pegar, então como eu não tinha tanta coisa pra fazer, [...] mas eu vi que aquele caso era muito grave, mas diante da demanda grande eu comecei a fazer o que não era pra mim, e como eu tinha tempo livre acabei fazendo e ai eu assumi muitos casos e quando eu vi já estava envolvida e após quatro meses, eu comecei a perceber o trabalho e vi que tinha assumido muitas tarefas que era da ponta, ai minha equipe disse que eu deveria diminuir esse ritmo, pois havia coisas do NASF pra fazer [...]. Foi bom pras equipes, e eu não conseguia ver aquele caso esperar, então eu enfrentei o CREAS acionei a promotoria enfim acabou dando certo. Ajudou Bastante na relação com as equipes, foi fundamental! Eu ainda não estava envolvida nos grupos, não me sentia preparada, então as equipes traziam as demandas e eu ia de tarde ou no máximo na manha seguinte, e eu não me arrependo, eu acho que foi uma construção pra mim fora de sério, eu queria ver solução! [...] E ai eu comecei a trabalhar com as equipes e eles foram entendendo, não é que eu estou falando não, mas vamos entrar no sistema e vamos discutir, vamos acionar outra assistente social pra ela retomar o caso. (A.S. 5)

As ações de apoio que têm tido de maior expressão na agenda de trabalho do NASF, localizam-se na inserção em atividades próprias da rotina das equipes saúde da família; nelas, os profissionais imprimem contribuições por meio de suas habilidades e conhecimentos. Entre elas podemos destacar a participação nas reuniões da equipe de referência, onde são realizadas discussões a respeito de situações vivenciadas pelos usuários e estabelecidos planos de cuidado. Nesse sentido, o NASF obtém legitimidade na lida com situações em que as equipes têm maiores dificuldades, seja por questões clínicas e/ou sociais mais complexas ou que exijam intervenções mais contundentes.

[...] é mais nesse sentido mesmo de estudo de caso que eu acho que é o ponto que mais nós fazemos e as reuniões de equipe que nós participamos de todas as reuniões de equipe, acabamos discutindo bastante que sempre acaba surgindo alguma discussão de caso [...]. Sobretudo nos atendimentos de casos específicos, nos casos bem trabalhosos (A.S. 4)

[...] nós tentamos sempre participar, sempre que possível das reuniões de equipe, elas acontecem em dias diferenciados (A.S. 2)

Nós participamos muito das reuniões de equipe do PSF nas unidades de saúde. Eu acho que esse é o momento de avaliar se vai fazer visita ou não, estar orientando, trocando figurinhas com a equipe, (A.S. 1)

Outro espaço em que os profissionais de apoio têm sido chamados a atuar de modo efetivo são as ações coletivas diretas com usuários do sistema, em geral, agrupados por patologia ou necessidades semelhantes tais como, grupo de pacientes com diabetes e/ou hipertensão, transtornos depressivos entre outros. Nestas atividades, os profissionais atuam com estratégias pedagógicas a fim de qualificar o conhecimento dos usuários acerca da patologia e de seus cuidados cotidianos, assim como questões referentes à promoção de saúde, bem estar, lazer que incluem: acesso a direitos e participação popular.

[...] foram grupos que nós propusemos junto com a equipe, a ideia é essa, não é encabeçar, a ideia é nos propormos e fazermos junto com as equipes saúde da família. esses grupos HIPERDIA são grupos que a UBS já tinha e que nós nos inserimos para auxiliar pra fazer uma conversa informativa antes do grupo, geralmente relacionado a alguma área nossa, no sentido da prevenção (A.S. 4)

[...] grupo educativo, de Hipertenso , Diabético, Grupo de Asma, são os principais que eu tenho participado que vai pra conversar sobre algum assunto, eles tem reunião mensal, de vez enquanto eu vou pra conversar sobre algum assunto ou é direito ou alguma coisa que[...] se enquadram em algum tipo de patologia que pertencem a Unidade de Saúde, (A.S. 1)

Ressalta-se que tais atividades estiveram presentes em todos os depoimentos e demandam um processo de trabalho intenso e uma pactuação de agenda entre a equipe NASF e as os trabalhadores da unidade, para estarem presente nos diversos espaços, assim como um processo de corresponsabilização pela condução das atividades coletivas e dos casos clínicos. Com relação às ações coletivas, o trabalho desencadeado está focado, sobretudo, na produção e execução de oficinas pedagógicas, já que o processo de seleção, convite aos usuários, bem como as demais ações de caráter organizativo, fica a cargo da equipe de referência. A atuação por meio de grupos nos revela que existe 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. Esse processo, desencadeado pelas equipes de saúde da família, ganhou novo fôlego com a inserção dos NASFs.

Para cada equipe tem um cronograma diferente, cada uma delas organiza suas atividades como eu falei nós somos apoio, então quando nós vamos para a atividade basicamente já estão tudo organizado, nós vamos lá fazemos a fala (A.S. 2)

[...] tem unidade que tem vários grupos e ai conforme eles me solicitam vou para estar conversando mesmo, (A.S. 1)

No inicio do ano nos fazemos uma agenda de todos os grupos ai nos distribuimos entre nós, pois a gente intercala, se eu fiz um hiperdia aqui esse mês, no mês que vem não irei fazer de novo, vai outro profissional, nós vamos rodando, nós seis da equipe (A.S. 4)

No tocante à discussão, em reuniões de equipes, destaca-se o fato de os profissionais do NASF serem incluídos, de modo muito participativo, no plano terapêutico, já que esses são solicitados a realizarem acompanhamento *in loco* do caso, em geral, por meio de visitas domiciliares conjuntas, tais visitas têm sido realizadas, essencialmente, na companhia dos Agentes Comunitários de Saúde, em seguida, são realizados novos contatos com as equipes a fim de colocar em debate as impressões do profissional do NASF.

[...] eu tenho que ir com o ACS, um auxiliar, um enfermeiro, a gente vai fazer a visita junto, vai voltar vai discutir novamente (A.S. 1)

[...] não consigo trabalhar no NASF se você não me der condições de fazer visitas domiciliares, não sei se é uma coisa pessoal, mas eu falo sempre se eu não for fazer visitas domiciliares, se eu não conhecer a região de onde ela mora, se eu não souber o contexto de vida dela, eu não consigo avançar, porque eu preciso enxergar a pessoa, porque quando ela vem aqui é uma coisa, quando eu faço visita domiciliar é outra coisa (A.S. 3)

A atuação a partir de um processo de trabalho estabelecido e legitimado, anteriormente, pelas equipes de saúde da família é avaliada pelos profissionais como uma estratégia importante para construção de vínculos e sedimentação do NASFs no cotidiano do trabalho. É potente ainda para horizontalizar as relações, uma vez que o profissional vive os êxitos e frustrações da ação cotidiana, dotar a relação de processos que induzem um trabalho criativo e produtor de cuidado de modo mais qualificado e efetivo.

A retaguarda especializada para equipe de referência merece destaque, pois está evidenciada nos apontamentos da política nacional e esteve presente nos depoimentos dos sujeitos dessa pesquisa. Ela pressupõe duas dimensões essenciais, quais sejam: o apoio assistencial e o apoio técnico pedagógico. A primeira dimensão seria apoio no tocante ao cuidado com os usuários do sistema, e a segunda, apoio com e para a equipe. Nessa perspectiva, as ações

têm uma relação sinérgica com a lógica de Educação Permanente em Saúde - EPS (BRASIL, 2009).

A EPS é um modelo de formação em serviço que propõe espaços de educação dos trabalhadores de saúde, por meio de reflexões dos problemas e conflitos existentes no cotidiano das equipes, no tocante ao processo de trabalho e produção do cuidado, considerando e valorizando o conhecimento prévio dos trabalhadores. O perfil do facilitador de Educação Permanente em Saúde suscita uma postura dialógica, problematizadora, reflexiva. Sua previsão na política de saúde - que também assume “status” de política pública (BRASIL, 2004) - contribui para o delineamento do perfil do apoiador matricial. Uma vez que está emoldurada por questões paradigmáticas, sócio-políticas que visam superação do modelo de atenção à saúde tradicional (CECCIM; FEWWEQUER (2004), SANTOS BETTIOL CARVALHO (2011)), requer do seu facilitador, além dos elementos técnicos e políticos, uma capacidade pedagógica acurada. Uma vez que o trabalho do NASF passa a ser entendido como elemento do processo de trabalho produzindo espaços de análise para as equipes, é possível apontar que as ações referentes à EPS são práticas substanciais do trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, portanto, podemos afirmar que o NASF é uma estratégia de Educação Permanente em Saúde.

O exercício das atividades pedagógicas suscita uma postura de “transferência” de conhecimentos. Na publicação do Ministério a respeito dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (BRASIL, 2008), procura-se evidenciar uma distinção entre o conhecimento nuclear do especialista e o conhecimento compartilhável, sendo o último, o conhecimento que deverá ser elemento fundante dos espaços de matriciamento, e o localiza na dimensão técnico-pedagógica do apoio.

Para atuação na rede de saúde, o apoiador deve contar com conhecimentos e propostas de ações no âmbito da saúde coletiva, “um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam, em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas” (CAMPOS, 2000, p. 220), que, em geral, excedem as práticas produzidas em seu núcleo profissional ou conhecimento técnico, a construção e a efetivação desse conhecimento compartilhável comum, ou ainda, o campo do cuidado como sugere Merhy (1998), torna-se complexo devido a crescente especialização das áreas, movimento de defesa intransigente de suas atribuições e especificidades técnicas, visando a normatização de seu campo de

trabalho, com objetivo de defesa corporativa e reserva de mercado. Questão que tem sido produzida junto aos profissionais desde o espaço formativo.

Na universidade moderna a cartografia epistemológica foi configurada em disciplinas e departamentos. Tal recorte – histórico- foi tomado como se fosse epistemológico, dando origem ao corporativismo das especialidades e aos controles burocráticos que dificultam as práticas interdisciplinares. Profissionais e associações disciplinares passaram a defender a vigência e manutenção dessa perspectiva, aceitando a fragmentação como modo organizador dos saberes-fazeres. (CARVALHO; CECCIN, 2012, p. 137)

O Campo da saúde coletiva é essencialmente interdisciplinar, mas garante espaço para as especificidades profissionais; nesse sentido, é importante destacar que, para a área da saúde coletiva, esse movimento tem causado alguns entraves gerados pelo fato da visão reducionista e fragmentada, não coerente com uma dimensão pública e coletiva, “alguns profissionais que atuam no mercado de trabalho voltam-se para determinada face do fazer em saúde, enfatizando a dimensão individual” (CARVALHO; CECCIN, 2012, p. 157). Merhy, (2005), na mesma linha analítica, conclui que se trata de um movimento próprio do modelo médico-hegemônico e que é reproduzido por todas as profissões que atuam na área da saúde coletiva.

Os modos atuais de se produzir o cuidado em saúde, a partir dos territórios nucleares das profissões - que podemos chamar de Modelos Médico Hegemônicos, pela força representativa que esta categoria profissional tem como expressão dos paradigmas dominantes, nas maneiras de se construir atos de saúde -, têm tido a força de capturar várias categorias analíticas, [...] As 14 profissões universitárias da área da saúde procuram se distinguir entre si pelo núcleo profissional, pelo qual definem os saberes que dominam com exclusividade ou predominância, os objetos de suas ações e as suas finalidades enquanto produtores de atos de saúde específicos. (MERHY, 2005, p. 2, 7)

Nessa perspectiva corporativista, perde-se a fecundidade do trabalho multiprofissional/interdisciplinar que é imprescindível na saúde coletiva, dada a complexidade do processo saúde/doença, o qual requer o olhar de diversas profissões e comporta as contribuições dos campos específicos de atuação nos espaços de produção de saúde e uma atuação integrada no campo da saúde coletiva que não é propriedade de nenhum profissional. Nesse aspecto vale evidenciar:

“o quanto há de vida na relação uno e múltiplo e quão fecunda é a relação entre as áreas do saber quando pensada como espaço heterodoxo de encontro de signos, como construção coletiva a partir de finalidades socialmente determinadas tanto pelos agentes institucionais como pela população usuária. Essa identidade que precisamos construir para as praticas sociais brasileiras”. (MARTINELLI, 1998, p. 146).

Nas atividades dos NASFs, essa questão está presente, uma vez que cada profissional contém um núcleo de saber, mas tem de construir estratégias para lidar com a realidade e inserir-se em práticas de apoio no campo da saúde coletiva com ênfase nos processos de compartilhamento de saberes entre a própria equipe NASF e as equipes de saúde da família. Portanto, precisam sair do que é tradicionalmente produzido nas formações e realizado nos espaços ocupacionais.

Nos relatos dos sujeitos dessa pesquisa foi revelada a propensão de manutenção de atividades fragmentadas a partir das especialidades profissionais, atuando no que é considerada sua “área”.

[...] eu tenho ficado de referência nas ações, nos planejamento de ações da rede de atenção a violência, participo dessa rede e outros profissionais, por exemplo: saúde mental fica como referência a psicóloga, atividades de habito saudável atividade física fica para a nutricionista, educador físico. E fisioterapeuta hoje tem feito trabalho de orientação também específico na questão postural, dos acamados eles tem uma atuação bem legal com os acamados, então **cada um de nós tem uma especificidade**. (A.S. 2 grifos nossos)

[...] todo mundo sabia qual é o foco e agora ultimamente não, cada um pensa na sua área e faz o que é possível. (A.S. 1)

[...] eu me dou muito bem na equipe, imagino que eu consigo trabalhar e cada um tem sua especificidade, eu não quero fazer nada que é do outro, porque eu não vou conseguir. (A.S. 3)

Nos processos de trabalho em saúde, a maior parte das ações encontrar-se-iam no campo de atuação e não nos núcleos ou áreas específicas do saber, ou seja, o campo e o seu contexto são muito maiores que as ações nucleares “Metaforicamente; os núcleos funcionariam em semelhança aos círculos concêntricos que se formam quando se atira um objeto em água parada. O campo seria a água e o seu contexto” (CAMPOS, 2000 p.221).

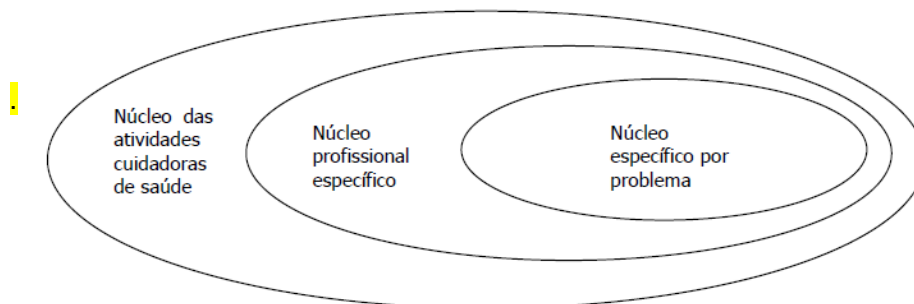
Para Merhy (1998), o trabalho em saúde ocorre por meio de relações de intersubjetividades, e todos os trabalhadores de uma instituição, inclusive o recepcionista, o guarda, ou o trabalhador de serviços gerais, operam práticas de cuidado. O autor destaca que o espaço em que todos realizam a atenção

à saúde, baseado nas ações relacionais, é a dimensão cuidadora. 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)

Nessa perspectiva o autor aponta a seguinte figura ilustrativa:

Figura 1 - Núcleo cuidador e núcleo específico



Fonte: Merhy (1998, p. 115)

A ênfase do trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família deve ser direcionado aos elementos do núcleo cuidador, ou do campo, de outro modo, esse programa que deveria ser inovador, tende a reproduzir o modelo instituído.

Mas acredito que uma das razões para as grandes dificuldades enfrentadas por muitas experiências de implementação do apoio matricial, advém dessa visão reducionista. Estamos procurando demonstrar que o apoio matricial, como um dispositivo “anti-especialismo” e produtor de inteligência coletiva, tende a criar fortes processos de modificação dos territórios existenciais dos sujeitos envolvidos e alterar o jogo de forças dos diagramas de poder (OLIVEIRA, 2011, p.114)

Ao observar o trabalho dos assistentes sociais, identificamos que as ações por eles realizadas fundamentam-se, essencialmente em problemáticas relacionadas à violência; o não acesso a direitos; a saúde mental; entre outros. Cabe afirmar que este profissional tem uma formação que facilita o manejo de tais questões, contudo, elas figuram no campo da saúde coletiva. Esse apontamento é identificado nas ações de caráter coletivo, ao passo que, as propostas pedagógicas realizadas pelo assistente social têm como eixo as temáticas referidas.

[...] são essas atividades educativas hoje eu fico, eu coloquei isso no plano, desde o mês de Abril até o mês de junho, de todas as reuniões por dia falando sobre violência de gênero, depois daqui a seis meses eu volto para essas mesmas reuniões, para falar sobre violência. (A.S. 2)

Quando os sujeitos da pesquisa citam exemplos de ações que os demais profissionais da equipe NASF realizam, estas figuram, também, no rol do núcleo cuidador: os nutricionistas têm realizado discussões sobre alimentação saudável; o psicólogo sobre autoestima; o educador físico sobre a importância da atividade física. Questões, que tais profissionais têm maior domínio e possibilidade de contribuição efetiva, no entanto, são temas que fazem parte do campo da saúde coletiva e não do núcleo específico da profissão, isso nos leva a inferir que existe coerência entre o apontado pela proposta governamental do NASF, pela produção teórica a respeito e pelo que a equipe tem sido chamada a atuar no contexto da Estratégia Saúde da Família, ou seja, no espaço do campo e não do núcleo profissional.

[...] por exemplo as fisioterapeutas fizeram varias capacitações que são solicitadas a ela - ah uma pessoa que tem problema respiratório que a gente pode orientar, daí elas fizeram uma simulação com as ACS, coisas mais básicas de ficar orientando, ah não ter cachorro, manter o ambiente limpo, abrir a janela coisas que todos sabem fazer e sabem falar. (A.S. 1)

Apesar da manutenção da divisão entre as áreas e a não identificação do núcleo cuidador, em algumas verbalizações, foi possível destacar ações que tendem ao seu fortalecimento.

[...] é muito bacana quando elas chegam e dizem: - Ah fiz tal coisa que eu já tinha feito quando você foi à casa da dona fulana, mas era isso mesmo? Eu podia encaminhar para ir ao CRAS pedir a cesta básica? Pode ir, qualquer um pode ir, não tem que eu fazer uma avaliação social antes de encaminhar

para o CRAS, mesmo porque o CRAS vai fazer uma avaliação do CRAS , então é isso de empoderar mesmo as pessoas para estar caminhando, fazendo o que é possível sem eu estar do lado toda vez. (A.S. 1).

Nós temos feito na perspectiva de que todos os profissionais podem fazer, então tentando tirar um pouco dessa coisa de que só assistente social atende essas questões, para orientação sobre o funcionamento da rede, de serviços, da aplicação de direitos, eu tenho feito bastante orientação sobre INSS agendamento de perícia, quais são as regras da previdência. (A.S. 2)

A gente orienta a fazer a denúncia, a equipe pode fazer a denúncia, chamar a polícia numa situação urgente, até entrar em contato comigo, chamar a enfermeira... Então temos trabalhado isso, teve uma reunião geral que eu falei sobre violência e deixei claro que são denúncias anônimas, teve um caso que uma ACS me disse: – Olha, eu não vi a mulher apanhando do marido, mas eu sei que ela apanhou, ai eu fiz o que você orientou, entreguei os folders sobre os serviços disponíveis e expliquei como que é, só que ela falou que não tem coragem ai eu não posso chamar a polícia. Ai eu disse: você fez certinho hoje ela pode não querer, mas na próxima vez. (A.S. 5)

[...] a gente fala pessoal vocês estão aqui, vocês estão conhecendo, a gente está explicando, vocês tem poder para, por exemplo a questão da violência, a gente discute muito o fluxo da violência , olha se aqui acontecer tal situação, tem que fazer, tal coisa e tal coisa, acionar o conselho tutelar e fazer e daí eles tem noção do que é de como funciona esse fluxo e muito mais. (A.S. 6)

Persiste, contudo, a dificuldade de apreender essa atuação do NASF, essencialmente, como campo da saúde coletiva, fator que pode estar relacionado com a dificuldade em se desprender da defesa da profissão e das tradicionais atuações “por dentro” das especialidades.

[...] é comum o profissional construir identidade e segurança, apegando-se à identidade de seu núcleo de especialidade, o que dificulta a abertura para a interação inevitável em espaços interdisciplinares. (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 405).

Outro conjunto de atividades desenvolvidas pelos profissionais entrevistados se dá no âmbito das solicitações realizadas pela gestão das respectivas secretarias de saúde. Essas solicitações foram de diversas ordens e objetivos, mas tinham como característica comum apoiar trabalhos que a secretaria tinha dificuldade em operacionalizar, em geral, pela ausência de pessoal qualificado.

Em alguns municípios os profissionais exercem outra função além do NASF que são: atendimento em plantão social e avaliação para concessão de medicamentos. Em ambos, a sobreposição de ações tem sido apontada como um

fator que limita a possibilidade de exercer o apoio devido ao excesso de atividades e tem pouca relação com as práticas esperadas dos NASFs.

[...] e eu não consigo por conta de ter o setor (de Serviço Social) e a demanda e eu não conseguir me dividir nessa demanda, então assim, eu não estava nem participando bem das questões do NASF, nem conseguindo participar dos grupos organizar, fazer o matriciamento ir nas unidades, fazer esses estudos de casos e nem conseguindo e me apertando demais na responsabilidade de setor, então a gente dividiu isso, daí e eu tento assim, ou ficar um dia, uma manha para NASF ou ficar uma tarde, ou hoje eu não consigo ficar NASF, mas aí amanhã eu tenho grupo e eu tento me dividir organizar minhas atividade. (A.S. 3)

É do jeito que dá, por exemplo, agora eu fiquei no plantão esses dois meses, daí eu não fui às unidades, não fui nenhuma vez, foi assim uma ou outra vez que alguém me chamou que era uma coisa mais importante, mas era por telefone [...] (A.S. 1)

Existe ainda a participação em uma rede de atenção à violência. Nessa atividade, proposta de maneira intersetorial, o NASF têm atuado de modo muito intenso assumindo, inclusive, a coordenação de grupos descentralizados da secretaria; e tem sido avaliado como um espaço importante e fator de ampliação do trabalho com as equipes saúde da família.

Essa questão da rede de atenção da violência e aí eu fico de referência, não só porque eu trabalho na unidade faço parte da rede, mas porque na rede centralizada na organização central eu assumi algumas atribuições que são as capacitações dos profissionais, na minha parte da capacitação para preenchimento da ficha de notificação, aquela que tem o protocolo, sou eu que faço, então toda vez que tem alguma coisa, com outras unidades, dentro das unidades ou fora das unidades da secretaria de saúde, eu acabo fazendo. (A.S. 2)

[...] aqui nos temos uma rede de atenção à violência contra criança e adolescente, contra mulheres então a gente tem núcleos que são as redes de violência, nos participamos dessas reuniões são reuniões mensais e tem as reuniões gerais. (A.S. 4)

[...] as demandas são muito grandes, são muitos casos e muito complicados e aí foi passando até que eu assumi a coordenação, mas a gente nunca vai sozinha eu sempre levo alguém pra ajudar, então nós procuramos nos organizar na agenda pra que sempre vá duas do NASF. (A.S. 5)

As atividades realizadas seguem uma determinada lógica, um arranjo entre os profissionais do NASF, ainda que esteja presente a tradicional divisão por áreas conforme citamos, “Algum grau de interação entre disciplinas próximas sempre acontece, porém a forma e intensidade desse intercâmbio podem variar significativamente” (FURTADO, 2007, p. 240).

Segundo os entrevistados, os arranjos se deram de forma particular em cada NASF, tal como se singularizaram entre as equipes saúde da família, ou seja, houve arranjos diferentes, conforme a demanda de cada realidade. Mas o que predomina, são processos de trabalho baseados em referências, em que o profissional é solicitado para determinada situação. Esse desenho do trabalho a partir de referências oferece inúmeras possibilidades de organização. O mais recorrente foi à divisão pelos temas que núcleo profissional lhe atribui maior possibilidade de atuação, destacamos: o assistente social em determinada Unidade era referência para as questões ligadas às diversas formas de violência, enquanto o educador físico para implicações no grupo de atividades físicas.

Cada profissional de acordo com a sua competência profissional, com a sua contribuição fica de referência para algumas atividades específicas. (A.S. 2)

Existiram ainda situações em que o tema não estava, *a priori*, presente em nenhum núcleo profissional, tal como o apoio institucional do PMAQ. Outras possibilidades de organização de arranjos são possíveis, tais como o lugar; nesse caso, cada profissional do NASF seria referência por unidade saúde da família.

Nós, temos um dia para ir às unidades de saúde pelo menos um período, como tem sete unidades que eu tenho que dar apoio, pelo menos um período da semana em um lugar [...] passar uma vez por semana, nem que seja ficar uma meia horinha lá no lugar. Conversar com a enfermeira conversar com as ACS. (A.S. 1)

[...] nós temos assim, um cronograma, nós procuramos respeitar pelo menos uma vez por semana em cada unidade, claro que tem vezes que eu assumo esses grupos que acontecem duas vezes por semana eu fico dois dias naquela unidade e tento distribuir os outros três, quando tem uma atividade mais específica, nós tentamos sempre participar, sempre que possível das reuniões de equipe, elas acontecem em dias diferenciados. Então por isso nós não somos possíveis dentro da nossa organização, ter um dia fixo na unidade e aí quando necessário nós fazemos esse agendamento com antecedência e por isso mesmo nós enviamos o cronograma para a equipe que também a equipe se organiza, então tal dia a assistente social vem aqui, então nesse dia que a gente faz os encaminhamentos. (A.S. 2)

O vínculo: os profissionais referenciavam unidades ou equipes com as quais construiu um vínculo de confiança maior, ou por habilidades, no qual, eram indicados por suas aptidões tais como facilidade de falar em público ou conduzir dinâmicas de grupo, ou ainda o interesse ou desejo pessoal pelo tema.

[...] é claro que os outros profissionais também participam, (da rede de atenção a violência) mas eu acabei ficando até assim por uma paixão meio que pessoal acaba sendo um pouco de referência mesmo. (A.S. 2)

Por exemplo, não tem ninguém para fazer, elas estão com esse problema, nós resolvemos entre nós é você que tem mais habilidade com o computador, então vai você, mas as outras também fazem outras coisas. (A.S. 2)

[...] o educador físico fazia um trabalho muito legal no grupo, eu falo que a pessoa dele conquistava muito, mesmo isso de qualidade de vida, de necessidade de nós fazermos atividade física sempre, ele tirava sarro porque eu sou super parada de tudo, sedentária de não caminhar [...] (A.S. 1)

Nessa perspectiva, cada profissional poderia ser referência por mais de um tema, ou envolvido com o assunto por motivações diferentes. A perspectiva do arranjo de trabalho que não é estático, tampouco definitivo, sua singularidade se evidencia, à medida que processo de trabalho se organiza. Na expectativa de superação das práticas fragmentadas no trabalho em saúde, cabe destacar, a organização da atuação da equipe NASF considerando os espaços de conexão. Isto é, o trabalho que ora evidenciamos dividido de modo racionalizado manteve pontos em que foi possível integrar as ações. Esses pontos têm potencial para operar o trabalho nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família de forma fluída, efetiva, ao mesmo tempo, racional e factível. Nesse estudo foram observados que tais elementos conectivos estiveram presentes nas reuniões de equipe NASF e nas ações conjuntas entre os trabalhadores dos núcleos, tais como visitas domiciliares, discussões de caso, entre outras.

Há ainda um ponto de conexão que pode passar despercebido no processo de trabalho, mas que foi expresso nas entrevistas realizadas. São situações em que os profissionais estão em Unidades de Saúde da Família e são chamados a atuar em demandas que não estão na sua área de atuação tradicional. Nesse movimento o profissional aponta um caminho imediato e em seguida aciona o membro da equipe NASF que seria referência pra tal situação. O trabalhador que até então não tinha muito contato com a questão específica, tende a apreender o manejo com a mesma, ampliando suas habilidades e conhecimentos a respeito do tema, e conseqüentemente, atuando mais no espaço do núcleo cuidador e menos de seu núcleo específico.

[...] da equipe do PSF e daí discute no NASF se achar que é necessário envolver mais alguém a gente discute no NASF, ou às vezes fica decidido que é só a assistente social que vai fazer a avaliação e é só a nutricionista [...] tem os casos que nós acompanhamos para a vida inteira, são crianças que nascem com alguma síndrome ou alguma deficiência mais grave e acaba envolvendo todo mundo e de vez em quando que precisa [...] acamado quando mais a fisioterapeuta [...] nutrição de vez em quando, acho que agora a mãe acha que está precisando de mais alguém e aí a gente vai revezando. (A.S. 1)

[...] nós fazemos atendimentos conjunto entre os profissionais do NASF, então quando é necessário nós juntamos a psicóloga, assistente social e a fisioterapeuta o educador físico e a nutricionista, os atendimentos também são feitos... Na verdade eles geralmente procuram o profissional que está ali, então se é a educadora física que está eles procuram a educadora física, mesmo que seja para perguntar cadê a assistente social, [...], então sempre quando tem uma coisa que um está envolvido, todos estamos envolvidos de alguma forma, eu posso ser a referência de violência, mas sempre que eu preciso a educadora física vai comigo, a educadora faz atividade junto comigo então[...] (A.S. 2)

[...] mas às vezes eles vêm procurar e eu na conversa eu acabo identificando que não bem a minha área aí eu acabo falando, porque às vezes o profissional que vem acionar o assistente social pra ajudar acaba não se dando conta, por que às vezes não é uma rotina de um farmacêutico ou de uma nutricionista fazer uma visita, acaba não se dando conta à importância que teria também a participação desses dois profissionais na visita então, nos que recebemos muita solicitação de visitas que acaba identificando e chamando o restante da equipe pra participar dessas intervenções, e é bem legal porque a gente acaba atendendo no geral toda a necessidade da família. (A.S. 4)

Essa análise do processo de trabalho por meio dos arranjos vai ao encontro da atuação do NASF na lógica da interdisciplinaridade que enfatiza o elemento do campo da saúde coletiva como central. Além disso, é uma sistematização de trabalho em equipe que prima pela horizontalidade nas relações, reduzindo a estratificação de poder entre os seus membros. Tal modelo pode ser reproduzido em outras experiências de trabalho interdisciplinar, é capaz ainda, no contexto do NASF, de servir como fator de reconstrução no modo de operar o trabalho interdisciplinar das equipes saúde da família, aos quais apoia.

O matriciamento não tem um caráter neutro e desprezioso, mas insere-se na defesa da saúde pública universal. A soma desses elementos sugere que o apoiador matricial tenha que aglutinar certa habilidade que está no campo da tensão entre os modelos e processos de trabalho em saúde. Os apoiadores devem ter capacidade de agenciar e aproximar pessoas, favorecer espaços de conversa e negociação. Tal habilidade política se fundamenta à medida que entendemos o que

já foi citado nesse estudo quanto aos projetos de disputa presentes na saúde pública brasileira. Na experiência relatada por Bertussi (2010) esse elemento é relevante quando a autora descreve as características dos profissionais que se dispuseram a realizar o apoio em João Pessoa-PB.

[...] originários da militância no movimento estudantil e SUS. Eles haviam sido selecionados principalmente pela sua história de militância, preciosos diante da importante escassez de quadros formados no município e no estado. Sobressaíam-se pela iniciativa e disposição, navegavam bem na relação com os movimentos sociais, com a produção de movimentos de controle social, mas sofriam e se fragilizavam na relação com as equipes, principalmente em função da falta de ferramentas para problematizar o processo de trabalho. Outros andavam bem nos temas gerais do processo de trabalho, mas tinham dificuldade de entrar no debate da produção do cuidado (BERTUSSI, 2010, p. 81).

Apesar das diversas exigências ou expectativas construídas em torno do trabalho do apoiador, fica claro que, dificilmente, serão encontradas no mesmo indivíduo, o que reforça a importância do trabalho em equipe, pois cada integrante da equipe iria contribuir com suas habilidades na condução do trabalho.

Sem a dimensão política, o apoio matricial perde parte de sua característica, correndo o risco de ser mais um elemento ou uma atividade sobreposta às atuações do SUS, estéril e com pouco alcance. Desse modo o matriciamento dá lugar ao nutríamento (BERTUSSI, 2010), ou seja, nutrir a prática de outros com elementos da especialidade profissional.

Observadas essas questões, é possível destacar que o papel do apoio sempre encerra uma teleologia. Isso porque, no perfil predominante das instituições ou no modo hegemônico de cuidado, o apoiador teria a principal contribuição de interferir no “estado das coisas”¹⁴ e para tanto, o conjunto de atividades estaria direcionado em contribuir para ampliar a visão dos sujeitos envolvidos sobre o que está posto, e construir outras possibilidades a partir de sucessivas aproximações.

A construção de práticas efetivas de apoio às equipes saúde da família demanda processo de acompanhamento das equipes apoiadoras. Isto foi apontado por Baduy (2010) quando analisa a experiência de Londrina-Pr. Ela destaca que existia, na época, um espaço semanal de discussão com os apoiadores

¹⁴ O “estado das coisas”, em geral, é uma análise superficial ou unilateral da realidade, 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, conforme apontados por MERHY (2006).

sobre sua atuação fundada na lógica da Educação Permanente em Saúde. Nesses momentos, os apoiadores traziam suas dúvidas, avanços, retrocessos e conquistas. Essas questões serviam de elementos-chave para a análise do projeto e construção de objetivos, a autora entende como uma ação fundamental no processo desencadeado. O modo como os sujeitos dessa pesquisa demonstraram suas incertezas a respeito dos procedimentos realizados no cotidiano de trabalho, corroborado pela ausência de formação e referência, reforça a necessidade de formação continuada e o acompanhamento a que nos referimos, tal como destaca Campos (2012).

[...] trabalhamos com a ideia de formação dos apoiadores. Eles precisam de colo e de ombro. Colo é complicado, precisam de ombro. Colo é para criança, ou seja, precisam de apoio. Como fazemos isso? Discutindo os casos, questionando por que você foi lá com essa equipe e não foi com a outra, sugerindo textos teóricos que expliquem a formação do espaço coletivo, textos sobre como lidar ou mediar conflitos, trazer uma oferta e ficar firme, trazer um tema polêmico e que desagrade. (CAMPOS, 2012, p. 166)

A garantia de monitoramento e avaliação deve ser entendida como elemento transversal e processual para todas as atividades constituídas e impulsionadas pelos atores que as produzem, sobretudo se forem construídos em torno de modelos participativos e horizontalizados.

De acordo com os sujeitos da pesquisa, essas questões foram frágeis no processo de instituição do NASF nos municípios, não foi realizada uma preparação junto aos serviços de saúde para a entrada dos profissionais. Nota-se que uma discussão prévia com os trabalhadores poderia favorecer a entrada do NASF nas equipes tornando-as mais receptivas ao trabalho, uma vez que os profissionais apontam que as equipes começaram a entender a proposta de sua atuação neste momento, quatro anos após sua implantação. O processo de preparar as equipes e apontar suas atribuições ficou a cargo dos próprios profissionais do NASF, que o fizeram invariavelmente nos espaços já estabelecidos do processo de trabalho das equipes saúde da família, que eram reuniões onde estavam presentes todos os profissionais que atuavam nas UBSs.

Parece-nos potente inserir-se nos espaços já instituídos pelos trabalhadores, desde que seja utilizado como movimento de pactuar ações e processos de trabalho do NASF. Percebe-se que foi esse o processo, no entanto, os

sujeitos da pesquisa lamentam o trabalho de construir e reconstruir o significado do trabalho do NASF para as equipes saúde da família, o que já deveria ter sido iniciado anteriormente, não em uma perspectiva de dizer qual o trabalho iria ser feito, mas para indicar novas possibilidades de trabalho com perspectivas dialógicas.

Ainda sob esse aspecto, caberia a preparação da própria equipe dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família. Apenas um dos sujeitos desta pesquisa, aludiu que participou de uma semana preparatória antes de iniciar as atividades junto à rede de saúde. Essa semana foi um período de acolhida a diversas equipes NASF na região onde ele está lotado, na ocasião foram realizadas diversas discussões a respeito do matriciamento com especialistas da área. O profissional aponta, ainda, o quanto esse momento foi importante como motivação para as atividades que iriam ser iniciadas.

[...] nós voltamos daquela reunião, todo mundo entendeu certinho nós entendemos todos da mesma forma o matriciamento e a gente voltou assim com aquele gás [...] (A.S. 3)

Esse evento ocorreu somente na semana inicial e não houve mais oportunidades de formação específica para o trabalho como apoiador. Esse profissional acena que a equipe gestora tenta manter um contato mensal com os membros da equipe NASF, nas quais existem processos de avaliação e planejamento, mas que, recentemente, não têm acontecido com a mesma frequência. Os outros sujeitos da pesquisa afirmam não ter tido esse momento inicial e que os espaços para pensar e planejar o trabalho são protagonizados pela própria equipe. Eles concebem como um espaço de automatriciamento, com participações esporádicas da gestão central, sobretudo, em momentos de maior tensão. Um dos sujeitos apontou certo ruído produzido pela inexperiência dos profissionais contratados para atuar no NASF e que foi solucionada com a exacerbação das exigências sobre a equipe.

[...] a gente se auto avalia, nós sentamos, conversamos entre a equipe NASF, o que a gente precisa fazer, o que a gente não precisa. Às vezes numa reunião de equipe eles também falam, sugerem alguma coisa referente ao nosso trabalho. (A.S. 4)

[...] é que nem eu falei, no início a gente tinha uma cobrança até bem maior do que nós temos hoje, do entendimento de que os profissionais não teriam, pela especificação lá do concurso, um requisito que eles gostariam que tivesse, que era de um determinado tempo de experiência e daí eles

cobravam muito dos recém-formados que chegavam, que talvez eles não tivessem entendimento da saúde pública e não iam conseguir fazer esse trabalho [...] (A.S. 2)

Esses dias que eu te falei sobre o encontro nos NASFS, tanto os antigos como os novos, todos eles pra gente nivelar conceitos, pra gente discutir as diretrizes do NASF, foi um momento que nos achamos muito rico, pois nos não tivemos esse momento de discussão do papel do NASF. Exatamente no início nos tivemos acolhimento e discussão sim, mas do SUS de entendimento do território em relação aos serviços. Em um certo momento que foi uma semana, mas não das diretrizes do NASF, ai na primeira semana quando a gente entrou nas unidades, ai que nos fomos pegar o caderno do NASF, ai que nos começamos a discutir nosso papel em equipe, ai que nos começamos a sentar em equipe pra discutir. (A.S. 6)

A situação de inexperiência em saúde coletiva dos profissionais contratados deveria ser fator de intensificação dos processos de Educação Permanente e reflexões sobre o processo de trabalho, a fim de aumentar os subsídios teóricos e políticos para a atuação efetiva.

Ainda como uma forma de monitoramento e avaliação de maneira processual às atividades do NASF, destacou-se um processo desencadeado pela Regional de Saúde, na qual os sujeitos A.S. 3 e A.S. 1 estão lotados, mas como uma avaliação pontual, formal, em que as equipes foram elogiadas, todavia não tiveram retorno estruturado.

Ela deu um *feedback* bem rápido, na hora, depois não, daí ela falou - nossa, das equipes, eu estou considerando que vocês estão indo no caminho certo é uma questão nova [...] não perdemos nada, não levamos nenhum puxão de orelha, nada formal não nos deram nada a mais pelo que foi considerado bom, o gestor ficou contente [...] (A.S. 3)

Normalmente, quem faz essa avaliação é a Regional de Saúde, vários momentos, final de ano a cada dois, a gente sempre vem no começo do ano, sentar com a gente pra estar avaliando, sugerindo melhoras, é um momento de avaliar, é um momento bacana. [...] mas eu nunca vi esse relatório finalizado como foi, como não foi. (A.S. 1)

Essa avaliação, feita pela Regional de Saúde, é uma peculiaridade na realidade desses sujeitos, já que, no outro município, não houve esse apontamento. Os trabalhadores apontam, ainda, a existência de um relatório mensal que faz parte do processo de monitoramento focado nos aspectos quantitativos, contudo, todos os trabalhadores apontam certa preocupação em qualificar esse relatório, incluindo aspectos qualitativos a respeito do trabalho.

Esses profissionais fazem referência aos momentos de planejamento e discussão com os trabalhadores das unidades, como espaços singulares para realização do monitoramento e avaliação, o que demonstra um processo valorativo que, por vezes, são negligenciados em função de avaliações formais e prestação de contas. Isso demonstra uma inclinação para a superação do modelo hegemônico, à medida que ultrapassa o entendimento da avaliação e monitoramento como espaços punitivos e fiscalizatórios. O sujeito A.S.2 destaca a participação dos conselhos locais e do conselho municipal no processo de monitoramento do NASF, o que também denota um avanço no que se refere à participação popular.

O monitoramento das ações e avaliação são feitos através dos nossos relatórios da avaliação que as equipes fazem, dos relatórios anuais que nós fazemos, nós fazemos o planejamentos das ações, todo o início do ano e as nossas ações são incorporadas junto com as ações das equipes, [...] então nós incorporamos nossas ações junto com a deles, também para que eles possam participar disso e nós também tenhamos o contato com a população, porque é interessante como nós ficamos muito no apoio a população não sabe que é o nosso trabalho. (A.S. 2)

Nesse estudo, entendemos as ações de preparação, Educação Permanente, monitoramento e avaliação, como uma unidade a ser desenvolvida de maneira transversal, continuada, incorporada no processo de trabalho, e para tal, deve-se garantir um espaço periódico na agenda da equipe NASF. Evidentemente, esse processo pode ser desenvolvido pelos próprios trabalhadores, tal como foi expresso por um dos sujeitos da pesquisa, contudo, deve fazer parte também do processo de gestão e inserção do NASF.

As diretrizes nacionais do NASF entende esse processo como uma tecnologia de gestão (BRASIL, 2009). Pensar o processo de trabalho de pessoas como uma tecnologia não é algo novo na saúde coletiva (MERHY, 1997) e é a partir do investimento em pessoas que o cuidado deve ser qualificado. Isso nos leva a concluir que a inserção do NASF só faz sentido se constituída com acompanhamento, a fim de garantir o exercício de suas potencialidades. Analisar a relação das equipes NASFs com os atores que organizam a política de saúde municipal, pelo crivo dos sujeitos desta pesquisa, nos leva a inferir que, existe uma sensação positiva e esperançosa quanto à gestão atual, originada também pelos avanços alcançados nas atividades realizadas junto às equipes saúde da família.

O depoimento que dá início a esse capítulo foi escolhido com a função de destacar que, o trabalho na perspectiva do matriciamento é produzido a partir das relações com as equipes. Não existe regra ou receita para que ele aconteça; o que buscamos destacar são reflexões a respeito de elementos que orbitam em torno desse processo de trabalho e que, tais reflexões têm potencialidades de favorecer a efetividade da ação desencadeada pelos apoiadores na perspectiva da inserção no cotidiano dos trabalhos das equipes.

Entendemos que os assistentes sociais, sujeitos dessa pesquisa, demandam a construção de novas ferramentas para operar essa relação, superando os elementos normativos e investindo nos processos de pactuação com as equipes, o que poderia ser mais facilmente alcançado se houvesse movimentos que colocassem a equipe NASF em análise, ou seja, a construção de espaços de Educação Permanente que deveriam ser desencadeados pela gestão do NASF. A falta de críticas às questões apontadas talvez se explique pela ausência de vivência, pois, dificilmente, se percebe a falta de algo que nunca esteve presente. Os processos de EPS aos apoiadores poderiam, inclusive, fortalecer o aspecto político do trabalho no que concerne à superação do modelo de saúde tradicional, bem como, ampliar as possibilidades de atuação na linha da interdisciplinaridade e fortalecimento do núcleo cuidador.

Cabe ainda destacar que, a atuação do NASF não tem sido operacionalizada no limite de sua potência, contudo, o trabalho realizado pelos profissionais superam as diretrizes apontadas nos cadernos oficiais e, na perspectiva de ampliação das práticas em saúde, tem alcançado resultados expressivos. No capítulo que segue, iremos apresentar reflexões em torno do assistente social, considerando aspectos referentes a essa profissão e às interpretações dos sujeitos da pesquisa sobre o trabalho no matriciamento por meio de seu estatuto profissional.

4- CAPÍTULO 3

A INSTRUMENTALIDADE DO SERVIÇO SOCIAL E OUTRAS ABORDAGENS ANALÍTICAS PARA PRÁTICA DO MATRICIAMENTO

[...] é um trabalho fantástico, eu acho que não poderia ter um lugar de atuação em que eu pudesse ver tanto potencial no serviço social (A.S.2)

4.1 A CONSTRUÇÃO DA INSTRUMENTALIDADE E O SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO

Uma das elaborações importantes para o Serviço Social é a discussão sobre a instrumentalidade e sua relevância para a profissão. A opção por estruturar a reflexão da análise do serviço social, a partir do conceito de instrumentalidade, não se deu de forma aleatória, foi escolhida porque possui, no conjunto de elementos que o constitui, importantes aspectos que dialogam com a proposta teórico-metodológica e ético-política, que formatam o apoio matricial a que fizemos referência nos capítulos anteriores, quais sejam: os aspectos teleológicos da ação do NASF, os aspectos ético-políticos, os aspectos teórico-metodológicos e a interdisciplinaridade. Portanto é possível indicar imbricamentos e correlações entre ambas. Dessa forma esse capítulo será estruturado a partir da construção dos elementos fundantes da instrumentalidade, em seguida será apontado como essa construção está relacionada com a percepção acerca da gênese profissional, e então, como tais elementos repercutem no trabalho dos assistentes sociais.

Para construção dessa reflexão, é necessário versar sobre o debate a respeito da gênese e especificidade do serviço social, ainda que, a última permaneça como uma polêmica presente no âmago do debate profissional.

A concepção de instrumentalidade a que nos referimos nesse estudo, está fundamentada em um entendimento teleológico do trabalho humano presente nos apontamentos de Guerra (2007), relacionado com o conceito do processo de trabalho em Marx. Sob este prisma, o ser humano, ao intervir na natureza por meio dos processos de trabalho, modifica-a e provoca mudanças em si mesmo. Esse processo não ocorre de maneira espontânea, natural, mas é fruto de processos de construção de objetivos pré-estabelecidos pela racionalidade do homem.

No fim do processo de trabalho obtém-se um resultado que já no início deste existiu na imaginação do trabalhador, e portanto idealmente. Ele não apenas efetua uma transformação da forma da matéria natural; realiza, ao mesmo tempo, na matéria natural seu objetivo, que ele sabe que determina, como lei, a espécie e o modo de sua atividade e ao qual tem de subordinar sua vontade. E essa subordinação não é um ato isolado. Além do esforço dos órgãos que trabalham, é exigida a vontade orientada a um fim, que se manifesta como atenção durante todo o tempo de trabalho. É esta capacidade de operar prévias ideações que possibilita que, ao transformar o real, além de produzir novos objetos, os homens também adquiram novos conhecimentos e novas habilidades, num processo de acumulação objetiva e subjetivamente independente do desenvolvimento biológico da espécie. (MARX, 1996, p. 297)

Esse movimento intelectual do homem, que possibilita intervir na natureza, o diferencia dos outros animais, lhe atribui teleologia e produz um mundo material e espiritual, que inclui consciência, linguagem, costumes, etc. (GUERRA, 2007); portanto, o movimento teleológico singulariza o trabalho humano. No processo de trabalho, os homens desenvolvem capacidades que mediam suas relações com a natureza, à medida que, transformam coisas naturais em objetos úteis. Os componentes do processo de trabalho são os objetivos estabelecidos pela abstração, os meios pelos quais o homem realiza o trabalho, sempre subordinado aos objetivos finais, e o terceiro elemento constitutivo é o objeto do trabalho, ou seja, o elemento que o homem deseja modificar. Uma vez que as relações sociais, por meio de movimentos sócio-históricos e do processo evolutivo, se tornam complexas, as capacidades humanas se adequam, para responder às novas necessidades.

Essa consideração se torna mais perceptível ao analisarmos a lógica do modo capitalista de produção: a compra da força de trabalho transforma os homens em artefatos úteis para alcançar o lucro, ou seja, produz um processo de instrumentalização das pessoas, para fins anteriormente pensados. O modo como se desenvolve a compra e venda da força de trabalho modela certas características dessa sociedade, produzindo assim, elementos alienantes nos indivíduos, o que torna turva e confusa a capacidade do homem de fazer história e de modificar a natureza; nubla a capacidade de construir o futuro como resposta consciente às necessidades identificadas no cotidiano, impossibilitando o homem de perceber a própria essência humana: a transformação da natureza nos bens materiais indispensáveis à reprodução de cada sociedade. (LESSA, 2005).

A constituição da instrumentalidade da profissão foi uma das expressões do Movimento de Reconceituação do serviço social, que teve sua

origem na década de 60, momento em que a categoria questiona e enfrenta, incisivamente, as origens tradicionais de inspiração euro-americana, na busca de uma identidade para o serviço social latino-americano; e procura superar o conservadorismo profissional, traduzido na individualização da questão social e na intencionalidade de enquadramento dos indivíduos à sociedade.

Longe de ser apenas uma necessidade de a profissão repensar suas bases conceituais, seus princípios, suas dimensões teórico-metodológicas, interventivas, operacionais e políticas; o serviço social foi compelido a dar respostas mais condizentes com o processo de redemocratização do país, em que o conjunto dos movimentos sociais estava mobilizado em torno da luta por uma sociedade laicizada, democrática e com ações estatais nesse sentido. Assim, a construção do projeto profissional acompanhou a “curva ascendente do movimento democrático e popular que, progressista e positivamente, tencionou a sociedade brasileira entre a derrota da ditadura e a promulgação da Constituição de 1988”. (NETO, 2007, p. 18). De acordo com Bravo (2007b), a renovação do serviço social, apesar de ser influenciada, não teve articulações diretas com os movimentos sociais a que era contemporânea, já que se tratava de uma revisão interna da categoria.

A historicidade da profissão e o entendimento sobre os fatores que a particularizam, levam a apreendê-la em sua processualidade nas condições e relações sociais em que se inscreve, o que desencadeia o entendimento do serviço social como uma especialização do trabalho coletivo, tendo como lócus de atuação, essencialmente, as instituições e, submetido ao assalariamento e à necessidade de responder de modo efetivo ao empregador e ao indivíduo a quem se destina a atuação profissional.

A condição de assalariado invade a prática do assistente social com as mesmas características do trabalho alienado, próprias do sistema capitalista: ou seja, como uma mercadoria. Sendo assim, o profissional vende sua força de trabalho que possui valor de uso, já que responde a uma necessidade social. As exigências impostas pelos contratantes materializam requisições e estabelecem funções e atribuições. Ainda que o assistente social tenha uma relativa autonomia no seu agir profissional, os empregadores delineiam certo perfil e determinam o processo de trabalho, o que resulta, entre outras situações, no fato de o profissional assumir os objetivos da instituição como seus. (IAMAMOTO, 2008).

A instrumentalidade, face ao projeto burguês, mencionada no trabalho de Guerra (2007), em consonância com o modo de produção capitalista atua com fins de controle da ordem social e reprodução das relações capitalistas, mantendo a dominação entre as classes. Outro nível na instrumentalidade está ligado às repostas profissionais, em que é retomado um entendimento de que o assistente social, no contexto de sua prática, pode responder a interesses antagônicos, advindos do capital e do trabalho, já que seu caráter instrumental, que operacionaliza políticas, lhe dá possibilidade de intervir diretamente no cotidiano das classes vulnerabilizadas, com respostas imediatas. E num terceiro nível são as modalidades de intervenção exigidas pelas classes distintas, ou seja, o modo como o profissional responde às demandas de quem o contrata e dos indivíduos que são “alvo” das políticas com as quais trabalha.

Guerra (2007) analisa que esses três níveis se caracterizam por respostas fragmentadas e individuais, tratadas sem profundidade, ou seja, apenas em sua face aparente e não nas determinações fundantes e estruturais. Tal elemento se vincula à racionalidade burguesa que subsume os fins aos meios.

Entendemos que é, meramente, mecânica a visão do trabalho do assistente social, pela determinação de quem o contrata. Conforme já apontadas, as atividades desenvolvidas são perpassadas pelas necessidades sociais dos sujeitos alvo da ação profissional e serão respondidas de diferentes maneiras conforme as possibilidades que a realidade dispõe. Esse movimento, por vezes paradoxal, entre os interesses da instituição e os interesses do público destinatário da ação, torna-se cenário propício para a efetividade, o protagonismo e a concretização da direção social da profissão.

O trabalho do assistente social, contudo, pode não estar ligado somente à manutenção da lógica burguesa e ao trabalho superficial junto às políticas sociais. Essa interpretação pode ocorrer se a profissão for pensada somente sobre seu aspecto técnico-instrumental. Existe a possibilidade concreta de direcionar as ações e decisões para valores universais, vinculados a projetos sociais e profissionais, conduzidos por princípios éticos e políticos, nas quais se clarifiquem a quem servem, quais forças sedimentam e quais valores estão implicados em suas ações.

Os meios ou instrumentos pelos quais o assistente social executa seu trabalho são estruturados pela teleologia que o profissional estabelece na sua

prática, ou seja, a intencionalidade da ação e deve ser concatenada a um conjunto de valores éticos, políticos, assim como, aos conhecimentos em geral, advindos das ciências sociais; esses fatores formam determinada capacidade em que se constitui a profissão.

Em suma, uma atuação com essa característica, irá pensar os meios a partir do objetivo final da ação, isso exige que o conjunto de instrumentos e técnicas produzidos pelo profissional seja dinâmico, mutável e construído a partir da exigência que o movimento do real impõe para a prática cotidiana, evidentemente, a partir de uma leitura qualificada, produzida com referências capazes de decodificar a realidade.

A questão da instrumentalidade no serviço social é entendida, então, como uma capacidade constitutiva da profissão, construída historicamente na produção social em que se insere. Remete a uma reflexão sobre a teleologia no trabalho do assistente social, o que se torna um valor importante se pensado nos sentidos e na identidade da prática profissional. O serviço social só pode responder com efetividade às demandas com as quais se depara, caso haja, no horizonte de sua ação, o fim a que pretende atingir.

A instrumentalidade está ainda relacionada com o modo como essa profissão surge na sociedade capitalista, concepção esta, que se polariza com a visão evolucionista do surgimento do serviço social, análises divergentes modelam o entendimento sobre a prática profissional e a suposta especificidade do assistente social.

A concepção evolucionista, a partir de uma análise endógena da profissão, ou seja, considerando os elementos internos, em detrimento do contexto das relações sociais e da maturação da sociedade capitalista, entende que o serviço social surge a partir da evolução e tecnificação da ajuda, da filantropia, da caridade. Parte dos autores dessa vertente (Herman Cruze, Ezequiel And Egg, Natálio Kisnerman, Ana Augusta Almeida, Balbina Otoni Vieira, entre outros)¹⁵ entende todas as formas de ajuda, inclusive as mais remotas na história da humanidade, como formas de serviço social. No mesmo bloco, autores discutem o surgimento do serviço social vinculado às iniciativas de ajuda e filantropia no período pós-industrial, constituído no enfrentamento às questões próprias desse momento histórico.

¹⁵ Uma análise sobre a tese desses autores pode ser encontrada em Montañó 2011.

A concepção, que é majoritária entre os pensadores do serviço social brasileiro¹⁶, concebe a emergência da profissão no bojo da transição do capitalismo concorrencial para o capitalismo monopolista. Segundo analisa Montaño (2011), é fundamental desvendar as diferenças entre essas concepções, uma vez que elas fundamentam as teorias sobre a especificidade do Serviço social, que estão diretamente relacionadas com o tipo de entendimento acerca de sua gênese.

O bloco que entende o serviço social como evolução da ajuda, identifica como especificidade da profissão o público alvo das políticas sociais, ou seja, a população pauperizada, em vulnerabilidade social, empobrecida, e a metodologia empregada para lidar com essa população. Esse entendimento tem gerado o que Montaño (2011, p. 56) caracteriza como “ansiedade” nos profissionais, dada à inserção de outras áreas (enfermagem, psicologia, pedagogia etc.) naquilo que seria específico do assistente social, o que o tornaria prescindível na divisão sócio-técnica do trabalho. Surge então, a necessidade de criar ações específicas, limites rígidos, sob um pacto de “não invadir para não ser invadido” o que traria certa “proteção” ao seu campo específico de atuação, um lugar confortável, cômodo, que não favorece a qualificação das respostas profissionais. “Nada mais positivista, nada mais subalternizante, nada mais conformista e comodista do que este princípio” (MONTAÑO, 2011, p.128). Não obstante, está diretamente relacionado a um dos elementos fundantes do modo capitalista de organizar a vida: a propriedade privada.

Ainda sob esta perspectiva, vale ressaltar os apontamentos de Ortiz (2010) que relaciona a não especificidade profissional à construção de sua autoimagem e a um processo de subalternização do serviço social às demandas institucionais e aos outros profissionais que, supostamente, teriam seus campos de atuação bem definidos.

Outro aspecto que colabora na afirmação de uma determinada imagem social da profissão consiste na tradicional “ausência de especificidade”, na qual ninguém sabe exatamente o que faz o assistente social. Sem entender o motivo e seu real significado esta ‘ausência de uma especificidade’ quanto ao trato das atribuições profissionais, em face principalmente dos demais profissionais, gera no assistente social um significativo mal-estar, que geralmente se expressa de várias formas: por um lado, na submissão do profissional e sua acrítica subserviência aos objetivos institucionais, por outro, na relação ‘tensa e envergonhada’ com os demais profissionais,

¹⁶ Autores expressivos dessa vertente: Marilda Vilela Iamamoto e Raul de Carvalho, Manoel Marínque Castro, Maria Lúcia Martinelli, José Paulo Netto, cujas teses podem ser encontradas em Montaño 2011.

obrigando-o a repetir todo o momento o que é ou não sua função. (ORTIZ, 2010, p. 147 e 148 destaques da autora)

Esse entendimento se torna basilar para organizar os agentes da categoria profissional em torno da autodefesa, dos interesses próprios e imediatos, culminando nas disputas entre as categorias por espaços de poder e postos de trabalho, o que pode se tornar um entrave na consolidação das políticas públicas, em especial, a política de saúde, diante da soberania do profissional médico é reforçada a subalternidade do assistente social. Fator que marcou a inserção do assistente social na saúde (BRAVO, 2007b, p. 33). Ademais, o processo de trabalho na saúde é essencialmente coletivo e, portanto não pode ser entendido como propriedade privada de nenhum profissional. Montañó (2011) destaca ainda que essa postura tem relação com a produção histórica das políticas sociais, baseadas num processo de pulverização social, uma construção fragmentada com respostas parciais, que inviabiliza uma estratégia totalizante na realidade social.

Este mesmo conjunto de pensadores interpreta a emergência do serviço social vinculado a determinado movimento sócio-histórico e à inserção na reprodução das relações sociais por meio da legitimação do Estado com a implementação de políticas públicas. A atuação junto a tais políticas sociais torna-se a utilidade social da profissão que começa a delimitar a instrumentalidade do assistente social. Sousa (2008) reforça dois elementos importantes da fase do surgimento da profissão, os quais têm relação direta com a construção de sua instrumentalidade. O primeiro baseia-se no fato de, na sua emergência, o serviço social ter tido como foco práticas, eminentemente, interventivas; de acordo com este autor, tal característica favoreceu a profissão dando maior ênfase a produções teóricas que orbitavam em torno dos aspectos técnico-operativos. Já o segundo, aponta a inserção profissional na execução terminal de políticas sociais, (NETTO, 2011) que traz consigo o reforço à divisão entre os que operam e entre os que pensam, planejam e avaliam as políticas sociais.

Essa inserção esta concatenada com a vinculação do serviço social à teoria crítica de matriz marxiana. Isso porque, tal substrato teórico é ovacionado por possibilitar uma análise acurada da realidade social, ao mesmo tempo, é “acusado” de não instrumentalizar a prática profissional, culminando na recorrente assertiva: na prática a teoria é outra.

A partir da análise dessa questão, Santos (2010) aponta o fato que, de um referencial teórico não deriva, de imediato, instrumentos e técnicas para atuação, mas indicam perspectivas que favorecem a escolha de tais instrumentos, o que está relacionado ao conceito de práxis próprio da teoria marxiana.

[...] teoria e prática mantém uma relação de unidade na diversidade, formam uma relação intrínseca, sendo o âmbito da primeira o da “possibilidade” e o da segunda o da “efetividade”. Transmutar da possibilidade à diversidade requer mediações objetivas e subjetivas que se relacionam. (SANTOS, 2010, p. 5).

De fato, a vinculação a uma matriz teórica vai ao encontro do agir profissional a partir da construção de estratégias de ação, por meio de movimentos reflexivos e norteados para um fim específico; o que reforça a existência de uma teleologia para o trabalho profissional e a construção da instrumentalidade do assistente social. Não isenta, contudo, da necessidade de reflexões sistemáticas acerca dos instrumentos e habilidades próprias do fazer profissional que, de acordo com a referida autora, tem se tornado secundário nas produções da área do serviço social (SANTOS, 2010).

De acordo com exposto, presume-se que se estrutura outro tipo de entendimento acerca do serviço social, capaz de superar a visão que insiste na construção de uma especificidade profissional:

Por outro lado, reduzir a análise dos elementos constitutivos ‘internos’ – que, supostamente, peculiarizam à profissão um perfil específico: seu objeto, objetivos, procedimentos e técnicas de atuação, etc. – significa extrair, artificialmente o Serviço Social das condições e relações sociais que lhe dão inteligibilidade... (IAMAMOTO, 1982, p. 15).

É possível identificar elementos históricos e teórico-metodológicos que constituem as particularidades do serviço social: uma série de angulações das atividades profissionais e objetos de trabalho, sobre os quais os assistentes sociais têm se debruçado no decorrer dos anos para produção de conhecimentos, estratégias e metodologias de intervenção.

Destacamos das reflexões de lamamoto (2008), a tese que indica o caminho percorrido pela política de assistência social, seu reconhecimento como política pública, sua inserção como fundamento da seguridade social e a produção

teórica produzida a seu respeito: “a tese da assistência social”, pois, entendemos que ela atribui maior inteligibilidade à nossa argumentação.

Os fatores que marcaram a construção histórica da política de assistência social tiveram profícuas contribuições de profissionais da área, por isso foram interpretados, em alguns momentos, como uma atribuição específica do serviço social. Em outras palavras, a atuação junto à política de assistência tem importante participação dos assistentes sociais, mas não pode ser confundida como especificidade profissional. Ao olharmos para as contribuições dos assistentes sociais na área da saúde, esse processo também é perceptível, uma vez que o assistente social trabalha diretamente forjando a lógica do direito à cidadania, sobretudo o direito a ter direitos, contribui, portanto, nos diversos sentidos da integralidade e na construção de uma concepção de saúde para além das determinações biológicas, (MIOTO; NOGUEIRA, 2007).

Outra particularidade apontada pela autora é a dimensão pedagógica da profissão que inclui sua recorrência ao pensamento Gramsciano, a vinculação orgânica aos movimentos sociais e a atuação nos espaços de controle social das políticas públicas. Tal dimensão tem apontado para um perfil profissional que atua com processos educativos emancipatórios. Não serão apontados todos os elementos que particularizam a profissão, pois fugiria dos objetivos desse estudo. Podem, no entanto, ser encontrados em Montaño (2011), Netto (2007), Iamamoto (2008).

Nesse estudo, perguntou-se aos assistentes sociais a respeito de ações específicas. O que foi apresentado nos relatos dos profissionais refere-se às ações privativas resguardadas em lei, (lei que regulamenta a profissão – 8.662, de 7 de junho de 1993) quais sejam: as avaliações sociais para concessão de benefícios e elaboração de relatórios sociais em resposta ao poder judiciário. É tida como atividade privativa do assistente social, junto com a supervisão de estágio, a seleção socioeconômica para fins de fornecimento de benefícios sociais. Tais atividades, em algum momento, podem surgir como demanda para profissionais do NASF em função da dinâmica das situações vivenciadas pelas equipes saúde da família. Não foi percebido na fala dos sujeitos, nenhum tipo de defesa da profissão no sentido de resguarda intransigente de atribuições, ou tentativa de reserva de mercado; ao contrário, demonstraram-se disponíveis ao falar da relação com os demais

profissionais da equipe NASF e saúde da família, o que, além de favorecer, fortalece o trabalho no campo da saúde coletiva em detrimento do isolamento das profissões.

Quanto às ações privativas realizadas por esses sujeitos, cabem algumas reflexões. O parecer para concessão de benefícios surge diante do acúmulo de funções, visto o que ocorreu, exclusivamente, nos relatos dos profissionais que trabalhavam, paralelamente, em outros setores da secretaria de saúde e tinham que se posicionar tecnicamente, para fornecer insumos como órteses, próteses e medicamentos, entre outros.

Quanto aos pareceres ao poder judiciário, vê-se que se funda em certo recrudescimento do poder dos setores jurídicos ao interferir nos processos de trabalho em saúde, uma vez que os pareceres sociais devem ser construídos por técnicos que estejam vinculados a esse setor, não tornando a secretaria de saúde como serventúria de subsídios ao poder judiciário. Parece-nos coerente fornecer informações, quando for necessária a tomada de decisões por parte do jurídico a respeito da vida de indivíduos que foram destinatários do cuidado em saúde, o que pode e deve ser feito pela equipe que realiza o atendimento, e não por um profissional específico determinado por alguém que é externo ao processo de trabalho; este mesmo argumento é válido para os relatórios fornecidos a outros setores do município tais como secretaria de assistência social que, segundo os sujeitos da pesquisa, solicitam aos assistentes sociais relatórios sobre o histórico de atendimentos dos usuários da política, a fim de subsidiar suas ações.

Ainda no tocante às atribuições privativas, cabe um destaque para as ações de assessoria e consultoria, que estão presentes na Lei que Regulamenta a Profissão (BRASIL, 1993), assim como nos Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Saúde (CEFEEES, 2009). A atuação do assistente social no assessoramento, de certo modo, tem elementos que se aproximam da prática do matriciamento e podem ser erroneamente identificadas como sinônimos. Assim, é possível afirmar que há convergências conceituais e metodológicas, visto que ambas preveem a ação de um especialista contribuindo no processo de trabalho de outro profissional ou de uma equipe, na perspectiva de qualificar as práticas realizadas. Esta tem sido uma prerrogativa recorrente dos assistentes sociais desde a década de 1990 do século XX, apesar da pouca produção a respeito. Matos (2006) apresenta uma definição de assessoria/consultoria:

Assim, definimos assessoria/consultoria como aquela ação que é desenvolvida por um profissional com conhecimentos na área que toma a realidade como objeto de estudo e detém uma intenção de alteração da realidade. O assessor não é aquele que intervém, deve, sim, propor caminhos e estratégias ao profissional ou à equipe que assessora e esta tem a autonomia em acatar ou não suas proposições (MATOS, 2006, p. 32).

Esse entendimento marca as aproximações com o conceito de matriciamento, ao mesmo tempo em que evidencia os distanciamentos. A atuação proposta pelo NASF, além de propor o trabalho em equipe, pressupõe atuação numa perspectiva mais orgânica com as equipes de saúde da família, ou seja, o profissional deve estar inserido no cotidiano das equipes e na construção de possíveis soluções. Apesar de estas serem elaboradas com a contribuição da especialidade do profissional que atua no matriciamento, deve surgir da realidade do processo de trabalho e das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores, de modo que produzam sentidos e significados, para ter condições de serem mais efetivas. Exige ainda, que o profissional faça parte do processo de trabalho e não seja uma figura externa (SANTOS; BETTIOL; CARVALHO, 2011), portanto, requer uma intervenção longitudinal que priorize o vínculo entre a equipe que fará o matriciamento e as equipes de saúde da família.

De acordo com o que identificamos, as ações próprias da assessoria/consultoria suscitam um distanciamento e verticalização na construção das proposições com um sujeito externo, que propõe estratégias a serem apreendidas por uma equipe ou um profissional que assessora (BRAVO; MATOS 2006, p. 20). Situação esta que permanece, mesmo quando os autores reconhecem que os assessorados tenham autonomia para não aderir ao que é proposto (MATOS 2006 p. 30). Com relação à consultoria, esse processo se aprofunda, ao passo que, na perspectiva de Mattos (2006) calcado, essencialmente, na semântica da palavra e nos escritos de Vasconcelos (1998), entende a consultoria como uma forma de “dar conselhos ou pareceres sobre assuntos de sua especialidade” (MATOS 2006 p. 30), postura que subalterniza os profissionais ao poder originado do conhecimento do especialista. É exatamente esse tipo de assimetria de poder que os processos de matriciamento tentam superar (CAMPOS, 2012).

Está presente na proposta de assessoria, assim como no matriciamento, a necessária postura ético-política. Percebemos que nas experiências de assessoria com movimentos sociais, (BRAVO; MATOS, 2005)

conselhos tutelares, (MENDES; MATOS, 2006) implantação de programas, (FIGUEIREDO, 2006; GOERK; VICCARI, 2004), serviços sócio-jurídicos (SILVA; SILVA, 2007) há uma perspectiva de qualificação com vistas à construção de ações efetivas e políticas públicas de qualidade, em outras palavras, não existe neutralidade nos processos de assessoria. Há essa mesma característica no matriciamento, mas com uma especificidade, já que a atuação no NASF pressupõe a qualificação das práticas em saúde e a superação do modelo biomédico, o que evidencia um posicionamento ético-político.

No matriciamento, a qualificação das práticas em saúde tem uma relação intrínseca com as mudanças no processo de trabalho das equipes, ou seja, não basta mudar a prática de um profissional na sua ação micropolítica, faz-se necessária, também, uma mudança institucional, assim como na gestão municipal. Identificamos nos relatos afetos ao assessoramento, intervenções dessa natureza, (FONSECA, 2006, p. 75), mas não é uma constante nas experiências encontradas e já nominadas.

Em suma, é importante destacar que não se pretende, nesse estudo, valorizar uma prática em detrimento de outra, e sim, apontar as diferenças e inferir que o processo de trabalho da assessoria não contempla a totalidade do que se espera do matriciamento, principalmente no contexto do NASF enquanto política pública. É, no entanto, uma atribuição do assistente social, legitimada com cariz crítico e potente no que se propõe.

Além de ações exclusivas, o que tem dado sentido para a atuação do assistente social no NASF está relacionado com sua instrumentalidade. O serviço social, historicamente, tem sido chamado a lidar com os desdobramentos de uma questão social ampla, produzindo ferramentas e metodologias de intervenção sobre essas questões nos diversos espaços sócio-ocupacionais. Tais elementos particularizam e constroem a instrumentalidade da profissão, de modo processual nas condições e relações sócio-históricas em que se inscreve.

Não, específicas do assistente social não, tem um colega meu de trabalho que costuma falar assim, que nós somos 50% educadores em saúde dentro do NASF. Que a gente faz algumas ações dentro da área, mas que essa não é nossa prioridade a gente acaba fazendo muita coisa mais em educação e saúde (A.S. 4)

Entende-se então, que o serviço social tem legitimidade e reconhecimento social a partir das respostas que apresenta às demandas postas pela sociedade, superando a visão endógena reducionista, capaz de dialogar com os demais profissionais e linhas de pensamento. A qualificação de suas respostas observa-se com a ampliação dos postos de trabalho: se na sua gênese, os assistentes sociais atuavam na execução terminal das políticas públicas, atualmente tem ocupado espaços de elaboração, planejamento e avaliação de tais políticas. Nas equipes multiprofissionais, contribui com uma visão de homem, mundo e sociedade ancorada numa perspectiva integral emancipatória, capaz de mediar o entendimento macroestrutural em situações pontuais da realidade social.

O assistente social, ao intervir, provoca mudanças significativas no movimento da realidade, que serão diferentes conforme as respostas dadas às demandas que a realidade apresenta ao profissional. Os tipos de respostas estabelecidas pelo assistente social constroem um modo de ser profissional, ao passo que tornam objetivas as intencionalidades profissionais.

Evidentemente, o fato de expor suas intencionalidades não significa que, necessariamente, elas serão concretizadas, já que elas estão submetidas às possibilidades postas pela realidade social que, dependendo de seu movimento, pode propiciar ou obstaculizar os objetivos da profissão. Reconhecer essa questão pode favorecer a superação da lógica que supervaloriza ou subestima as possibilidades de atuação do profissional no movimento da realidade (SOUSA, 2008).

A perspectiva da intencionalidade do trabalho do assistente social pode ser mais sedimentada quando ele se insere em um espaço ocupacional que apresenta de maneira mais clara sua teleologia. É o caso da proposta do matriciamento; mais do que interpretar esse tipo de proposta como um aspecto positivo interessa entender os diversos elementos que concorrem para sua existência, para enfim, direcionar a instrumentalidade da ação profissional.

Por meio dessa argumentação, inferimos a complexidade que envolve a prática de trabalho do assistente social, fruto do movimento do real, presente na sociedade capitalista. Ao lidar com os desdobramentos dessa realidade, é necessário distanciar-se de respostas profissionais mecânicas e superficiais, portanto, a instrumentalidade do assistente social é forjada por dimensões presentes desde sua formação profissional, as quais são entendidas como elementos que

mantêm entre si relações complementares e horizontais, tanto no processo formativo como no exercício profissional, que se traduzem em dimensão ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa.

A dimensão teórico-metodológica pressupõe certa capacidade do profissional em realizar a leitura da realidade social por meio de teoria crítica, o materialismo-histórico-dialético. Sob esta perspectiva, se fundamenta o entendimento de que a realidade oferece elementos para a razão teórica. A ação profissional iluminada por um substrato teórico, superando a divisão entre teoria e prática e dando possibilidade para a práxis, pois esta:

carece de certo tipo de articulação em que a realidade enfrentada diretamente pela prática profissional oferece elementos para que a razão teórica se debruce sobre desafios concretos sem que, com isso, se “aplique” um receituário capaz de solucionar, por si só, as concretas provocações cotidianas. Isso significa que a prática profissional desenvolvida em uma dada realidade e seus inelimináveis desafios, são fundamentais para o Serviço Social (SILVA, 2007, p. 289).

A apreensão das múltiplas determinações, presentes no movimento do real, se dá por meio de um processo intelectualivo, em sucessivas aproximações, desde a análise da totalidade até a capilaridade que a realidade apresenta ao profissional, ultrapassando a aparência dos fatos sociais na busca por sua essência. O conhecimento teórico-metodológico é capaz de propiciar a construção ou utilização de instrumentos e ações para intervir na realidade. É nesse sentido que a teoria é capaz de iluminar a prática. (SANTOS, 2011)

A dimensão técnico-operativa tem fundamento na capacidade do profissional de articular as intencionalidades com os instrumentos utilizados, tornando-a, sinergicamente, vinculada ao conceito de instrumentalidade, anteriormente exposto. O serviço social não possui um arsenal de instrumentos e técnicas próprias, mas utiliza-se dos produzidos pelas ciências sociais e humanas a fim de alcançar o que produziu teleologicamente; tais definições se articulam de modo complementar a um conhecimento científico (dimensão teórico-metodológica) e a um posicionamento ético-político.

Segundo Mioto e Lima (2009) é a ação profissional que condensa e articulam, dialeticamente, as demais dimensões: ética, técnica e teórica, em respostas práticas às demandas que são apresentadas ao assistente social. A ação

ao ser vinculada ao projeto ético-político permite a leitura do fazer profissional e, conseqüentemente, da dimensão técnico-operativa.

A dimensão ético-política está relacionada com valores humanos presentes nas atividades realizadas pelo profissional. Já que toda ação está imbuída de valores morais, a ética é entendida, aqui, como uma análise acurada da moral. Tal processo reflexivo é capaz de ratificar, denunciar ou ser propositora de ações. A política, segundo elemento do binômio mencionado, refere-se às implicações que estão presentes nas atividades humanas. Toda ação tem repercussões políticas, ou seja, sedimentam e ao mesmo tempo refutam valores e projetos societários; portanto, assume uma posição ideológica no contexto de uma sociedade em disputa.

Tomar partido implica comprometer-se, para se comprometer é necessário inferir valores sobre o “objeto” de nosso comprometimento, daí o caráter ético-político do comprometimento. Dessa forma, se ética é uma reflexão crítica sobre determinados valores presentes na ação humana, e se toda ação dos homens sobre a sociedade é uma ação política, há uma intrínseca relação entre ética e política. (SANTOS, 2011, p. 68-69).

Importante situar essa discussão ao nosso objeto de estudo. As ações em saúde sedimentam determinada concepção de saúde, doença e sobre o cuidado, que se vincula a um dos projetos de saúde em disputa no país, conforme apontamos durante esse estudo. Dessa forma, a atuação do assistente social no processo de trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), ainda que tal programa esteja vinculado ao projeto de saúde democrático, favorece a um ou outro projeto. Uma vez que o profissional tenha clareza da implicação ético-política de sua ação, terá maior capacidade de qualificá-la e, talvez, seja essa uma importante contribuição do profissional à equipe NASF e às equipes saúde da família, a qual será referência, uma vez que o assistente social, há pelo menos duas décadas, atua a partir de uma direção social, calcado em um projeto ético-político.

4.2 O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL

O projeto profissional é mais uma expressão do movimento de reconceituação do serviço social já citado nesse estudo, representa a autoimagem da profissão sendo construído coletivamente por ela. Nele, são destacados os

objetivos, as funções e os valores que legitimam socialmente o serviço social, requisitos teóricos, práticos e institucionais para o exercício da profissão, bem como a prescrição de normas para o comportamento dos profissionais e os balizamentos para suas relações com as instituições, com os usuários e outras profissões. Mas não suprime divergências e contradições (NETTO, 2007, p. 144-145).

Evidentemente, o projeto profissional do serviço social não se erige e permanece de maneira homogênea entre os trabalhadores da área, recebe críticas variadas¹⁷, que vão desde o questionamento a uma suposta imposição ideológica por um conjunto de pensadores que “dominam” a categoria profissional, por meio de sua legitimidade conferida, essencialmente, pela academia, até as acusações do projeto profissional estar vinculado a valores tradicionais e conservadores, como democracia e cidadania¹⁸.

Sua consolidação e materialidade se dão, essencialmente, por meio de elementos legais: a lei que regulamenta a profissão (lei 86.662/93) indica as competências e atribuições profissionais direcionadas para ações que supostamente rompem com o passado conservador. Outro elemento é o Código de Ética Profissional, este norteia princípios fundamentais,¹⁹ entre eles, “o enorme mérito de fazer do serviço social a única profissão a conter, no seu código de ética, uma explícita menção à necessidade de superação da alienada sociabilidade contemporânea” (LESSA, 2006, p. 1) que é a propositura de criação de uma nova sociedade, sem exploração de classe, etnia e gênero. Por fim, as diretrizes curriculares para a formação profissional, que privilegia, na formação do assistente social, conhecimentos advindos das ciências sociais, psicologia social, antropologia. Um processo formativo ancorado num conhecimento crítico acerca da sociedade capitalista e questão social. Esses instrumentos legais garantem certa unidade no conjunto profissional e limitam o pluralismo existente na categoria, afirmando um perfil profissional com características mínimas. “É nos limites desses princípios que

¹⁷ Argumentos apontados no debate feito com professora Yolanda Guerra, no encontro: “Projeto Ético Político, do que se trata?” realizado na Universidade Estadual de Londrina em 2012.

¹⁸ Os argumentos que questionam a cidadania e democracia, também debatido no encontro: “Projeto Ético Político, do que se trata?” questiona a validade desses conceitos para teoria marxista.

¹⁹ Destacamos: Reconhecimento da liberdade como valor ético central; autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; Ampliação e consolidação da cidadania; Defesa do aprofundamento da democracia; Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais. (CFESS, 1993).

se move o pluralismo, que supõe o reconhecimento na luta acadêmica e técnico-política, de orientações distintas presentes na arena profissional” (IAMAMOTO, 2012, p. 42).

Dessa forma, o projeto profissional tem se consolidado e apontado uma direção social para a categoria; explicita sua intencionalidade, (NETTO, 2007) e em decorrência, encerra uma teleologia para o trabalho do assistente social, impregnando o exercício profissional da chamada grande política, ou seja, a direção social do trabalho, o que possibilita que a cotidianidade seja conduzida por dilemas universais. Não obstante, o projeto profissional supera uma postura meramente corporativa, voltada à defesa de interesses imediatos, instrumentais (salário; prestígio) ou legitimação e inserção no mercado de trabalho, mas direciona-se aos interesses da coletividade (IAMAMOTO, 2008).

Conforme sinalizado, o projeto ético-político tem como característica a vinculação aos movimentos e projetos que se organizam a partir de uma crítica à sociedade capitalista e na luta pela radicalização dos direitos sociais, já que, os projetos profissionais são indissociáveis dos projetos societários (NETTO, 2007) e expressam a luta pela hegemonia entre as forças presentes na sociedade (IAMAMOTO, 2012). No entanto, é importante, desde que se objetive a afirmação dos princípios que norteiam o projeto profissional do serviço social, a vinculação a projetos sociais que tenham no horizonte de sua luta política, a superação da ordem burguesa. Isso porque, há movimentos que se submetem à interpretações da sociedade, que não são críticos ao capitalismo, sendo assim, reforçam o conservadorismo.

Com relação aos aspectos políticos presentes no trabalho, entendem-se, inicialmente, como potencialidades do matriciamento colocar em movimentos o “estado das coisas”. Retomando Merhy (2006), O “estado das coisas”, em geral, é uma análise superficial ou unilateral da realidade. Nessa perspectiva, ainda que não sejam indicadas pelos sujeitos da pesquisa, as práticas descritas e o modo como eles têm se inserido, conduz para movimentar essa percepção superficial da realidade, bem como apresentado ferramentas para intervenção e, mesmo diante das inúmeras dificuldades vivenciadas, conseguem avançar na qualificação do cuidado.

Quanto ao aspecto político mais ampliado - objetivo último do trabalho - os assistentes sociais não o visualizam, ou não ficou evidenciado nas

entrevistas realizadas. Todavia, entendemos que o profissional tende a ancorar suas análises apenas na qualificação do processo de trabalho que, apesar de sua importância, deveria estar submetido ao objetivo final, que é a superação do modelo médico-hegemônico e o posicionamento em favor do conceito ampliado de saúde. Despreendendo-se do horizonte de atuação, o matriciamento, tal como assevera Bertussi (2010), torna-se apenas nutricao das práticas das equipes saúde da família.

Processos de trabalho com essas características tendem para a alienação, reduzindo as potencialidades de inserção dos NASFs, bem como justifica a ausência de questionamentos a respeito do projeto político da secretaria de saúde e do município. Cumpre considerar que se espera de uma profissão calcada sobre princípios democráticos e que é orientada por um projeto ético-político, uma posição política mais clara.

A particularização do serviço social pelo prisma tangenciado nesse estudo garante o entendimento da direção social da profissão e os processos de instrumentalidade, mas não apresentam bases constitutivas para atuação específica, ao contrário, reforçam as possibilidades do trabalho em conjunto com outros profissionais, conforme aponta Iamamoto (2012).

Não se pode confundir o debate sobre os espaços, atribuições e competências profissionais, tal como o aqui efetuado, com aquela noção de especificidade que esvazia o exercício profissional das relações sociais em que se realiza do contexto dos organismos empregadores, das relações e condições de trabalho e de suas implicações teóricas, metodológicas e ético-políticas presentes no conteúdo e no processamento do trabalho. É o conjunto dessas múltiplas. (IAMAMOTO, 2012, p. 65)

O projeto ético político do serviço social, sob essas análises, favorece a construção de um trabalho multiprofissional e interdisciplinar assumindo maior relevância na conjuntura atual diante da investida neoliberal, do desmonte das políticas públicas, da exponencial concentração de renda, o que lhe atribui pertinência, pois se insere nessa disputa ética, política teórica e ideológica (NETTO, 2007, p. 158).

Ainda no campo ético político, sinalizamos um elemento presente nas Diretrizes Nacionais para implementação do NASF (BRASIL, 2009) no tocante ao serviço social e, nos Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde (CEFESS, 2009), é o trabalho junto ao controle social e participação popular.

Atuações dessa natureza figuraram entre as atividades realizadas pelos assistentes sociais, sujeitos dessa pesquisa, numa perspectiva de apoio e participação em reuniões de conselhos locais e municipais de saúde. Em alguns relatos os profissionais aludem que estavam disponíveis para dar encaminhamentos às demandas individuais que emergiam nas reuniões dos conselhos, mas não citam ações de fomento à participação social, o que pode ser explicado pelo fato de, nos locais onde os profissionais atuam, a participação popular ocorra regularmente nos espaços dos conselhos locais de saúde, demandando, naquele momento, movimentos de aproximação e acompanhamento, pode-se entender também que as diversas ações realizadas enquanto NASF e sua novidade no campo de práticas do assistente social na saúde, se sobressaiam às práticas historicamente engendradas, nesse caso, a atuação junto ao controle social. Contudo percebemos que esses profissionais reconhecem a participação popular e controle social como um espaço potente, mas que ainda não foi efetivamente apropriado ao contexto das ações do NASF.

Eu participo da reunião do conselho local, nós dividimos, eu participo de uma unidade então nós participamos também da Conferência, muitas pessoas vão ao Conselho às vezes pra reclamar de uma consulta, coisas que não seriam pra discutir ali, nós descobrimos que eles não voltaram na unidade que perderam consulta especializada então ali são discutidos varias coisas, uma praça que tem problema, morador de rua, então os problemas que são levados eu procuro no dia a dia fazer encaminhamentos. (A.S. 5)

[...] falta um pouquinho de vinculação com a população nós temos algumas aproximações, mas essas aproximações não é a que eu queria, Por exemplo, o conselho local de saúde para mim é um espaço que não é bem aproveitado quanto poderia, o local né, o principal funciona muito bem, mas acho que o conselho local de saúde das unidades ainda não é muito aproveitado. (A.S. 2)

[...] faz um pouco de tudo, temos as reuniões dos conselhos locais de saúde, que não é todo mundo que participa, varia de acordo com o horário é no fim de tarde, então quem pode participar, participa desse conselho que é em um dos postos aqui, são três postos em um que a gente consegue participar dos três nos conseguimos participar de um. (A.S. 4)

Outro destaque, no tocante aos Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde, é sua ausência enquanto referência para o trabalho do assistente social no NASF. Apontamos nos capítulos precedentes que os assistentes sociais têm como única referência para sua atuação as Diretrizes

Nacionais de Implementação do NASF e, conforme argumentamos, são insuficientes, pois se tratam de indicações genéricas para a atuação. No entanto, o fato de os sujeitos dessa pesquisa não citarem, em nenhum momento, os Parâmetros construídos pela categoria é uma questão importante. Isto revela que esse documento não tem contemplado as necessidades dos assistentes sociais no NASF, isto é, ele não apresenta elementos capazes de subsidiar esse processo de trabalho, já que não é possível encontrar nele menção às atividades realizadas nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Ademais, há uma tendência na literatura especializada de produzir reflexões em torno do trabalho em saúde a partir de processos endógenos, sem buscar referências na literatura especializada da Saúde Coletiva, quando na formação em serviço social evidenciam-se as seguintes fontes teóricas:

A bibliografia de referência das disciplinas de saúde ofertadas inclui diversos documentos, marcos regulatórios de diversas conferências em saúde, sobretudo da 8ª Conferência Nacional de Saúde, normas operacionais básicas da saúde, leis e projetos de lei da área da saúde dentre outros. Foram indicados alguns autores (as) do serviço social, mas, sobretudo, foram indicados livros e periódicos com produções de autores (as) que não são do campo do serviço social e tratam da Seguridade social, reforma do Estado, do neoliberalismo, da política social em geral e da saúde em particular. (UCHÔA, 2007, p. 193)

Esteve presente na verbalização dos sujeitos dessa pesquisa, uma tendência da prática profissional em ampliar as ações das equipes de referência para interpretações que ultrapasassem a questão biológica. Isso porque, esses profissionais têm percebido esta como sendo uma demanda de trabalho no cotidiano das equipes saúde da família, o que é reafirmado pelas solicitações feitas pelas equipes aos assistentes sociais. Essa tendência se repõe na relação com os membros da própria equipe NASF, além de descortinar a realidade e suas múltiplas mediações, o assistente social tem sido chamado a dar proposições às questões identificadas no modo de viver das famílias atendidas.

Conforme já sinalizamos anteriormente, olhar para o social é, ainda, uma fragilidade para os trabalhadores das chamadas ciências da saúde, visto a formação técnica hegemônica que tem poucas ou nulas aproximações com temas da área social. Essa perspectiva de atuação remete à particularidade do assistente social, forjada por meio de sua formação acadêmica e da construção sócio-histórica de sua instrumentalidade. Nesse sentido, o assistente social tem sido inserido no

NASF, em função das ações em que historicamente tem se debruçado e produzido resultados significativos.

Eu acho que são as situações de violência de drogas, às vezes a gente dá apoio muito para o CTA e para policlínica que atende os casos de tuberculose e hanseníase, normalmente tuberculose é usuário de bebida alcoólica (A.S. 1)

Ampliar as práticas em saúde para uma visão mais integral sobre a realidade de vida do usuário requer um profissional competente nas dimensões da profissão, pois, tem que propor ações para lidar com as situações do cotidiano. Contudo, entendemos que esse movimento, isoladamente, não rompe com o modelo de atuação médico-hegemônico.

Apontamos, durante esse estudo, que o modelo médico historicamente engendrado, possui características autoritárias, impositivas e pressupõe que o usuário da política de saúde abra mão de sua autonomia, de seus desejos e liberdade, para submeter-se às determinações do profissional que detém o famigerado saber científico. Nesse aspecto, suscita-nos a indagação sobre a atuação do assistente social, à que medida ele reproduz esse modelo, sob uma linha interventiva do social, ou seja, o profissional tem construído relações com os usuários da política que aumentam sua capacidade analítica sobre seu histórico de vida, proporcionando ampliação de sua liberdade e a capacidade de ser autor de sua própria história, ou tem voltado à atuação para ações que cooptem sua vontade, em nome do que seria o mais correto ou desejável? O que pode ser pensado sob a luz dos processos de planejamento familiar, adesão a tratamentos, prevenção de doenças, uso de substâncias psicoativas; ações sobre as quais o assistente social tem sido convocado a atuar. Destacamos algumas verbalizações que têm relação com esse impasse:

[...] e é legal para o serviço social, porque a gente tem aquela questão de desmistificar aquilo que é preconceito, eu sempre coloco para eles: - não posso julgar ninguém, o meu papel aqui é o que entender a história do sujeito, como ele está no seu contexto social e a partir disso, que ele tenha a garantia do seu direito ou a informação sobre aquilo que é dele [...] entender, por exemplo, que a assistente social não vai entrar na casa do sujeito e abrir a janela e não vai falar que está sujo, porque é a liberdade dele, contanto que aquilo não prejudique a saúde dele e ele não se coloque em situação de risco, se ele não quer tomar banho é muito da cultura [...] mas tem esses profissionais que já incorporaram isso, existe o princípio da liberdade do sujeito, então, para mim isso é uma coisa que eu trabalho

cotidianamente que é aquilo que o indivíduo tem, que precisa ser respeitado e até aonde nós podemos atuar. (A.S. 2)

[...] mas que a unidade acaba sentindo a necessidade de um apoio, esse apoio que eu vou junto com o ACS, elas vão aprendendo a lidar com algumas situações, porque muitas vezes a gente vai fazer visita. É um idoso que mora sozinho, que escolheu morar sozinho, que tem condição de ficar [...] (A.S. 1)

As verbalizações apontadas por esses profissionais sugerem a tendência em construir, junto às equipes, um processo de valorização da liberdade do indivíduo, percebemos ainda que trazem referências ao Projeto Ético Político do serviço social, principalmente aos princípios norteadores. Somado a isso, essa postura profissional indica elementos do matriciamento que é proporcionar às equipes, processos reflexivos sobre a realidade social e sobre sua prática, não indicando o melhor jeito de fazer a intervenção, tão pouco fazer a atuação no lugar dos trabalhadores de referência, mas construir, a partir das vivências, alternativas de ação. É importante destacar ainda que, nos relatos, estão presentes elementos apontados nas diretrizes nacionais, que é o aspecto técnico-pedagógico, com transferência do saber compartilhável.

Uma das características citadas pelos sujeitos dessa pesquisa atribui legitimidade ao trabalho profissional: é a visão que o assistente social possui. Segundo esses profissionais, há um determinado olhar *sui generis* dos assistentes sociais sobre a realidade.

Você fica, mas aí você vai descobrindo, olha, mas não é isso aí que você está achando, tem mais coisa, então acho que pode acrescentar um pouco mais [...] a gente tem um outro olhar, pra gente conduzir as coisas de outra forma, eu acho que isso o assistente social faz muito bem, você pode fazer com outro profissional, mas você tem outro olhar, eu não sei por quê, se é a nossa formação, se é a nossa rotina do dia-a-dia, mas, as coisas não chegam pra nós do jeito que elas são, as coisas estão por trás. (A.S. 3)

[...] se você perguntar para outras equipes que não têm assistente social elas vão dizer que faz diferença [...] mas porque eles conseguem perceber que tem um diferencial nessa na leitura, como eu falei na leitura da realidade, [...] olha que legal, então é um outro olhar que é construído dia a dia, que a gente hoje consegue que elas parem para pensar [...]. Ah então sobrou alguma coisa lá do serviço social, hoje elas conseguem fazer uma leitura diferenciada de alguns casos, então isso para mim é uma construção diária [...] (A.S. 2)

Observado dessa maneira, parece-nos que o olhar do assistente social sobre a realidade é algo misterioso, cabalístico, que somente quem passou

por uma formação específica seria capaz de construir. Isso nos remete aos apontamentos de Montañó, citado no início desse estudo sobre certa ansiedade dos profissionais de serviço social em determinar uma especificidade da profissão.

Essa visão diferenciada realmente existe e está posta pela instrumentalidade do profissional e pelo Projeto Ético Político do serviço social. Estrutura-se por uma leitura da realidade a partir de sucessivas aproximações com o real, buscando para além das aparências do fenômeno, sua essência, entendendo o real como unidade dos contrários. Esse olhar tem como substrato teórico o método proposto por Marx e analisado por Netto (1989).

Esses dois aspectos cardeais do pensamento marxiano relacionam-se ao método de pesquisa de Marx. O seu procedimento consistia sempre em avançar do empírico (dos “fatos”) apanhar suas relações com outros conjuntos empíricos, investigar a sua gênese histórica e seu desenvolvimento interno e reconstruir no plano do pensamento, todo esse processo. O circuito investigativo, recorrendo compulsoriamente à abstração retornava sempre a seu ponto de partida – e, a cada retorno, compreendia-o de modo cada vez mais inclusivo e abrangente. Os fatos, a cada nova abordagem, se apresentam como produtos de relações históricas crescentemente complexas e mediatizadas – podendo ser contextualizados de modo concreto e inseridos no movimento maior que os engendra. É um método, portanto, que, em aproximações sucessivas ao real, agarra a história dos processos simultaneamente às suas particularidades internas. Um método que não se forja independentemente do objeto que se pesquisa – o método é uma relação necessária pela qual o sujeito que investiga pode reproduzir intelectualmente o processo do objeto investigado. (NETTO, 1989, p. 31)

O método, para descortinar a realidade, tem o objetivo de entender a sociedade capitalista para sua ultrapassagem revolucionária (NETTO, 1989) e, sua apropriação por uma profissão só é válida, se entendida a partir das devidas mediações. Não é nosso objetivo, aqui, explorar a fundo as reflexões sobre o método. É importante ressaltar, ainda, que não partimos da compreensão de que todos os assistentes sociais possuem pleno entendimento e domínio desse tipo de análise, mas o fato é que tais reflexões fundamentam a base da formação profissional do assistente social e contribuem no processo de constituição de sua instrumentalidade.

Dessa forma, entendemos que a visão, que foi recorrente nas falas, realmente, pode contribuir no processo de trabalho das equipes saúde da família e das equipes NASF, no entanto, ela não confere aos profissionais de serviço social, atribuições específicas nesse processo de trabalho, tampouco, que outros

profissionais que não partilham do mesmo referencial teórico, não possuem análises acuradas sobre a realidade social.

Iniciar esse capítulo com a verbalização do sujeito dessa pesquisa tem o objetivo de demonstrar o modo como o processo de trabalho tem influenciado, positivamente, na autoanálise do assistente social e nas reflexões sobre as dimensões do exercício profissional. A atuação dos assistentes sociais, pesquisados nesse estudo, foi marcada por expressões de entusiasmo quanto às atividades realizadas e as potencialidades do trabalho, questão que pode estar relacionada com a atuação diferenciada engendrada pelos NASFs e na superação da inserção subalterna dos assistentes sociais na saúde.

O momento em que se encontra o trabalho dos assistentes sociais no NASF nos sugere que a atuação desse profissional encontra-se em fase de transição entre o trabalho tradicional e uma prática inovadora. Revela-nos que o assistente social tem muito a contribuir, desde que o cotidiano do seu trabalho esteja calcado no fortalecimento das práticas interdisciplinares e na perspectiva política que encerra o trabalho do NASF, ou seja, a superação do modelo médico-hegemônico.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegamos nesse momento imbuídos de uma série de reflexões em torno do que tem sido chamado de matriciamento, mais que isso, construímos, durante esse estudo, diversos apontamentos que, em alguns momentos, fazem parecer que o trabalho, na perspectiva que estamos apontando, exige um “super-profissional”; alguém que esteja preparado com todas as habilidades e competências que frisamos e, conseqüentemente, apto para lidar com questões sociopolíticas complexas, que foi o tom expressivo nesse trabalho, em função do Núcleo de Apoio à Saúde da Família figurar no centro da disputa entre os projetos de saúde. Enquanto conceito, entendemos nesse estudo o matriciamento como um dispositivo que visa à superação das práticas tradicionais em saúde e da racionalidade gerencial hegemônica, por meio de práticas de apoio, capazes de criar linhas de transversalidade nas estruturas dos serviços e equipes de saúde.

Não podemos cair no engodo de achar que o matriciamento pode alcançar objetivos que estão além das possibilidades dos atores que o engendra, também não podemos reduzi-lo a mais uma proposta na história do Sistema Único de Saúde. O trabalho, na perspectiva do apoio matricial, não permite a construção de receitas ou métodos que indique a melhor maneira a ser realizado, mas é possível apontar que ele se dá no campo das relações, ou no campo das tecnologias leves como foi destacado em alguns momentos. Atuar nesse campo, mais do que habilidade, exige estar disponível para as nuances próprias das relações sociais que, nesse contexto, pressupõe a experimentação, em alguns momentos o não saber, a possibilidade da dúvida, de construir e reconstruir diversas formas de lidar com as incertezas de um trabalho novo e com expressiva potência.

As habilidades e os conhecimentos podem ser forjados no processo de produção do apoio e estar presentes nos membros das equipes de modo singular e complementares. A possibilidade do trabalho que os Núcleos apresentam só faz sentido se pensando no fortalecimento da interdisciplinaridade, construída a partir da efetivação de pontos de conexão entre os membros da equipe e, dessa forma, o fortalecimento do campo da saúde coletiva, em detrimento do campo exclusivo isolado das profissões.

Procuramos, nesse texto, destacar algumas possibilidades que vislumbramos na prática do matriciamento e do assistente social no apoio matricial,

e para tanto, percorremos questões que tratavam da inserção da equipe na rede de serviços, que foi o elemento central do nosso primeiro eixo de análise; entendendo que a construção de uma rede de cuidados efetiva, passam pela inserção de novos atores no processo de trabalho, indicando possibilidades de ação a partir de espaços dialógicos e da importância de se ter claro quais os objetivos que se espera com a inserção do NASF. A construção coletiva de uma imagem-objetivo para a rede de atenção à saúde se justifica em função de conferir direcionalidade ao trabalho, favorecendo as práticas de apoio, à medida que atribui maior segurança no desenvolvimento das ações, evitando assim que o trabalho seja fundamentado em improvisos e/ou parâmetros genéricos.

Os assistentes sociais, sujeitos dessa pesquisa, demandam a construção de novas ferramentas para operar a relação de apoio, tal destaque foi elemento do nosso segundo eixo de análise, que buscava a identificação das práticas de apoio e suas repercussões para o cotidiano das equipes saúde da família. Apontamos a necessidade de superar os elementos normativos, investindo nos processos de pactuação com as equipes, o que poderia ser mais facilmente alcançado se houvesse movimentos que colocasse a equipe NASF em análise, ou seja, a construção de espaços de Educação Permanente que deveria ser desencadeado pela gestão do NASF. Tal elemento poderia ainda fortalecer o aspecto político do trabalho no que concerne à superação do modelo de saúde tradicional, bem como, ampliar as possibilidades de atuação na linha da interdisciplinaridade e o fortalecimento do núcleo cuidador.

É inequívoco apontar os avanços obtidos no que tange à qualificação das práticas das equipes saúde da família em que o NASF tem sido incluído, tanto nos aspectos de atenção aos indivíduos, quanto nas ações de planejamento e organização. O que entendemos como uma fragilidade, ou algo a ser ampliado é a análise sobre o processo de trabalho dessas equipes. Conforme destacado nesse estudo, a vinculação ao PMAQ e APSUS foi importante para aproximar os apoiadores de questões referentes à organização do processo de trabalho, mas há que se ampliar essa aproximação ao ponto em que os apoiadores consigam problematizar a dinâmica institucional, tais elementos analíticos não foram expressivos nas entrevistas realizadas, cabe um estudo a fim de entender os motivos que os distanciam dos trabalhadores do NASF, ou se esse distanciamento é uma singularidade do assistente social.

Quanto ao serviço social e a interpretação sobre o matriciamento, que foi uma discussão realizada por meio da terceira categoria de análise, podemos afirmar que o trabalho junto aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família inaugura a possibilidade de construir ações diferenciadas no campo da saúde coletiva. Os elementos que têm produzido legitimidade no contexto do NASF redundam em elementos tradicionais de atuação desse profissional: o trato com o social, que possui um grande mérito, afinal, são questões que atravessam o processo de trabalho da atenção básica e demandam intervenções das mais diversas áreas. No entanto, percebemos que esse profissional precisa avançar no tocante a sua inserção efetiva no processo de trabalho e que necessita nortear sua atuação, vinculando-a aos processos políticos que ela encerra.

As expressões de entusiasmo identificadas nesse estudo, quanto às atividades realizadas e as possibilidades do trabalho, podem ser entendidas pela potência que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família apresentam quanto à possibilidade de construir ações diferenciadas no campo da saúde coletiva e na possível superação da inserção subalterna dos assistentes sociais na saúde, em função do lugar em que o NASF ocupa na rede, ou seja, não é o profissional que atua diretamente com o usuário, também não é o gestor.

A ausência de referências para o trabalho do assistente social revela um importante distanciamento entre o que a categoria tem assumido enquanto produção teórica e prática na área da saúde e as atividades próprias do NASF. Isso reforça a necessidade desse estudo e favorece a aproximação com os conhecimentos próprios do núcleo cuidador, fator que pode, também, contribuir para superar o isolamento e a subalternidade profissional, bem como, a vinculação com projetos políticos que coadunem com os objetivos presentes no Projeto ético político do serviço social, tais como, projetos de saúde que pretendem criar linhas que rompam com o modelo médico-hegemônico.

Enfim, destacamos que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, tendo como modo de atuação central o matriciamento é uma potente estratégia para o fortalecimento da atenção básica, construção de práticas de cuidado integrais e o aprofundamento da saúde como um direito de cidadania. No entanto precisa ser desvelado em suas potencialidades e limites, o estudo ora apresentado, ao constituir-se como uma aproximação com esses fatores, indica que o caminho a ser

percorrido é longo e com importantes questões a serem enfrentadas por aqueles que se debruçam na construção do SUS.

REFERÊNCIAS

- ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: GENTILI, E.; SADER, P. **Pós Neoliberalismo As Políticas Sociais e o Estado Democrático**. SADER Emir; GENTILLI Pablo (Orgs). 6. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. p. 9-23.
- BADUY, Rossana Staevie, et. al. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 295-304, fev., 2011.
- BADUY, Rossana Staevie. **Gestão municipal e produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente movimento**. 2010 Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro / Faculdade de Medicina. Rio de Janeiro, 2010.
- BARBOSA, Regina, H. S. A teoria da práxis: retomando o referencial marxista para o enfrentamento do capitalismo no campo da saúde **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 1, p. 9-26, mar./jun.2010.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BEHRING, Elaine. Política social no contexto da crise capitalista. In: **Serviço social: direitos sociais e competências profissionais** CFESS ABEPSS, 2009. p. 301- 321.
- BERTUSSI, Débora Cristina. **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde**. Tese (Doutorado). – Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro / Faculdade de Medicina, 2010.
- BRASIL. Lei 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de assistente social e dá outras providências **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil de 8.7.1993**, Brasília 1993.
- _____. Ministério da Saúde, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 mar. 2006.
- _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS** [Internet]. Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Cadernos de atenção básica. diretrizes do NASF: núcleo de apoio a saúde da família**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/caderno_ab.php>. Acesso em: 18 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde, **Política nacional de educação permanente em saúde** Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de Agosto de 2003. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde, Portaria Nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012 Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008c. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Extraído de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-154.htm>, Acesso em 18/11/2013.

_____. Ministério da Saúde Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **GM Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)** manual instrutivo. Brasília 2011 Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/pmaq_manual_instrutivo.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2011.

_____. Presidência da República, Lei complementar nº 101 de 04 de maio de 2000 Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília, 2000.

BRAVO Maria I. S. **Serviço social e reforma sanitária, lutas sociais e práticas profissionais**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007a.

_____. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA A. E. et. al. (Orgs). **Serviço social e saúde formação e trabalho profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007b. p. 88-109.

BRAVO, Maria Inez Souza; **MATOS** Maurílio Castro. In: **BRAVO**, Maria Inez Souza; **MATOS** Maurílio Castro de (Orgs). **Assessoria, consultoria e serviço social**. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2006.

_____. O potencial de contribuição do serviço social na assessoria aos movimentos sociais na luta pela saúde. In: SEMINÁRIO NACIONAL, ESTADO E POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL, 2., Cascavel. **Anais...** Cascavel, 2005.

_____. Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: MOTA A. E. et. al. (orgs). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007. p. 167-217

BREILH, Jaime. Precisamos ter um novo viver, com taxas de crescimento menos agressivas, mas com mais qualidade **Poli** | nov./dez. 2011 entrevista concedida a Cátia Guimarães e Raquel Júnia.

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

_____. Comentários sobre analogias e diferenças entre os métodos Paidéia e o “interrogativo” **Interface** – Comunic. Saúde, Educ., v. 11, n. 22, p. 345-63, maio/ago. 2007.

_____. 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.

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

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 399-407, fev. 2007.

CAMPOS, F. E.; PIERATONI. C. R.; HADDAD, A. E.; VIANA, A. L. A.; FARIA, R. M. B. Os desafios atuais para a educação permanente no SUS. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1 p. 39-51, 2006.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JR., L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M. DE; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Ed. Da UEL, 2001.

CARVALHO, Yara Maria de; CECCIM, Ricardo Burg. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão W. S. et al **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

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

CECILIO, L.C.O. O "*Trabalhador moral*" na saúde: *Reflexões Sobre um conceito*. **Interface** (Botucatu) [Online] vol.11, n.22, pp. 345-351. Mai/ago. 2007.

_____. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: PINHEIRO, R.; MATTOS. R. (Org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro ABRASCO/UERJ, IMS, 2001.

_____. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul-set, 1997.

COHN, Amélia. Saúde e desenvolvimento social. **Saúde e Sociedade**, v. 18, supl.

2, p. 41-47 abr/jun. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS, **Código de ética profissional dos assistentes sociais**. Brasília, DF, 1993.

_____. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2011.

COSTA, Maria Dalva H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. In: MOTA, A. E. et. al (Orgs.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007. p. 304-351

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface** - Comunic., Saúde, Educ., v. 9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005.

FIGUEIREDO, Kenia Augusta. Consultoria: uma estratégia para implantação da LOAS. In: BRAVO, Maria Inez Souza; MATOS, Maurílio Castro de (Orgs.). **Assessoria, consultoria e serviço social**. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2006.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa; CAMPOS, Rosana Onocko. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009.

FLEURY, Sonia. Reforma do estado, seguridade social e saúde no Brasil. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. (Org). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde, contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 49-89.

FONSECA, Tatiana, M. A. Análise da literatura profissional sobre a temática assessoria. In: BRAVO, Maria Inez Souza; MATOS, Maurílio Castro de (Orgs.). **Assessoria, consultoria e serviço social**. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2006.

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.; MAGALHÃES Júnior, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 53-124.

FRANCO, Túlio Batista. O uso do fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz - MG texto publicado no livro. In: MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. Brasília: Plano Editora, 2003.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface: Comunic., Saúde, Educ.**, v. 11, n. 22, p. 239-5, maio/ago. 2007.

GOERK, Caroline; VICCARI, Eunice Maria. Assessoria: processo de trabalho do Serviço Social, **Textos & Contextos**, n. 3, dez. 2004.

GUERRA, Yolanda. A instrumentalidade no trabalho do assistente social. **Simpósio mineiro de Assistentes sociais**, BH, 2007.

_____. **Instrumentalidade do serviço social**. São Paulo: Cortez, 1995.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço social em tempo de capital fetiche**. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do(a) assistente social na atualidade. In: **Atribuições privativas do(a) assistente social em questão**. CFESS 2012

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul. **Relações sociais e serviço social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo: Cortez, 1982.

JACCOUD, L.; CARDOSO JR., J. C. Políticas sociais no Brasil: organização, abrangência e tensões da ação estatal. In: JACCOUD, L. (Org.). **Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo**. Brasília: Ipea, 2005.

LAURELL, A. C. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: LAURELL, A. C. (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

LESSA, Sergio, História e ontologia: a questão do trabalho, **Crítica Marxista**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 70-89, 2005.

_____. **Serviço social e trabalho**: do que se trata? Web 2006. Disponível em: <http://www.sergiolessa.com/artigos_97_01/ssocial_trabalho_2000.pdf>. Acesso em: 14 out. 2012.

MARTINELLI, Maria Lúcia. Uma abordagem sócioeducacional. In: MARTINELLI, Maria Lúcia; ON, Maria Lucia Rodrigues; MUCHAIL, Salma Tannus (Orgs) **O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

MARX, Karl **O capital crítica da economia política** São Paulo: Nova Cultural, 1996.

MATOS, Maurilio Castro, Assessoria e consultoria: reflexões para o serviço social. In: BRAVO, Maria Inez Souza; MATOS, Maurílio Castro de (Orgs). **Assessoria, consultoria e serviço social**. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2006.

MENDES, Alessandra Gomes; MATOS, Maurílio Castro. Assessoria: atribuição da “equipe técnica” no conselho tutelar. In: BRAVO, Maria Inez Souza; MATOS, Maurílio Castro de (Orgs). **Assessoria, consultoria e serviço social**. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2006.

MERHY Emerson E. et. al. (Orgs). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

MERHY, E. E. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção social da demanda.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005. p. 195-206.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em Saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: HUCITEC, 2002.

_____. 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., 1998. p. 103-120.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde** 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MIOTO. Regina Célia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, A. E. et. al (Orgs.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

MIOTO. Regina Célia Tamasso; LIMA, T. C. S. A dimensão técnico-operativa do serviço social em foco: sistematização de um processo investigativo. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 8 n. 1 p. 22-48, jan./jun. 2009.

MONTAÑO, Carlos, **A natureza do serviço social.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NETTO, José P. **Crise do socialismo e ofensiva neoliberal.** São Paulo: Cortez, 1993.

_____. A construção do projeto ético-político do serviço social. In: MOTA, A. E. et. al (Orgs) **Serviço social e saúde formação e trabalho profissional.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **O que é marxismo.** 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 1989.

_____. **Capitalismo monopolista e serviço social.** 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

OLIVEIRA, Gustavo N. de. **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio.** Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas Campinas, SP: 2011.

ORTIZ. Fátima Grave, **O serviço social no Brasil: os fundamentos de sua imagem e da autoimagem de seus agentes** Rio de Janeiro: E-papers, 2010.

PAGLIOSA Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 492 – 499, 2008.

PAIM, Jairnilson S. Reforma sanitária brasileira: avanços limites e perspectivas. In: MATTA, G. C.; LIMA J. C. (Org) **Estado, sociedade e formação profissional em saúde**, contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 91-122.

_____. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. Notas para discussão nos Seminários Temáticos Permanentes. ANVISA/ISCUFBA. Brasília, 2001.

PARANÁ, Instituto Paranaense De Desenvolvimento Econômico E Social. IPARDES. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/>>. Acesso em: 5 jul. 2012.

PARANÁ, Secretaria de Saúde. **Programa de qualificação da Atenção Primária à Saúde – APSUS**, 2013. Disponível em: <<http://www.sesa.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2808>>. Acesso em: 18 nov. 2013.

PASCHE1, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo. Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde – aposta da Política de Humanização da Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 86, p. 423-432, jul./set. 2010.

PENIDO Cláudia Maria Filgueiras; ALVES Marília; SENA Roseni Rosângela de; FREITAS Maria Imaculada de Fátima. Apoio matricial como tecnologia em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 86, p. 467-477, jul./set. 2010.

PEREIRA, I. B. A educação dos trabalhadores da saúde sob a égide da produtividade. In: MATTA G. C.; LIMA J. C. (Org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde**: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 393- 420.

PINHEIRO, R.; MATTOS. R. (org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro ABRASCO/UERJ, IMS, 2001.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia; DEMO, Pedro. Políticas de saúde e crise do estado de bemestar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 56-71, maio-ago. 2006.

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas, **Pesquisa qualitativa, na atenção a saúde**. 2. Ed. Porto Alegre: Arimed, 2005.

PRZEWORSKI, Adam; WALLERSTEIN, Michael. **Capitalismo e Social democracia**. São Paulo: Cia das letras, 1991. p. 241-260.

SANTOS, Cláudia Mônica. **"Na prática a teoria é outra?"**. Rio de Janeiro: Lumem Júris, 2010. p. 1- 35.

SANTOS, Eliezer Rodrigues; BETTIOL Liria Maria; CARVALHO Brígida Gimenez. Educação permanente em saúde: a experiência do serviço social com equipes

saúde da família **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 5 - 15, jan./jul. 2011.

SHERER M. D. A.; MARINO S. R. A.; RAMOS. F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas, **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 53-66, set. 2004/fev.2005.

SILVA, José Fernando Siqueira. Pesquisa e produção do conhecimento em serviço social. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 6 n. 2, p. 282-297, jul./dez. 2007.

SILVA, Marcia Nogueira; SILVA Anália dos Santos. Assessoria em serviço social e as políticas para o público infante-juvenil: uma experiência no ministério público do estado do Rio De Janeiro. In: ENCONTRO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL NO MINISTÉRIO PÚBLICO, 2., Brasília. **Anais...** Brasília DF, 2007.

SOUSA, Charles T. de A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional, **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 8, n. 1, p. 119-132, 2008.

TURATO, Egberto Ribeiro **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa** Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

UCHOA, Roberta. Resultados da pesquisa serviço social interfaces com a saúde: o ensino da política de saúde na formação profissional dos assistentes sociais no Brasil. **Temporalis**, v. 7, n. 13, p. 185-200, jan.-jun. 2007.

VASCONCELOS, A. M. Serviço social e práticas democráticas em saúde. In: MOTA, A. E.et. al. (Orgs.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; FAUSTO Márcia Cristina Rodrigues. Atenção básica e proteção social: universalismo x focalismo e espaço não mercantil da assistência. In: VIANA, A. L. A.; ELIAS, P. E. M.; IBAÑEZ N. (Orgs.). **Proteção social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 150-67.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LEVCOVITZ, Eduardo. Proteção social: introduzindo o debate. In: VIANA, A. L. d'Ávila; ELIAS, Eduardo M.;e IBAÑEZ, Nelson (Org.). **Proteção social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 150-168

APÊNDICE

APÊNDICE A
Instrumento de Coleta de Dados
Roteiro de Entrevistas semiestruturado

Instrumento para coleta de dados

Roteiro de perguntas semi-estruturado

Questões gerais

- Há quanto tempo atua no NASF?
- Quais são as atividades que você faz no dia a dia no NASF?
- Como você organiza seu trabalho?
- Na equipe, como é feita a divisão das atividades?
- Quais as diretrizes do NASF no município?
- Quem determina as diretrizes do NASF (o gestor / a equipe) ?
- Existe Monitoramento e avaliação do NASF como é realizado?

Relação com a equipe

- A quantas equipes Saúde da família você é referencia?
- Quais ações você desenvolve com as equipes?
- Em que situações as equipes procuram apoio?
- Quem da equipe mais procura o apoio?
- Como você avalia o trabalho desenvolvido com as equipes ?
- Como você avalia o seu relacionamento com as equipes ?
- Como você imagina que as equipes avaliam o seu trabalho ?
- As equipes procuram os NASFs para solicitar atividades que estão além dos objetivos da equipe NASF ? quais?
- Existiu algum tipo de preparação para o trabalho do NASF com as equipes (prévia/ processual) ?

Questões específicas Matriciamento

- O que você entende por matriciamento ?
- Na sua concepção, Qual a finalidade do matriciamento?

- Quais as Ações de matriciamento que você realiza ?
- Como você avalia que as ações de matriciamento tem no cotidiano nas UBS?
- Comente sobre algumas ações de matriciamento exitosas?
- Quais são as atividades de matriciamento que vocês gostariam de fazer e ainda não conseguiram? Por quê?

Questões específicas serviço social

- Existem as atividades específicas do assistente social? quais são elas?
- Quais as atividades específicas do assistente social você realiza
- Como você avalia a relação do assistente social com os outros membros da equipe NASF
- E com as equipes saúde da família?
- O que você entende por atividade específica do assistente social enquanto matriciador?
- Existem instrumentos que você utiliza para realizar o matriciamento?
- Como você avalia a importância do assistente social no processo de matriciamento?

APÊNDICE B
Termo de consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa:

O matriciamento nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: A percepção do assistente social

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa “O matriciamento nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: A percepção do assistente social

Os objetivos da pesquisa são: “Objetivo Geral: Compreender como o assistente social se percebe enquanto matriciador de equipes de Saúde da Família no contexto dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família. E, Objetivos específicos: Identificar a concepção do assistente social sobre o matriciamento; Identificar as impressões do assistente social enquanto ator no processo de matriciamento, e sua inserção no NASF; Levantar e analisar os aspectos organizativos do trabalho do matriciamento; Compreender o que os assistentes sociais fazem e como avaliam sua prática no matriciamento.”.

A sua participação é muito importante e ela se daria por meio de entrevistas individuais a partir de um roteiro semi-estruturado, realizadas em local a ser definido posteriormente conforme sua disponibilidade, as entrevistas serão gravadas, caso haja autorização de sua parte, e transcritas. O áudio das entrevistas será apagado ao término das transcrições.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Os benefícios esperados são: Contribuir na construção do conhecimento sobre a atuação dos assistentes sociais que atuam no NASF ampliando e divulgando o debate acerca do tema.

Informamos que o (a) senhor (a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contactar: Eliezer Rodrigues dos Santos, Endereço Rua Dr Benedito Rocha Campos 256 j Farid Libos Londrina PR, e mail: eliezerrodrigues2@hotmail.com, telefone: (43)91247434- (43)33566655 ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Kock, nº 60, ou no telefone 33712490. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Londrina, ____ de _____ de 2011.

Pesquisador Responsável

RG:: _____

ANEXO

ANEXO A

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres-humanos
da Universidade Estadual de Londrina

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



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O ASSISTENTE SOCIAL ENQUANTO MATRICIADOR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: Eliezer Rodrigues dos Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 10310912.0.0000.5231

Instituição Proponente: CESA/SERVIÇO SOCIAL/Prog. de Pós-Graduação em Serviço Social e Política

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 154.409

Data da Relatoria: 26/11/2012

Apresentação do Projeto:

O apoio matricial é uma estratégia para qualificação do cuidado e mudanças das práticas em saúde, tem nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), uma de suas principais estratégias de efetivação. Este projeto de pesquisa propõe um estudo qualitativo sobre as percepções do assistente social a respeito da prática de apoio matricial. Será realizado com assistentes sociais que atuam em equipes NASF da mesorregião Norte Central do estado do Paraná.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Compreender como o assistente social se percebe enquanto matriciador de equipes de Saúde da Família no contexto dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família

Objetivo Secundário: Identificar a concepção do assistente social sobre o matriciamento identificar as impressões do assistente social enquanto ator no processo de matriciamento, e sua inserção no NASF. Levantar e analisar os aspectos organizativos do trabalho do matriciamento Compreender o que os assistentes sociais fazem e como avaliam sua prática no matriciamento

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: não há

Benefícios: Os resultados dessa pesquisa serão importantes, para ampliar o conhecimento sobre o tema e para subsidiar o trabalho profissional indicando substrato teórico para atuação, bem como, evidenciando e analisando as diferentes experiências que serão estudadas.

Endereço: AVENIDA ROBERT KOCH, 60

Bairro: VILA OPERÁRIA

CEP: 86.038-440

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-2490

E-mail: cep268@uel.br

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Excelente a proposta de atuação no matriciamento é uma perspectiva nova no cenário nacional, e tem se tornado um desafio para as profissões, construir e estabelecer ações de matriciamento de maneira articulada e horizontal, considerando os Núcleos de Apoio a Saúde da Família um espaço privilegiado para realização do matriciamento, o qual teria possibilidades de ser fator de mudanças positivas no serviços de saúde, os profissionais apresentam dificuldades de construir estratégias de matriciamento, diante da pouca produção a respeito, bem como poucas experiências. No caso do Serviço Social, torna-se ainda mais complexo diante da dificuldade da profissão em articular-se com as produções e experiências, na área da saúde coletiva e ter pouca produção acadêmica na área, dessa formas presumimos que o profissional tem dificuldade em perceber sua prática e as possibilidades que ela engendra no contexto dos NASFs.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou autorização das secretarias de saúde das prefeituras dos municípios de Cambé, Ibiporã e Maringá, o Termo de Sigilo e Confidencialidade e o Termo de responsabilidade do pesquisador.

Recomendações:

Aprovado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem nenhuma pendência somos pela aprovação

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer referendado pelo colegiado

LONDRINA, 26 de Novembro de 2012

Assinador por:
Paula Mariza Zedu Alliprandini
(Coordenador)

Endereço: AVENIDA ROBERT KOCH, 60

Bairro: VILA OPERÁRIA

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-2490

CEP: 86.038-440

E-mail: cep268@uel.br

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



Endereço: AVENIDA ROBERT KOCH, 60
Bairro: VILA OPERÁRIA
UF: PR **Município:** LONDRINA
Telefone: (43)3371-2490

CEP: 86.038-440

E-mail: cep268@uel.br