

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Cristiane Belo de Araújo

**O NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA
E ATENÇÃO BÁSICA [NASF-AB]:
estudo de casos múltiplos sobre o apoio matricial na atenção básica em uma cidade de
médio porte de Minas Gerais**

Belo Horizonte

2019

Cristiane Belo de Araújo

**O NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA
E ATENÇÃO BÁSICA [NASF-AB]:
estudo de casos múltiplos sobre o apoio matricial na atenção básica em uma cidade de
médio porte de Minas Gerais**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Orientador: João Leite Ferreira Neto

Linha de Pesquisa: Intervenções Clínicas e Sociais

Belo Horizonte

2019

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

A663n Araújo, Cristiane Belo de
O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica [NASF-AB]: estudo de casos múltiplos sobre o apoio matricial na Atenção Básica em uma cidade de médio porte de Minas Gerais / Cristiane Belo de Araújo. Belo Horizonte, 2019.
278 f. : il.

Orientador: João Leite Ferreira Neto
Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

1. Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Política pública. 4. Saúde da família. 5. Serviços de saúde comunitária - Minas Gerais. 6. Gestão em saúde. 7. Método de estudo de casos. I. Ferreira Neto, João Leite. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

SIB PUC MINAS

CDU: 614(815.1)

Ficha catalográfica elaborada por Fabiana Marques de Souza e Silva - CRB 6/2086

Cristiane Belo de Araújo

**O NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA
E ATENÇÃO BÁSICA [NASF-AB]:
estudo de casos múltiplos sobre o apoio matricial na atenção básica em uma cidade de
médio porte de Minas Gerais**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de
Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção
do título de Doutora em Psicologia.

Dr. João Leite Ferreira Neto (Orientador)

Dra. Claudia Maria Filgueiras Penido (UFMG)

Dr. Cornelis Johannes Van Stralen (UFMG)

Dr. Bruno Vasconcelos de Almeida (PUC Minas)

Dra. Mônica Soares da Fonseca Beato (PUC Minas)

Belo Horizonte, 29 de novembro de 2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por todas as oportunidades a mim concedidas, desde a graduação, o mestrado e, agora, a conclusão do doutorado. Ele me deu a força e o discernimento necessários para seguir em frente e superar os desafios de conciliar o trabalho com o sonho de fazer o doutorado.

Aos meus pais, Rosa e Roberto, que muito amo e que sempre estiveram ao meu lado, compartilhando os momentos de alegrias e de preocupações, me apoiando em toda a minha trajetória. A vocês dedico esta conquista.

Ao meu irmão, Eduardo, e a minha cunhada, Cristiane, por todo o incentivo, carinho e amizade.

Ao meu sobrinho, Davi, por sua doçura e alegria.

Ao meu namorado, Leo, por seu companheirismo, se fazendo sempre presente em meus projetos de vida.

Ao meu orientador, o professor Dr. João Leite Ferreira Neto, pela confiança e acolhida. Com ele pude crescer e me desenvolver como pesquisadora. Aprendi a importância do rigor metodológico, com seu olhar sempre sensato, ponderado e respeitoso para com o campo de pesquisa. Agradeço por ter se colocado sempre disponível em sanar minhas dificuldades, respondendo prontamente as minhas dúvidas. Com ele também tive a oportunidade da parceria no estágio docente, vivência tão rica e que me norteou, pouco tempo depois, na minha primeira atuação como profissional docente. Foi muito agradável ser sua orientanda!

À coordenadora do programa, a professora Dra. Luciana Kind, aos professores e profissionais da secretaria do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC Minas, pelo profissionalismo e pelo respeito.

À Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais [PUC Minas] e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior [CAPES] pela concessão do benefício do custeio da taxa escolar, sem o qual seria inviável a realização deste doutorado.

Aos professores que participaram da banca de qualificação e de defesa do doutorado – Dra. Claudia Maria Filgueiras Penido, Dr. Cornelis Johannes Van Stralen, Dr. Bruno Vasconcelos de Almeida e Dra. Mônica Soares da Fonseca Beato – pelas ricas contribuições ao trabalho.

À prefeitura e aos profissionais do município em que a pesquisa foi realizada. Agradeço imensamente pela confiança e pela disponibilidade em participar do estudo. Como retribuição, espero que este trabalho possa reverberar no fortalecimento de suas práticas.

Aos colegas da turma de doutorado de 2016, pela amizade e pelos bons momentos que compartilhamos.

A todos aqueles que me ajudaram a chegar até aqui!

RESUMO

Como parte do processo de fortalecimento do Sistema Único de Saúde [SUS] ocorreu em 2008 a criação de mais um dispositivo, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família [NASF], o qual no ano de 2017 passou a ser identificado como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica [NASF-AB]. Assim, a presente pesquisa tem como objetivo compreender como o NASF-AB tem construído o seu apoio matricial às EqSF de um município de médio porte do interior do estado de Minas Gerais. A pesquisa se caracteriza por ser qualitativa, recorrendo à metodologia do estudo de casos múltiplos. Foram feitas observações participantes do cotidiano de funcionamento dos três NASF-AB do município e selecionados dois profissionais de cada um deles (o mais antigo e o psicólogo) para participar de uma entrevista semiestruturada. Também foi selecionada uma EqSF de cada núcleo para a entrevista semiestruturada de seu coordenador. Com a pretensão de analisar o processo histórico de constituição do NASF-AB no município, também foi entrevistada uma gestora local. Por fim, recorreu-se à análise documental. O apoio matricial se desenvolveu através de intervenções semelhantes às identificadas na literatura, como o atendimento individual e grupal, as visitas domiciliares e as reuniões de matriciamento. Os resultados evidenciam progressos no processo de consolidação do NASF-AB, com a melhor integração às equipes referenciadas e a diversificação do escopo de ações. Observou-se que o psicólogo representa uma das áreas mais demandadas e envolvidas no apoio matricial. Contudo, foram identificados alguns desafios, tais como: a ausência de transporte, infraestrutura de algumas unidades de saúde e a carga horária de determinadas especialidades. O acesso das equipes à zona rural e dessa população aos serviços é destacado como um ponto de fragilidade e que requer especial atenção. Sugere-se o maior investimento na promoção da educação permanente junto às EqSF, para além dos espaços das reuniões de matriciamento. Com a implantação de mais duas equipes de NASF-AB, após a conclusão da pesquisa de campo, há a expectativa de que o serviço se fortaleça ainda mais e caminhe na direção da superação das dificuldades relatadas.

Palavras-chave: NASF-AB; EqSF; Apoio Matricial; Estudo de Caso Múltiplo.

ABSTRACT

As a part of the strengthening of the Brazilian Public Health System (Sistema Único de Saúde [SUS]), in 2008 it was created the Family Health Support Team (Núcleo de Apoio à Saúde da Família [NASF]), which, in 2017, became Family Health and Primary Health Care Expanded Support Center (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica [NASF-AB]). Thus, this research aims at understanding how the NASF-AB has been building its matrix support to the EqSF (Family Health Teams) from a medium-sized city in the interior of the state of Minas Gerais, Brazil. This is a qualitative research, which used the multiple case study as a methodology. We observed the participants of the daily operation of the three NASF-AB in the city, and two professionals (the oldest and the psychologist) of each of them to attend a semi-structured interview. We also selected an EqSF from each team to take part in a semi-structured interview conducted by its coordinator. To analyze the historical process of the formation of the NASF-AB in the city, we interviewed a local manager too. Finally we conducted a documental analysis. The matrix support was developed through interventions similar to those ones found in the literature, such as individual and group care, home visits and matrix support meetings. The results highlighted the progress in the process of the NASF-AB consolidation, with a better integration of the referenced and the diversification of the scope of actions. It was observed that the psychologist represents one of the most demanded areas in the matrix support. However, some challenges were identified, such as: the lack of transport, the infrastructure of some health centers and the workload of certain specialities. The access of the teams to the rural areas and of that population to the services is one of the fragile aspects that need special attention. We suggest a higher investment in the promotion of continuing education of EqSF beyond the spaces of meetings of matrix support. With the implementation of two more NASF-AB, after the field research conclusion, there is an expectation that the service will be ever more strengthened and will be able to overcome the difficulties related.

Keywords: NASF-AB; EqSF; Matrix Support; Multiple Case Study.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Modelo para codificação de um estudo de caso múltiplo	26
FIGURA 2 – Agregação categórica da entrevista com o gestor local.....	108
FIGURA 3 – Agregação categórica do caso 1	133
FIGURA 4 – Agregação categórica do caso 2	168
FIGURA 5 – Agregação categórica do caso 3	203

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Matriz cronológica – o processo de implantação do NASF a partir da análise de documentos governamentais	59
QUADRO 2 – Artigos selecionados na BVS Saúde.....	71
QUADRO 3 – Potencialidades para o apoio matricial	240
QUADRO 4 – Desafios para o apoio matricial	241
QUADRO 5 – Relação entre as EqSF e o NASF-AB	245
QUADRO 6 – Avaliação das ações implementadas	246
QUADRO 7 – Diferenças entre as comunidades e as UBS referenciadas	249

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Configuração anterior das equipes – 2016	125
TABELA 2 – Composição por equipe em 2017	126
TABELA 3 – Equipes de NASF-AB e área de cobertura	127
TABELA 4 – Profissionais do NASF-AB em 2016 e que permaneceram em 2017.....	128
TABELA 5 – Caracterização dos profissionais entrevistados	129
TABELA 6 – Composição das UBS referenciadas	130
TABELA 7 – Quantitativo de atendimento coletivo entre 2015-2017.....	131
TABELA 8 – Localização das EqSF que tiveram suas profissionais entrevistadas	131
TABELA 9 – Composição das UBS referenciadas pelo NASF-AB Margarida	132
TABELA 10 – Quantitativo de atendimento coletivo entre 2015-2017	166
TABELA 11 – Composição das UBS referenciadas pelo NASF-AB Jasmim	167
TABELA 12 – Composição das UBS referenciadas pelo NASF-AB Girassol	202
TABELA 13 – Quantitativo de atendimento coletivo entre 2015-2017	214
TABELA 14 – Cobertura dos três NASF-AB	232
TABELA 15 – Cobertura de cada NASF-AB após implementação de mais duas equipes ...	233
TABELA 16 – Análise comparativa de atendimentos por categoria profissional	239
TABELA 17 – Avaliação sobre processos de trabalho do NASF-AB 2017	248

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CE	Ceará
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CIB-R	Comissão Intergestores Bipartite Regional
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CREPOP	Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas
eAB	Equipe de Atenção Básica
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
EqNASF	Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GO	Goiás
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NAISF	Núcleo de Atenção Integral na Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PB	Paraíba
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PR	Paraná
PSE	Programa Saúde na Escola
PST	Projeto de Saúde no Território
PTS	Projeto Terapêutico Singular
QVT	Qualidade de Vida no Trabalho
UBS	Unidade Básica de Saúde
SF	Saúde da Família
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 Percurso metodológico.....	20
1.1.1 Fase exploratória.....	21
1.1.2 O trabalho de campo.....	22
1.1.2.1 Estratégias de produção dos dados.....	22
1.1.3 Análise e tratamento do material empírico e documental	24
1.1.3.1 Estratégias de análise dos dados.....	24
 2 A CRIAÇÃO DO NASF COMO ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA.....	 27
2.1 A EqSF entre possibilidades e limites: contextualizando a criação do NASF.....	28
2.2 Fortalecer a atenção básica: a criação do NASF	39
 3 ANÁLISE DA CONSTRUÇÃO DO NASF A PARTIR DE DOCUMENTOS GOVERNAMENTAIS: ELABORANDO UMA MATRIZ CRONOLÓGICA	 51
3.1 As portarias: uma análise documental do processo de criação do NASF e de suas reformulações.....	51
 4 O APOIO MATRICIAL COMO FERRAMENTA TECNOLÓGICA DO NASF: DA PROPOSTA CONCEITUAL AOS MODOS DE SE FAZER	 63
4.1 A proposta conceitual.....	63
4.2 Os modos de se fazer o apoio matricial	69
4.2.1 Caracterização das pesquisas selecionadas	74
4.2.2 O apoio matricial nos contextos investigados: concepções e vivências.....	77
4.2.3 A atuação do psicólogo na construção do apoio matricial	87
4.2.4 Os desafios identificados na construção do apoio matricial	90
4.2.5 O que as pesquisas selecionadas evidenciam: uma síntese.....	95
 5 A REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA E SEUS DESDOBRAMENTOS	 99
5.1 A nova PNAB: um retrocesso?	99
5.2 Agora somos NASF-AB	103
 6 O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO NASF-AB NO MUNICÍPIO ESTUDADO.....	 107
6.1 O contexto de estudo: um município do interior de Minas Gerais	107
6.2 As bases históricas do NASF-AB e seus impactos na atenção básica	108
6.2.1 A inserção da Gestora nas políticas públicas.....	109
6.2.2 Processo de implantação do NASF-AB	110
6.2.3 A atenção básica após a implantação.....	120
 7 OS MODOS DE SE FAZER O APOIO MATRICIAL NOS TRÊS CASOS ESTUDADOS	 125
7.1 Caracterização dos NASF-AB	125
7.2 Caso 1: NASF-AB Margarida.....	132
7.2.1 Demandas e formas de acesso pelo NASF-AB.....	134
7.2.2 Construção do apoio matricial	142
7.2.2.1 Dimensão pedagógica	143

7.2.2.2 <i>Dimensão assistencial</i>	147
7.2.3 <i>Condições de trabalho</i>	152
7.2.4 <i>Diferenças entre as comunidades e as UBS referenciadas</i>	160
7.2.5 <i>Relação entre as equipes apoiadora e de referência</i>	162
7.2.6 <i>Avaliação das ações implementadas</i>	164
7.3 <i>Caso 2: NASF-AB Jasmim</i>	167
7.3.1 <i>Demandas e formas de acesso pelo NASF-AB</i>	168
7.3.2 <i>Construção do apoio matricial</i>	177
7.3.2.1 <i>Dimensão pedagógica</i>	177
7.3.2.2 <i>Dimensão assistencial</i>	180
7.3.3 <i>Condições de trabalho</i>	185
7.3.4 <i>Diferenças entre as comunidades e as UBS referenciadas</i>	190
7.3.5 <i>Percepções e expectativas entre as equipes</i>	193
7.3.6 <i>Planejamento das ações</i>	199
7.3.7 <i>Avaliação das ações implementadas</i>	200
7.4 <i>Caso 3: NASF-AB Girassol</i>	202
7.4.1 <i>Demandas e formas de acesso pelo NASF-AB</i>	203
7.4.2 <i>Construção do apoio matricial</i>	208
7.4.2.1 <i>Dimensão pedagógica</i>	209
7.4.2.2 <i>Dimensão assistencial</i>	211
7.4.3 <i>Condições de trabalho</i>	216
7.4.4 <i>Percepções e expectativas entre as equipes</i>	222
7.4.5 <i>Diferenças entre as comunidades e as UBS referenciadas</i>	227
7.4.6 <i>Planejamento das ações</i>	229
7.4.7 <i>Avaliação das ações implementadas</i>	230
7.5 <i>Integrando os casos: uma análise panorâmica do apoio matricial</i>	232
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	259
REFERÊNCIAS	263
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista aplicado aos profissionais do NASF-AB	272
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista para o coordenador da EqSF	273
APÊNDICE C – Roteiro de entrevista para o gestor local sobre processo de construção do NASF-AB no âmbito municipal	274
ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	275

1 INTRODUÇÃO

Durante o mestrado (2012-2014), a presente pesquisadora investigou como a intersectorialidade estava sendo construída entre o Centro de Referência de assistência Social [CRAS], a Estratégia de Saúde da Família [ESF] e a educação básica, neste mesmo município em que se realizou o atual estudo. Durante aquela pesquisa, pôde-se perceber o papel central do NASF na promoção dessa ação intersectorial, de modo a assumir um papel preponderante nesse processo, muito mais do que a própria EqSF. Esta, por sua vez, demonstrava a importância da articulação interdisciplinar com o NASF para o desenvolvimento e o fortalecimento de suas ações internas na atenção básica.

Além disso, após trabalhar alguns anos no campo da política pública de assistência social, a pesquisadora vivenciou a construção de um trabalho em constante interface com a atenção básica de saúde, pois as demandas humanas são complexas e potenciais para a articulação intersectorial. Novamente, deu-se conta do quanto o NASF se fazia eixo orientador para que a EqSF pudesse lidar com aquelas demandas multifacetadas, as quais exigiam a manutenção e o fortalecimento da relação com a equipe interdisciplinar do NASF. Assim, diante dessa relevância que o núcleo indicava assumir para a EqSF, surgiu o questionamento de como tem sido construída essa relação de apoio.

De acordo com Bonfim, Bastos, Góis e Tófoli (2013) a discussão sobre o apoio matricial ganha relevância e merece destaque diante dos desafios encontrados para a efetivação da atenção integral no SUS. Este, aliás, segundo Cunha e Campos (2011), apresenta as dimensões da coordenação e da integração deficitárias em relação ao que se pressupõe para um sistema de saúde. Isso permite entender as expectativas envolvidas na criação do NASF, afinal definiu-se o matriciamento como a sua grande metodologia de trabalho.

O fortalecimento da atenção básica, tendo como eixo estratégico a ESF, constitui-se, conforme apontam Dimenstein et al. (2009), “[...] parte do conjunto de prioridades políticas [...], de modo a superar [...] a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe (p. 64). Se o que tem sido buscado no decorrer da Reforma Sanitária, como afirmam as autoras, é uma outra forma de modelo assistencial que se contraponha aos especialismos e a uma perspectiva de saúde fragmentada,

pode-se compreender que o apoio matricial representa uma aposta para alcançar tais propósitos.

Ao se dedicar a compreender o modo com que o apoio matricial tem sido construído entre o núcleo e as EqSF, está se tratando de uma temática crucial que remete ao fortalecimento não apenas da política da saúde da família, como do próprio SUS enquanto sistema. Significa trazer contribuições que indicarão como as ações do núcleo têm colaborado para fazer valer o SUS na atenção básica.

Sabe-se que a saúde pública brasileira vem passando, sobretudo, a partir da década de 1970, por importantes movimentos e propostas de reformulação no seu modelo assistencial. Desde então, muitos esforços têm sido estabelecidos no propósito de se concretizar esse novo sistema de saúde.

É, portanto, dentro deste cenário que também se justifica considerar a criação do NASF, o qual foi instituído no ano de 2008, pela portaria 154. Esse é um dispositivo que surge com a proposta de servir de apoio e, em decorrência disso, contribuir no processo de ampliação das ações da atenção primária através da corresponsabilização no cuidado à saúde junto à ESF. A partir daí, com a posse de uma equipe interdisciplinar, a preocupação é de que se possa continuar avançando no processo de reorientação do modelo assistencial.

E é como parte desse processo contínuo de busca pelo avanço que também ocorre, em 2017, a publicação da portaria de número 2.436, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica [PNAB] e estabelece a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica. Deste momento em diante, houve a mudança na nomenclatura do NASF, que passa, então, a se denominar como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Contudo, entende-se que a perspectiva do apoio permanece, mas agora de maneira ampliada, contemplando equipes que, até então, não eram beneficiadas por ele.

Porém, considerando que a presente pesquisa se iniciou em um período histórico anterior a tais mudanças na nomenclatura do núcleo, quando ainda se encontrava em vigor a PNAB de 2011 (portaria de número 2.488), será possível verificar a menção às duas designações, NASF e NASF-AB. No entanto, julga-se pertinente não tratá-las como sinônimas, guardando as devidas particularidades de cada uma delas.

Por isso, pode-se afirmar que a presente investigação contempla os dois momentos históricos do núcleo, antes e após a nova PNAB. Diante da recente publicação desta nova portaria e considerando que não haja uma ruptura com o que se tinha estabelecido anteriormente, não se identificou nenhum novo caderno de diretrizes do Ministério da Saúde

sob a nova designação NASF-AB. Consideram-se, como referências para as análises aqui construídas, as orientações ministeriais que referendam os trabalhos do NASF. Sendo assim, os modos de operar associados à designação “NASF” ainda são apresentados como referências importantes para o tempo presente.

Esta pesquisa, de natureza qualitativa, parte do objetivo geral de compreender como o NASF-AB tem construído o seu apoio matricial às EqSF de um município de médio porte do interior do estado de Minas Gerais. Portanto, o objeto de estudo desta pesquisa se refere ao apoio matricial a partir da perspectiva de atuação do NASF-AB.

Como objetivos específicos, tem-se: identificar os modos de atuação do profissional de psicologia na construção do apoio matricial; analisar os aspectos históricos e os marcos legais da criação do núcleo; discutir quais são os principais fatores que atuam como dificultadores e como facilitadores para a articulação do NASF-AB às EqSF; e compreender como os profissionais da atenção básica de saúde percebem a articulação do NASF-AB às EqSF.

De natureza qualitativa e com o método estudo de caso, a pesquisa recorreu à utilização de entrevistas semiestruturadas, observação participante e análise de documentos como mecanismos de construção dos dados. Houve a triangulação de dados a partir do uso de diferentes instrumentos de produção de dados e informantes.

Desta forma, os capítulos deste estudo se encontram organizados da seguinte forma: o capítulo dois, a partir da análise da ESF, discute as condições que permitiram a criação do NASF enquanto proposta de fortalecimento da atenção básica; o capítulo três apresenta a pesquisa documental que retrata o percurso de construção do NASF, abrangendo diferentes documentos ministeriais; o capítulo quatro traz a discussão conceitual do apoio matricial e a pesquisa bibliográfica que contempla os modos de construção do apoio em diferentes realidades nacionais; o capítulo cinco, que também consiste numa pesquisa documental, aborda a portaria de número 2.436 de 2017 (nova PNAB) e contextualiza a mudança do NASF para NASF-AB; o capítulo seis consiste na análise da entrevista da gestora local, com o propósito de levantar os aspectos históricos do processo de implantação do núcleo no município estudado; no capítulo sete são analisados os temas internos a cada um dos três casos e, ao final, é realizada a integração com a identificação dos temas em que cada caso se aproxima e se particulariza e; finalmente, no capítulo oito as considerações finais.

Apresenta-se, na subseção seguinte, a exposição do percurso metodológico trilhado nesta pesquisa, de modo a preparar o leitor quanto aos procedimentos estabelecidos. A escolha por antecipar a apresentação dos procedimentos metodológicos se deve à pretensão de

construir um texto em que a dimensão do empírico possa ser trazida em interface com as construções teóricas, evitando, desta forma, uma cisão equivocada entre esses dois campos.

1.1 Percurso metodológico

A pesquisa de campo foi realizada numa cidade de médio porte do interior do estado de Minas Gerais e, para isso, foi agendada uma reunião com os gestores da Secretaria Municipal de Saúde, visando esclarecer-lhes a respeito desta investigação e obter o consentimento da sua realização no município.

A partir do consentimento, foi realizado o levantamento junto a esse departamento público quanto às localizações do NASF-AB em funcionamento, bem como das EqSF vinculadas a cada um desses núcleos.

Foi utilizado, como delineamento de pesquisa, o estudo de caso. De acordo com Creswell (2014) trata-se de estudar um sistema ou múltiplos sistemas, contemporâneos e pertencentes à vida real, com a possibilidade de se recorrer a diferentes fontes de informações. Aliás,

uma característica de um bom estudo de caso qualitativo é que ele apresenta uma compreensão em profundidade do caso. Para chegar a isto, o pesquisador coleta muitas formas de dados qualitativos, variando entre entrevistas, observações e documentos até materiais audiovisuais. A utilização de somente uma fonte de dados não é suficiente para desenvolver esta compreensão em profundidade (Creswell, 2014, p. 87).

Por isso, este delineamento de pesquisa permite compreender a questão relativa ao ‘como o NASF-AB tem construído o seu apoio matricial às EqSF’, a partir de uma realidade singular, com a consideração de seus múltiplos aspectos. Com vistas ao estudo em profundidade, contou-se com a fala de diferentes sujeitos através de diferentes instrumentos de produção de dados (entrevistas, análise de documentos e observação participante). Portanto, essa pesquisa recorre à triangulação de dados, sendo estes obtidos por diferentes fontes e técnicas.

Esta pesquisa se caracteriza por ser um estudo de caso múltiplo, de modo que cada um dos três NASF-AB, até então existentes no município durante a pesquisa de campo, com suas respectivas EqSF de referência, se constitui um caso. Desta forma, entende-se que o apoio matricial se fez estudado a partir de três casos.

Diante dessa possibilidade de um estudo em profundidade, pode-se compreender o porquê de se atribuir ao estudo de caso uma natureza holística, pois, como afirma Gil (2009), ao pretender analisar o objeto como um todo, também oportuniza contemplar a inter-relação entre as suas dimensões constitutivas. Mas, há outras vantagens que se somam a essas, tais como: a investigação de áreas inacessíveis por outros procedimentos e a compreensão do fenômeno pela perspectiva dos próprios atores (considerando as suas subjetividades). Contudo, entre as principais críticas apontadas está a sua capacidade limitada de generalização, afinal tratam de fenômenos singulares face ao seu contexto de ocorrência e às delimitações sócio históricas.

Nesta pesquisa, o estudo de caso se caracteriza por seu propósito descritivo, o qual, de acordo com Gil (2009), se constitui através de uma descrição detalhada do fenômeno em seu contexto. “Procuram fornecer respostas a problemas do tipo ‘o que?’ e ‘como?’. Procuram identificar as múltiplas manifestações do fenômeno e descrevê-lo de formas diversas e sob pontos de vista diferentes” (p. 50). No decorrer dessa descrição, pode-se perceber, de acordo com Creswell (2014), a emergência de temas ou questões que o caso suscita.

Além disso, para a estruturação da pesquisa, foi adotado o ciclo de pesquisa proposto por Minayo (2009), o qual se define por três momentos: fase exploratória, trabalho de campo, análise e tratamento do material empírico e documental. Este ciclo, de acordo com a autora, se constitui em etapas que se complementam e que não se fecham, garantindo a produção tanto de conhecimento quanto de novos questionamentos.

1.1.1 Fase exploratória

De acordo com Minayo (2009) é nesta etapa que se dá a construção do projeto de pesquisa, delimitando os procedimentos e os percursos que orientarão a etapa seguinte, isto é, a entrada no campo.

É o tempo dedicado – e que merece empenho e investimento – a definir e delimitar o objeto, a desenvolvê-lo teoricamente e metodologicamente, a colocar hipóteses ou alguns pressupostos para seu encaminhamento, a escolher e a descrever os instrumentos de operacionalização do trabalho, a pensar o cronograma de ação e a fazer os procedimentos exploratórios para a escolha do espaço e da amostra qualitativa (Minayo, 2009, p. 26).

Pode-se, portanto, compreender que a fase exploratória é o que permite guiar a entrada e a permanência do pesquisador em seu campo de estudo, através da definição do seu problema de pesquisa e dos instrumentos que mediarão o seu diálogo com o objeto.

1.1.2 O trabalho de campo

Com base no que propõe Minayo (2009), essa segunda etapa do ciclo de pesquisa corresponde à operacionalização no campo empírico daquilo que se construiu teoricamente na etapa anterior. Ou seja, trata da relação prática e empírica do pesquisador com o seu campo de estudo, valendo-se do que se definiu como técnicas e procedimentos de produção de dados.

1.1.2.1 Estratégias de produção dos dados

Como estratégias de produção dos dados, definiu-se a utilização dos seguintes recursos: entrevistas semiestruturadas, observação participante e análise de documentos.

A entrevista, como definida por Minayo (2009), consiste em uma conversa que apresenta uma finalidade e que, neste caso, sendo semiestruturada, concede certa liberdade ao entrevistado e à pesquisadora no manejo desta conversa.

O município estudado possuía, até o mês de maio de 2018, quando se finalizou a pesquisa de campo, três equipes de NASF-AB e vinte e sete EqSF. Contudo, para a realização da entrevista foi realizado um recorte no universo de EqSF do município: uma EqSF para cada equipe do NASF-AB.

Na tentativa de garantir a participação de EqSF com características diversificadas, foram selecionadas equipes localizadas em espaços sociais distintos, como: uma na área central, uma na zona rural e a outra situada em área mais periférica do município e, supostamente, mais vulnerável socialmente.

A partir disso, foi entrevistado um profissional de cada uma dessas três EqSF selecionadas. Neste caso, o profissional entrevistado foi o coordenador dessas equipes, o que na realidade do município a ser estudado é o(a) enfermeiro(a). Esse critério de inclusão se refere à hipótese de que ele desempenha papel crucial na demanda do apoio matricial da EqSF ao NASF-AB que se encontra vinculado.

Quanto aos NASF-AB, foram entrevistados dois profissionais de cada uma das equipes. Um desses profissionais foi o de Psicologia, tendo em vista que um dos objetivos

específicos desta pesquisa compreende a identificação das contribuições desta categoria profissional na construção do apoio matricial. O outro foi aquele que se encontrava há mais tempo no núcleo e que, em decorrência disso, possivelmente, poderia ter vivenciado mais experiências relacionadas ao apoio matricial.

Todas as entrevistas dos profissionais dos NASF-AB e das EqSF foram realizadas no primeiro semestre de 2018, após a apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foi realizada também, no primeiro semestre de 2019, a entrevista de outro ator, uma gestora que participou do processo de criação do núcleo no âmbito local. Portanto, foi feita a identificação de quem pudesse trazer esclarecimentos acerca de aspectos históricos aqui investigados.

Quanto ao uso da observação participante, Gil (2009) considera que entre as suas vantagens está a de “[...] possibilitar o acesso a dados que a comunidade, organização ou grupo consideram de domínio privado. Outra vantagem é a de facilitar o rápido acesso a dados relativos a situações habituais em que as pessoas estão envolvidas” (p. 75). Consequentemente, a compreensão da realidade ocorre pelo próprio ponto de vista das pessoas pesquisadas.

Outra relevante contribuição no entendimento da observação participante é oferecida por Minayo (2009) que demonstra que “[...] ao recorrer a essa técnica, o observador, no caso, fica em relação direta com seus interlocutores no espaço social da pesquisa, na medida do possível, participando da vida social deles, no seu cenário cultural [...]” (p. 70).

A observação participante contemplou o funcionamento cotidiano das equipes de NASF-AB investigadas, reuniões internas e demais ações realizadas, em conjunto ou não com as EqSF. O processo de observação participante compreendeu o segundo semestre de 2017 e o primeiro de 2018. Através desse procedimento foi realizado o acompanhamento do percurso de cada NASF-AB junto às suas EqSF e as informações produzidas, bem como as impressões da pesquisadora nesse processo, foram registradas em diário de campo.

E, finalmente, quanto à análise de documentos, Gil (2009) propõe que ela representa preciosa fonte de informações para um estudo de caso. Desta forma, a análise documental serve como contextualização e complementação das informações obtidas por meio da observação participante e da entrevista semiestruturada. Portanto, permite “auxiliar o pesquisador na elaboração das pautas para a entrevista e dos planos de observação” (p. 76). E,

ainda, agregam dados relativos à organização, estrutura, funcionamento e processos pertinentes ao fenômeno investigado.

A análise de documentos governamentais se constituiu como estratégia indispensável para a abordagem dos aspectos históricos e dos marcos legais da criação do núcleo. Desta forma, permitiu evidenciar, por exemplo, os processos de mudanças empreendidos num dado intervalo temporal, bom como as contradições, os conflitos, os avanços e os retrocessos, o que corrobora com os dados obtidos pelas outras técnicas de investigação.

Entre os documentos governamentais analisados, estão: a portaria 1.065 de 2005 (cria o Núcleo de Atenção Integral na Saúde da Família – NAISF); a portaria 154 de 2008 (cria o NASF); a portaria 3.124 de 2012 (redefine os parâmetros de vinculação dos NASF modalidades 1 e 2 às EqSF e/ou Equipes de Atenção Básica [eAB] para populações específicas, cria a modalidade NASF 3, e dá outras providências) e; as portarias 2.488 e 2.436 (2011; 2017). Além desses documentos, foram identificados outros no âmbito municipal, tais como o Relatório de Dados e Evidências (2018)¹ e os projetos de implantação/atualização do núcleo (2008; 2017). Junto à coordenação local do NASF-AB também foi possível acessar materiais informativos utilizados por ela em reuniões com as equipes dos núcleos.

1.1.3 Análise e tratamento do material empírico e documental

Minayo (2009) apresenta três momentos que integram essa etapa: a ordenação, a classificação e a análise, propriamente dita, dos dados. “O tratamento do material nos conduz a uma busca de lógica peculiar e interna do grupo que estamos analisando, sendo esta a construção fundamental do pesquisador” (p. 27). Contudo, foi feita a adesão às cinco etapas indicadas por Yin (2016): compilação, decomposição, recomposição, interpretação e conclusão.

Nesta etapa é que são feitas a organização, a compreensão e a interpretação dos dados em articulação com o que se definiu teoricamente na fase exploratória.

1.1.3.1 Estratégias de análise dos dados

¹ Colocou-se o ano de 2018 como referência ao momento em que a sua apresentação foi observada pela pesquisadora, uma vez que no documento não há indicação específica de sua data de publicação. Os documentos municipais não serão incluídos na lista de referências bibliográficas devido à escolha de não se identificar o município.

Para a análise dos dados, propriamente dita, recorreu-se ao que Creswell (2014) define como descrição detalhada, o que

significa que os autores descrevem o que eles veem. Esses detalhes são fornecidos *in situ*, isto é, dentro do contexto do ambiente da pessoa, local ou evento. A descrição se torna um bom lugar por onde começar um estudo qualitativo (depois da leitura e gerenciamento dos dados) e desempenha um papel central nos estudos etnográficos e de caso (Creswell, 2014, p. 150).

Portanto, a análise se apoia na descrição detalhada e aprofundada de todo o material empírico construído, compreendendo-os à luz do seu contexto de existência e do referencial teórico adotado.

Como informado antes, a análise dos dados compreendeu as cinco etapas identificadas por Yin (2016): compilação, decomposição, recomposição, interpretação e conclusão.

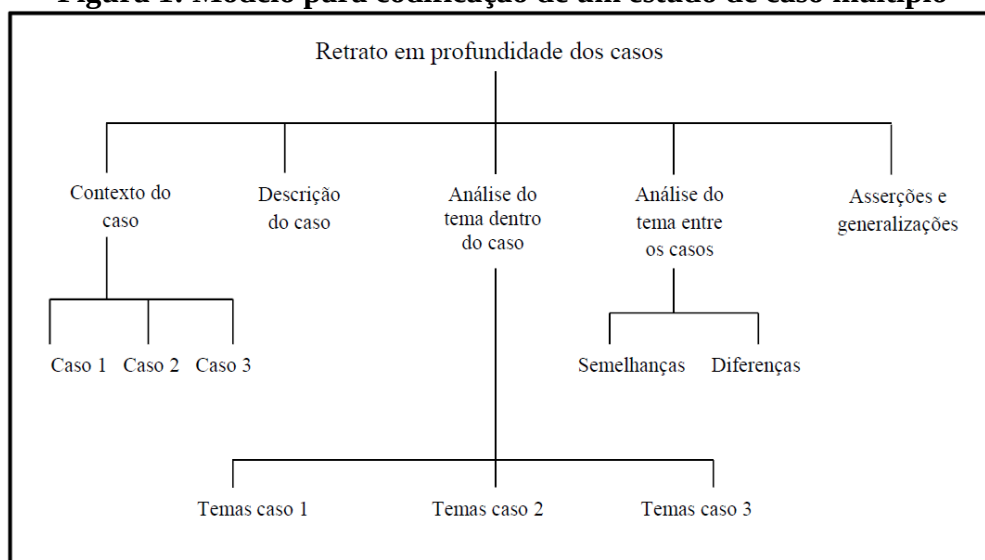
A primeira etapa, a compilação, compreende o processo de preparação e de organização dos dados produzidos (como no que se refere à transcrição na íntegra das entrevistas, o ordenamento das notas de campo e dos memorandos). Yin (2016) define esse momento como estratégia que consiste em colocar os dados em uma determinada ordem, o que dá origem a uma base de dados.

Na segunda etapa, a decomposição, remete à fragmentação dos dados ou à organização dos mesmos em unidades menores. Neste momento é que ocorre a definição de códigos e de categorias, o que leva a uma nova organização dos dados, os quais são agrupados conforme essas unidades de sentido (Yin, 2016). A esse mecanismo se dá o nome de agregação categórica (Creswell, 2014).

Na agregação categórica trata-se de colocar dados com significados semelhantes sob os mesmos rótulos. A classificação dos dados ocorre por meio de códigos de nível I, observando como eles interagem entre si, suas semelhanças e diferenças. A análise das relações entre os códigos poderá avançar para aqueles de nível II ou categorias, que constituem agrupamentos mais amplos e que reúnem códigos semelhantes. Por conseguinte, poderá se alcançar códigos de nível III ou famílias de categorias e assim por diante. Dessa ferramenta de análise, portanto, pode originar uma organização hierárquica, de modo que a cada nível amplia-se o grau de abstração conceitual (Yin, 2016). No capítulo seis, assim como no capítulo 7, no início de cada caso, são apresentadas as agregações categóricas que foram construídas a partir da organização das entrevistas.

Como esta pesquisa se caracteriza por ser um estudo de caso múltiplo, a descrição de cada um dos três casos e de seus contextos ocorreu separadamente. Em seguida, analisou-se a relação entre os casos, em termos de semelhanças e diferenças, permitindo fazer asserções e generalizações. Esse processo é mais bem ilustrado pela figura a seguir.

Figura 1: Modelo para codificação de um estudo de caso múltiplo



Fonte: Creswell (2014)

A terceira etapa, a recomposição, deriva, de acordo com Yin (2016), dessa nova organização e recombinação dos dados produzida pela agregação categórica. Neste sentido, novos agrupamentos podem ser construídos, diferente do que se tinha na base de dados original.

A interpretação, a quarta etapa, caracteriza-se enquanto construção de uma narrativa sobre os dados, afinal “[...] os dados não falam por si mesmos” (Yin, p. 185, 2016). Essa narrativa se estrutura a partir da articulação dos dados empíricos com o referencial teórico adotado, afinal “interpretar pode ser considerada a arte de dar seu próprio significado a seus dados recompostos e arranjos de dados” (p. 185).

Na última etapa, a conclusão, é quando se tem a síntese e a integração de todos os dados que foram capturados e interpretados anteriormente (Yin, 2016), apresentando-se aquilo que foi apreendido sobre o problema de pesquisa. Assim, pode-se dizer que é nesse momento em que se apresentou as implicações/contribuições do estudo, bem como a indicação dos pontos de fragilidades e as demandas por novas pesquisas.

2 A CRIAÇÃO DO NASF COMO ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Este capítulo está subdividido em dois momentos. No primeiro, é abordado o cenário da EqSF, sendo feitas articulações entre aquilo que, sobretudo, os documentos governamentais indicam que ela deve ser com o que, segundo as pesquisas disponíveis, ela demonstra ser.

Para tanto, foi realizada a pesquisa documental envolvendo a portaria 2.488 de 2011 (vigente no início da pesquisa aqui desenvolvida), o Cadernos de Atenção Básica, número 27, de 2010, entre outros textos ministeriais.

Também foi processada a busca de artigos na Biblioteca Virtual em Saúde [BVS Saúde], tendo como objetivo acessar produções que vislumbram aspectos operacionais da atenção básica. Foram utilizados como descritores ‘EqSF e qualidade do serviço’.

A escolha por esses termos de busca se justifica pelo fato de que no ‘Cadernos de Atenção Básica’, número 27 (Brasil, 2010), o NASF é apresentado como uma estratégia inovadora, com o caráter de aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde no âmbito da atenção básica. Portanto, o núcleo aparece assumindo o papel de elevar a qualidade de um serviço até então ofertado pelas EqSF.

Com esses descritores foram identificados setenta e seis textos completos. Tendo em vista que o NASF surge em 2008, foi definido como critério de inclusão que as pesquisas fossem referentes ao período que antecede o surgimento do núcleo, pois seria esse contexto que se constituiu como terreno fecundo para a identificação de uma demanda de proposição do novo equipamento. A partir disso, foram identificados estudos de 2004 e de 2007, somando um total de quatro artigos, além de uma dissertação. Desses artigos, dois foram descartados para a análise por se tratarem apenas de discussões teóricas. A dissertação também foi descartada por não corresponder ao objetivo deste capítulo.

Quanto ao cenário posterior à criação do núcleo, recorreu-se à dissertação produzida pela presente pesquisadora em 2014, além de produções de outros autores, como Cohn (2009) e Tesser e Norman (2014; 2015). Foi realizada ainda a seleção de dois artigos da Revista Saúde em Debate, de 2014, volume especial, onde constam publicações referentes aos dados

do Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica² [PMAQ-AB] de 2012.

No segundo momento do capítulo é discutida a proposta e os intentos que envolvem a criação do NASF. De modo semelhante, recorreu-se à articulação entre documentos governamentais e produções mais contemporâneas, como Tesser (2017).

2.1 A EqSF entre possibilidades e limites: contextualizando a criação do NASF

A atenção básica brasileira, campo em que se concentra esta pesquisa, se caracteriza pela descentralização e pela capilaridade, de modo que a sua operacionalização deve permitir que ela funcione como porta de entrada dos usuários no sistema de saúde como um todo. Assim, se constitui a partir da proximidade geográfica com as pessoas referenciadas por ela. Para tanto, deve funcionar segundo os seguintes referenciais: universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade, equidade e participação social, entre outros. Porém, para o redirecionamento do modelo assistencial, faz-se necessária a educação permanente, contribuindo para a qualificação da atenção (Portaria nº 2.488, 2011).

Para que haja o alcance dessas diretrizes, a atenção básica deve garantir a acolhida e a escuta das demandas que as pessoas lhe dirigem, de modo que não haja exclusões. “A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção” (Portaria nº 2.488, 2011, p. 21).

As unidades básicas de saúde [UBS] devem compreender em sua estrutura física: consultório médico e odontológico, sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, sala de administração, sala para atividades coletivas, área de recepção e de guarda de arquivos, sala de vacinas e de armazenagem de medicamentos, sala de curativos etc. Deve-se contar com a manutenção regular das instalações físicas e dos insumos necessários. Sobre as EqSF, elas devem responder, no máximo, por quatro mil pessoas, embora seja recomendado o quantitativo de três mil pessoas (Portaria nº 2.488, 2011).

² O PMAQ-AB foi criado em 2011, por meio da portaria de número 1.654, de 19 de julho. Posteriormente, pela portaria de número 535, de 3 de abril de 2013, foi realizada a inclusão do NASF no programa. A proposta, de acordo com essa última portaria, é que, através do programa, haja o estímulo à ampliação do acesso e à melhoria dos níveis de qualidade da atenção básica. Como consequência da adesão dos municípios ao PMAQ, há o repasse de recursos financeiros para aqueles que obtenham a melhora na qualidade dos serviços avaliados (saúde da família, NASF, equipes de saúde bucal e centro de especialidades odontológicas). Essas informações foram retiradas do portal da atenção básica.

O conjunto de ações volta-se para a promoção, proteção, manutenção e reabilitação da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento, por meio de uma assistência voltada tanto para o coletivo quanto para o individual. Neste sentido, visa-se que a atenção à saúde se organize de modo a repercutir não apenas nas condições de saúde da população como também na esfera da autonomia e dos condicionantes/determinantes da saúde (Portaria nº 2.488, 2011).

Norman e Tesser (2015), referenciados por Paim (2008), Coelho (2008) e Gérvas, Starfield, Heath (2008), discutem que as propostas que compõem o escopo de ações da EqSF não devem ser compreendidas como concorrentes ou antagônicas, mas como complementares entre si. E, inclusive, atuar de modo a garantir a articulação entre elas é reconhecido como um dos desafios que se colocam à atenção básica.

Sobre a articulação e a complementaridade das ações preventivas e promocionais, Norman e Tesser (2015) mencionam que isso está presente – e de modo recorrente – na literatura. Porém, numa pesquisa bibliográfica (Tesser & Norman, 2014) observam um processo inverso quanto à operacionalização das duas dimensões na atenção básica. Essa constatação faz com que os autores considerem que, possivelmente, haja uma carência de diretrizes que possam organizar os trabalhos das EqSF segundo essas duas perspectivas.

De acordo com Machado, Monteiro, Queiroz, Vieira e Barroso (2007), desde a implantação do SUS várias estratégias já foram esboçadas para efetivar as conquistas que este sistema representa e foi neste intuito que se deu em 1994 a proposta da Saúde da Família. Contudo, Sundfeld (2010) pondera que, mesmo antes da criação nacional do programa, experiências nessa direção já vinham sendo vivenciadas em algumas realidades locais, como é o caso do Ceará, por exemplo.

No material ‘Cadernos de Atenção Básica’, de número 27, de 2010, se encontra presente esse propósito da ESF servir como eixo estruturante do sistema de saúde brasileiro. Seu papel envolve reorganizar as práticas de saúde, de modo que não apenas seja visada a superação do modelo anterior de atenção à saúde, como também a consolidação de um serviço que possa se fazer mais próximo das famílias, com a consequente melhoria das condições de vida.

De acordo com Sundfeld (2010) algumas implicações podem ser identificadas no arranjo da ESF, na medida em que se destina a operar sob esse novo foco, sendo elas: nova concepção de saúde, agora mais ampla; compromisso com a equidade; relações de troca, profissionais-profissionais e profissionais-comunidade; construção de vínculos com identificação e enfrentamento das necessidades territoriais e sustentabilidade.

Sobre as relações de troca profissionais-comunidade, a pesquisa de Ferri, Pereira, Mishima, Caccia-Bava e Almeida (2007) verificou, por exemplo, a satisfação de alguns entrevistados quanto ao vínculo ou proximidade mantida com a enfermagem, indicando a percepção de bom acolhimento e “[...] do tratamento de humano para humano [...]” (p. 525).

A pesquisa de Ferri et al. (2007) também permitiu observar que entre os usuários da atenção básica ainda podem ser encontradas expectativas de um sistema que funcione nos ‘velhos’ moldes. As pesquisadoras citaram a fala de um entrevistado que deixou transparecer o desejo de uma unidade de saúde que contasse com uma estrutura semelhante à de um hospital, ou melhor, remetendo “[...] a imagem da arquitetura hospitalar, instituída pelas normas padronizadas pelas nossas instituições, com funções normalizadoras” (p. 523). E as pesquisadoras ainda se colocam o seguinte questionamento: “[...] será que não precisamos pensar numa arquitetura menos improvisada que permita ou potencialize a mudança no modelo de atenção?” (p. 523).

Em relação àquele processo de vinculação da EqSF com a comunidade referenciada, Cohn, Nakamura e Gutierrez (2009) mencionam, por exemplo, o papel estratégico que o agente comunitário de saúde [ACS] representa. As autoras se referem ao seu trabalho como sendo de caráter nuclear, estando este numa posição diferenciada, pois ao mesmo tempo em que assume o lugar de profissional ele também é alguém que reside naquele local e, por conseguinte, pode-se esperar que ele tenha uma vinculação singular com as famílias e com a realidade comunitária. Aliás, em pesquisas que contemplam as práticas da EqSF (Oliveira & Ramos, 2007; Araújo, 2014) é possível observar o importante lugar que este profissional vem assumindo na articulação da equipe com o território, favorecendo o que Cohn et al. (2009) se referem como capilaridade do serviço, com a entrada do público no âmbito da vida privada.

Porém, segundo Cohn et al. (2009), essa potencialidade de penetração da EqSF nos domicílios, via ACS, se difere conforme o perfil socioeconômico dessas famílias assistidas. A partir de uma análise do trabalho de ACS no município de São Paulo e Grande São Paulo, verificou-se que a capilaridade social era maior nas áreas pobres e, em contrapartida, mais difícil nas áreas mais ricas. Esse fato também foi observado na pesquisa de Araújo (2014), quando alguns profissionais da EqSF estudada chegaram a relatar a existência de famílias que, por terem melhores condições financeiras e não dependerem do serviço público de saúde, não indicavam receptividade às visitas dos ACS.

Esse fenômeno permite perceber que pode haver certo movimento manifestado pela própria comunidade, de abertura ou de resistências às intervenções da EqSF, e que impacta na

abrangência e na universalidade do serviço. Cohn et al (2009) ainda apresentam situações de resistências ligadas a outras razões que não são de ordem socioeconômica, como é o caso de famílias de imigrantes irregulares no país e que, possivelmente, temem alguma denúncia.

Portanto, há aspectos formais (organizativos, gerenciais, institucionais, estruturais etc.) e informais (interações com a comunidade e grau de receptividade desta ao serviço) que podem representar possibilidades e entraves à efetivação deste novo modelo de saúde que pretende ser efetivado através da ESF. Isso permite pensar que entre o que está posto nos documentos governamentais e o que, de fato, tem sido observado na realidade prática, pode haver abismos que precisam ser cotejados à luz do próprio comportamento manifestado pelas famílias que são público alvo dos serviços das EqSF. As percepções e as representações que são construídas sobre essa entrada do público na esfera da vida privada não podem ser negligenciadas. Tal relevância também se coloca aos trabalhos originados com o NASF, na medida em que representa mais uma via de intervenção do poder público, ao pretender expandir aquela capilaridade social da atenção básica.

Nessa ênfase que é dedicada à família, Cohn (2009) menciona essa possibilidade de um monitoramento dos arranjos familiares e dos seus domicílios pelas EqSF, as quais se colocam, neste momento, enquanto agentes do Estado. A autora permite suscitar reflexões quanto ao papel da ESF na produção de certa normatividade ou policiamento da vida familiar/privada. Parece, por conseguinte, haver uma linha tênue entre uma prática que conduz à produção de sujeitos autônomos nos cuidados de saúde e o controle desses sujeitos ou, talvez, até mesmo uma mescla das duas coisas. Para Cohn et al. (2009) a ESF é caracterizada por essa contradição e demonstram como que a conduta de normatização da vida privada pode se intensificar pela entrada do ACS nas casas, quando, então, esses espaços e as práticas vivenciadas ali dentro também passam a ser alvo de análise e de intervenção.

Apesar desse dilema, pode-se dizer que a ESF representa uma proposta audaciosa e desafiadora, ao assumir para si a responsabilidade de efetivar um novo modelo assistencial a partir da atenção primária. A criação de um novo dispositivo não é garantia, por si só, de superação do modelo anterior, sobretudo, se as práticas não são direcionadas para a nova concepção de saúde trazida pelo SUS, o qual a pressupõe enquanto produção social.

A pesquisa de Ferri et al. (2007) mostrou que não havia ainda um consenso quanto à produção social da saúde entre os usuários de uma EqSF, por exemplo. Entre aqueles que chegaram a manifestar alguma ideia a respeito verificou-se, de um lado, o predomínio de uma perspectiva biológica, centrada na ausência de doença, na figura do médico e no

medicamento. De outro, percebeu-se usuários com o entendimento mais ampliado de saúde, com a menção a diferentes variáveis relativas às condições sociais de vida. Portanto, depreende-se a coexistência das visões biologicista e integral de saúde.

A concretização desse novo modelo de assistência, além de uma nova concepção de saúde, ainda pressupõe o que Alves e Aerts (2011) afirmam quanto ao acolhimento da demanda espontânea e ao desenvolvimento de ações para aqueles que ainda não chegaram até a unidade de saúde.

Na pesquisa de Araújo (2014) foi possível verificar a preocupação do profissional entrevistado da EqSF quanto à garantia de acesso às famílias ‘carentes’³, pois, mesmo que essas não os procurassem por iniciativa própria, havia o intento em acompanhá-las por meio de visitas domiciliares, garantindo a manutenção de um vínculo com as mesmas. O entrevistado afirmava que o fato de não haver a procura espontânea de atendimentos, não significava que elas não tinham demandas de saúde. E o que explicaria a não procura espontânea por atendimentos? Naquele momento da pesquisa cogitou-se que isso poderia ser explicado em razão de um desconhecimento por parte da comunidade quanto ao serviço da ESF ou de uma possível tentativa dessas famílias de gerirem de modo autônomo as suas próprias condições de saúde.

De qualquer modo, Cohn et al. (2009) evidenciam como esse acesso aos usuários pode se fazer facilitado através do contato privilegiado que o ACS mantém com a comunidade, uma vez que ele também vive nela e possui um conhecimento prévio a seu respeito, sobre isso as autoras mencionam o acesso a áreas de controle do tráfico de drogas.

Cohn et al. (2009) também consideram que o surgimento da saúde da família se deu muito mais do que como um simples programa, mas com aquele propósito de reorganização do modelo vigente de saúde, a partir da afirmação dos princípios do SUS. Mas, será que o Brasil tem conseguido construir uma atenção primária que opere conforme essas diretrizes? Ao verificar a importância que a atenção primária assume, servindo como espécie de pilar para que todo um sistema possa funcionar, segundo esses níveis mencionados acima, mais relevante se torna um estudo como este que a elege como objeto de análise. É em função dessa magnitude que a ESF representa, e que as autoras reconhecem, que se explicam os interesses de estudo sobre a ESF, se tornando, portanto, objeto de muitas pesquisas.

³ Na entrevista o profissional da EqSF indicava perceber a existência de dois grupos de família: aquele constituído por famílias com melhores condições socioeconômicas e que, muitas vezes, dispunham de planos de saúde ou de acesso a assistência no setor privado e; aquele com famílias ‘carentes’ no aspecto socioeconômico e que dependiam, majoritariamente, dos serviços ofertados pela saúde pública.

Apesar da criação da ESF, de acordo com o que é discutido por Formiga e Ribeiro (2012), novas demandas continuaram a evidenciar a necessidade do estabelecimento de outras iniciativas no campo da saúde pública.

A Estratégia de Saúde da Família ampliou a cobertura assistencial, no entanto, essa ampliação possibilitou às equipes identificar novas necessidades de saúde, gerando, assim, outras demandas assistenciais. Evidenciou-se, então, a importância da inserção de outros profissionais, além dos que constituem a equipe mínima, a fim de assegurar a integralidade na atenção à saúde (p. 114).

Percebe-se que a criação da ESF, uma vez que possibilitou uma maior aproximação entre os profissionais da atenção básica e a comunidade, serviu para indicar as limitações que ainda permaneciam no modelo assistencial vigente. Esse processo criativo/inventivo, o qual se estabelece no intuito de responder de modo mais adequado às demandas da população, reforça o caráter da saúde pública brasileira enquanto projeto inacabado.

Moura e Luzio (2014) apresentam uma análise positiva do processo de reordenamento das políticas de saúde desde a década de 1980, indicando, por exemplo, a ampliação das ações possibilitadas pela ESF, com a expansão dos recursos humanos e das tecnologias em saúde. As autoras não deixam de considerar o fato de que “[...] em um país de dimensões continentais como o nosso, marcado por amplas desigualdades regionais e econômico-sociais, o SUS continua enfrentando sérias dificuldades para garantir seus princípios mais fundantes: o acesso universal e equitativo e a atenção integral à saúde” (p. 974).

Em relação a esse percurso trilhado na história das políticas públicas de saúde, desde o início da Reforma Sanitária, Cohn (2009) observa indicativos de progressos, os quais podem ser verificados, por exemplo, a partir de dados epidemiológicos e de distribuição dos serviços. A autora também pondera que tais avanços não se distribuíram de modo equânime pelo território brasileiro, sobretudo, em relação às seguintes variáveis: integralidade e igualdade de acesso, financiamento e regulação do setor privado.

Um dos grandes desafios observados no contexto estudado por Araújo (2014) se refere, por exemplo, à relação inversamente proporcional entre demandas e capacidade de atendimento. O profissional da saúde entrevistado chegou a mencionar as demandas relativas a atendimentos médicos em domicílio, em função de usuários que apresentavam dificuldades de locomoção, e a existência de apenas um profissional para fazer isso, implicando na criação de uma espécie de fila de espera. Outro problema apontado se referia à marcação de consultas médicas no posto de saúde, o que ocorria a partir de uma fila e conforme a ordem de chegada

as vagas de atendimento eram preenchidas. Contudo, o entrevistado percebia a dificuldade de alguns usuários em chegar cedo o suficiente para garantir o atendimento num dado dia e, assim, acabavam ficando sem conseguir o agendamento. Essa realidade é um indicativo de dificuldades do sistema em garantir a universalidade dos serviços, o que fazia necessária a criação de mecanismos alternativos, como a posição na fila, para se determinar quem poderia ou não ser assistido. Mesmo com essa estratégia, como se percebe, havia uma desigualdade de acesso.

A realidade descrita acima faz questionar o quanto as EqSF têm sido absorvidas pelas demandas de adoecimento e o quanto de suas agendas se encontra dedicado para as ações preventivas e promocionais. Norman e Tesser (2015) discutem sobre a importância de que essas agendas sejam operadas com equilíbrio e sem competitividade.

A capacidade de acolhimento das demandas pela EqSF também foi observada na pesquisa de Ferri et al. (2007). Ao avaliarem a satisfação de usuários de uma EqSF, do interior do estado de São Paulo, as autoras verificaram que alguns entrevistados indicavam satisfação e outros insatisfação. Com relação a esses últimos, foi mencionada a demora na ocorrência dos atendimentos, por exemplo, com situações de agendamento de atendimento para dois ou três meses adiante ou a espera por horas na unidade até a consulta. Em contrapartida, também apareceu a fala de ter sido atendido prontamente quando precisou, mesmo sem agendamento prévio, e do bom atendimento como compensador da demora no acesso.

Oliveira e Ramos (2007) também identificaram, numa pesquisa que avaliou a satisfação de dezoito gestantes no acompanhamento de pré-natal em unidades de saúde da família no município de Vitória, elevado grau de satisfação quanto à relação mantida com os profissionais. Entre os profissionais mais destacados mencionou-se o ACS e o médico. Além disso, verificou-se contentamento quanto à localização das unidades, o que apareceu associado à facilidade de acesso pelas usuárias.

Ferri et al. (2007) observaram também problemas relacionados à estrutura física do serviço, como a falta de manutenção e, ao mesmo tempo, a fala de um entrevistado que demonstrou certa acomodação ou contentamento com as condições ofertadas, como se fosse normal ser daquela maneira, afinal era algo que, possivelmente, ele demonstrava perceber em outros postos de saúde. Verificou-se, ainda, falas de insatisfação com relação ao não acesso a medicamentos, à demora na realização de exames e ao horário de funcionamento da unidade,

quando alguns entrevistados sugeriram que deveria ser ofertado atendimento vinte e quatro horas por dia.

Essa demanda por uma maior carga horária de atendimento e a demora na espera pelas consultas, também foram aspectos identificados por Oliveira e Ramos (2007), o que as pesquisadoras perceberam como algo que dificultava o acesso daquelas gestantes que trabalhavam em horário concomitante ao de algumas EqSF. Foi identificada uma unidade de saúde que funcionava em um horário diferenciado, até às dez horas da noite.

Na pesquisa de Oliveira e Ramos (2007) houve a identificação de percepções distintas quanto à satisfação de usuárias com a infraestrutura de algumas unidades de saúde. Inversamente, também se verificou falas de insatisfação quanto às condições, em especial, de outras duas unidades de saúde do município investigado. Essas contraposições sugerem que a realidade das EqSF sejam muito desiguais pelo território brasileiro, havendo unidades mais bem equipadas do que outras, o que, por consequência, poderá repercutir no acesso e na qualidade dos atendimentos prestados.

Norman e Tesser (2015), a partir de Campbell e Rolland (2000), consideram a qualidade do serviço de saúde no âmbito individual e coletivo. No primeiro, tem-se como referência o acesso à assistência e a efetividade desta. No segundo, são o acesso com equidade e com eficiência e a promoção de bem-estar para a população. Ao considerar que a atenção básica se vê constituída por pontos fortes (a capilaridade proporcionada pelos ACS e os vínculos construídos com outros profissionais, por exemplo) e fracos (insatisfação quanto à demora no atendimento, aos problemas relacionados à infraestrutura de algumas unidades, ao excesso de demandas para a limitada capacidade de atendimento, entre outros), segundo o que as pesquisas de campo aqui citadas apresentam, como poderia ser avaliada a qualidade das EqSF? “Como resultado geral, após mais de duas décadas de SUS, as equipes da APS/ESF não oferecem disseminadamente acesso fácil a seus usuários nem dispõem de tecnologias organizacionais consolidadas para tal (além da diretriz genérica do acolhimento) [...]” (Tesser & Norman, 2014, p. 871). Para estes autores a qualificação do serviço se articula à proporcionalidade entre equipe e população referenciada e sugerem que diante da realidade nacional seja reduzido o território de cobertura para duas mil e quinhentas pessoas, em média.

Na revista Saúde em Debate (2014) há um corpo seletivo de pesquisas que têm como eixo de análise a situação das EqSF a partir de dados do PMAQ-AB. Foram selecionados para este capítulo dois artigos: 1º - Alves et al., 2º - Fausto, Giovanella, Mendonça, Seidl e Gagno.

Na pesquisa de Alves et al. (2014) as duas dimensões analisadas foram: disponibilidade e acolhimento, ambas integrando a categoria acesso. O contingente de análise foi composto por 51% do total das equipes (EqSF e atenção básica) implantadas em 2012. Quanto à variável acolhimento, observou-se que ela ocorria, preponderantemente, através de visitas domiciliares, de escuta e avaliação de demandas espontâneas nas unidades e de reserva de atendimento no mesmo dia para usuários que procuravam o posto com alguma demanda. A menor parte das equipes considerou dispor de recursos suficientes para a realização do acolhimento, tais como sala específica e profissionais qualificados. E, embora houvesse o acolhimento segundo as formas identificadas, observou-se que poucas ações eram originadas a partir desses acolhimentos, como por exemplo, a marcação na agenda dos seus profissionais. A menor parte também conseguia garantir o acesso das pessoas com deficiências. Neste sentido, percebeu-se que o trabalho de acolhimento ainda se constituía como um desafio para grande parte das equipes de atenção básica do país, o que, inevitavelmente, parecia repercutir na garantia do acesso ao serviço.

A outra variável, disponibilidade, também apareceu como perpassada por alguns limites. Embora em alguns aspectos houvesse indícios de um movimento que tentasse fazer do serviço algo mais disponível para a população, como é o caso da grande parte de equipes que trabalhavam em horário de almoço, existiam outros que apontavam para a pouca acessibilidade, como a realização de alguns exames (teste de gravidez e de sífilis, por exemplo). Entre os procedimentos mais executados estava a aplicação de vacinas e menos executado a drenagem de abscesso, entre outros. Observou-se uma relação diretamente proporcional entre o índice de desenvolvimento humano do município [IDH] e a proporção do acesso e do acolhimento. Da mesma forma, se comportou a relação entre o número de EqSF e a qualidade do acesso e do acolhimento (Alves et al., 2014). Em síntese,

pode-se concluir que o desempenho de equipes localizadas na região Sudeste, em capitais, municípios de maior porte e com maior número de equipes por UBS apresentaram desempenho mais favorável para a obtenção dos cuidados. A afirmativa refere-se tanto à ‘disponibilidade’ ou abrangência, atributos fundamentais para a qualificação de uma atenção primária integral em saúde, como para o acolhimento, dimensão reconhecidamente importante para a conformação dos serviços de Atenção Básica como fonte regular de cuidados e criação de vínculo (Alves et al., 2014, p. 49).

Os dados analisados permitiram aos pesquisadores concluir sobre a necessidade de maior investimento em qualificação naqueles municípios de pequeno porte em que a realidade do acesso era muito diferente a daqueles de maior porte. De modo coerente, Norman e Tesser

(2015) entendem que é necessária a maior problematização sobre a questão do acesso à EqSF, com a devida regulação no âmbito do SUS. Suas discussões ainda sugerem a necessidade de uma maior qualificação dos serviços para que, de fato, a EqSF se materialize enquanto porta de entrada do sistema público de saúde. A leitura dos referidos autores traz inquietações importantes, pois sugerem revisões na operacionalização da atenção básica, afinal, só assim será possível pensá-la como eixo estruturante do SUS.

Fausto et al. (2014) estudaram um contingente semelhante ao da pesquisa de Alves et al. (2014), 50% das equipes estabelecidas em 2012. Foi analisada a dimensão de entrada preferencial à rede de atenção, considerando-se dois aspectos: abertura (funcionamento e acessibilidade) e resolutividade. No primeiro, verificou-se que grande parte dos municípios funcionava de modo a favorecer o acesso, com a satisfação dos usuários quanto ao horário de funcionamento, sobretudo, nos municípios de pequeno porte. Apenas 12% das unidades abriam aos finais de semana. Sobre o acolhimento, foi verificado que quanto menor o porte do município menor a sua frequência.

O atendimento à demanda espontânea é considerado pelos pesquisadores como sendo aquilo que permite conhecer como a equipe desempenha seu papel de porta de entrada e garante o acesso dos usuários aos serviços ofertados. Observaram que a grande parte das equipes informou disponibilizar vagas para atendimento de público não prioritário ou programático e um pouco mais da metade (55%) afirmaram o agendamento de consultas em qualquer dia e horário. Porém, apenas 28% dos usuários confirmaram o declarado (Fausto et al., 2014).

Em relação à articulação da atenção básica com a atenção especializada, verificou-se que metade das equipes de atenção básica informou a existência de alguma comunicação. O principal dispositivo informado foi a ficha de referência/contra referência. Além disso, citou-se a discussão de caso com especialista (35%) e a reunião técnica com especialista (26%). Os dados evidenciaram certo aspecto burocrático que ainda prevalecia nas relações entre os dois níveis de atenção. Esse quadro se fez agravado pela constatação de que apenas 43% das equipes dispunham de lista de contatos dos especialistas da rede, indicando o distanciamento da relação e da comunicação entre os profissionais. A pesquisa permitiu deduzir a existência de demanda de uma maior integração da rede de cuidados (Fausto et al., 2014).

Na dimensão apoio de outros profissionais, Fausto et al. (2014) verificaram a menção ao apoio ofertado por profissionais tanto do NASF quanto do Centro de Atenção Psicossocial [CAPS]. Quanto ao apoio matricial ofertado pelo primeiro equipamento, ele foi mencionado

por 64% das EqSF. Em relação ao segundo, o percentual foi equivalente a 48%. Desta forma, os dados evidenciaram que o NASF correspondia à principal forma de suporte recebida pelas EqSF.

Do montante de EqSF analisadas, observou-se a seguinte percepção do apoio ofertado: 55% relataram o apoio da Psicologia, 51% da Fisioterapia, 50% da Nutrição e 43% do Serviço Social (Fausto et al., 2014). Embora os pesquisadores informem a impossibilidade de analisar certos processos de trabalho do núcleo, tendo em vista as variáveis que compuseram a avaliação externa do PMAQ-AB, os dados apresentados permitem identificar que a maior parte da percepção do apoio ofertado é referente à Psicologia, entre as demais áreas integrativas do NASF. Este fato reforça a importância de eleger, na presente pesquisa, esse profissional como um dos que seriam entrevistados, constituindo-se como um informante privilegiado do campo estudado, permitindo identificar os seus modos de atuação para a construção do apoio matricial.

Fausto et al. (2014) ainda evidenciaram o quanto era desigual a realidade das equipes pelo país. O funcionamento das EqSF pode ser diferente a depender do espaço social em que estão. Outra constatação se refere ao fato de que, enquanto os profissionais indicavam uma percepção mais positiva sobre o funcionamento do serviço, a população indicava aspectos que ainda requeriam melhorias, como forma de garantir o acesso e a resolutividade das ações. Afinal, “[...] persistem importantes barreiras organizacionais para acesso, os fluxos estão pouco ordenados, a integração da APS à rede ainda é incipiente e inexistente coordenação entre APS e atenção especializada” (p. 32).

E, entre avanços e desafios observados na efetivação do projeto do SUS, especialmente, no que se refere à atenção básica, ocorreu em 2008 a promulgação da portaria de número 154, a qual estabeleceu a criação de mais um serviço: o NASF. Posteriormente, no ano de 2012, ocorreu a promulgação da portaria 3124, o que, de acordo com Gonçalves, Lancman, Sznalwar, Cordone e Barros (2015), foi responsável por aprimorar e redefini-lo.

Com o caráter de projeto inacabado se assiste, dentro da atenção básica, a estruturação do NASF. O seu surgimento se fez embasado no reconhecimento da existência de limites e na necessidade de ampliação das ações da atenção primária, sobretudo, no que tange a ESF. Embora a saúde da família tenha permitido que a política de saúde brasileira avançasse em relação a períodos anteriores de sua história, não se pode perder de vista o que as pesquisas aqui mencionadas apontam quanto aos desafios vivenciados para o fortalecimento do SUS e, particularmente, da própria ESF, mesmo após a criação do NASF.

2.2 Fortalecer a atenção básica: a criação do NASF

Tendo em vista o processo de construção das políticas públicas de saúde verifica-se que, como apontam Volponi, Garanhani e Carvalho (2015), persiste o imperativo de se dar continuidade ao movimento de revisão e de mudanças tanto nas organizações do setor saúde quanto nos cuidados produzidos por elas. E é dentro dessa necessidade que deve ser problematizada e compreendida a constituição do NASF, ou melhor, dos modos com que eles têm sido operados e o lugar que assumem na produção desses novos cuidados.

Florindo (2009) afirma que a razão de ser do NASF está na sua contribuição com os trabalhos da EqSF, através de equipes interdisciplinares, contando, inclusive, com o trabalho de profissionais inexistentes na EqSF, favorecendo as ações de matriciamento e de abordagens coletivas. Em conformidade com isso, Azevedo e Kind (2013) mencionam o fato de que o NASF representa, de um lado, a construção de um novo cenário de atuação para algumas categorias profissionais e, de outro, a ampliação dessa atuação. Com relação a isso, pode-se falar sobre a presença, por exemplo, de nutricionistas, fisioterapeutas, educadores físicos, assistentes sociais e psicólogos.

Em relação a esse enfoque interdisciplinar é preciso considerar, conforme indicam Gonçalves et al. (2015), que um número cada vez maior de profissionais tem sido acolhido no interior do SUS, dando origem a práticas inovadoras, o que, nas palavras dos autores, se refere a algo sem precedentes na história do país. Mas, “o cenário em que devem atuar se caracteriza por uma série de incertezas e de variações, que englobam tanto aspectos das condições de trabalho como diferenças no modo de organizar os serviços” (p. 60).

Percebe-se que esse arranjo interdisciplinar se faz compatível com a afirmação de uma concepção de saúde ampliada (que retrata as condições sociais de vida), que parte do pressuposto de uma determinação saúde-doença plural e não linear. Para Ferro, Silva, Zimmermann, Castanharo e Oliveira (2014) falar em interdisciplinaridade equivale a pensar na possibilidade dos contraditórios, das diferenças, da criatividade, pode-se aqui também acrescentar a possibilidade das negociações/intercâmbios, em contraposição a uma lógica simplista. Mângia e Lancman (2008) ponderam quanto ao caráter ambicioso e utópico da proposta do NASF ao considerarem que o processo de formação dos profissionais de saúde nem sempre são compatíveis com essas diretrizes de trabalho trazidas pelo NASF.

Ancorando-se na interdisciplinaridade, a proposta do NASF se caracteriza, prioritariamente, segundo Cunha e Campos (2011), por oferecer apoio às EqSF, com vistas a

uma maior resolutividade das mesmas. A criação do núcleo vem, portanto, atender à necessidade de apoiar e de ampliar a abrangência das ações desenvolvidas na atenção primária e, para isso, ao contar com uma equipe diversificada de profissionais, atua conjuntamente com as EqSF do seu território de abrangência. Trata-se de compartilhar com essas equipes, segundo Oliveira, Rocha e Cutolo (2012), todas as propostas de atuação, sejam atendimentos individuais, grupais, visitas domiciliares ou estudos de caso, por exemplo. Nessa perspectiva de uma atuação compartilhada e interdisciplinar, cabe mencionar também, além da interatividade dos saberes, o processo de capacitação e de responsabilidades mútuas, o que por sua vez alimenta a construção de saberes e de experiências (Scabar, A. F. Pelicioni & M. C. F. Pelicioni, 2012).

Contudo, Tesser (2017) faz considerações quanto ao risco do que ele chama de ‘subutilização’ dos NASF.

[...] Os profissionais matriciadores podem oscilar, conforme propensão individual ou grupal, entre as reduções: desviar-se da ação clínica especializada e da pressão pelo seu exercício vinda das equipes matriciadas, atuando mais em reuniões, grupos, prevenção/educação/promoção; ou desviar-se para seus núcleos de competência e restringir-se a fazer cuidados especializados, montando uma agenda que rapidamente lota, sem negociação ou suporte às equipes em dúvidas/urgências, sem construção coletiva de projetos terapêuticos complicados etc. (p. 566).

Além dessa propensão individual, Tesser (2017) fala sobre as pressões que, de modo concomitante, podem ser alimentadas pelas gestões, dando origem a ambulatorios especializados, contradizendo aquela proposta de uma atuação interdisciplinar e ampliada. Assim, tem-se o risco da deturpação do núcleo, uma vez que nem sempre será tão simples efetivar o que está prescrito para ser o seu *modus operandi*.

No ‘Cadernos de Atenção Básica’, número 27 (Brasil, 2010), o NASF é apresentado como uma estratégia inovadora que, como indicado antes, tem o caráter de aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde no âmbito da atenção básica. Ao reunir um conhecimento técnico interdisciplinar, o núcleo se responsabiliza por um determinado número de EqSF e contribui para o desenvolvimento de certas habilidades previstas no escopo de ações da atenção básica.

Então, o NASF se caracterizaria

[...] por uma equipe de apoio, integrada por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, como fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, farmacêuticos, médicos acupunturistas e homeopatas, dentre outros, eleitos em função das

necessidades de saúde, vulnerabilidades socioeconômicas e perfil epidemiológico dos diversos territórios onde se encontram os serviços de saúde. Pode ser considerado como “retaguarda” das equipes da ESF, por atuar em conjunto com esses profissionais, compartilhando com eles saberes e práticas de saúde no cotidiano dos serviços de cada território (Nascimento & Oliveira, 2010, p. 93).

Outros autores (Cunha & Campos, 2011; Oliveira et al., 2012; Furtado & Carvalho, 2015; Volponi, Garanhani & Carvalho, 2015) também contextualizam a criação do NASF a partir do intento de fortalecer as ações da EqSF, dando destaque ao enfoque da interdisciplinaridade e da integralidade.

Quanto à integralidade esta é considerada a principal diretriz do NASF, sendo apresentada em três esferas: visão ampliada do indivíduo, o que envolve considerar seus diferentes contextos (familiar, social etc.); integração entre as diferentes ações (promoção, prevenção, cura etc.) e; por fim, a integração entre os diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde (Brasil, 2010).

Ao considerar a proposta de uma atuação compartilhada com a EqSF, seriam diversas as possibilidades de atuação da equipe do NASF. Algumas delas são citadas por Oliveira et al. (2012), tais como: visitas domiciliares, atendimentos individuais ou grupais, realização de oficinas e estudos de caso. Para esses autores o que caracteriza a singularidade da proposta do NASF é o seu potencial para atuar numa perspectiva de clínica ampliada.

Desta forma, as ações do núcleo devem contribuir, por exemplo, para: mudanças de atitudes dos profissionais (tanto da EqSF quanto do próprio NASF), ações intersetoriais, interdisciplinares, humanização dos serviços e educação permanente, entre outras coisas (Brasil, 2010).

É imperativo mencionar o que a leitura de Tesser (2017) evidencia quanto à importância de que as trocas entre o NASF e as EqSF não sejam limitadas a espaços formais de discussão, como as reuniões de matriciamento, o que burocratizaria o cuidado compartilhado e impediria uma aproximação mais efetiva entre as equipes. As discussões e as ações apoiadoras devem ser possíveis de ocorrerem em diferentes momentos e espaços do cotidiano de trabalho da atenção básica, de modo presencial ou não.

O trabalho do NASF se estrutura através daquilo que se denomina como ferramentas tecnológicas, de modo que, além do apoio matricial (o objeto de estudo desta pesquisa) e da clínica ampliada, tem-se o Projeto Terapêutico Singular [PTS] e o Projeto de Saúde no Território [PST] (Brasil, 2010).

Sobre o apoio matricial, algumas análises vêm sendo construídas a partir de informações extraídas dos bancos de dados do PMAQ-AB. Neste sentido, duas pesquisas são mencionadas neste momento.

Numa análise mais ampla do apoio matricial, envolvendo o banco de dados nacional do PMAQ-AB (2012), Fonseca Sobrinho et al. (2014) estudaram a relação entre a dimensão apoio matricial e o resultado obtido na avaliação, em todos os estados avaliados. As áreas consideradas foram: saúde da mulher, criança, diabetes/hipertensão e saúde mental. Do total de EqSF avaliadas (17.055), 84% informou receber alguma forma de apoio. As regiões sudeste e sul são as que indicaram maior grau de apoio e a norte baixo grau de apoio. De acordo com os pesquisadores os melhores índices de apoio foram observados nas regiões mais desenvolvidas economicamente, onde há melhor estruturação dos serviços de saúde, e os piores índices estavam localizados nas regiões e estados mais pobres, onde se tem maior vulnerabilidade social.

Segundo esse estudo, quanto maior o grau de apoio melhor o resultado obtido na certificação e, apesar do apoio matricial estar se estruturando e em processo de expansão, contribuindo para a melhoria dos serviços e o maior acesso da população aos mesmos, a sua oferta ainda é desigual no país. Infelizmente, não foi possível verificar, a partir da leitura de Fonseca Sobrinho et al. (2014), o quanto deste apoio matricial era proveniente do NASF. Mas, mesmo assim, os dados analisados indicam a relevância do NASF na melhoria da atenção básica ao funcionar enquanto apoiador.

Silva et al. (2017) realizaram uma análise quantitativa a partir de dados extraídos do PMAQ-AB (2013) relativos às eAB, do estado do Paraíba, que recebiam o apoio do NASF.

Na questão relativa ao tempo em que as eAB obtêm resposta do apoio solicitado ao NASF, verificou-se que a maior parte ocorria em até uma semana. Silva et al. (2017) sugerem duas possíveis explicações para este tempo: a não urgência das demandas ou a frequência com que os profissionais do NASF compareciam nas unidades. Contudo, os pesquisadores alertam para o fato de que na maioria das eAB o compartilhamento de casos ocorria por meio de procedimentos tradicionais, como encaminhamentos por escrito ou agendamento para os profissionais do núcleo, ao invés do que se deveria esperar em relação à discussão de casos e consultas compartilhadas.

Por outro lado, Silva et al. (2017) observaram como aspecto positivo o fato de que quase 76% das eAB afirmaram participar junto ao NASF no planejamento de ações. Assim, se

anteriormente ainda se percebe certa burocratização na gestão do cuidado, aqui se verifica um dado importante para a integração entre as equipes.

Sobre as formas de contato com os profissionais do NASF ou com a equipe do NASF [EqNASF], a pesquisa elencou as seguintes: 64% por meio, sobretudo, do telefone e 60,1% de modo presencial, conforme a agenda do NASF nas unidades referenciadas. Silva et al. (2017) concluíram que a oferta do apoio demonstrava satisfazer as necessidades das eAB.

No entanto, esta satisfação por vezes parece estar mais atrelada à capacidade das EqNASF de diminuir a pressão assistencial, ofertando atendimentos especializados, com clara transferência do cuidado, do que de ofertar apoio matricial com compartilhamento do cuidado por meio de discussões de casos e desenvolvimento de ações conjuntas e articuladas (p. 8).

Embora fosse constatada certa satisfação com o suporte oferecido pelo NASF, a leitura do estudo de Silva et al. (2017) deixa em suspense em que medida este apoio tem caminhado na direção que demarca a proposta do NASF, a de ser equipe de retaguarda, ou tem colaborado para a perpetuação de práticas ambulatoriais e segmentadas no interior da atenção básica. “Embora as diretrizes preconizem o trabalho conjunto, os dados sugerem um déficit no planejamento contínuo de ações conjuntas, bem como uma atuação individualizada dos profissionais do NASF junto à população adscrita” (p. 8). A pesquisa, então, diagnostica uma realidade que, de repente, possa ser semelhante em outros contextos do país, no sentido de se ter as duas equipes construindo práticas paralelas e com poucos ou raros pontos de contato para o trabalho conjunto.

É preciso considerar os riscos de que o dito apoio matricial se constitua, na realidade, uma prática disfarçada do que deveria buscar superar: a lógica burocratizada da referência e contra referência, com espaços restritos ou inexistentes para o diálogo e as trocas disciplinares.

No ano de 2018, em um número especial da Revista Saúde em Debate, novos dados do PMAQ, relativos ao período de 2013-2014, são apresentados a partir de uma pesquisa descritiva de Brocardo, Andrade, Fausto e Lima (2018), quando se contou pela primeira vez com a adesão do NASF. Os dados apresentados evidenciam a baixa adesão, correspondendo a 45,5% do total de equipes do NASF implantadas no país, sendo a participação pioneira da equipe uma das justificativas apresentadas.

O levantamento evidencia realidades muito diferenciadas pelo território nacional, como o que diz respeito à quantidade de EqSF referenciadas por cada NASF. Enquanto em

Tocantins a proporção é de 4,6, no Distrito Federal é de 40,3. Por consequência, supõe-se que essa distribuição traga implicações na implementação do NASF (Brocardo et al., 2018) e até mesmo na qualidade do apoio matricial.

Entre as formas de apoio matricial a visita domiciliar foi a mais prevalente, seguida pela discussão de casos clínicos e de eventos sentinela, intervenção no território e consultas compartilhadas. É indicado o fortalecimento da atenção básica a partir da implantação do NASF, mesmo tendo em vista a necessidade de ampliação do serviço, sobretudo, quando se depara com aquelas proporções indicadas anteriormente. Outro aspecto que merece atenção e que é indicado na pesquisa se refere ao investimento em capacitação e qualificação profissional, para que se tenha maior vinculação entre as equipes de NASF e EqSF. Aproximadamente metade das equipes participantes informou a oferta de ações de formação, o que demonstra, portanto, ser uma área que precisa ser mais priorizada (Brocardo et al., 2018).

No processo de busca de artigos que estivessem concentrados na análise dados do PMAQ-AB, foi observada a predominância de pesquisas que focalizam as EqSF como objeto de análise, tocando, no máximo, de modo superficial em algumas dimensões do trabalho do NASF. Por isso, as informações ainda são escassas, o que, talvez, possa ser resultado da entrada mais tardia do NASF no PMAQ-AB.

No sítio da atenção básica foi verificada uma publicação que diz respeito aos ‘Indicadores do PMAQ: NASF’, com data de publicação de 23 de outubro de 2017. Cita-se quais os indicadores são avaliados, sendo eles: a média de atendimentos individuais ou domiciliares por profissional e a média de atendimentos compartilhados ou em grupos. Alguns parâmetros, em relação a cada forma de atendimento, também são apresentados: 1) atendimentos individuais por profissional – cinquenta; 2) atendimentos domiciliares – doze; 3) atendimentos compartilhados – doze e; por fim, 4) atendimentos em grupo – oito. O exposto não apenas permite visualizar quais são os referenciais de análise, como reconhece a coexistência de atendimentos individuais e coletivos como formas de apoio do NASF.

Além dessas informações apresentadas sobre o apoio matricial, o capítulo quatro se concentra na discussão aprofundada a respeito, permitindo conhecer suas características e especificidades, bem como certo panorama dos modos com que ele tem sido operado em diferentes realidades brasileiras.

Sobre a clínica ampliada, ela envolve todos os profissionais de saúde, de maneira que cada campo de saber, na atenção dirigida ao indivíduo e/ou sua família, deverá se adequar às

suas demandas. Isso pressupõe, por conseguinte, transcender os limites de cada campo disciplinar, ou seja, os seus recortes, permitindo integrar numa dada situação os possíveis e diferentes ‘olhares’ em torno de uma mesma demanda, o que, consequentemente, conduziria a intervenções e leituras ampliadas do processo saúde-doença. No lugar de abordagens unilaterais serão produzidos diagnósticos e condutas terapêuticas compartilhadas (Brasil, 2010).

De maneira coerente, o PTS reúne as definições quanto às ações terapêuticas a serem conduzidas de modo compartilhado, o que irá pressupor, assim como na clínica ampliada, negociações e discussões numa equipe interdisciplinar. O PTS contempla algumas etapas ou momentos (Brasil, 2010): diagnóstico, “a equipe procura compreender como o sujeito singular se coproduz diante da vida e da situação de adoecimento” (p. 28); definição das metas, refere-se às ações de enfrentamento da demanda que devem ser produzidas e que precisam ser negociadas com o usuário e com outras pessoas significativas para ele e; por fim, avaliação, quando se faz uma análise do que foi produzido e pondera-se quanto à necessidade de alguma revisão do PTS.

No PST tem-se a junção da clínica ampliada com o reconhecimento da produção social da saúde (Brasil, 2010). Por isso, nessa ferramenta, trata-se de “[...] desenvolver ações efetivas na produção da saúde em um território que tenham foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades” (p. 29). Portanto, emerge aqui a perspectiva da intersetorialidade.

Na execução dessas ferramentas tecnológicas há certo tensionamento e que não pode ser negligenciado. Ao mesmo tempo em que cada especialidade pode responder a uma dada demanda pela perspectiva de seu saber, deve haver um comprometimento conjunto para que a atenção não seja fragmentada, sem dizer também do problema de ações sobrepostas e até concorrentes, o que poderia minar ou limitar o potencial de tais ferramentas propostas para o NASF.

Mas, se o núcleo não se constitui como a porta de entrada na atenção básica, como as demandas podem chegar até ele? De acordo Scabar et al. (2012) essas demandas podem ser identificadas e repassadas pela EqSF ou detectadas pelo próprio NASF e, desta forma, elas podem ser relativas à população do território de referência ou aos próprios profissionais. As intervenções não serão construídas apenas por meio do atendimento ‘tradicional’, ou seja,

aquele que acontece numa relação direta entre profissional e demandante, como também por meio de ações técnico-pedagógicas do apoio matricial.

De modo correlato, através da leitura de Barros, Gonçalves, Kaltner e Lancan (2015) entende-se que os trabalhos do NASF estão intimamente relacionados aos da EqSF, de modo que isso traz desdobramentos para as duas equipes. E, embora os autores considerem que o funcionamento dessas equipes esteja ancorado em documentos ministeriais e municipais, eles também percebem que esses materiais servem muito mais como “ponto de partida” (p. 2848), pois os trabalhos irão se singularizar em função de algumas variáveis, como o território e a população de abrangência. Azevedo e Kind (2013) também abordam o quanto a descentralização da gestão do sistema de saúde e a municipalização da gestão de ações e serviços impactam na consolidação de arranjos e de experiências tão singulares. As demandas, os desafios, as habilidades e o manejo de ações se pluralizam em consonância com as diversidades locais.

Isso confirma que não há um modo universal de operar e que os NASF são plurais, em função da pluralidade e da complexidade social, política, cultural e econômica que forma o tecido dentro do qual a atenção básica se estabelece.

Por isso, para que seja possível analisar o êxito ou a limitação da operacionalização dos trabalhos do NASF (e, especialmente, no que se refere ao modo como o apoio matricial tem sido construído) é preciso considerar essas especificidades que envolvem o trabalho de cada um deles. Barros et al. (2015) explicitam alguns elementos que podem interferir no trabalho do NASF, entre eles: “[...] as distintas realidades dos municípios e regiões brasileiras; o número de EqSF de referência para cada equipe NASF; as características de cada uma destas equipes; o número e as categorias profissionais que as compõe; a rede de atenção secundária e terciária etc.” (p. 2855).

Embora seja necessário considerar as singularidades do modo de estruturação dos NASF, face às particularidades de cada realidade territorial, Tesser (2017) faz uma síntese quanto às possibilidades de organização dos trabalhos do núcleo, estruturando-os em dois grandes grupos: o primeiro envolve as ações compartilhadas com as EqSF e o segundo as ações específicas dos profissionais do NASF. No primeiro, estão envolvidas as atividades de consulta conjunta, visitas domiciliares, participação em grupos da EqSF, discussões de caso em espaços formais (reuniões de matriciamento) e informais (corredores, copa etc.). No segundo, estão os atendimentos e as intervenções desenvolvidas pelo NASF, bem como as discussões de caso entre os profissionais do núcleo.

No entanto, apesar da relevância que a instituição do NASF pode representar para a construção de novas práticas, não se pode ser ingênuo de pensar que todos os problemas anteriores que subsidiaram a sua criação estão superados. Conforme indica Ferreira Neto (2011), a atenção integral à saúde não depende apenas das condições encontradas no interior do SUS. Assim,

a implementação da estratégia saúde da família foi um passo importante e decisivo nessa direção, mas não suficiente. Afinal, como trabalhar com uma ESF generalista, quando as graduações, marcadamente a de medicina, profissão nuclear no campo da saúde ocidental, tem sua estrutura curricular configurada para a formação de especialistas? A mudança na formação oferecida pelas Instituições de Ensino Superior (IES) torna-se um fator importante para a realização plena do SUS (p. 134).

Florindo (2009) é outro autor que também aponta a formação profissional como uma questão que pode representar um grande limitador, especialmente, para a operacionalização do núcleo. Para ele, parte desses desafios presentes no campo da atenção à saúde pode se manifestar em relação à efetivação das ações coletivas, tanto pelos profissionais apoiadores quanto pelos apoiados. Sobre o primeiro grupo, menciona-se a necessidade de um embasamento ou formação prévia para poder atuar dentro dos novos moldes colocados pela proposta de funcionamento do núcleo.

Cunha e Campos (2011) também concordam que a simples criação do NASF não significa a solução de todos os problemas, pois não basta ter profissionais especializados se há problemas estruturais na rede assistencial. Quanto a isto, eles citam um exemplo: a presença do fisioterapeuta do NASF não substitui os centros de reabilitação. Portanto, não basta oferecer um novo serviço, com uma equipe diversificada, se há outras limitações na rede que barram o cuidado à saúde. Ou seja, o núcleo por si só não resolverá todas as lacunas existentes na atenção básica ou no setor saúde, sobretudo, quando há ‘buracos’ na rede que impossibilitam o atendimento integral e contínuo dos usuários.

Outro elemento necessário de ser analisado neste momento se refere à tensão abordagem interdisciplinar versus atendimento individual. Para Tesser (2017) fazer atendimento individual não, necessariamente, significa descartar a interdisciplinaridade e afirmar o isolamento entre os profissionais, porque apesar do atendimento individual essas trocas podem ocorrer de diferentes maneiras (formais e informais) e em diferentes momentos (não devendo ser apenas, por exemplo, em espaços de reuniões de matriciamento). Porém, o autor pondera que a interdisciplinaridade que ocorre dentro da EqSF e entre esta e o núcleo

pode guardar particularidades, pois este último tem características que singularizam a sua atuação: duas clientelas (usuários e a própria EqSF) e o saber especializado.

Tesser (2017) aponta outro elemento importante para ser analisado: a ambiguidade que envolve a entrada do NASF na atenção básica. De acordo com o autor a característica dos profissionais da atenção básica deveria ser a daqueles que desenvolvem ações generalistas e de caráter continuado ou longitudinal e dirigido a uma população de referência. Os demais profissionais, especialistas, como os que compõem o NASF, seriam acionados pelos generalistas. Contudo, o que se tem é o pertencimento desses profissionais especialistas à atenção básica, que apesar de não serem generalistas são demandados a desenvolverem ações desse âmbito. Isso gera o que o autor se refere quanto a uma superposição de intervenções entre as duas equipes, pois ao mesmo tempo em que se é apoiador também é convocado a ser generalista. Mas, o que o autor constata é que a grande contribuição trazida pelo NASF está no seu cuidado especializado e nas ações de suporte aos generalistas e não em fazer aquilo que cabe a esses últimos, como as ações de prevenção e de promoção.

Os resultados dessa ambiguidade tratada acima, segundo Tesser (2017), podem ser dois: o enfraquecimento da abordagem generalista na atenção básica, o que a seu ver já é fraca, e a desvalorização da atenção especializada. Nesse processo, os profissionais do NASF foram convocados a exercer um papel para o qual não devem ser tão competentes quanto os profissionais generalistas da atenção básica e desencorajados a investir esforços naquilo que é da ordem do cuidado especializado. Para o autor o fortalecimento da atenção primária, o que nesse caso diz da razão de criação do NASF, depende do reconhecimento e da valorização do núcleo generalista. Isso evidencia que o núcleo pode se colocar numa posição dúbia, em que, a depender de sua gestão, poderá, ao contrário do que pretende, contribuir para um maior enfraquecimento daquilo que deveria fortalecer: a EqSF. E, ao invés da complementaridade entre as equipes, corre-se o risco de se ter ações paralelas e concorrentes entre si.

Outro fator que corrobora para a dificuldade operacional dos NASF, de acordo com o que mostra Tesser (2017), é o excesso de demandas que podem estar sendo dirigidas a eles. Para o autor esse fenômeno pode estar associado à filtragem inadequada pelas EqSF dos casos a serem referenciados pelo NASF. Isto pode gerar, por exemplo, uma grande absorção do núcleo em atendimentos individuais em detrimento das ações coletivas e/ou o comprometimento com atividades que são do escopo das EqSF.

Verifica-se que há uma rede de variáveis que trazem implicações para o funcionamento do NASF. Por isso, a compreensão quanto ao modo como ele tem se efetivado

exige uma análise ampliada, dando conta desses vários aspectos que influem na rotina dos seus trabalhos e no seu papel de referência para as EqSF. Segundo Barros et al. (2015), independente dessa teia complexa de variáveis, o apoio matricial deve ser prioridade e incorporado pelas equipes.

Para retomar a discussão sobre o processo de implantação do NASF, Patrocínio, Machado e Fausto (2015) mostram que, decorridos três anos de seu início, o número de NASF, no país, era superior a mil e quinhentos. Quanto à composição profissional das equipes, as autoras apresentam um gráfico em que é possível observar que o fisioterapeuta corresponde ao profissional mais presente no núcleo, seguido pelo psicólogo, pelo nutricionista, pelo assistente social e pelo educador físico. Essas seriam, então, as cinco áreas mais frequentes no NASF. Na área médica, o mais recorrente é o pediatra.

Apesar dos possíveis desafios indicados na operacionalização do NASF, é preciso considerar o que Gonçalves et al. (2015) mencionam quanto ao seu caráter pioneiro. De modo semelhante, a pesquisa realizada por Volponi et al. (2015) não apenas constatou o caráter inovador que o núcleo apresenta como também a sua potência criativa para a consolidação de novas práticas. “Tais práticas foram apontadas como possíveis contribuições para a efetivação das desejadas mudanças no trabalho em saúde e na produção do cuidado” (p. 225).

Um exemplo do quanto o NASF contribui com a sua potência criativa na produção do cuidado, se refere ao que Teixeira, Casanova, Oliveira, Ensgtrom e Bodstein (2014) analisaram sobre as práticas de promoção da saúde na atenção básica, a partir de dados do PMAQ-AB (2012). Foi evidenciado o desenvolvimento de ações de incentivo a atividades físicas na atenção básica, o que parece estar correlacionado à presença de profissionais de educação física, fisioterapia e acupunturistas oriundos do NASF, se destacando a região sudeste.

Contudo, a efetivação dessa potência criativa e inovadora depende, em parte, de uma revisão no modo de operacionalização dos NASF, como sugere Tesser (2017). A leitura do autor permite constatar que o êxito do NASF depende de um equilíbrio entre a assistência especializada e as ações técnico-pedagógicas, na medida em que o matriciamento envolve as duas dimensões. A realização plena do apoio matricial não se dará pela hipervalorização das ações assistenciais ou das ações pedagógicas de suporte às EqSF.

Sobre a ESF, Gonçalves et al. (2015) percebem que

em decorrência do período de sua implantação, significativamente superior ao do NASF – aproximadamente 20 anos –, tem estratégias de ação e processos distintos e

mais consolidados que os do NASF, por exemplo, em relação às atribuições de cada um dos profissionais que compõe a equipe, ao tempo previsto para cada ação e às ferramentas de avaliação de produtividade (p. 62).

Todas as leituras referentes à temática do NASF, apresentadas até este momento da discussão, contribuem para o entendimento de que, apesar de todas as diretrizes e orientações técnicas, o núcleo é marcado por certo ineditismo. E é justamente isso o que sustenta e garante a relevância de uma pesquisa como esta. Afinal, “[...] os estudos que tratam sobre o tema ainda são escassos, principalmente aqueles que enfocam o trabalho e os trabalhadores que nele atuam” (Gonçalves et al, 2015, p. 62).

No capítulo seguinte apresenta-se um panorama do processo de construção do NASF a partir de portarias que o normatizam e o regulam. Através da confecção de uma matriz cronológica, envolvendo os principais documentos governamentais, será possível vislumbrar os aspectos que se mantiveram e que se modificaram desde o surgimento do núcleo em 2008. Sendo assim, a discussão se desenvolve objetivando compreender esse percurso instável que é próprio de um sistema de saúde inacabado e dinâmico.

3 ANÁLISE DA CONSTRUÇÃO DO NASF A PARTIR DE DOCUMENTOS GOVERNAMENTAIS: ELABORANDO UMA MATRIZ CRONOLÓGICA

Nesta secção serão realizadas as análises dos principais documentos governamentais que embasam ou subsidiam a criação do NASF e os seus reordenamentos. Os textos governamentais analisados são referentes às portarias: 1.065 de 2005, 154 de 2008, 2.843 de 2010, 2.488 de 2011 e 3.124 de 2012. A portaria 2.436 de 2017 será tratada no capítulo 5, devido à necessidade de se reservar um espaço maior para a sua análise e de dar destaque aos reordenamentos produzidos por ela, considerando que é partir dela que o núcleo passará, então, a ser designado como NASF-AB.

A partir da análise documental foi produzida uma matriz cronológica, na qual as portarias são sinteticamente apresentadas. A matriz é exposta ao final deste capítulo.

3.1 As portarias: uma análise documental do processo de criação do NASF e de suas reformulações

A primeira portaria, a de número 1.065 de 2005, foi responsável por criar o NAISF. O objetivo indicado com a criação do NAISF era o de ampliar a integralidade e a resolubilidade da atenção à saúde. Para tanto, os núcleos seriam constituídos por equipe interdisciplinar para atuarem conjuntamente com as EqSF num dado território (Portaria nº 1.065, 2005).

Embora neste momento ainda não fosse feita a menção à palavra apoio, entendia-se que a principal implicação da atuação conjunta do NAISF com as EqSF seria um processo de trabalho pautado na corresponsabilização entre as duas equipes, efetivando-se através de discussão de casos, troca de saberes e de experiências e atividades intersetoriais (Portaria nº 1.065, 2005). Percebe-se, portanto, que a proposta de outro modelo de atenção à saúde já estava presente, mesmo que esse ainda não fosse denominado sob a forma de apoio matricial, mas com características que lembram o que mais tarde será proposto com a criação do NASF.

Os NAISF deveriam se organizar conforme quatro modalidades: alimentação/nutrição; atividade física; saúde mental e reabilitação. A definição da modalidade que poderia ser implantada num dado município, ficaria a critério deste, de acordo com as suas demandas e com os recursos disponíveis. E, tendo em vista as quatro modalidades, foram elencados quais profissionais deveriam compor as equipes de NAISF, sendo eles: psicólogo, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta, profissional de educação física e instrutor de práticas

corporais. Na modalidade saúde mental havia a obrigatoriedade da presença de um psicólogo ou psiquiatra e de mais um profissional, que poderia ser, além dessas duas áreas, o assistente social ou o terapeuta ocupacional (Portaria nº 1.065, 2005).

De modo semelhante ao que mais tarde ocorreu com o NASF, havia uma determinação quanto ao número de EqSF que ficariam sob a referência de cada NAISF, propondo-se o seguinte: um NAISF para cada 9 a 11 EqSF. A diferença entre os núcleos seria em relação à sua modalidade, mas todos cobririam o mesmo número de EqSF. Uma portaria seria apresentada, posteriormente, dando direcionamento quanto às atividades profissionais e ao modo de funcionamento dos núcleos (Portaria nº 1.065, 2005).

A portaria representou, naquela oportunidade, uma importante iniciativa no sentido de se pensar em alguma estratégia de fortalecimento da atenção básica pela via da criação de outro serviço, prevendo a atuação compartilhada entre a EqSF e o NAISF. Pode-se dizer que o eixo estratégico para esse fortalecimento era a promoção de uma atenção integral, tanto que isso se fez presente na nomenclatura do núcleo, ao invés da palavra apoio que depois é proposta como sendo a essência esperada para os trabalhos do NASF. Contudo, como dito antes, embora a palavra apoio matricial não fosse mencionada nessa primeira portaria, pode-se dizer que alguns elementos já faziam indicação a esse outro modo de operar, como as relações de troca de saberes e o compartilhamento do cuidado entre as equipes, por exemplo.

De acordo com Azevedo (2012), citando Nepomuceno (2009), a portaria teria sido revogada no dia seguinte à sua promulgação. Não foi encontrada nenhuma publicação, nem mesmo no sítio da atenção básica, que mencione sobre o contexto em que a portaria foi revogada, bem como os motivos dessa revogação, uma vez que poderia representar a melhora qualitativa da atenção à saúde. Será que essa revogação estaria vinculada a questões de cunho econômico, tendo em vista a demanda de repasses de recursos financeiros que a implementação do serviço geraria? Essa é apenas uma hipótese. Como a portaria também não dispõe sobre os modos de operar do NAISF, não é possível saber, por meio de sua análise, como se efetivariam os seus objetivos.

Apesar de haverem poucas informações sobre esse momento histórico de criação e de revogação do NAISF, é possível identificar que alguns aspectos desse núcleo ainda se mantiveram na proposta do NASF, sobretudo, no que se refere à inserção de profissionais especialistas não presentes na EqSF e às razões de sua criação, ou seja, o fortalecimento da atenção básica. Observa-se, pela análise dos documentos aqui apresentados, que desde a

primeira portaria outras vêm sendo implementadas na tentativa de efetivar aquele fortalecimento pretendido.

Então, decorridos três anos desde a primeira portaria, tem-se, em 2008, a publicação da segunda, a de número 154 de 2008, que foi responsável pela criação do NASF. Foi proposta a constituição de equipes com profissionais de diferentes áreas de conhecimento, algumas áreas em comum com aquelas que haviam sido previstas para a composição do NAISF, como: assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, educador físico, nutricionista, terapeuta ocupacional, médico psiquiatra e fonoaudiólogo. Porém, outras áreas que não estavam na portaria número 1.065 de 2005 são citadas na atual, sendo elas: médico acupunturista, farmacêutico, médico ginecologista, médico homeopata e médico pediatra. Isso sugere o fortalecimento do que antes havia sido pretendido por meio do NAISF quanto à promoção da atenção integral.

A portaria número 154 de 2008 manteve algumas definições da portaria 1.065 de 2005. A atual portaria considera o princípio da integralidade e da demanda de fortalecimento da EqSF como justificativas para a criação do NASF. Como se verifica, a nomenclatura se modifica e ao invés do termo integral tem-se o apoio como parte constitutiva.

Neste sentido, observa-se que a primeira portaria resolve: “criar os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da atenção à saúde” (Portaria nº 1.065, 2005, p. 2). E a segunda: “criar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços [...]” (Portaria nº 154, 2008, p. 3). Apesar de objetivos comuns, somente agora se passa a privilegiar o apoio matricial. Enquanto isso, a integralidade e o compartilhamento entre NASF e EqSF se manteve como antes.

Uma das diferenças entre o NAISF e o NASF se refere às suas modalidades. Neste último são definidos, a princípio, dois tipos, o NASF 1 e o NASF 2. Para a primeira modalidade eram previstos, pelo menos, cinco dos seguintes profissionais: psicólogo, assistente social, farmacêutico, nutricionista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, educador físico, médico ginecologista, médico homeopata, médico acupunturista, médico pediatra e médico psiquiatra. A ela poderiam estar vinculadas entre oito e vinte EqSF. A outra modalidade poderia apresentar, pelo menos, três desses profissionais: psicólogo, assistente social, educador físico, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico e terapeuta ocupacional. Com essa composição o núcleo teria a capacidade para

se vincular a, no mínimo, três EqSF. Deve-se ainda mencionar a proibição da existência simultânea, num mesmo município, das duas categorias de NASF (Portaria nº 154, 2008).

A escolha dos profissionais segue o mesmo critério do NAISF, ou seja, de acordo com as demandas locais. Tendo em vista a epidemiologia dos transtornos mentais, sugere-se a presença de, pelo menos, um profissional de saúde mental (Portaria nº 154, 2008).

No município estudado nesta pesquisa, as três equipes do núcleo existentes possuem um profissional referente ao campo da saúde mental, que neste caso é o de psicologia. Nesta mesma realidade, cada equipe possui dois profissionais de fisioterapia, dois de educação física, um de fonoaudiologia, um de nutrição e um de serviço social. A justificativa observada, durante conversas informais com os integrantes das equipes, para um número maior de profissionais de práticas corporais/atividades físicas se deve ao fato de um déficit do município em atendimentos dessa natureza. Deste modo, no passado, o município não estaria conseguindo alcançar as metas estabelecidas pelo MS e, assim, teria sido necessária a ênfase na contratação desses profissionais. Além disso, as equipes são da modalidade do NASF 1.

Como a portaria do NAISF foi revogada e não houve a publicação de suas diretrizes de trabalho, não é possível analisar o quanto desse modo de operar proposto para o NASF guarda afinidades com aquele núcleo. A portaria 154 de 2008 trata de maneira mais detalhada sobre as características de funcionamento do NASF, as suas formas de financiamento e as competências de cada ente governamental. Menciona-se, por exemplo, que o núcleo não se constitui como porta de entrada e a necessidade da revisão nos métodos tradicionais de referência e contra referência.

Concorda-se com o apontamento de Azevedo (2012) quando essa se refere à inexistência de qualquer menção ao NAISF na portaria 154 de 2008, assim como nas demais que são analisadas. Apesar do NAISF poder ser considerado, como bem coloca a pesquisadora, como uma espécie de marco para a futura criação do NASF, é como se aquele núcleo nunca tivesse existido, mesmo que em portaria.

Uma lacuna que permanece na análise documental se refere ao período compreendido entre a revogação da primeira portaria e a criação da segunda, equivalente há três anos. Desta maneira, não foram encontradas informações sobre as possíveis discussões que se seguiram desde a revogação e quais as circunstâncias que oportunizaram retomar a proposta da criação de um novo dispositivo na atenção básica.

No entanto, uma vez criado o NASF, outras portarias foram promulgadas, trazendo acréscimos ou revisões do que havia sido definido anteriormente. Este é o caso da portaria de

número 2.843 de 2010, que foi responsável por criar mais uma modalidade de NASF, o NASF 3.

De acordo com a portaria a modalidade NASF 3 se estabeleceria com prioridade para a atenção integral de usuários de crack, álcool e outras drogas, para municípios com menos de vinte mil habitantes. A portaria se referencia em políticas de atenção integral aos usuários de substâncias psicoativas e, pela primeira vez, fala-se da centralidade de uma modalidade do NASF na atenção em saúde mental (Portaria nº 2.843, 2010).

Menciona-se, além das ações de cuidado clínico integradas às EqSF, a articulação do NASF 3 com outros equipamentos da rede, como as diferentes modalidades de CAPS e hospitais. Isso evidencia a complexidade do NASF 3, de modo que, além do que estava previsto na portaria 154 de 2008, ele ainda se dedicaria no desenvolvimento de ações específicas no campo da saúde mental, tendo em vista a atenção integral aos usuários de substâncias psicoativas, envolvendo a redução de riscos e danos. Fala-se do apoio matricial como diretriz dos trabalhos (Portaria nº 2.843, 2010).

A portaria define que essa modalidade deveria se responsabilizar por, pelo menos, quatro EqSF e, no máximo, sete. Quanto à sua composição, essa deveria ser de, no mínimo, três profissionais entre aqueles elencados na portaria 154 de 2008 (Portaria nº 2.843, 2010). Observa-se, portanto, uma atuação mais específica que era esperada para essa modalidade de NASF, contudo, restrita aos municípios de pequeno porte populacional. Nestes não havia qualquer modalidade de CAPS local, o que se deve ao modo como se encontrava, naquele contexto, configurada a disposição dos mesmos, conforme a portaria de número 336 de 2002. Nesta portaria está disposto o seguinte: CAPS I – municípios entre vinte e setenta mil habitantes; CAPS II – entre setenta e duzentos mil habitantes; CAPS III – acima de duzentos mil habitantes; CAPS i – duzentos mil habitantes e; CAPS AD – acima de setenta mil habitantes. Diante disso, percebe-se o intento de que, com a criação do NASF 3, esses municípios pudessem ter na atenção básica um suporte assistencial quanto às demandas de saúde mental, além de poderem contar, no âmbito regional, com o atendimento especializado dos CAPS.

Nesse percurso de consolidação do NASF, mais uma portaria é promulgada, dando novos direcionamentos e revogando a portaria acima. Esta portaria é a de número 2.488 de 2011, a qual foi responsável por “aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a

Estratégia Saúde da Família [ESF] e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde [PACS]” (Portaria nº 2.488, 2011, p. 1).

Como a portaria que instituía o NASF 3 foi revogada, a presente portaria dispõe sobre o NASF 1 e 2. O documento governamental ainda traz uma ampliação em relação às áreas de saber previstas para integrarem o NASF, incluindo, além daquelas já mencionadas na portaria 154/2008, as seguintes profissões: médico do trabalho, profissional de saúde sanitaria, médico geriatra, médico veterinário e profissional com formação em arte e educação. Visualiza-se, por conseguinte, uma complexificação na composição das equipes do núcleo a cada nova portaria, o que pode ser decorrente de uma compreensão cada vez mais ampla e integral dos processos determinantes da saúde e da doença, decorrentes de fatores multivariados. À medida que se detectam novas variáveis, nos diferentes territórios, capazes de intervir nas condições de vida da população e, por isso, devendo ser contempladas nas práticas de saúde, é esperado que isso repercuta em novas configurações das equipes de trabalho (Portaria nº 2.488, 2011).

Esta portaria data de três anos após a criação do NASF e, então, possivelmente, já se contava com alguns indicativos do que estava sendo resolutivo ou não na realidade prática dos núcleos. E, sendo um equipamento novo, isso ajuda a compreender o porquê de tantas portarias que se complementam e, concomitantemente, a revogação de outras.

A portaria 2.488 de 2011 ainda preserva muitos princípios da portaria 154, de 2008, como, por exemplo, o fato de que a composição das equipes é determinada pelos gestores municipais, tendo em vista dados epidemiológicos e as necessidades locais. Porém, a presente portaria acrescenta como critério de definição as necessidades das equipes de saúde que serão apoiadas. Este aspecto representa a ênfase no caráter apoiador do NASF, estando a sua existência condicionada às demandas de apoio apresentadas pelas EqSF.

A diretriz do apoio matricial está fortemente presente neste documento como norteador dos trabalhos do NASF, o que além de envolver a EqSF, como pontuado na portaria que o instituiu, agora também passa a compreender as equipes de atenção básica para populações específicas, como Consultório na Rua e equipes de saúde da família ribeirinhas e fluviais. A primeira equipe, Consultório na Rua, integra a atenção básica e se destina ao cuidado integral de indivíduos que estejam em situação de rua, articulando-se aos demais serviços da rede de saúde e de outras políticas públicas. À semelhança do NASF também podem assumir o caráter itinerante, tendo em vista a especificidade de seu público alvo. Sobre as equipes ribeirinhas e as equipes fluviais, elas se destinam a municípios da Amazônia Legal

e do Mato Grosso do Sul, sendo modalidades específicas de EqSF. Na primeira, há o atendimento de comunidades cujo acesso ocorre por meio fluvial e na segunda, o atendimento ocorre em unidades básicas de saúde fluviais (Portaria nº 2.488, 2011).

Outra mudança estabelecida se refere ao número de equipes apoiadas. Se antes eram previstas de oito a vinte EqSF para cada NASF 1, com a nova portaria passou a ser entre oito e quinze. Na modalidade NASF 2, manteve-se o mínimo de três EqSF. Os NASF 3 tornaram-se NASF 2 com a revogação da portaria que os instituía (Portaria nº 2.488, 2011). Com a redução do número de equipes referenciadas pela primeira modalidade, supõe-se uma menor sobrecarga de trabalho, o que poderia potencializar as ações de apoio. Neste sentido, julga-se como positiva essa mudança, uma vez que poderia acarretar em melhoras qualitativas do apoio oferecido, pois, com um número menor de EqSF referenciadas, acredita-se que haveria uma maior proximidade relacional entre as equipes envolvidas. Contudo, reconhece-se que esse número de equipes apoiadas ainda era elevado, tanto que foi revisto posteriormente.

Embora essa portaria represente uma complementação daquela que instituiu o NASF, ela avançou ao trazer novas definições, demonstrando que tal processo é resultado da própria complexificação da atenção básica. A cada documento fica mais detalhado qual o papel de cada ente governamental e dos objetivos esperados para o NASF junto às eAB. E, sendo a saúde pública um projeto inacabado, a portaria indicou avanços e, ao mesmo tempo, aspectos que ainda precisavam ser revistos. Como decorrência, tem-se um novo documento governamental, a portaria de número 3.124 de 2012.

Essa portaria é responsável por determinar a redefinição dos parâmetros de vinculação dos NASF modalidades 1 e 2 às EqSF e/ou eAB para populações específicas. Além disso, também restabeleceu o NASF 3 (Portaria nº 3.124, 2012). Verifica-se que o processo de consolidação do núcleo é perpassado por movimentos pendulares, pois da mesma forma que havia sido criado em 2005 e, em seguida revogado, para, mais tarde, ressurgir a proposta de criação do núcleo, o mesmo se assistiu em relação ao NASF 3. Não foi possível identificar os motivos da revogação dessa modalidade e tão pouco do seu retorno através desse último documento.

A portaria 3.124 de 2012, embora faça o resgate do NASF 3, apresenta-o sob novos objetivos em relação ao que constava na portaria 2.843 de 2010. Se antes o propósito era de que ele se dedicasse no desenvolvimento de ações específicas no campo da saúde mental, tendo em vista a atenção integral aos usuários de substâncias psicoativas, envolvendo a redução de riscos e danos, a partir da presente portaria determina-se que: “o NASF 3 é criado

para, em conjunto com as modalidades NASF 1 e 2, possibilitar a universalização destas equipes para todos os municípios do Brasil que possuem Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas” (Portaria nº 3.124, 2012, p. 1-2).

De acordo com as portarias anteriores o NASF só poderia ser estabelecido nos municípios com pelo menos três EqSF (mais tarde, em 2011, agregando as equipes para populações específicas), que correspondia à modalidade NASF 2. Com o que propõe este último documento governamental, o núcleo passa a poder existir naqueles municípios com pelo menos uma EqSF, abarcando, portanto, muitas cidades que antes não eram contempladas. Por isso, a proposta de universalização dos núcleos pelo Brasil.

A relevância desse documento também se expressa pela redução significativa do número de eAB referenciadas pelo NASF, ficando definido o seguinte: NASF 1 – entre cinco e nove equipes apoiadas; NASF 2 – três ou quatro equipes e; NASF 3 – uma ou duas equipes. Em todas as modalidades há um número menor de equipes referenciadas. No caso da primeira modalidade, por exemplo, até então, estava definido um limite equivalente de oito a quinze eAB por núcleo. Como dito antes, entende-se que essa redução pode ser correlata à melhora qualitativa do apoio matricial, pois poderá implicar numa proximidade maior com as eAB, na medida em que poderá haver um acompanhamento mais frequente, com contatos presenciais menos espaçados.

A instabilidade que caracteriza o processo de estruturação do NASF, que a partir de setembro de 2017 passa a ser designado como NASF-AB, evidencia os desafios que ainda se impõem à efetivação de um novo serviço e, ao mesmo tempo, serve para lembrar que o próprio sistema público de saúde é muito jovem, em vias de se fortalecer e ajustar as arestas que ainda existem.

Na página seguinte é apresentada uma matriz cronológica das portarias analisadas, o que, segundo Yin (2016), permite recompor os dados qualitativos e dar destaque aos padrões de mudança empreendidos numa linha temporal.

Quadro 1: Matriz cronológica – o processo de implantação do NASF a partir da análise de documentos governamentais

Ano	Portaria	Objeto	Equipe	Resoluções	Modalidades	Observações
2005	1.065	Cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da Atenção à Saúde.	Profissionais de diferentes áreas de conhecimento.	Co-responsabilização e ampliação da resolubilidade da atenção por meio de ações conjuntas, como: troca de experiência e saberes, discussão de casos, intervenção junto à comunidade, às famílias e aos indivíduos, realização de atividades intersetoriais, entre outros.	I - alimentação/nutrição II - atividade física III - Saúde Mental IV – Reabilitação	Ênfase na atenção integral. A operacionalização e o financiamento do Ministério da Saúde para os NAISF, bem como as ações e atividades dos profissionais, seriam tratados em portaria específica, que seria publicada no prazo máximo de sessenta dias após a publicação desta portaria. Não se menciona ainda a noção de apoio ou de apoio matricial. Esta portaria foi revogada no dia seguinte à promulgação.
2008	154	Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.	Profissionais de diferentes áreas de conhecimento. Contudo, há menção de saberes até então não mencionados na portaria nº 1.065/2005, como, por exemplo, os médicos acupunturista, homeopata e ginecologista.	1 - Ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da ESF na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. 2 - Atuar em parceria com os profissionais EqSF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade.	I – NASF 1: vinculação de oito a vinte EqSF II – NASF 2: vinculação mínima à três EqSF	Ênfase no fortalecimento das ações das EqSF. Os NASF não se constituem em porta de entrada do sistema e devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde. A responsabilização compartilhada entre as EqSF e a equipe do NASF na comunidade prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra referência. Surge a noção de apoio.

2010	2.843	Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 - NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas.	Equipes com, no mínimo, três profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes. Categorias profissionais descritas na Portaria Nº 154/2008.	Criar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os NASF modalidade 3, os quais devem incorporar o matriciamento como lógica de atuação.	I – NASF 1: vinculação de oito a vinte EqSF II – NASF 2: vinculação mínima à três EqSF III – NASF 3: vinculação de quatro a sete EqSF	Os NASF 3 visam promover a atenção integral em saúde e saúde mental, prioritariamente, para usuários de crack, álcool e outras drogas na Atenção Básica para Municípios com porte populacional menor que vinte mil habitantes.
2011	2.488	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).	Profissionais de diferentes áreas de conhecimento. Contudo há uma ampliação em relação aos saberes mencionados nas portarias anteriores, como, por exemplo, o profissional de arte e educação.	Em complementação ao definido na portaria Nº 154/2008, atribui-se ao NASF o desenvolvimento do apoio matricial às EqSF.	I – NASF 1: vinculação de oito a quinze EqSF e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas II – NASF 2: vinculação de três a sete EqSF e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas	Os NASF 3 foram suprimidos por esta portaria e se tornaram automaticamente NASF 2. O NASF deve atuar diretamente no apoio matricial às equipes na qual está vinculado e no território destas equipes. A segunda portaria a mencionar que a atuação do NASF deve contemplar o apoio matricial.
2012	3.124	Redefine os parâmetros de vinculação dos NASF Modalidades 1 e 2 às EqSF e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências.	Profissionais de diferentes áreas de conhecimento. Não há menção a campos disciplinares, mas definições relativas às cargas horárias semanais da equipe e de cada profissional.	Definição de critérios para implantação, características específicas, composição das ocupações e recursos financeiros federais para os NASF, com um número menor de EqSF vinculadas as modalidades 1 e 2, em relação à portaria Nº 2.488/2011.	I – NASF 1: vinculação de cinco a nove EqSF e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas II – NASF 2: vinculação de três a quatro EqSF e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas III – NASF 3: vinculação de uma a duas EqSF e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas	O NASF 3 é criado para, em conjunto com os NASF 1 e 2, possibilitar a universalização destas equipes para todos os municípios que possuem EqSF e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas. A implantação de mais de uma modalidade nos municípios não receberá incentivo financeiro federal correspondente ao NASF.

Fonte: Elaborado pela autora

Embora a última portaria aqui analisada seja do ano de 2012, não significa dizer que o NASF finalizou, naquele momento, o seu processo de consolidação. Pelo contrário, na sua efetivação novos desafios continuaram a ser experimentados. No município estudado, por exemplo, foram observadas certas dificuldades na operacionalização do núcleo, como no que se refere à ausência de transporte específico para o NASF e à infraestrutura de determinadas UBS. Outro aspecto que se destaca é o desafio de manter uma relação afinada com as demandas das equipes apoiadas, diante do contingente de equipes para serem acompanhadas e a carga horária de determinadas especialidades.

O fato é que a análise documental permite evidenciar o padrão de mudança estabelecido desde a criação do núcleo, evidenciando um processo dinâmico e pendular, ao mesmo tempo em que deixa transparecer que o NASF representa uma proposta audaciosa e que ainda tem lutado para encontrar seu lugar na atenção básica, de modo a não se confundir com os serviços existentes e não perder a sua especificidade.

4 O APOIO MATRICIAL COMO FERRAMENTA TECNOLÓGICA DO NASF: DA PROPOSTA CONCEITUAL AOS MODOS DE SE FAZER

Esta seção se encontra estruturada em dois eixos. No primeiro aborda-se a proposta conceitual do apoio matricial, permitindo fazer uma síntese teórica – sobretudo, a partir da leitura do documento governamental que trata das diretrizes do NASF (Cadernos de Atenção Básica, número 27, de 2010) – e identificar a sua correlação com o que, originalmente, foi cunhado por Gastão Wagner de Souza Campos, em um contexto que antecede a criação do NASF. Além disso, é feita a menção de algumas proposições de Tesser (2017), o qual traz uma análise crítica quanto à operacionalização das dimensões que compõem o apoio matricial. A partir disso, avança-se para o segundo momento, quando se trata dos modos com que o apoio matricial vem sendo construído no âmbito nacional, evidenciando-se os resultados produzidos por diferentes áreas de conhecimento.

4.1 A proposta conceitual

A palavra ‘apoio’ presente na nomenclatura do NASF é entendida como elemento central da sua proposta (o que pode aqui ser acrescentado como o aspecto definidor de sua identidade) e corresponde ao conceito de ‘apoio matricial’ (Brasil, 2010).

Ao considerar isso, esta pesquisa tem a seguinte questão norteadora: como as ações de apoio matricial têm sido construídas entre o núcleo e as EqSF? Para tanto, faz-se necessário indagar e problematizar sobre o que está se tratando aqui como apoio matricial, uma definição conceitual originalmente cunhada por Campos (1999) e que se deu, como dito antes, num contexto diverso e anterior à criação do NASF.

No ‘Cadernos de Atenção Básica’, número 27 (Brasil, 2010), a noção de apoio matricial aparece articulada à de equipe de referência – uma discussão já apresentada por Campos (1999) – sendo esta percebida enquanto um modo operante distinto do tradicional, em que ao invés de se ter profissionais que se responsabilizam por procedimentos, tem-se profissionais que se responsabilizam por pessoas. Neste caso, em específico, a publicação ministerial traz o destaque de que na atenção básica, ao falar em equipes de referência, está se referindo às EqSF, as quais se incumbem de acompanhar um determinado contingente populacional em um dado recorte territorial.

Essa discussão acima é muito próxima à apresentada por Campos (1999), quando afirma que um

“[...] sistema matricial que combina referência (trabalho mais polivalente) com oferta horizontal de serviços (trabalho mais específico e especializado) permite valorizar todas as profissões de saúde, tanto conservando a identidade de cada uma delas, quanto empurrando-as para superar uma postura muito burocratizada, típica do modo tradicional de organizar os serviços de saúde (p.398).

Por isso, além de um deslocamento em termos do foco da responsabilidade do profissional (de procedimentos para pessoas), a equipe de referência também pressupõe a ideia de intercessões e de integração entre os diferentes saberes técnicos, levando à distribuição do poder e contrapondo-se, portanto, à tradicional fragmentação dos cuidados em saúde, com a respectiva desconexão entre os membros da equipe. E é dentro desse novo arranjo em que se situa a discussão do apoio matricial, uma vez que ele deverá se dirigir a essas equipes de referências (Brasil, 2010).

O que o documento governamental apresenta é coerente com a proposição de Campos e Domitti (2007), quando esses mencionam que as equipes de referência seriam as responsáveis pelo acompanhamento longitudinal de um dado indivíduo, família ou comunidade em seus cuidados de saúde, considerando que essa referência também requer a construção e a manutenção de vínculos entre profissionais e seus assistidos. “Sabe-se que não há clínica eficaz sem personalização e contextualização dos projetos ou programas terapêuticos” (Campos, 1998, p. 868).

A equipe de referência seria responsável, conforme cada caso requeira, de acionar a rede assistencial, dentro da qual se situa, por exemplo, o NASF enquanto equipe apoiadora. Desta forma, é que se fará possível “[...] assegurar, de modo dinâmico e interativo, a retaguarda especializada nas equipes de referência (no caso, as equipes de Saúde da Família)” (Brasil, 2010, p. 12). Essa perspectiva apresentada está em conformidade com o que se verifica no trabalho de Campos e Domitti (2007) – constatando-se a incisiva influência destes no documento que aborda o NASF – quando afirmam, de maneira muito próxima ao exposto acima, que “o apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, de maneira personalizada e interativa” (p.964).

A proposta da retaguarda especializada (Brasil, 2010) está articulada ao que Minozzo e Costa (2013) afirmam, citando Campos (1999), sobre o fato de que o apoio matricial “[...]”

configura-se como um suporte técnico especializado ofertado às equipes de APS a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações, podendo ser realizado por profissionais de diversas áreas especializadas” (p.151).

A partir dessas leituras anteriores percebe-se que, enquanto apoiador na atenção básica, o NASF deve se contrapor àquele modelo assistencial em que as equipes e os profissionais pouco dialogam e interagem entre si, embora os sujeitos e as demandas sejam comuns. Verifica-se que o apoio matricial requer uma proximidade relacional entre as equipes, diferente da lógica operativa que se pauta em encaminhamentos mecanizados, os quais meramente visam atender protocolos e fluxos de rede. Assim, um dos fatores para que as ações de matriciamento logrem êxito diz respeito à qualidade das relações entre as equipes, que devem ser cada vez menos verticais e mais horizontais.

Uma forma de pensar as relações verticalizadas refere-se ao mecanismo, historicamente estabelecido na saúde, de referência e contra referência. “O modelo de referência e contra referência quase não permitia que os profissionais envolvidos no caso estabelecessem um diálogo sobre suas condutas e ações, pois cada profissional atendia o usuário no seu espaço particular de cuidado [...]” (Mielke & Olchowsky, 2010, p.901). Consequentemente, compreende-se o porquê do matriciamento representar estratégia de trabalho que se contrapõe à fragmentação dos cuidados e ao paralelismo de ações (a qual, por vezes, impera entre os campos de saberes), com vistas à potencialização das trocas interdisciplinares. Esses autores entendem que a diferença que integra a proposta do apoio matricial é a ideia da cogestão, a partir da integração entre a EqSF e a equipe apoiadora, evidenciando-se que os cuidados de saúde são práticas coletivas.

O documento governamental reconhece a existência de dois âmbitos em que o apoio matricial pode ser operacionalizado: o assistencial e o técnico-pedagógico (Brasil, 2010). Nota-se a inspiração em relação ao que já havia sido proposto por Campos e Domitti (2007), quando também discutem sobre essas duas dimensões do apoio. Para os autores a dimensão assistencial refere-se ao atendimento clínico, às ações de saúde destinadas à população. A técnico-pedagógica remete às ações educativas, de formação de conhecimento com e para a equipe que está sendo apoiada. Neste sentido, percebe-se o porquê de uma das diretrizes do NASF envolver o âmbito da educação permanente.

Um exemplo de demanda para o suporte técnico-pedagógico, se refere à abordagem dos afetos e à sua manifestação no trabalho assistencial. O profissional ‘psi’ do núcleo poderá abordar essa questão através de discussão de casos e de orientações, por exemplo, auxiliando

os demais profissionais no manejo dos afetos através do seu conhecimento técnico que se faz ali compartilhado (Brasil, 2010).

Depreende-se que essa divisão quanto às formas de apoio matricial atende mais a um critério didático, pois no cotidiano de trabalho pode-se esperar uma mescla dessas dimensões mencionadas acima. Uma ação de apoio matricial pode tanto envolver elementos da ordem assistencial quanto da técnico-pedagógica. O apoio matricial quando ocorre, por exemplo, por meio da discussão de casos, oportuniza a revisão de condutas estabelecidas e permite agregar outros saberes e intervenções, identificando se será necessária a definição de alguma ação de apoio assistencial ou de interlocução com outros equipamentos da rede de atenção (Brasil, 2010). Portanto, verifica-se que num primeiro momento a demanda de apoio pode estar fundada na oferta de orientações/educação, quando, a partir de então, pode-se detectar o imperativo de ações assistenciais, conjuntas ou não. O processo inverso também é possível, de modo que através da práxis identificam-se lacunas e arestas que serão ajustadas pelas ações técnico-pedagógicas.

Embora a noção de apoio matricial pressuponha a mescla das duas dimensões descritas acima, Tesser (2017) aponta para os problemas do reducionismo e das ambiguidades que podem, na prática, caracterizar o funcionamento dos NASF. Neste sentido, a discussão apresentada pelo autor indica a possibilidade de que, não raramente, as dimensões assistencial e técnico-pedagógica sejam compreendidas pelos profissionais do núcleo como se fossem mutuamente excludentes, de modo que ou se centra em uma ou na outra.

Porém, essas polarizações não são naturais, pelo contrário. Elas podem refletir, de acordo com Tesser (2017), interesses, seja dos gestores ou dos profissionais. Em relação a esses últimos, por exemplo, eles

podem oscilar, conforme propensão individual ou grupal, entre as reduções: desviar-se da ação clínica especializada e da pressão pelo seu exercício vinda das equipes matriciadas, atuando mais em reuniões, grupos, prevenção/educação/promoção; ou desviar-se para seus núcleos de competência e restringir-se a fazer cuidados especializados, montando uma agenda que rapidamente lota, sem negociação ou suporte às equipes em dúvidas/urgências, sem construção coletiva de projetos terapêuticos complicados etc. Essas reduções geram a subutilização dos NASFs (p. 566).

Tesser (2017) também discorre sobre certo contexto, dentro do qual é possível compreender, de maneira mais cautelosa, os elementos que podem fomentar esse modo de pensar de gestores e de profissionais. Esse contexto se refere, sobretudo, ao próprio modo

com que esse conteúdo é trazido nos documentos governamentais. O autor cita o mesmo documento aqui tratado – Brasil (2010) – analisando que ele trata o cuidado especializado de forma menos prioritária. Em seguida, analisa a última normativa federal dos NASF, onde percebe que a atuação compartilhada continua a apresentar um tom de maior centralidade. Assim, sintetiza que “nesses documentos e na Saúde Coletiva, há grande desproporção de volume textual dedicado a esses componentes da atuação ‘nasfiana’, e priorização das atuações conjuntas com as equipes de SF [...]” (p. 568).

Apesar dessas questões observadas por Tesser (2017), o ‘Cadernos de Atenção Básica’, número 27, não deixa dúvidas quanto ao objetivo que demarca a criação do NASF, que é a noção de apoio matricial.

Por isso, é possível afirmar que a razão de ser do NASF está no matriciamento, pois será através disso que a proposta do próprio núcleo se materializará. Contudo, as responsabilidades do NASF compreendem tanto a população quanto as equipes apoiadas (EqSF). Neste sentido, afirma-se que os resultados dos trabalhos do núcleo devem ser avaliados nessas duas esferas (Brasil, 2010).

Na operacionalização do apoio matricial deve-se partir de negociações e de definições de tarefas entre os envolvidos (gestores, NASF e EqSF), demarcando-se critérios para o acionamento do apoio (Brasil, 2010). Essa passagem reafirma o que Campos (1999) menciona sobre o fato de que a distribuição do trabalho se fará a partir do “[...] eterno ajuste e de uma negociação perene entre a equipe e dela com seus coordenadores e supervisores” (p.398).

Percebe-se que a criação do NASF representa uma proposta muito afinada com o que Campos (1999) descrevia sobre o novo arranjo ‘equipes de referência e trabalho de apoio matricial’. Nota-se que o autor já falava na possibilidade de que em

[...] um centro de saúde da rede básica, por exemplo, montar-se-iam ou equipes de saúde da família (médico-generalista, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde), ou equipes de saúde da criança (pediatra, enfermeiros, etc.), de saúde do adulto (clínico, auxiliares de enfermagem, etc.). Conforme a disponibilidade, cada equipe mínima poderia contar com médico, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos; ou, em caso de haver um número menor de profissionais do que o número de equipes necessárias ao atendimento da população de uma região, organizar-se-ia o apoio matricial destes especialistas a um determinado número de equipes de referência. Assim, uma enfermeira poderia supervisionar e apoiar o trabalho de quatro ou cinco equipes de referência de saúde da criança ou da família. O mesmo poderia ocorrer com psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e outros especialistas. Trabalho de grupo, educação em saúde, caminhadas terapêuticas, ginástica para a terceira idade, são exemplos de atividades que podem ser desenvolvidas por distintos profissionais e ofertadas para a clientela de todas as equipes de referência (p.396).

Embora essa discussão trazida por Campos (1999) seja anterior ao NASF, observa-se acentuada proximidade com o que, mais tarde, o ‘Cadernos de Atenção Básica’, número 27 (2010), apresenta quando trata do NASF, enquanto equipe apoiadora, e da EqSF, como equipe de referência. Essa conformidade com o trabalho de Gastão Wagner de Souza Campos (por vezes em conjunto com outros autores) se evidencia quando nas referências bibliográficas do documento governamental, faz-se a menção a nove dos seus trabalhos.

No contexto internacional, Oliveira e Campos (2015) retratam que é possível encontrar referência em cuidado colaborativo e cuidado compartilhado entre profissionais diferentes e a noção de apoio matricial aparece em trabalhos que citam o método Paidéia, criada pelo último autor. Ao citar outros estudos (Gonçalves, 2012; Pisco, 2011; Trindade & Teixeira, 2010), Oliveira e Campos (2015) também relatam a situação de Portugal, por exemplo, onde não há uma sistematização desse trabalho interprofissional, mas algumas experiências já começariam a aparecer na atenção primária, mencionando as práticas compartilhadas de psicólogos e nutricionistas junto a outras equipes. Na saúde da família ainda haveria a preponderância das práticas individuais, porém com iniciativas de interdisciplinaridade que começam a despontar.

No Brasil, em contrapartida, a noção de apoio matricial aparece fortemente vinculada ao NASF e, pelo que se pode observar na leitura do texto governamental aqui citado, com acentuada inspiração no trabalho de Gastão Wagner.

O apoio matricial, inclusive, é uma das dimensões avaliadas no PMAQ-AB, o que pode ser verificado através de questões que exploram o acesso das EqSF ao NASF (formas de solicitar o apoio, tempo em que o NASF atende a demanda de apoio, garantia de encontros e atividades periódicas com o NASF, organização e planejamento de ações conjuntas do NASF com as EqSF etc.); articulação entre EqSF e NASF (quais atividades são pactuadas com o NASF e periodicidade dos encontros do NASF com as EqSF) e; qualificação do cuidado da atenção básica pela integração com o NASF (avaliação dos efeitos e contribuições do NASF para as ações das EqSF, bem como avaliação da disponibilidade das EqSF para trabalharem em conjunto com o NASF) (Brasil, 2017).

Apesar de se empreender, neste momento, um estudo conceitual do apoio matricial, o qual serve como ponto de partida imprescindível para a estruturação desta pesquisa, considera-se que também é condição indispensável perceber que o apoio poderá se materializar e assumir contornos muito peculiares dentro de cada realidade local. Não se trata, por consequência, de considerar qualquer ato como sendo uma ação de matriciamento, mas, igualmente, não se julga prudente restringir o ‘olhar’ a modelos previamente concebidos,

produzindo uma espécie de crivo, o que implicaria num elevado risco de se descartar ‘dados’ relevantes que, ao não se adequar ao modelo, ‘ficariam de fora’ das análises. Ao se indagar sobre *como* o apoio matricial tem sido construído, é coerente realçar aquelas variações e nuances que o campo empírico produz sobre o conceito.

Na seção seguinte, será realizada uma exposição do que as pesquisas, provenientes de diferentes campos de conhecimento, têm constatado sobre os modos de produção desse apoio, permitindo, assim, vislumbrar certo panorama, a partir de diversos contextos do território brasileiro.

4.2 Os modos de se fazer o apoio matricial

Esta seção se encontra organizada a partir da busca de artigos realizada no sítio da BVS Saúde, no período de outubro de 2016 a abril de 2019.

Quanto à busca realizada na biblioteca virtual, recorreu-se à utilização dos seguintes descritores: ‘apoio e NASF’, ‘EqSF e NASF’, ‘apoio e EqSF’. Foram utilizados os filtros ‘artigo’ e ‘disponível’ em texto completo.

Na primeira busca, utilizando os descritores ‘apoio e NASF’, foram identificados cento e setenta e três artigos, estando esses armazenados em bases de dados internacionais (148), bases de dados especializadas (5) e nacionais (20).

Desse total de artigos identificados na primeira busca foi realizada a seleção de trinta, a qual teve como referência os seguintes critérios de inclusão: pertinência do artigo com o objeto de estudo da presente pesquisa, disponibilidade *online* do texto completo e estudos que não fossem apenas pesquisa bibliográfica. Esse último critério permitiu selecionar artigos que cotejassem, no trabalho de campo, o uso de entrevistas, observações, entre outras estratégias de produção dos dados, a partir do cotidiano, propriamente dito, de atuação dos NASF. Isso se justifica pela pretensão de se conhecer os modos com que o apoio vem sendo operado na ‘prática’ dos núcleos.

Em seguida, foi realizada a segunda busca de artigos, agora com os descritores ‘EqSF e NASF’. Através disso, foram identificados quatro artigos. Porém, desse montante, um já havia sido identificado na busca anterior, dois apareceram em duplicidade e também selecionados na primeira busca. O outro artigo foi descartado por não corresponder aos critérios de inclusão. Portanto, não foram encontradas novas pesquisas.

Na terceira busca, com os termos ‘apoio e EqSF’, foram identificados os mesmos artigos mencionados no parágrafo anterior.

Desta forma, através de todas as buscas realizadas no banco de dados, foi possível selecionar, num primeiro momento, um total de trinta artigos que serão aqui apresentados no intuito de se vislumbrar certo panorama quanto aos campos disciplinares que têm produzido tais pesquisas e as regiões do país em que as mesmas têm ocorrido. Contudo, percebe-se que esse montante de pesquisas não permite retratar todas as unidades federativas do país, de modo que em algumas localidades percebe-se uma maior concentração de estudos, como é o caso, por exemplo, do estado de São Paulo.

Ao considerar a impossibilidade de realizar uma análise cuidadosa de todos os artigos selecionados (30), foi realizado um novo recorte para a definição daqueles que seriam analisados e discutidos nesta seção (14). Desta forma, o primeiro critério adotado foi a seleção de todos os artigos produzidos pelo campo da Psicologia, considerando que um dos objetivos específicos desta pesquisa envolve o conhecimento da atuação do psicólogo na construção do apoio matricial. O segundo critério foi a seleção de um artigo de cada uma das demais áreas de conhecimento que compõem o NASF, o que permitiu não apenas valorizar a dimensão interdisciplinar como também os estudos realizados nas diferentes regiões do país (norte, nordeste, sudestes, sul e centro-oeste).

No campo disciplinar da área da Farmácia foi selecionado o único artigo identificado (Nakamura e Leite, 2016). Processo semelhante ocorreu com o Serviço Social (Macedo, Ximenes-Guimarães, Coelho-Sampaio, Pereira-Morais e Carneiro, 2016) e a Terapia Ocupacional (Lancaman, Gonçalves, Cordone e Barros, 2013). Em relação aos campos disciplinares que apresentavam mais de um artigo, como é o caso da medicina e da educação física, definiu-se a publicação mais recente (Klein & D’Oliveira, 2017; Santos, Benedetti, Sousa & Fonseca, 2017, respectivamente). Os demais artigos da Fisioterapia e da Enfermagem foram descartados, porque esses campos de conhecimento já estavam representados na escolha que se fez anteriormente pelo artigo construído em conjunto com o Serviço Social. Processo semelhante a esse ocorreu com a Fonoaudiologia, quando se selecionou a produção da Terapia Ocupacional.

Também foram selecionados todos os artigos de natureza interdisciplinar e que não tiveram a identificação específica dos campos de saber envolvidos (Bispo Júnior & Moreira, 2017; Santos, Uchôa-Figueiredo & Lima, 2017).

Abaixo, apresenta-se o quadro que sintetiza o corpo de artigos selecionados na primeira etapa (30) e na segunda (14). Estes últimos são identificados por asterisco.

Quadro 2: Artigos selecionados na BVS Saúde

Autor(es) e Ano de Publicação	Área(s) de Concentração	Contexto de Pesquisa
Bispo Júnior e Moreira (2017)*	Multidisciplinar em saúde	Seis municípios região sudoeste da Bahia - BA
Klein e D'Oliveira (2017)*	Medicina	São Paulo – SP
Oliveira et al. (2017)*	Psicologia	Municípios do Rio Grande do Norte
Santos, Uchôa-Figueiredo e Lima (2017)*	Ciências da Saúde	Região sul do município de São Paulo – SP
Santos, Benedetti, Sousa e Fonseca (2017)*	Ciências sociais, educação, zootecnia, educação física e ciências do esporte	Nacional
Nakamura e Leite (2016)*	Farmácia	Município da região sul
Martinez, M. S. Silva e A. M. Silva (2016)	Educação Física e Dança	Goiânia – GO
Macedo, Ximenes-Guimarães, Coelho-Sampaio, Pereira-Morais e Carneiro (2016)*	Fisioterapia, Enfermagem, Medicina e Serviço Social	Fortaleza – CE
Fernandes, Rios, Sanches, Santos (2016)	Fisioterapia	Municípios do Mato Grosso do Sul
Braghini e Ferraz (2016)	Fisioterapia	Município da região oeste de Santa Catarina
Shimizu e Fragelli (2016)	Medicina	As cinco regiões do país
Reis, Medeiros, Pacheco e Caixeta (2016)	Enfermagem	Uma capital
Barros, Gonçalves, Kaltner e Lancaman (2015)	Medicina	São Paulo – SP
Patrocínio, Machado e Fausto (2015)	Medicina	Dois municípios do Rio de Janeiro
Gonçalves, Lancman, Sznclwar, Cordone e Barros (2015)	Secretaria Municipal de Saúde, Medicina e Engenharia de Produção	São Paulo – SP

Cela e Oliveira (2015)*	Psicologia	Seis municípios do Rio Grande do Norte
Soleman e Martins (2015)	Fonoaudiologia	São Paulo – SP
Sousa, Oliveira e Costa (2015)*	Psicologia	Dois municípios do Rio Grande do Norte
Perrella (2015)*	Psicologia	Município pequeno porte na Bahia
Sampaio, Melo, Grigório e Soares (2015)	Medicina	João Pessoa – PB
Santana, Azevedo, Reichert, Medeiros e Soares (2015)	Enfermagem	Cabedelo – PB
Hori e Nascimento (2014)	Medicina	Guarulhos – SP
Moura e Luzio (2014)*	Psicologia	Maringá – PR
Lancaman, Gonçalves, Cordone e Barros (2013)*	Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional	São Paulo – SP
Leite, Andrade e Bosi (2013)*	Psicologia e Medicina	Juazeiro do Norte – CE
Azevedo e Kind (2013)*	Psicologia	Belo Horizonte – MG
Sampaio et al. (2013)	Medicina e Enfermagem	Campina Grande e João Pessoa – PB
Sampaio et al. (2012)	Medicina e Enfermagem	Campina Grande – PB
Vannucchi e Carneiro Júnior (2012)	Medicina	São Paulo – SP
Silva et al. (2012)	Medicina	São Paulo – SP

Fonte: Elaborado pela autora

Desse montante de pesquisas verifica-se que a maior parte (13 artigos) é produzida por departamentos e/ou profissionais do campo da medicina. Em seguida, está a Psicologia (7 artigos) e, em terceiro, a enfermagem (5 artigos).

O interesse da Psicologia pela temática do NASF indica decorrer do processo de inserção desse profissional em um campo que traz consigo a característica de um território a ser desbravado, sobretudo, quando se considera que ele se faz potente para uma atuação que transcenda àquela estritamente clínica (cujas marcas, inegavelmente, são incisivas na

construção da identidade e na afirmação da Psicologia enquanto profissão no Brasil), trazendo a possibilidade de outros formatos de intervenção, como, por exemplo, as abordagens grupais, as visitas domiciliares e as ações de educação permanente.

Neste sentido, os estudos das práticas ‘psi’ no contexto do NASF ou do apoio matricial parecem se constituir como uma demanda de um campo profissional que vem assistindo um alargamento de suas possibilidades de atuação através de sua absorção crescente pelos serviços que integram a saúde pública. E, de acordo com o que as pesquisas permitem evidenciar, é um saber que vem sendo construído em ato, sobretudo, nas situações em que os psicólogos chegam ao NASF sem conhecimento ou formação prévia/conhecimento suficiente para atuarem nesse equipamento.

Quanto à produção conforme o ano de publicação há uma tendência crescente entre os anos de 2012 e 2015, com uma concentração expressiva de artigos nesse último ano, correspondendo a um total de nove pesquisas. Embora apresentando um ligeiro decréscimo de produção, o ano de 2016 aparece como o segundo ano de expressiva publicação, com sete artigos.

Observa-se que o quadro de pesquisas selecionadas representa um percurso ainda muito limitado de estudo, compreendendo apenas os últimos cinco anos (2012-2017), evidenciando que essa é uma temática que tende ser mais bem explorada, sobretudo, no que se refere a certas regiões do país que ainda se fazem carentes de investigação. Esse é o caso, por exemplo, do estado de Minas Gerais, tendo sido identificado apenas um estudo, situado na capital.

Em relação a essa distribuição das pesquisas pelos estados brasileiros, apesar de alguns artigos não permitirem a identificação do contexto específico em que a pesquisa ocorreu, pode-se afirmar sobre a proeminência daquelas que têm como contexto o estado de São Paulo (9 artigos), acompanhadas por aquelas que focalizam o estado da Paraíba (4 artigos). Mas, se for analisada a concentração de pesquisas por região e não por estado, há o destaque do nordeste, com um total de onze investigações.

Embora as pesquisas permitam vislumbrar o apoio matricial a partir de diferentes realidades territoriais, os estudos ainda tendem a retratar as capitais ou os municípios de grande porte. No caso de Minas Gerais, por exemplo, tem-se apenas uma pesquisa que discute a realidade de Belo Horizonte, o que indica a importância da presente pesquisa que possibilitará compreender os modos de se fazer o apoio matricial a partir de uma realidade de um município de médio porte do interior do estado.

A partir dessas considerações sobre o campo de produção das pesquisas que vislumbram os trabalhos do NASF, particularmente, no que se refere à construção do apoio matricial, será desenvolvida, deste momento em diante, uma apresentação das pesquisas selecionadas, seguida pela exposição do que as mesmas têm retratado a âmbito nacional.

4.2.1 Caracterização das pesquisas selecionadas

Bispo Júnior e Moreira (2017) realizaram um estudo qualitativo em seis municípios da região sudoeste da Bahia. Os objetivos foram: compreender e analisar os processos de educação permanente vivenciados pelos profissionais do NASF e das EqSF e, ainda, como o apoio matricial estava incorporado ao trabalho desses profissionais. O processo de produção de dados se deu a partir da metodologia do estudo de casos múltiplos, com a condução de entrevista semiestruturada, entre junho de 2014 e fevereiro de 2015. Essa compreendeu um quantitativo expressivo de profissionais: 43 do NASF e 40 da EqSF (entre médicos e enfermeiros). Após categorização, o tratamento dos resultados ocorreu pela análise temática de conteúdo.

Klein e d'Oliveira (2017) desenvolveram uma investigação analisando a concepção e a prática de matriciamento por psicólogos que atuam no NASF da capital de São Paulo, onde existiam, naquele momento, oitenta e sete equipes do núcleo. Com uma abordagem qualitativa as pesquisadoras convidaram quinze psicólogos de diferentes núcleos, sendo seis homens e nove mulheres. Destes participantes, a maior parte apresentava formação recente e especialização na área da saúde. O trabalho de campo ocorreu em 2014 e contou com a realização de entrevista semiestruturada. Das entrevistas foram feitas transcrições, categorizações e codificações. A interpretação e a análise dos dados ocorreram de modo integrado à literatura utilizada.

Na pesquisa de Oliveira et al. (2017) investigou-se a atuação dos psicólogos do NASF do estado do Rio Grande do Norte. Para tanto, realizaram vinte e quatro entrevistas semiestruturadas com psicólogos de dezesseis microrregiões de saúde do estado, envolvendo, assim, vinte municípios. O período de produção dos dados compreendeu os anos de 2012 a 2014. Foi feito o uso da análise de conteúdo temática, sendo realizada a articulação dos dados com a literatura que aborda a prática do psicólogo na saúde pública. Sobre a caracterização dos participantes, a faixa etária está situada entre os vinte e três e os cinquenta anos de idade, doze são mulheres e doze se formaram há menos de quatro anos.

A pesquisa descritiva de Santos, Uchôa-Figueiredo e Lima (2017) é de abordagem quantitativa. Os objetivos foram caracterizar como as ações de apoio matricial estão inseridas no cotidiano e as ferramentas privilegiadas por médicos e enfermeiros da EqSF e do NASF. O contexto foi a região sul da cidade de São Paulo. A produção de dados ocorreu entre janeiro e fevereiro de 2015, utilizando-se um questionário autopreenchido. O total de participantes foi equivalente a 78.

Santos, Benedetti, Sousa e Fonseca (2017) analisaram os fatores associados às práticas de apoio matricial realizadas pelos profissionais de educação física no Brasil e segundo as suas regiões. A pesquisa se caracteriza por ser exploratória, descritiva e de abordagem quantitativa, com um universo de 296 profissionais de educação física. A produção de dados foi através da entrevista telefônica, entre julho e setembro de 2011. A entrevista foi constituída de questões estruturadas e semiestruturadas. Quinze entrevistadores foram previamente treinados e supervisionados durante a sua aplicação.

Nakamura e Leite (2016) investigaram o desenvolvimento do processo de trabalho dos farmacêuticos nos NASF de um município do sul do país. Utilizou-se abordagem qualitativa, com o recurso da observação participante e da entrevista semiestruturada. A produção de dados foi realizada no ano de 2012, envolvendo os sete farmacêuticos que atuavam no município estudado, o qual possuía quatrocentos mil habitantes. Desse total de profissionais, as pesquisadoras identificaram que quatro possuíam especialização em saúde da família.

Macedo et al. (2016) trataram da análise da organização do processo de trabalho do NASF, a partir da abordagem qualitativa. A produção de dados envolveu onze profissionais de dois NASF em Fortaleza e contou com a entrevista semiestruturada e observação livre. A análise foi embasada na hermenêutica-dialética.

A pesquisa de Cela e Oliveira (2015) teve como pretensão problematizar a prática dos profissionais de Psicologia nos NASF, tendo em vista a articulação de saberes dentro da equipe e as ações desenvolvidas com outras equipes. O estudo teve como contexto o estado do Rio Grande do Norte. Foram, primeiramente, selecionadas sete equipes de NASF e oito psicólogos, em seis municípios do estado. Destes profissionais, sete se disponibilizaram a participar da pesquisa. Foi realizada entrevista semiestruturada, compreendendo o período de agosto de 2010 a setembro de 2011. A análise dos dados ocorreu através do materialismo dialético de orientação marxista.

Em outra pesquisa, de natureza exploratória e comparativa, Sousa et al. (2015) se dispuseram a estudar a implantação do NASF e a prática de psicólogos em dois municípios do

estado do Rio Grande do Norte. Foram utilizadas entrevistas semiestruturadas e análises de documentos. Foram entrevistados um psicólogo do município A e dois do município B. Além disso, foi entrevistado um coordenador de cada município. A produção dos dados se deu entre os anos de 2010 e 2011.

Perrella (2015), a partir de uma experiência como psicóloga em um município de pequeno porte da Bahia, também trouxe contribuições para se pensar os processos de trabalho no NASF e, em especial, no que tange o apoio matricial. O relato compreendeu a experiência que se desenvolveu entre os anos de 2013 e 2014.

Na pesquisa de Moura e Luzio (2014) objetivou-se estudar a função apoio no processo de implementação do NASF, o que envolve tanto o apoio matricial quanto o apoio institucional. A pesquisa foi de natureza qualitativa, focalizando uma equipe do NASF de Maringá, no Paraná. Recorreu-se ao uso da observação participante, entrevista semiestruturada e grupos de discussão.

Lancman et al. (2013) realizaram um estudo com a pretensão de compreender a organização, as condições de trabalho e as vivências subjetivas de trabalhadores do NASF. A pesquisa foi conduzida nos anos de 2011 e de 2012, em dois NASF da cidade de São Paulo. Foram utilizados os referenciais teórico-metodológicos da ergonomia e da psicodinâmica do trabalho, tendo sido conduzidas entrevistas e grupos de reflexão com os profissionais.

Leite et al. (2013) objetivaram em sua pesquisa analisar a inserção do psicólogo no NASF, no Juazeiro do Norte, Ceará. Tratou-se de um estudo qualitativo, tendo sido selecionados seis psicólogos para participarem do mesmo. Recorreu-se à entrevista semiestruturada e à observação participante como instrumentos de produção dos dados. Estes foram analisados através da análise do discurso de orientação francesa.

Azevedo e Kind (2013) conduziram um estudo objetivando conhecer a atuação dos psicólogos em Belo Horizonte. Tratou-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, com o recurso da entrevista semiestruturada junto a sete psicólogas. As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas à análise de conteúdo.

Percebe-se que deste coletivo de pesquisas sete se dedicaram a estudar a atuação do profissional de Psicologia, o que representa a metade do total de artigos selecionados. Isso reflete o que já foi dito antes quanto ao interesse da Psicologia por um campo que se faz potente para uma atuação que transcenda àquela estritamente clínica, remetendo a uma demanda de um campo profissional que vem assistindo um alargamento de suas possibilidades de atuação.

Apenas duas pesquisas selecionadas são de natureza quantitativa e a entrevista semiestruturada aparece como a ferramenta de produção de dados mais prevalente. O período de produção de dados está entre o intervalo de 2010 e 2015, sendo que nesse último ano há apenas duas pesquisas (Bispo Júnior & Moreira, 2017; Santos, Uchôa-Figueiredo & Lima, 2017).

Neste sentido, pode-se constatar uma carência de estudos que possibilitam compreender os modos de construção do apoio matricial em anos mais recentes, ou seja, posteriores ao ano de 2015.

4.2.2 O apoio matricial nos contextos investigados: concepções e vivências

Bispo Júnior e Moreira (2017), ao estudarem a educação permanente e a incorporação do apoio matricial por profissionais do NASF e das EqSF, em seis municípios do sudoeste da Bahia, verificaram que as ações educativas são escassas e não são compatíveis com a possibilidade de transformação das práticas e afirmação do cuidado resolutivo e humanizado. Quanto ao apoio matricial, observou-se que as ações formativas também são limitadas ou inexistentes, tanto para os profissionais do NASF quanto para os da EqSF. Os autores entendem que “[...] a reduzida formação sobre o apoio matricial, apresentada por ambos os grupos, compromete o trabalho entre as equipes e fragiliza a função de apoio” (p. 6). Portanto, percebe-se a importância de que essa ferramenta de formação seja parte do cotidiano de trabalho da atenção básica, para que os objetivos apresentados com a criação do núcleo sejam concretizados.

Sobre a atuação do NASF, Bispo Júnior e Moreira (2017) verificaram problemas no desenvolvimento da dimensão pedagógica. Os entrevistados relataram que ou nunca havia sido desenvolvidas ações educativas com profissionais de nível superior das equipes de referência ou que havia sido realizada, mas de forma pontual. Essa fragilidade, que constitui uma das dimensões do apoio matricial, também foi identificada entre médicos e enfermeiros da EqSF.

O atrofiamento da dimensão pedagógica do apoio parece resultar daquela insuficiente educação permanente ofertada aos profissionais do NASF, de modo que esses não se sentiam aptos para desenvolverem essa perspectiva do apoio matricial (Bispo Júnior & Moreira, 2017). Neste sentido, a ausência ou a incipiência daquele processo formativo inicial, de preparação do núcleo para os trabalhos, gera ressonâncias em outras áreas e, sobretudo, no

que se refere à capacidade de apoiar as EqSF. “Por conta da frágil formação vivenciada, os profissionais não possuem domínio sobre determinados aspectos do próprio trabalho do NASF e também do trabalho na atenção primária” (p. 7).

Nota-se que a consequência de uma situação como essa é a atuação de um serviço que opera abaixo de seu potencial apoiador e, provavelmente, essa condição não será superada enquanto não for repensado o impasse existente nesse processo: há um profissional que se destina a ser apoiador, mas que não sabe como fazê-lo e, ao mesmo tempo, não são oferecidas estratégias para propiciar esse conhecimento. Conclui-se que sem qualificação técnica não há como efetivar plenamente a ampliação das ações da atenção básica.

Na pesquisa de Klein e d'Oliveira (2017), localizada na cidade de São Paulo, as pesquisadoras identificaram que as concepções de matriciamento correspondiam à troca de saber e capacitação e supervisão. Contudo, verificaram relatos que expressavam dificuldades relativas a essas trocas entre os profissionais. Como experiências bem sucedidas apareceram as situações de aprendizagens entre os diferentes profissionais, de modo que, por exemplo, no contato com a EqSF os psicólogos seriam convocados a lidar melhor com questões objetivas (alimentação, sono, doenças prevalentes etc) e a equipe referenciada com questões subjetivas. Apesar disso, verificou-se que muitos psicólogos falavam sobre o que ensinavam e pouco sobre o que aprendiam, indicando que o ensinar era uma função mais predominante no NASF e o aprender na EqSF.

Outra informação instigante é que apesar de haver relatos de uma valorização de relações horizontais, houve a percepção, entre os entrevistados, de que essas trocas se manifestavam mais no interior do próprio núcleo do que com a EqSF. Além disso, identificaram-se entendimentos diferentes e divergentes quanto à concepção de matriciamento e, conseqüentemente, do que se deveria fazer enquanto apoiador. Alguns entrevistados entendiam que não deveriam se ocupar das ações assistenciais, enquanto outros entendiam que sim (Klein & d'Oliveira, 2017).

As reuniões de matriciamento se desenvolviam a partir de três esquemas diferentes entre os NASF: 1 - cada dois ou três profissionais do NASF se responsabilizavam pelo acompanhamento de um determinado número de EqSF; 2 – determinação de núcleos temáticos que levava a uma distribuição dos profissionais de referência e; 3 – toda a equipe do NASF como referência para as EqSF (Klein & d'Oliveira, 2017).

As pesquisadoras identificaram o apoio matricial enquanto espaço restrito de discussão de caso e de atendimento compartilhado, evidenciando-se a tensão de quem deverá prestar a

assistência específica ao caso. “Em razão de o matriciamento ser percebido pela maioria dos profissionais como composto da discussão do caso e, no máximo, de atendimentos compartilhados, quem atende sozinho com foco no seu núcleo de competência é visto como “traidor” da proposta do NASF” (p. 6). Portanto, nessa realidade de estudo o atendimento individual aparece, para alguns profissionais, subvalorizado por se entender como ação não esperada para o apoiador. Disso resultou a ideia de cabo de força trazida pelas pesquisadoras, pois se instalava uma verdadeira tensão entre NASF e EqSF para se definir quem se responsabilizaria por um dado atendimento, sobretudo, em se tratando de áreas carentes de cuidado, como a saúde mental (Klein & d’Oliveira, 2017).

De acordo com Klein e d’Oliveira (2017) essas disputas se manifestavam nos momentos das reuniões de matriciamento, quando eram definidas as condutas terapêuticas dos casos. Se referindo a uma experiência de batalha, as pesquisadoras mencionam o fato de o NASF defender seu caráter não ambulatorial e as EqSF demandarem atendimentos especializados ao núcleo.

Na pesquisa de Oliveira et al. (2017), que contemplou municípios do Rio Grande do Norte, verificou-se que a organização dos trabalhos do NASF, propriamente dita, se encontrava centrada nas EqSF de zonas rurais e urbanas dos municípios envolvidos. Porém, por serem muitas as unidades de saúde da família referenciadas, a presença dos profissionais do NASF acabava ocorrendo de modo espaçado, o que se percebeu como algo que repercutia na qualidade das relações entre esses profissionais e os das EqSF (Oliveira et al., 2017).

O acesso dos profissionais do NASF aos usuários ocorria por meio de encaminhamentos da rede de atenção, como enfermeiros, agentes comunitários de saúde e por demanda espontânea. Verificou-se uma concentração das atividades nesses atendimentos em detrimento das ações de suporte às EqSF (Oliveira et al., 2017). Percebe-se, portanto, uma lógica de funcionamento distinta daquela indicada na leitura da pesquisa de Klein e d’Oliveira (2017), em que a centralidade das ações de apoio estava nas ações de discussão de caso/supervisão e o atendimento específico era o grande ponto de tensão dessa relação, por não haver um consenso quanto ao fato de isso ser uma atribuição do núcleo.

É pertinente compreender a existência de outro modo de se fazer o apoio matricial em relação ao que se encontra proposto no modelo teórico que serve de referência às diretrizes do SUS. Desta forma, diante das especificidades da realidade investigada, é possível que tais profissionais percebessem que o acolhimento àquelas demandas era um modo de oferecer suporte às EqSF. Neste sentido, o conceito de apoio matricial precisa ser relativizado em

função do contexto em que as práticas se desenvolvem. É prudente considerar o que os pesquisadores afirmam quanto à distorção do núcleo ao assumir o caráter de um ambulatório de clínicas especializadas, servindo como porta de entrada dos usuários, entendendo ser necessário maiores investimentos no matriciamento e na referência às EqSF.

Quanto às articulações, verificou três formas: 1 – articulação multiprofissional entre os profissionais do próprio NASF; 2 – articulação dos NASF com as EqSF e; 3 – articulação com outras políticas sociais. Em relação à segunda forma, vinte profissionais afirmaram que ela ocorria, sendo decorrente de encaminhamentos e de atividades conjuntas entre as equipes (Oliveira et al, 2017).

Santos, Uchôa-Figueiredo e Lima (2017), na investigação que conduziram na região sul da cidade de São Paulo, contaram com a participação de 44 profissionais da EqSF e 34 do NASF.

Entre as ações mais realizadas pelos profissionais da EqSF, estão: o atendimento clínico (43,4%) e as visitas domiciliares (12,64%). Constatou-se que, possivelmente, 65,24% das atividades da EqSF acontecem sem o apoio matricial do NASF, o que representa, então, um valor expressivo. Quanto às atividades mencionadas entre os profissionais do NASF, estão: grupos terapêuticos (18,68%), atendimento clínico (15,44%), visitas domiciliares (13,83%) e reuniões de equipe (12,5%) (Santos, Uchôa-Figueiredo & Lima, 2017). Observa-se, portanto, que a atividade mais prevalente do núcleo foi a intervenção coletiva.

De acordo com Santos, Uchôa-Figueiredo e Lima (2017), apesar de haver uma proximidade quanto à dedicação da EqSF e do NASF no desenvolvimento de visitas domiciliares, não é possível dizer se as mesmas são compartilhadas.

A estimativa de distribuição das atividades, no período de um mês, segundo os próprios profissionais, foi dividida em dois eixos, o real e o ideal. Esses dois eixos analíticos servem como indicação do quanto o que é feito no cotidiano de trabalho se aproxima do que os profissionais consideram ideal ou do quanto desejam alguma mudança. Na análise de todas as atividades citadas (atendimento clínico, apoio matricial, educação permanente, reunião de equipe, visitas domiciliares, grupos terapêuticos, tarefas administrativas e outros), foi constatado que os profissionais do NASF atendem mais do que o que consideram como ideal. (Santos, Uchôa-Figueiredo e Lima, 2017). “Ambas as equipes almejavam por mais oportunidades para praticar o apoio matricial e desejariam praticamente o dobro do que conseguem ter em termos de educação permanente e capacitações” (p. 700). Neste sentido,

observa-se que nem sempre as agendas de trabalho correspondem às expectativas das equipes, o que levanta reflexões sobre as possibilidades de negociações e de revisões das mesmas.

O espaço das reuniões de equipe apareceu como o principal lugar que viabiliza as trocas entre as equipes. Os números também apresentam que os espaços de troca são valorizados de modo diferente, sendo os informais mais citados entre os profissionais do NASF e os formais pela EqSF (Santos, Uchôa-Figueiredo e Lima, 2017).

De modo geral, os pesquisadores concluíram que enquanto os profissionais da EqSF possuem uma agenda fixa e absorvida por consultas, os do NASF se organizam em função das demandas que lhes são dirigidas, com certo limite de controle sobre suas agendas. Por outro lado, sugerem alguns aspectos que dificultam o apoio matricial e que precisam ser revistos:

[...] elevada demanda de atendimentos e a métrica para a avaliação de produção que regula o trabalho dos médicos e enfermeiros; a formação e a experiência de cada um dos profissionais; a facilidade e/ou dificuldade de cada um deles em compartilhar algumas ações; as exigências da população do território e da gestão local; o fato de que a rede de serviços de referência do território, especificamente a de saúde, é insuficiente para responder à demanda existente, gerando sobrecarga constante em todos os níveis de atenção” (Santos, Uchôa-Figueiredo e Lima, 2017, p. 704).

Constata-se que a proposta do apoio matricial aparece condicionada a fatores externos (como organização da rede de atenção) e internos (negociação e pactuação entre as equipes). E, novamente, à semelhança da pesquisa de Bispo Júnior e Moreira (2017), a dimensão da educação permanente aparece como uma demanda das duas equipes (NASF e EqSF).

Santos, Benedetti, Sousa e Fonseca (2017), que estudaram o apoio matricial, a partir dos profissionais de educação física do NASF no Brasil, analisaram quatro componentes do apoio matricial: educação permanente, educação em saúde, controle social e clínica ampliada. Verificou-se que os profissionais com menos de 40 anos de idade, que estavam no núcleo desde a implantação e que receberam capacitação, possuem maior probabilidade de realizarem mais atividades simultâneas de apoio matricial.

A análise desses fatores indica que o fato de ser mais jovem pode estar associado a maiores oportunidades de aproximação, até pela própria formação profissional, com um campo de atuação também recente. Além disso, o profissional mais jovem, em início de carreira pode concentrar maiores esforços e diversificar suas ações. Sobre a atuação desde a implantação do serviço, corrobora para o apoio matricial na medida em que a permanência (portanto, o maior tempo de atuação) leva a maior vinculação com as EqSF e a comunidade (Santos, Benedetti, Sousa e Fonseca, 2017). Tanto a formação quanto a experiência

profissional também foram citadas no trabalho de Santos, Uchôa-Figueiredo e Lima (2017), quando mencionam as dificuldades para o apoio matricial.

A qualidade da atuação e, por conseguinte, pode-se pensar do apoio matricial, está sujeita às condições de trabalho e à formação profissional. Os melhores resultados foram observados nas regiões sudeste e sul do país. Nessa última, há maiores possibilidades de atuação exclusiva no NASF e de vínculos estáveis (Santos, Benedetti, Sousa & Fonseca, 2017).

Na pesquisa de Nakamura e Leite (2016), situada em um município da região sul do país, verificou-se que a implantação dos NASF no município estudado se fez acompanhada de reuniões periódicas para a organização dos trabalhos. Mas, uma vez implantados os núcleos, os profissionais que foram sendo inseridos nas equipes já não dispuseram mais de capacitações regulares, apenas a participação em poucas reuniões do núcleo. Nesses casos, os profissionais informaram o empenho individual e o conhecimento dos trabalhos em curso no serviço.

De acordo com Nakamura e Leite (2016) a dedicação dos profissionais pesquisados às atividades compartilhadas com as EqSF era pequena dentro do cronograma mensal de ações. As pesquisadoras indicaram uma carência de conhecimento quanto aos trabalhos do NASF, tanto por sua própria equipe quanto pela saúde da família. Havia casos que apresentavam acesso direto ao farmacêutico, sem que, necessariamente, estivessem previamente referenciados pelas EqSF. As pesquisadoras apontaram que a relação prévia estabelecida na dispensa dos medicamentos favorecia esse acesso direto. Outra questão se referia aos encaminhamentos diretos por outros profissionais da rede, sem que, portanto, o atendimento aos usuários fosse decorrente de ações planejadas de matriciamento. O acesso aos usuários, de modo semelhante ao apontado na pesquisa de Oliveira et al. (2017), foi identificado como algo que requeria revisão.

Em decorrência desses acessos diretos dos usuários aos profissionais do NASF percebe-se que ele pode acabar servindo como porta de entrada em alguns casos. Mesmo que se possa dizer que essa deturpação ainda contribua para alguma forma de apoio aos trabalhos da EqSF, a grande questão limitadora está no fato de que essa possível forma de apoio ocorre de maneira não planejada, sem atender a fluxos ou a qualquer possibilidade de uma construção prévia de projetos terapêuticos singulares que partam das discussões compartilhadas de casos. Ao contrário, o núcleo vai sendo absorvido pelas demandas espontâneas, as quais sem uma futura discussão ou posterior apropriação conjunta pelas EqSF

poderão ficar sob o risco de serem abordadas de maneiras isoladas e fragmentadas pelos profissionais do núcleo.

Nakamura e Leite (2016) demonstraram como o apoio matricial pode ser construído a partir de espaços informais de relacionamento entre os profissionais, como no que se refere àquelas discussões fora dos espaços formais de reuniões.

Assim, mesmo sem estar funcionando como a proposta, o NASF já mostra sua importância e pontos positivos, como citado por um farmacêutico que acredita que trabalhando nessa lógica, pode conhecer a história de vida dos usuários, gerando mudanças na abordagem do atendimento, diferentemente do trabalho executado isoladamente nas farmácias (p. 1568).

O trabalho de campo de Nakamura e Leite (2016) suscita reflexões sobre o fato de que a potência dos trabalhos do NASF pode estar diretamente correlacionada à estruturação das EqSF. Deste modo, quanto mais estruturada está a atenção básica, mais coerente pode ser a atuação do profissional do NASF aos objetivos previstos para o núcleo. Nos centros de saúde não estruturados, a atuação do farmacêutico parecia resumida ao espaço da farmácia.

Sobre a pesquisa de Macedo et al. (2016), realizada em dois NASF de Fortaleza, o primeiro elemento apontado se referiu à relação entre formação profissional e as demandas colocadas pelo campo de trabalho. Há falas que evidenciam, segundo os pesquisadores, formações centradas numa perspectiva biomédica, tecnicista e de atenção individual, as quais não mais respondem às novas diretrizes de atuação, sobretudo, quando se trata do NASF, onde se espera uma prática interdisciplinar, por exemplo. Essa situação desafiadora se mostrou associada à maioria dos profissionais com mais tempo de conclusão da graduação. Na pesquisa foram verificados profissionais variando entre um a dezessete anos de formado.

Nesse caso, cabe também ponderar que, de modo semelhante ao que se verificou nessa pesquisa, quando compreendeu profissionais de um a dezessete anos de formados, não são raras as circunstâncias em que se têm profissionais oriundos de uma graduação que antecedeu ao surgimento do NASF. Por isso, a relevância dos processos de educação permanente que permitam tratar desses movimentos e inovações que constituem o SUS enquanto projeto inacabado.

Na leitura de Macedo et al. (2016) verificou-se indícios de que aquilo que se dava ênfase na atuação estava ligado ao caráter da formação recebida, observando que profissionais que tiveram uma formação diferenciada, contemplando esses novos espaços de atuação,

dedicavam-se mais aos atendimentos coletivos, ao apoio matricial e às articulações com as EqSF.

Quanto aos trabalhos desenvolvidos, os pesquisadores identificaram a ênfase na atenção individual. Para Macedo et al. (2016) esse fato poderia estar fundamentado nos desafios observados, como: os problemas relatados de infraestrutura e de qualificação profissional condizente com as diretrizes definidas para o trabalho no NASF. Apesar do espaço inadequado das unidades de saúde, ponderou-se quanto à possibilidade de que as ações coletivas pudessem ser desenvolvidas dentro de outros espaços do território. Além dessas limitações, também foi identificada a carência de recursos materiais, como a disponibilidade de carro, por exemplo.

Como formas de apoio Macedo et al. (2016) identificaram reuniões com diferentes atores, as quais aconteciam a partir de agendamentos prévios ou de solicitações ao NASF. Os pesquisadores observaram o quanto essas reuniões ocupavam a agenda dos NASF, entendendo-as como resultado da preocupação dos profissionais em oferecer apoio às EqSF. Os entrevistados também mencionaram atividades de visitas domiciliares, apoio matricial na saúde mental e grupos temáticos. Em apenas um dos NASF houve a menção da realização de atendimentos individualizados e poucos atendimentos compartilhados. No outro NASF, o profissional mencionou não ser realizado o atendimento individual pela questão de tempo para tal.

De modo semelhante ao observado em outros estudos, os pesquisadores concluíram que o apoio matricial estava se estabelecendo em meio a desafios e que não reproduzia fielmente o que está no plano do prescrito. De fato, isso ocorre em função das singularidades locais e que não necessariamente significa que não há ações de apoio. O que não se tem, talvez, é a reprodução do que está no modelo teórico, pois, como se verifica, este não dá conta de apreender todas as especificidades e adversidades locais.

Na pesquisa de Cela e Oliveira (2015), que envolveu seis municípios do Rio Grande do Norte, identificou-se a relevância dos encaminhamentos direcionados ao NASF pela EqSF, como forma de articulação entre as duas equipes. As pesquisadoras constataram resquícios de uma prática a que elas se referiram como uma “lógica tradicional no sistema de saúde” (p. 35), o que, então, estaria contribuindo para relações ainda verticalizadas e demarcadas por uma comunicação deficitária. Ao analisar essas práticas, também se vislumbrou que quando as interações entre as duas equipes ocorriam, essas não se caracterizavam por uma perspectiva de integração.

Apesar disso, Cela e Oliveira (2015) informaram a percepção, através das falas de um dos entrevistados do NASF, de uma tentativa de aproximação das EqSF como estratégia de construção de outro modo de atuação. Mencionou-se, por exemplo, a intenção de oferecer a retaguarda especializada. Inclusive as pesquisadoras se referiram a uma realidade diferenciada nesse NASF em que atua esse entrevistado, de modo que “enquanto nos demais casos predomina a relação burocrática de operacionalização de atividades, no relato do Psicólogo 5 vemos o estímulo à participação da equipe SF em todos os momentos da ação [...] buscando incentivar a participação da equipe SF na dianteira das ações” (p. 35).

A partir do que é relatado por Cela e Oliveira (2015) é possível verificar que a operacionalização do apoio matricial era diversa dentro de um mesmo estado, que dirá quando essa análise se amplia para o território nacional.

Sousa et al. (2015), ao estudarem dois municípios do Rio Grande do Norte, observou a prevalência de atendimento de caráter ambulatorial, resultante de demandas provenientes da gestão municipal, da coordenação das equipes e da EqSF.

Quanto ao processo de implantação dos núcleos, observou-se que esse se deu de maneira específica em cada um dos municípios acompanhados. No município A, houve a composição de uma primeira equipe, a qual participou de momentos de treinamentos, do projeto municipal do NASF e de discussão de documentos governamentais. Contudo, após uma troca de governo, essa equipe foi dissolvida. Depois novas contratações ocorreram e a equipe para atuar no núcleo foi nomeada de modo estanque. A implantação no município B se fez respaldada por treinamentos, fóruns de discussões e pactuação de ações mediante demandas das EqSF (Sousa et al., 2015).

Porém, a mudança no modo de operar dos NASF (até então exclusivamente ambulatorial) ocorreu a partir de mecanismos distintos: no município A por parte da gestão e no município B pela própria equipe. No município B foi observada a implementação de outras ações, com a redução de carga horária destinada às práticas assistencialistas (25% do total) e uma maior dedicação às atividades coletivas. Na outra cidade foi destinada 60% da carga horária total para atendimento, 25% para visitas domiciliares e 15% para atividades coletivas.

Na experiência de Perrela (2015), num município de pequeno porte da Bahia, observou-se que o NASF estudado referenciava oito EqSF. Sobre os profissionais que compunham o núcleo, Perrela (2015) mencionou que havia um nutricionista, um farmacêutico, um assistente social e dois educadores físicos. A coordenação do NASF possuía formação em Psicologia e, em decorrência disso, o núcleo permaneceu por um período sem o

profissional de Psicologia, uma vez que aquele estava na função de gestão. Porém, a autora informou tratar de uma especialidade demandada tanto pelo núcleo quanto pela EqSF.

Quanto às reuniões de matriciamento, a pesquisa revela aspectos que indicavam a fragilidade da relação entre as equipes de referência e de apoio, uma vez que algumas das EqSF não levavam casos para discussão e alguns profissionais também não compareciam (médicos e agentes comunitários de saúde), além de problemas de comunicação. Para Perrela (2015) esse quadro estava associado à descrença das EqSF em relação aos trabalhos do núcleo, sendo relatadas algumas falas de profissionais que mencionavam o fato do NASF não ter sido resolutivo em algum caso discutido anteriormente ou sobre a percepção de que o NASF e as reuniões não funcionavam.

Na pesquisa de Moura e Luzio (2014), situada num NASF de Maringá, menciona-se que o processo de implementação do NASF naquela localidade foi permeado por estudo e diálogo, a partir de uma comissão de gestores da secretaria municipal de saúde. A comissão era composta pelas gerências da assistência em saúde e da atenção básica, algumas categorias profissionais e representantes da Universidade Estadual de Maringá. De acordo com as pesquisadoras a comissão permitiu refletir e tratar dos seguintes elementos: número de núcleos a serem criados, as categorias profissionais constituintes e as EqSF a serem referenciadas. Foram definidas, em média, nove EqSF para cada núcleo.

Como modos de apoio, Moura e Luzio (2014) observaram a participação em reuniões das EqSF, as quais aconteciam semanalmente e contavam com a presença de três ou quatro profissionais do NASF. Para as pesquisadoras esses espaços representaram oportunidades para a discussão de casos e construção dos projetos terapêuticos singulares, por exemplo. Além disso, foi mencionada a colaboração do NASF junto às EqSF em grupos temáticos de prevenção e de promoção da saúde.

No cenário analisado por Lancman et al. (2013) – dois NASF da cidade de São Paulo – observou-se que as reuniões assumiram importante espaço e que elas ocupavam grande parte da rotina de trabalho dos profissionais, o que segundo as pesquisadoras representavam o início do matriciamento e, a semelhança do que já foi observado em pesquisas anteriores, ocorriam nessas reuniões a discussão de casos e a definição de ações conjuntas, além da determinação dos profissionais que referenciarão os casos.

De maneira coerente ao que se passou em outros contextos na pesquisa realizada em Belo Horizonte, por Azevedo e Kind (2013), observou-se a existência, entre a maioria das profissionais, de uma formação que antecedeu o surgimento do NASF e que indicava uma

orientação clínica. Foram identificadas buscas de conhecimento sobre o campo das políticas de saúde pública a partir de iniciativas pessoais.

As pesquisadoras mencionaram a existência de quarenta e quatro equipes de NASF no município, sendo que apenas nove contavam com a presença do psicólogo em sua constituição. O profissional mais prevalente era o de fisioterapia, o que de acordo com Azevedo e Kind (2013) era um reflexo das origens do NASF no município, o qual se estabeleceu como parte da política de reabilitação, quando ofereciam suporte às EqSF no que se refere a essa dimensão do cuidado.

Quanto aos trabalhos, Azevedo e Kind (2013) mencionaram o atendimento individual, o trabalho coletivo com grupos e as visitas domiciliares. “Nessa proposta, o trabalho se organiza, segundo as psicólogas entrevistadas, por meio de reuniões das equipes de NASF com as ESF, por matriciamento, de reuniões entre os componentes da equipe do NASF e em ações de reabilitação junto aos usuários” (p. 527).

Sobre o matriciamento, questão em torno da qual se centra esta tese, ele tinha seu ponto de partida nas demandas identificadas pelas EqSF, quando nas reuniões mensais estas indicavam os casos que entendiam requerer a intervenção do NASF. A partir da indicação dos casos, o NASF e a EqSF avaliavam conjuntamente se de fato se tratava de uma demanda a ser atendida pelo núcleo e as orientações necessárias eram conduzidas. Em reuniões futuras eram discutidas as situações dos casos e avaliada a necessidade de novas intervenções (Azevedo & Kind, 2013).

Dentro do NASF ocorriam reuniões semanais para a discussão dos casos em acompanhamento pelo núcleo e a avaliação de intervenções, como a realização de visitas domiciliares e de trabalhos coletivos. As visitas domiciliares, por exemplo, eram conduzidas por dois profissionais do núcleo e um ACS e, como uma das formas de construção do apoio matricial, representavam uma grande demanda. Por isso, o retorno numa dada residência, geralmente, ocorria após um mês (Azevedo e Kind, 2013).

4.2.3 A atuação do psicólogo na construção do apoio matricial

Na pesquisa de Oliveira et al. (2017), entre os profissionais de Psicologia, se destacaram a condução de atividades socioeducativas (palestras e grupos temáticos) e de visitas domiciliares, as quais decorriam de demandas da EqSF e eram realizadas com os agentes de saúde. A terceira atividade mais realizada foi o atendimento clínico ambulatorial, o

que parecia, em parte, se justificar pela fragilidade da atenção secundária. A quinta atividade mais informada foi a do planejamento, porém ocorrendo de modo individual ao invés de resultar de construções compartilhadas e dialogadas.

Na realidade estudada por Perrela (2015), um município do sudoeste da Bahia, a pesquisadora identificou que a grande expectativa que se tinha em relação ao trabalho do psicólogo, pelo menos por parte da EqSF, era de que ele realizasse atendimentos individualizados. De modo concomitante, também se verificou a dificuldade do NASF, que era da modalidade 1, e da EqSF atuarem de maneira integrada, prevalecendo o distanciamento entre os profissionais de campos de saberes distintos. E, assim, “[...] se algum usuário relatasse tristeza ou outro tipo de sofrimento, logo, ele deveria ser encaminhado para o psicólogo. Nesse cenário, a escuta daquela pessoa tornava-se algo exclusivo e propriedade deste especialista” (p. 447). Portanto, a demanda ainda era concebida como domínio privado de certos campos de conhecimento, mesmo que outros profissionais pudessem trazer contribuições para o seu manejo.

Como dito antes, o NASF estudado por Perrela (2015) havia ficado, por cerca de um ano, sem o profissional de Psicologia, pois o que compunha a equipe tinha assumido um cargo de gestão. Quando ocorreu a entrada de outro psicólogo, este se deparou com o que a autora se refere como demanda reprimida e com os desafios de uma organização do trabalho que se orientava pela “[...] lógica do consultismo” (p. 446). Assim, a chegada deste profissional se fez muito esperada pelas equipes e a sua atuação sofreu interferências de tais expectativas.

Leite et al. (2013), a partir do estudo de um NASF num município da região sul do Ceará, puderam constatar, diante da fala de um dos entrevistados, que o principal papel da Psicologia no NASF estava associado à produção do apoio matricial em saúde mental, mediante as demandas identificadas nas unidades de saúde. Segundo o relato de um dos entrevistados “a atuação da Psicologia no NASF se pauta no apoio, na orientação e no suporte às demandas da ESF. Seu relato corroborou as observações de campo, realizadas quinzenalmente em uma capacitação em Saúde Mental voltada aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)” (p. 1172). Além de o apoio matricial assumir esse caráter educativo, Leite et al. (2013) também observaram a sua potencialidade como efeito terapêutico, podendo acolher, por exemplo, sentimentos de angústia e de frustração vivenciados no cotidiano dos ACS.

Leite et al. (2013) mencionaram outras atividades, como as visitas domiciliares (também com a parceria dos ACS) e a realização de grupos psicoeducativos com usuários. É

possível dizer, mediante a discussão apresentada na pesquisa, que o ACS assumiu importante papel na articulação NASF-EqSF, sendo esta uma característica que até então não havia sido destacada em outros estudos.

Além das ações coletivas e integradas à EqSF (e, pelo que consta, via ACS) as ações clínicas também compunham a realidade do psicólogo, respaldadas pelas demandas e expectativas dirigidas pelas equipes referenciadas. “Apesar das vigorosas demandas da equipe multiprofissional e da comunidade, os psicólogos dos NASF lutam por afastar-se da clínica tradicional mediante atendimentos individuais circunstanciais, visto que é inviável atender centenas de pessoas semanalmente em cada unidade de saúde de abrangência” (Leite et al., 2013, p. 1176).

Por fim, Leite et al. (2013) ainda mencionaram outros desafios para o trabalho do psicólogo, referentes à sobrecarga de demandas e ao pouco tempo dedicado a cada EqSF, uma vez que cada núcleo do município era responsável por cerca de nove EqSF, e a consequente dificuldade de construir vínculos com a comunidade.

Em relação à atuação do psicólogo, especificamente, Azevedo e Kind (2013) observaram a realização de atendimentos individuais, mas que não configuravam psicoterapia, com o entendimento dos profissionais de que isso não seria adequado para se fazer no núcleo. Esse posicionamento indica ser reflexo do modo como se encontra estruturada a atenção básica no município de Belo Horizonte, a qual conta com outros psicólogos, para além daqueles do NASF, como é o caso dos que compõem as equipes de saúde mental nas UBS. Aliás, citando Ferreira Neto (2011), as pesquisadoras informam que muito antes da criação do NASF, a cidade já contava com as equipes de saúde mental prestando suporte às EqSF. Percebe-se, por conseguinte, um histórico prévio de práticas psicológicas prestando o apoio matricial às demandas de saúde mental identificadas na atenção básica.

Dentro dessa configuração da atenção básica local, Azevedo e Kind (2013) verificaram que quando havia a existência de demandas de psicoterapia ou de saúde mental, por exemplo, o usuário era encaminhado para a equipe de saúde mental das UBS ou para o Centro de Referência em Saúde Mental [CERSAM]. Isso evidencia que a existência de outros dispositivos de atenção à saúde, contando com a presença do psicólogo, combinado a um histórico de apoio matricial anterior ao próprio NASF, influencia de modo significativo no modo como a assistência à saúde é efetivada pelo núcleo. Além disso, o fato do atendimento clínico em saúde mental na atenção básica não se fazer uma exclusividade do núcleo,

contribui para que, de algum modo, as demandas que chegam ao NASF sejam mais bem filtradas do que em outros municípios onde há uma carência de recursos assistenciais.

O apoio matricial, a partir da perspectiva da Psicologia, pôde ser vislumbrado mediante alguns desafios também indicados pelas pesquisadoras, como o que diz respeito à relação inversamente proporcional expressa pelo pequeno número desses profissionais nas equipes do NASF e o grande número de EqSF referenciadas. Isso repercutia em atendimentos muito espaçados ou no não atendimento de algumas demandas. Observou-se a dificuldade dos profissionais em comparecer em todas as reuniões de matriciamento. Outro complicador, de modo semelhante ao verificado em outros municípios, foi a ausência de capacitações para os profissionais do NASF, o que repercutia num fazer que era construído em campo.

Embora seja constatada a relevância que o trabalho do psicólogo vem assumindo no NASF, não foi encontrado no sítio do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas [CREPOP]⁴ nenhuma publicação, entre aquelas de referências técnicas, relativa à prática do psicólogo no NASF, especificamente. Acredita-se que tal situação deva ser superada em breve, visto que a atuação no núcleo possui, aproximadamente, uma década e, desde então, tem se constituído como um importante campo de absorção desses profissionais.

4.2.4 Os desafios identificados na construção do apoio matricial

Klein e d'Oliveira (2017), em relação à realidade do psicólogo do NASF, identificaram desafios. Esses apareceram articulados a uma realidade de trabalho configurada por muitas EqSF de referência, sendo inviável responder de modo satisfatório às demandas direcionadas pelas equipes referenciadas. As pesquisadoras mencionam o surgimento de defesas, entre alguns psicólogos, da criação de ambulatórios de saúde mental, o que no entendimento das pesquisadoras corresponderia à fragmentação do cuidado e a uma contraposição à atenção colaborativa.

A dificuldade de integração entre os NASF e suas EqSF, na leitura das pesquisadoras, indicava estar relacionada a fatores como gestões distintas, uma vez que a saúde da família e os núcleos estavam sob coordenações diferentes. Os profissionais identificaram que as metas dessas equipes eram diferentes, sendo que o NASF tinha metas mais flexíveis em relação às EqSF, que ainda estavam sob uma lógica produtivista (Klein & d'Oliveira, 2017). Esses achados podem ser articulados ao trabalho de Santos, Uchôa-Figueiredo e Lima (2017),

⁴ A consulta no sítio do CREPOP foi realizada em setembro de 2019.

quando evidenciam que as características das agendas da EqSF e do NASF guardam especificidades na forma com que são organizadas.

A pesquisa de Klein e d'Oliveira (2017) permitiu identificar a construção de um apoio matricial que estava sendo feita à custa de tensões entre NASF e EqSF, uma vez que ainda se percebiam relações verticalizadas entre as equipes e uma concepção de que o atendimento especializado individual não correspondia a uma ação de matriciamento. Em consequência, observou-se a produção do apoio matricial baseado na criação de fronteiras entre aquilo que era de cada equipe e a proposta do trabalho colaborativo acabava encontrando dificuldades para se afirmar, embora valorizado entre os profissionais entrevistados. Ao mesmo tempo em que o apoio matricial permitia identificar a existência de casos que requisitavam atenção específica, constatou-se que a grande tensão estava em quem seria o responsável por essa assistência, pois sobressaía a visão de que ela não correspondia às ações de matriciamento. As pesquisadoras finalizam suas discussões indicando os distanciamentos existentes entre o prescrito e a realidade de trabalho das equipes.

A fragilidade identificada na pesquisa de Oliveira et al. (2017), a partir de vinte municípios do estado do Rio Grande do Norte, se refere à estratégia de que cada encontro realizado pelo NASF junto às EqSF era de responsabilidade de um profissional que abordaria demandas pertinentes ao seu campo. O risco de uma estratégia como essa é a fragmentação do cuidado, barrando a atenção integral. Outros desafios identificados nas falas dos profissionais, de acordo com os pesquisadores, seriam o desconhecimento do NASF pela EqSF e a dificuldade para conciliar horários para atendimentos e planejamentos conjuntos.

Menos da metade dos participantes (7) mencionaram a realização do apoio matricial. Para os pesquisadores o apoio indicava decorrer de iniciativas individuais e ainda incipiente, encontrando dificuldades para se sustentar em decorrência daquela lógica de encaminhamentos de usuários para atendimentos nos moldes ambulatoriais, resultando em sobrecarga dos núcleos. Desta forma, a função referência para atendimentos especializados se sobressaía à função de apoiador (Oliveira et al., 2017).

Além disso, na análise da atuação de psicólogos do NASF, Oliveira et al. (2017) destacaram a relação que ela guardava com a forma de inserção do profissional nas prefeituras. Ao verificar que vinte tiveram sua inserção através de processos seletivos, indicações políticas e análise curricular, os pesquisadores evidenciam que a fragilidade do vínculo de trabalho deixava o profissional sujeito a exercer funções que não eram compatíveis com o cargo que ocupava, ao passo que deixava de fazer outras que seriam preconizadas,

como o apoio matricial. Desta forma, a pesquisa identificou a interferência da dimensão política local e da descontinuidade das ações nos processos de trabalho do NASF em decorrência da natureza desses vínculos empregatícios.

Em meio a todas essas dificuldades indicadas não se pode afirmar que o apoio não exista, mas sim que ele ocorre dentro de moldes distintos de um suposto modelo teórico e de outras realidades municipais. Essa singularidade é percebida pela comparação entre as pesquisas aqui apresentadas, pois elas partem de arranjos territoriais e políticos igualmente distintos.

A pesquisa de Macedo et al. (2016) evidenciou condições de trabalho perpassadas por variáveis relativas à incerteza e à falta de orientação quanto às ações que deveriam ser executadas. Mais uma vez, a questão de problemas de infraestrutura surgiu como um desafio aos trabalhos do NASF. Além disso, o número de EqSF por NASF era equivalente a onze, ainda superior ao previsto na portaria de nº 3124/2012. Em relação a isso, os dados do estudo de Macedo et al. (2016) permite ponderar quanto à sobrecarga gerada pelo número de equipes referenciadas e ao consequente desafio de se firmar um vínculo com as mesmas. Logo, “[...] quanto maior o número de equipes da ESF vinculadas ao NASF, maior a dificuldade de apoiar, bem como de se deslocar para cinco unidades de Saúde da Família, em territórios distintos” (p. 204).

Com relação às articulações entre EqSF e NASF, os pesquisadores constataram que em algumas EqSF essa integração era mais fácil do que em outras. Assim, na fala de um dos entrevistados do NASF explicitou-se que há situações em que se ficava esperando a EqSF “[...] porque somos apoio. Como não tem esse link iniciamos ações isoladas” (p. 205). Além disso, o entrevistado informou que a demanda da EqSF era muito grande e que não incluía o núcleo, identificando que em apenas uma unidade havia um espaço reservado para diálogos com o NASF (Macedo et al., 2016). Em decorrência disso tem-se a impressão da criação de um ‘ciclo vicioso’ em que por não haver proximidade relacional as ações desenvolvem-se de maneira desconexa, o que por sua vez, acirra ainda mais as distâncias inicialmente existentes.

As dificuldades observadas por Sousa et al. (2015) para que os núcleos estudados pudessem operar de modo mais sinérgico ao previsto, apareceram, de acordo com os pesquisadores, comungando de aspectos que eram comuns a outras realidades nacionais, como o excesso de demanda e a carência de recursos. Ainda complementaram considerando que na realidade estudada das duas cidades “[...] a manutenção de um atendimento clínico desvinculado das demais atividades do serviço torna-se preocupante não só pela dualidade da

prática, mas pelo aporte tradicional (baseado no modelo médico, individualista, privatista e curativista)” (p. 478).

Desta forma, Sousa et al. (2015) mencionaram que de um lado persistiam nos NASF estudados os atendimentos especializados e de outro as ações de apoio às EqSF, porém como dimensões desconexas, o que faz lembrar a discussão trazida por Tesser (2017) e já apresentada no início deste capítulo. Portanto, os núcleos seguiam assumindo de modo confuso as duas funções, por isso os pesquisadores os situaram entre os especialismos e o apoio. A primeira parecia ser resultado de expectativas direcionadas aos profissionais dos NASF, que em parte vinham das EqSF, e, talvez, da ausência de serviços para os quais essas demandas pudessem ser encaminhadas e absorvidas adequadamente.

De maneira sinérgica ao que já foi indicado em pesquisas anteriores, Perrela (2015) reflete sobre a possibilidade de que tais dificuldades na construção do apoio, na sua realidade analisada, estivessem associadas à ausência de uma capacitação ou treinamento prévio dos profissionais das equipes. Além desse possível despreparo, a autora observou a falta de suporte por parte da gestão no sentido de mediar e de fortalecer essa relação entre NASF e EqSF. Portanto, de maneira geral, verificou-se na pesquisa aspectos que apontaram para uma relação ainda fragilizada e marcada por tensões entre as equipes, evidenciando que, além de dificuldades já explicitadas anteriormente (excesso de demandas e carência de recursos), o apoio matricial também resultava do modo com que as equipes de referência percebiam as equipes apoiadoras.

A vinculação entre as dificuldades na construção do apoio matricial e a ausência ou insuficiência da educação permanente já havia sido tratado no estudo de Bispo Júnior e Moreira (2017). Neste sentido, tanto esse estudo quanto o de Perrela (2015) corroboram no entendimento de que o precário investimento em educação permanente resulta na precariedade do apoio matricial e de sua resolutividade.

Embora Moura e Luzio (2014) tenham se dedicado a estudar uma realidade que indica estar mais consolidada na dimensão do apoio matricial, em relação a outras realidades aqui detectadas pelas pesquisas anteriores, desafios também foram identificados. O desafio verificado se referiu à dedicação dos profissionais do NASF em ações do âmbito do apoio institucional, o que de acordo com os entrevistados, exigia que eles deixassem de se dedicar ao matriciamento para atuarem nesse outro modo de apoio. Assim, perceberam que nesse contexto o apoio matricial e o apoio institucional se estabeleciam como ações paralelas e até

mesmo concorrentes, onde o envolvimento com um trazia entraves para o desenvolvimento do outro (Moura & Luzio, 2014).

Lancman et al. (2013) verificaram a existência de dificuldades na interação entre alguns profissionais da EqSF e do NASF, o que por sua vez parecia minar a possibilidade de intervenções compartilhadas entre as equipes. Observou-se que no núcleo, como consequência desse processo, “as resistências encontradas na adesão às suas propostas e no desenvolvimento de ações partilhadas produziam dois sentimentos: o de impotência e o de subutilização/ociosidade [...]” (p. 972). “Conceitos como matriciamento, supervisão, coordenação confundiam-se na fala, no papel, na atuação profissional e na relação com os demais profissionais com quem interagem” (p. 973). Portanto, na percepção das pesquisadoras, havia uma dificuldade na afirmação das ações do NASF e até mesmo de um sentimento de não lugar dentro daquele contexto, o que, por sua vez, implicava em limites para a construção da identidade do NASF. Além disso, identificaram a carência de recursos materiais, o que também não é um dado distante do que outros pesquisadores detectaram.

A disponibilidade de recursos materiais, assim como do apoio da gestão no acolhimento pedagógico dos profissionais do NASF, aparece como aspecto que se associa positivamente ao desenvolvimento do apoio matricial (Santos, Benedetti, Sousa & Fonseca, 2017).

Na pesquisa de Leite et al. (2013) observou-se que os profissionais eram provenientes de uma formação acadêmica anterior ao surgimento do NASF e que, uma vez implantado o NASF no município, também não receberam qualquer capacitação ou treinamento.

As falas dos entrevistados colocam em pauta a ausência de iniciativas que visem a integrar as equipes da ESF e do NASF para que a ESF esteja preparada para receber a equipe do NASF, compreendendo as atribuições e funções dos novos profissionais que passarão a dividir espaços e desenvolver estratégias conjuntas. O desconhecimento sobre a proposta do NASF aparece presente não só nas equipes da ESF, como também na própria comunidade assistida. Os psicólogos entrevistados relataram que, muitas vezes, esbarram na resistência da própria comunidade em participar das atividades de Educação em Saúde, pelo fato de estar habituada ao modelo clínico, médico-centrado, prescritivo, medicamentoso e individual (p. 1179).

Esses entraves remetem a um quadro que já foi mencionado em pesquisas anteriores. Por isso, percebe-se que o modo de produção do apoio matricial, no cenário nacional, se faz perpassado por desafios, pois é algo novo e que nem sempre se sabe como fazê-lo (apesar disso é possível detectar indícios de um subinvestimento em ações de educação permanente).

A consequência desse processo é que o apoio acaba assumindo configurações muito particulares em função daquilo que os profissionais entendem que ele deva ser, combinado às expectativas e aos estereótipos que se constroem em torno de cada campo de saber.

4.2.5 O que as pesquisas selecionadas evidenciam: uma síntese

A partir de todas as análises empreendidas, percebe-se que o percurso de construção do apoio matricial pode estar sujeito a certa tensão, com práticas/expectativas que ora se aproximam de uma atuação coletiva-compartilhada ora da atenção individual-especializada. Dessa maneira, nem sempre o apoio matricial tem conseguido contemplar e a integrar as duas dimensões do cuidado, podendo verificar que em algumas realidades há a ênfase na atuação coletiva-compartilhada enquanto em outras há a proeminência das ações de atendimento especializado ou, então, na dimensão pedagógica em detrimento da assistencial, e vice-versa. Essa realidade ainda se faz cercada, muitas vezes, como indica a literatura, por dificuldades estruturais (carência de recursos materiais, por exemplo). Além disso, a integração entre as equipes do NASF e das EqSF, em alguns contextos que foram apresentados, ainda não está plenamente estabelecida.

Essa tensão entre a dimensão técnico-pedagógica e a assistencial remete ao que foi trazido no início deste capítulo, quando Tesser (2017) fala das “[...] duas reduções comuns sobre as funções dos NASFs: seu centramento na prestação de cuidados especializados aos usuários (‘assistencialismo’) ou no suporte técnico-pedagógico às equipes de SF” (p. 566). Assim, essa experiência de batalha que algumas pesquisas evidenciaram remete a esse processo de polarização ou de reducionismo da concepção de matriciamento.

As considerações do autor são correlatas aos achados, por exemplo, da pesquisa de Sousa et al. (2015), quando se observou que as ações assistenciais e as pedagógicas eram operadas de modo desconexo e confuso pelos núcleos e, talvez, até de forma concorrente. Para Tesser (2017) a atuação dos profissionais do núcleo, a quem ele se refere como nasfianos, deve tanto abarcar as ações compartilhadas com as EqSF (a partir daquilo que é demandado por elas) quanto as ações específicas desses nasfianos (que seria a atenção especializada). Portanto, percebe-se que essa polarização se faz contraditória à própria concepção de apoio matricial presente nas diretrizes do NASF e que possui forte inspiração no trabalho de Gastão Wagner.

No entanto, há contribuições relevantes trazidas por Bispo Júnior e Moreira (2017) que suscitam reflexões sobre os impactos da ausência ou da insuficiência da educação permanente na capacidade de apoio do NASF. E, diante disso, é preciso questionar: em que medida o reducionismo ou a polarização entre as dimensões do apoio matricial não são produtos de uma lacuna no processo formativo desses profissionais que integram as equipes de NASF e que, de repente, não se sentem aptos para desenvolverem certas ferramentas do apoio?

Quanto aos modos ou formas de construção do apoio matricial há a menção recorrente à realização de reuniões para discussão de casos (Klein & d'Oliveira, 2017; Macedo et al., 2016; Perrela, 2015; Moura & Luzio, 2014; Lancman et al., 2013; Azevedo & Kind, 2013); de grupos terapêuticos (Santos, Uchôa-Figueiredo & Lima, 2017; Macedo et al., 2016; Moura & Luzio, 2014; Azevedo & Kind, 2013;) e; de visitas domiciliares (Santos, Uchôa-Figueiredo & Lima, 2017; Macedo et al., 2016; Azevedo & Kind, 2013).

Sobre o acesso do NASF aos usuários pode-se verificar algumas realidades em que o núcleo acaba funcionando como porta de entrada na atenção básica, contrariando o que consta nas suas diretrizes.

O processo de implantação dos NASF também é algo que merece atenção, uma vez que pode trazer implicações para o seu modo de operar e, portanto, na construção do apoio matricial. Neste sentido, as pesquisas de Nakamura e Leite (2016), de Sousa et al. (2015) e de Moura e Luzio (2014) referem a algum processo de treinamento, de reuniões de pactuação e de discussões de ações, de fóruns e/ou de comissões para orientar a implantação dos núcleos, o que se faz de crucial relevância quando se tem, por exemplo, profissionais oriundos de uma formação acadêmica anterior ao NASF. Em contrapartida, depreende-se que há indicativos de que, nem sempre, o NASF se estabeleceu a partir da preparação prévia de seus profissionais ou daqueles que atuam na rede de atenção. Isso ajuda a compreender alguns dos desafios identificados na afirmação e na efetividade das ações do núcleo.

Os artigos evidenciam um NASF que ainda se faz cercado por muitos desafios e entraves, tais como: o grande número de EqSF para referenciar (Klein & d'Oliveira, 2017; Macedo et al., 2016); a dificuldade na integração com as equipes de referência (Klein & d'Oliveira, 2017; Macedo et al., 2016; Perrela, 2015; Lancman et al., 2013); o desconhecimento pelas EqSF quanto ao NASF (Oliveira et al., 2017); a fragilidade dos vínculos de trabalho (Oliveira et al., 2017) e; a carência de recursos materiais e humanos (Macedo et al., 2016; Sousa et al., 2015; Lancman et al., 2013).

Em relação à atuação do psicólogo é possível observar que esse profissional também se vê em meio a desafios e a tensões na construção do apoio matricial, não sendo raras as expectativas de uma atuação ambulatorial (Perrela, 2015; Leite et al., 2013). Contudo, se vê também absorvido, por exemplo, pelas atividades socioeducativas e pelas visitas domiciliares, (Oliveira et al., 2017; Leite et al., 2013; Azevedo & Kind, 2013).

O que se pode concluir é que existem modos plurais de construção do apoio matricial e que correm o risco de não serem classificados ou percebidos como tal pelo seu distanciamento em relação à proposição conceitual. O que cabe indagar é se em algum momento o NASF conseguirá atuar como a maneira proposta, no sentido de que os trabalhos reais sejam plenamente fieis ao que está prescrito. Apesar de modelos e diretrizes, o que se percebe são realidades complexas de trabalhos que exigem a todo o momento certa flexibilidade, pois nem todas as questões vivenciadas no cotidiano são inteiramente atendidas pelo prescrito. Talvez, esse seja o grande aspecto que precisa ser valorizado, que é capacidade desse real em propor revisões e acréscimos àquilo que está posto no plano teórico e que jamais deve ser tomado como medida de verdade absoluta, o que implica no desmerecimento ou na subestima de tudo o que a vivência impõe como movimentos e solicitações.

A análise da literatura realça o fato de que as condições de trabalho e dos processos formativos dos profissionais repercutem, mediata ou imediatamente, na qualidade do apoio matricial. E, ainda, evidencia um NASF que ainda luta para encontrar seu lugar, construir sua identidade e se fortalecer na atenção básica de saúde.

5 A REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA E SEUS DESDOBRAMENTOS

A presente pesquisa, como informado em outro momento, se encontra organizada sobre dois marcos históricos: PNAB (2011) e PNAB (2017) (portarias nº 2.488 e 2.436, respectivamente). Até então, foi abordado o primeiro marco e, agora, inicia-se as considerações e análises desse segundo período. Reafirma-se que essas portarias não são consideradas como rupturas, mas como parte de um processo contínuo de construção da política pública de saúde. Neste capítulo, pretende-se compreender em que consiste essa revisão política e quais são as propostas que envolvem o NASF e o consequente estudo do apoio matricial.

Tendo em vista o que se propõe para este capítulo, apresenta-se uma discussão que resulta da articulação entre o conteúdo oficial da portaria 2.436 de 2017 e o discurso derivado de análises trazidas por estudiosos da saúde pública brasileira. Neste intuito, são mencionadas reportagens extraídas da Revista Radis (de dezembro de 2017, publicada pela Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz – e que deu destaque à reforma na PNAB) e notícias/entrevistas extraídas do sítio da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz.

5.1 A nova PNAB: um retrocesso?

Em setembro de 2017 é promulgada a portaria 2.436. Antes de considerar os seus impactos diretos sobre o NASF, faz-se necessário contextualizar o que a nova portaria prevê para a atenção básica de modo geral.

Na nova portaria, além da menção feita na portaria 2.488 de 2011 às ações individuais e coletivas que devem ser contempladas pela atenção básica, cita-se os familiares, o que é compatível com a natureza de serviços como os prestados pelas EqSF, cuja centralidade está no núcleo familiar. No decorrer do texto é possível identificar, à semelhança da portaria anterior, diferentes trechos em que é afirmada a importância da responsabilização ou da corresponsabilização entre as equipes e a população nos cuidados em saúde. Outra ação que passa a ser mencionada no novo texto se refere aos cuidados paliativos.

Embora a portaria 2.436 de 2017, no seu artigo quatro, mantenha a afirmação da Saúde da Família como estratégia prioritária para a expansão e a consolidação da atenção

básica, ela também reconhece outras estratégias de atenção básica, as quais devem ter caráter transitório e serem estimuladas à conversão em EqSF. No cálculo da população adscrita, de duas mil a três mil e quinhentas pessoas, aparece a referência às eAB e EqSF. Portanto, há uma diminuição em relação ao que estava previsto na portaria anterior em relação ao quantitativo de pessoas referenciadas por cada equipe, mas indícios de certa flexibilização quanto a manutenção de eAB em detrimento ou em paralelo às EqSF.

As eAB devem se orientar pelos mesmos princípios e diretrizes que norteiam o funcionamento da atenção básica. A portaria confere a concessão para que o município recorra a este tipo de equipe em função da sua realidade local. A composição mínima desta equipe inclui o médico, o enfermeiro e o auxiliar de enfermagem e/ou técnico de enfermagem. Os demais profissionais, como o ACS, o Agente de Combate às Endemias (ACE), dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, ficam na possibilidade de serem agregados, na medida em que não integram a equipe mínima (Portaria nº 2.436, 2017).

Ao reconhecer que o modelo prioritário é a EqSF, a nova portaria expressa o fato de que, futuramente, as eAB façam a transição para essa outra modalidade de equipe (Portaria nº 2.436, 2017).

Em uma matéria de André Antunes, de agosto de 2017, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), intitulada como “Política Nacional de Atenção Básica: retrocessos a caminho?”, já se mencionava o receio de entidades da saúde coletiva quanto ao fato de que as revisões em pauta para a atenção básica colocassem em risco os princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação social.

A reportagem cita que entre os questionamentos das entidades, como, por exemplo, o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde [CEBES], está a ameaça da perda de prioridade da ESF no SUS, na medida em que ela se tornaria apenas mais uma modalidade de equipe para o recebimento de recursos federais, apesar da revisão manter a afirmação de sua prioridade. As críticas levantadas envolvem também o fato de ser opcional para as eAB a presença do ACS, como foi visto acima.

Os riscos desse processo ficam mais evidentes quando a matéria menciona a fala de Camila Borges, professora da EPSJV/Fiocruz, que considera que num cenário demarcado por recursos financeiros escassos há a possibilidade de que os gestores municipais recorram à implantação de modalidades de equipes sem a presença do ACS. Assim, fala-se sobre o risco de que haja um retrocesso do modelo assistencial que, ao invés de se configurar segundo as demandas do território e a produção social da saúde-doença, passaria a assumir uma

perspectiva biomédica. Portanto, percebe-se que um dos aspectos delicados identificados na revisão da PNAB seria essa flexibilização que, ao reconhecer e financiar as eAB, poderá caminhar numa direção contrária ao desejado, que é o enfraquecimento da atenção básica.

Outra novidade trazida pela portaria 2.436 de 2017 se refere aos dois tipos de padrões que devem orientar as ações e os serviços da atenção básica: essencial e ampliado. No primeiro, têm-se as “ações e os procedimentos básicos correspondentes a condições básicas/essenciais de acesso e qualidade na Atenção Básica” (Funcionamento, para. 12). No segundo as “ações e os procedimentos considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na Atenção Básica, considerando especificidades locais, indicadores e parâmetros estabelecidos nas Regiões de Saúde” (Funcionamento, para. 13). De acordo com a portaria todas as equipes devem garantir o primeiro tipo de padrão de ações e serviços, enquanto aquelas do segundo tipo é uma recomendação.

Em relação aos ACS, na portaria anterior havia a definição de uma cobertura de cem por cento da população cadastrada, sendo que cada ACS se responsabilizaria por, no máximo, setecentas e cinquenta pessoas, com o limite de doze desses profissionais por EqSF (Portaria nº 2.488, 2011). Na nova portaria, a cobertura de cem por cento passa a ser uma recomendação para áreas de risco e de vulnerabilidade social. Quanto ao número de ACS menciona-se, de modo geral, a possibilidade de que seja determinado conforme definição local (Portaria nº 2.436, 2017).

Em outra entrevista de André Antunes, de setembro de 2017, com Márcia Valéria Morosini, professora-pesquisadora da EPSJV/Fiocruz, menciona-se um ponto crucial, que é a cobertura da população. A entrevista tem como título “A nova PNAB é uma volta ao passado”. De acordo com a entrevista, se antes a PNAB trazia a defesa de uma cobertura integral, ou seja, de cem por cento, o novo texto faz uma recomendação ao contexto específico de vulnerabilidade. A entrevista traz o questionamento do que seriam as populações vulneráveis e pode-se depreender que a definição conceitual de vulnerabilidade nem sempre pode ser facilmente delimitada e, mesmo que seja possível fazê-la, questiona-se a sua aplicação como medida de exclusão de outras populações de um sistema que defende o acesso universal. Embora a professora reconheça a importância das perspectivas de risco e de vulnerabilidade como norteadoras das ações em saúde, destaca que elas não podem ser utilizadas como instrumentos de exclusão. Neste sentido, tem-se uma polêmica instaurada. A entrevista permite identificar as ambiguidades e a seletividade que perpassam a redação da nova PNAB.

Quanto à carga horária das eAB, a portaria 2.436 de 2017 afirma que cada categoria profissional deve cumprir o mínimo de dez horas, sendo que, com o máximo de três profissionais por categoria, somem quarenta horas semanais. O texto menciona que “[...] a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento devem ser organizados de modo que garantam amplamente o acesso, o vínculo entre as pessoas e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado” (Funcionamento, para. 33).

Esta organização da carga horária das equipes também foi comentada pela professora Márcia Valéria Morosini na entrevista citada anteriormente. A entrevistada comenta que o novo texto manteve a carga horária de quarenta horas para os profissionais da EqSF, contudo o mesmo não se fez em relação àqueles das eAB. Como visto acima, o mínimo é de dez horas por profissional. A partir do que é problematizado pela professora, percebe-se os possíveis problemas para que, com essa carga horária, se alcance aquilo que prevê a nova PNAB, quanto à garantia do acesso, continuidade e longitudinalidade do cuidado.

A entrevista retoma aspectos indicados na outra reportagem de André Antunes, como a preocupação sobre o financiamento de equipes tradicionais de atenção básica. O que se percebe é que se antes havia um financiamento que estimulava o redirecionamento do modelo assistencial com a transição de eAB para EqSF, agora, com a nova PNAB, a professora Márcia comenta sobre os riscos de que o modelo anterior de atenção básica avance em função do seu possível financiamento. Sobre esse ponto indica preocupações com o modelo biomédico e o enfraquecimento do papel dos ACS.

Em uma reportagem da Revista Radis (2017), de Luiz Felipe Stevanim, menciona-se o posicionamento de Hêider Pinto, que foi Diretor do Departamento de Atenção Básica, de 2011 a 2014. Ele considera a nova PNAB “[...] como uma resposta do governo à necessidade de cortar gastos de forma imediata” (p. 23). Pondera-se que, se de um lado há um aumento de equipes a receber recursos federais, por outro, passa-se a destinar esses recursos a equipes que anteriormente não estavam aptas a recebê-los. Com isso, o risco que se percebe é o investimento em equipes aquém da ESF. Com relação ao corte de gastos, a reportagem contextualiza-o em relação à Emenda Constitucional 95, de 2016, responsável por congelar por vinte anos os recursos empregados no campo das políticas sociais. Esse contexto é importante, sobretudo, para que se possa compreender a atual PNAB, a qual, de acordo com os especialistas citados, vem demarcada por certo retrocesso e recebida, conseqüentemente, com descontento.

Em contrapartida, numa reportagem de Elisa Batalha e Adriano de Lavor, também na mesma publicação da Revista Radis, manifesta-se o que justifica aquela parcela de defensores da nova PNAB: “quem defende a reforma alega que elas conferem flexibilização à política e a adequam à realidade de municípios e de seus problemas orçamentários. “Vamos passar a financiar o mundo real”, justificou o Ministro da Saúde Ricardo Barros [...]” (p. 12).

No sítio da atenção básica foi possível verificar a afirmação de que os recursos destinados às EqSF continuarão a ser “prioritários e maiores, tendo em vista ser a estratégia principal para expansão da atenção básica” (Mudanças, para. 1). Quanto às eAB, argumenta-se que o novo texto da PNAB permitirá reconhecer e estabelecer definições para o funcionamento de equipes existentes na realidade nacional e que, até então, não tinham tais definições e nem financiamento.

Diante das discussões apresentadas percebe-se que são muitos os pontos de críticas e de receios levantados pelos especialistas e pelas entidades de saúde pública, frente às revisões propostas no texto da portaria 2.436 de 2017. Foi realizada a tentativa de se identificar outros discursos que assumam posição favorável às mudanças apresentadas, contudo, sem êxito.

Pelo pouco tempo em que ocorreu a promulgação da nova PNAB, é inviável fazer qualquer análise segura e ampla das suas implicações. Somente o decorrer do tempo permitirá que se façam considerações mais precisas e substanciais sobre o quanto, na prática, se teve, de fato, de retrocessos ou de avanços decorrentes das referidas reformulações. É prudente considerar também o papel que os diferentes atores sociais e políticos terão para que a política pública de saúde caminhe em uma ou outra direção. De modo semelhante, a experiência das observações de campo e das entrevistas não permite constatar os possíveis impactos da nova política na realidade local estudada.

5.2 Agora somos NASF-AB

Além das duas equipes (EqSF e eAB), a atual PNAB dispõe sobre a Equipe de Saúde Bucal, a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, as Equipes de Atenção Básica para Populações Específicas e o NASF-AB.

Entre os importantes impactos da revisão da atenção básica está a mudança na nomenclatura do NASF, que ao invés da palavra ‘apoio’ passa a apresentar agora o termo ‘ampliado’. De acordo com informação constante no sítio da atenção básica o núcleo não apoiará apenas as EqSF, mas também as eAB. Desta maneira, a perspectiva do apoio

permanece, porém agora contemplando equipes que, inclusive, não eram beneficiadas por ele. Na nova portaria o apoio matricial aparece citado entre as estratégias de fortalecimento da atenção básica e como uma das atribuições dos profissionais da atenção básica.

Mesmo com a mudança prevista na designação, percebe-se que a temática do apoio matricial continuará a ser uma pauta relevante e ordenadora dos trabalhos do núcleo. Em função disso, a nova denominação não anula os esforços traçados para compreender os modos de construção do apoio matricial. Na realidade estudada ainda não é possível observar outras alterações no cotidiano do núcleo para além de um novo nome, considerando que o município já dispõe, em todas as UBS, de EqSF.

Durante a observação de uma reunião ocorrida em janeiro de 2018, no município estudado, envolvendo equipes do até então conhecido NASF e sua coordenação, foi possível perceber, diante da fala de um profissional que afirmou “agora somos NASF-AB”, a reação de surpresa por alguns dos ouvintes, indicando desconhecimento quanto a essa mudança. Assim, transcorridos, aproximadamente, três meses da promulgação da portaria 2.436 de 2017 não havia indicativos de mudanças na realidade prática dos serviços do núcleo. No cotidiano de trabalho, durante o período da observação participante, verificou-se que as falas dos profissionais (tanto dos núcleos quanto das EqSF) ainda faziam menção à designação original do NASF.

Apesar da mudança de nomenclatura, há indicativos de que isso possa não necessariamente representar uma ruptura com a história anterior do núcleo, o que pode ser observado em uma nota presente no sítio da atenção básica intitulada “NASF-AB completa dez anos”. No entanto, deve-se ponderar que a ruptura ou não com o que até então havia sido consolidado dependerá também, em grande medida, dos atores envolvidos na implementação.

Com data de publicação de 24 de janeiro de 2018, a nota acima menciona a comemoração de uma década de criação do núcleo, em prol da resolutividade e da integralidade na atenção básica. Para tanto,

foram investidos na estratégia R\$ 834.324.000,00 em 2017, oportunizando a oferta de 5.715.532 atendimentos individuais e 1.076.973 ações coletivas, das quais participaram 16.981.871 brasileiros. Além disso, desde 2015 o Ministério tem investido na qualificação desses trabalhadores, oferecendo 6.500 vagas para o curso de apoio matricial (para. 3).

Observa-se nos dados informados uma preponderância dos atendimentos individuais e a ênfase na qualificação destinada ao apoio matricial. Os dados retratam a realidade nacional,

porém, sabe-se que a valorização e o investimento em ações individuais e coletivas, bem como em educação permanente, variam conforme o contexto local, como pôde ser vislumbrado nas análises das pesquisas que compõem o capítulo 4.

A nota qualifica o NASF-AB como equipe multiprofissional e destinada a atuar de maneira integrada com as EqSF, eAB, Consultório na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais e Programa Academia da Saúde. As ações elencadas são as mesmas mencionadas anteriormente, como atendimentos compartilhados e construção conjunta de PTS. Além da ampliação do apoio matricial, não há a menção de nenhuma nova ação prevista para o núcleo.

Em outra notícia disponibilizada no sítio da atenção básica, “Quais as mudanças na atualização da PNAB?”, é contextualizada a mudança de NASF para NASF-AB, explicitando-se a proposta de que o núcleo passe, além das EqSF, a complementar as eAB ‘tradicionais’. Nesta pesquisa, fez-se a opção de não padronizar as nomenclaturas, respeitando as particularidades e o momento histórico em relação à vinculação de cada uma delas. Por isso, nos capítulos anteriores conservou-se a designação NASF, porque grande parte das publicações que referenciaram aquela discussão apresentada eram anteriores à publicação da nova PNAB. Deste capítulo em diante a discussão passará a adotar a nova nomenclatura, porém norteando-se pelas mesmas diretrizes de trabalho do núcleo explicitadas no capítulo 2, uma vez que não são observadas mudanças nessa direção.

O caráter multidisciplinar do núcleo e a proposta de atuar de modo integrado com as EqSF, além das eAB, está mantido. Sobre o funcionamento do núcleo, de modo coerente com a portaria 2.488 de 2011, tem-se: orientar-se para o compartilhamento de saberes, de práticas e de gestão do cuidado; não funcionar como serviço independente; o acesso deve ser regulado pela atenção básica; contemplar o planejamento conjunto com as equipes referenciadas; contribuir para a integralidade do cuidado, contemplando, por exemplo, as discussões de caso, os atendimentos compartilhados ou individuais e a construção conjunta de PTS (Portaria nº 2.436, 2017). Portanto, percebe-se que o texto mantém a centralidade do apoio matricial nos processos de trabalho do NASF-AB.

A nova PNAB menciona as mesmas categorias profissionais elencadas na anterior e o critério para a definição de quais comporão a equipe do NASF-AB continua a ser as necessidades identificadas no território.

Neste sentido, há a percepção de que a principal implicação da reconfiguração da PNAB para o núcleo está relacionada à ampliação do seu apoio matricial. Contudo, não foram encontradas publicações que façam análises ou leituras de tal implicação e do cenário que a

nova portaria oferece para o núcleo. Percebe-se, diante disso, que prepondera a necessidade de estudos que possam acompanhar em campo as repercussões oriundas desses rearranjos para o cotidiano de trabalho do NASF-AB.

6 O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO NASF-AB NO MUNICÍPIO ESTUDADO

Neste capítulo, são descritas as características do município onde foi realizado o estudo dos três NASF-AB, objetivando apresentar o contexto de existência desses núcleos, o que, por sua vez, perpassa e delimita as práticas ali construídas. Num segundo momento, passa-se à análise e à discussão dos dados produzidos por meio da entrevista semiestruturada junto ao profissional que tinha um cargo de gestão na atenção básica, dentro da secretaria municipal de saúde, e que participou da construção e da implantação do NASF-AB.

6.1 O contexto de estudo: um município do interior de Minas Gerais

O município, localizado na Serra da Mantiqueira, possuía, em 2017, de acordo com informações disponibilizadas no sítio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], uma estimativa populacional equivalente a cento e trinta e seis mil e seiscentos e oitenta e nove habitantes, enquanto que no Censo de 2010 havia sido identificado um quantitativo de, aproximadamente, dez mil pessoas a menos. O Censo 2010 verificou, entre os homens, a maior concentração na faixa etária de quinze a dezenove anos e, entre as mulheres, na faixa etária de vinte a vinte e quatro anos (IBGE, 2010). Embora haja o predomínio de uma população jovem, observa-se na pirâmide etária, à semelhança do contexto nacional, uma tendência de estreitamento em sua base, com o alargamento nas faixas etárias intermediárias rumo ao seu topo. Tal fenômeno não deixa de suscitar novas questões às políticas públicas, sobretudo, no que tange as do setor saúde.

O mesmo Censo, quando traçou uma comparação com municípios do estado de Minas Gerais, o colocou como sendo a décima nona maior cidade mineira (de um total de oitocentos e cinquenta e três municípios) e a maior da sua microrregião (ao todo são doze cidades). Quanto à variável trabalho e rendimento, a cidade ocupava a posição noventa e um no estado e a primeira na dimensão microrregional em relação ao salário médio mensal dos trabalhadores formais. Este, em média, era de, aproximadamente, dois salários mínimos (IBGE, 2010).

Quanto à escolarização, o Censo 2010 identificou a taxa de noventa e oito por cento da população entre seis e quatorze anos, o que deixou o município em uma posição desfavorável na microrregião, ocupando o sexto lugar. Em relação às categorias anteriores, a cidade ficou em primeiro lugar na classificação regional (IBGE, 2010).

As taxas relativas à mortalidade infantil também são apresentadas no mesmo sítio do IBGE. Com base em levantamento que data de 2014, a taxa era equivalente a, aproximadamente, onze mortes a cada mil nascidos vivos. Esses dados colocaram o município na posição quatrocentos e vinte no estado e em sexto na sua microrregião, indicando mais uma área vulnerável.

Sobre o saneamento básico, o Censo 2010 indicou que o esgotamento sanitário adequado era de, aproximadamente, oitenta e sete por cento dos domicílios. Com isso, a cidade ficou em segundo lugar na microrregião e na posição cento e doze no estado.

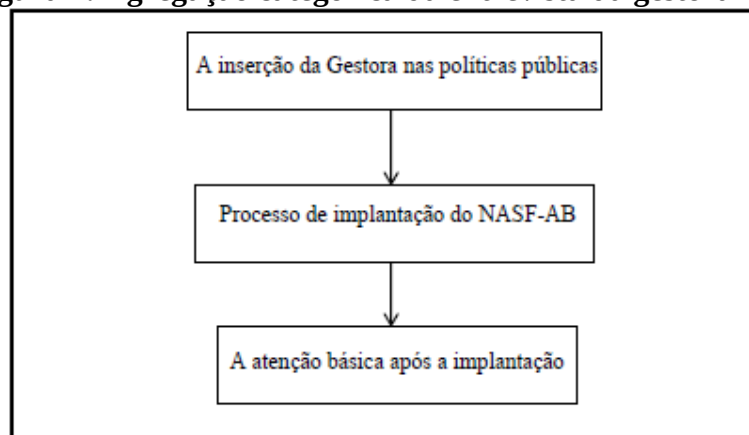
As informações apresentadas, com base em estudos realizados pelo IBGE, evidenciam as condições de vida da população local. Ao considerar a perspectiva de uma saúde que se produz socialmente, conforme está definido na lei de número 8.080 de 1990, tornam-se importantes variáveis que irão repercutir na construção das políticas públicas do município e, sobretudo, serão o ‘pano de fundo’ sobre o qual fará sentido compreender a atuação do NASF-AB.

Apesar de algumas dificuldades e carências sociais identificadas nos levantamentos, observa-se que é um município de referência política regional, o que reitera a relevância de se conhecer os seus modos de construção do apoio matricial. Além disso, como se verificou no quarto capítulo, são carentes as pesquisas que se dedicam a estudar essa temática em municípios com porte populacional semelhante a este.

6.2 As bases históricas do NASF-AB e seus impactos na atenção básica

Da entrevista com a gestora originou o respectivo processo de agregação categórica:

Figura 2: Agregação categórica da entrevista da gestora local



Fonte: Produzida pela pesquisadora a partir da análise da entrevista semiestruturada

6.2.1 A inserção da Gestora nas políticas públicas

A entrevistada, que será identificada como Gestora, possui formação superior em ciências contábeis e sua inserção no contexto das políticas públicas de saúde ocorreu em 1992, quando era profissional vinculada à secretaria estadual de saúde, em um cargo da área administrativa. Portanto, no momento de implantação do NASF-AB, cujo credenciamento do município ocorreu em 2009, a entrevistada apresentava dezessete anos de experiência profissional no referido contexto.

A sua entrada na secretaria municipal de saúde foi em 2001, permanecendo até o ano de 2012. Inicialmente, possuía um cargo na área administrativa e depois passou a ser profissional comissionada em um cargo de gestão dentro do setor de atenção básica, ficando neste entre os anos de 2008 e de 2012.

Sobre a sua trajetória nas políticas públicas informa que:

As políticas públicas afetam todos nós, independente do grau de escolaridade, sexo, raça, religião ou nível social, e não foi diferente comigo [...], sabendo que iria enfrentar conflitos de interesse político e administrativo fundamentais para a realização de melhorias para a atenção básica (Gestora).

Como será discutido adiante, a Gestora informa que o processo de implantação do NASF-AB compreendeu desafios importantes, sobretudo, no que se refere à integração com as EqSF e com a comunidade. Por isso, percebe-se, de acordo com a sua fala, que esses conflitos estiveram presentes no decorrer da construção do núcleo.

A Gestora indica que o início dos seus trabalhos na atenção básica foi difícil, pois essa se apresentava fragmentada e numa mesma UBS existiam duas coordenações diferentes, uma da EqSF, que semelhante ao observado na pesquisa de campo era o profissional de enfermagem, e outra dos demais profissionais da atenção básica que trabalhavam na unidade.

[...] Ou seja, existia uma adversidade entre funcionários no mesmo estabelecimento, funcionários efetivos e contratados há mais de 10 anos de casa, desmotivados e com muitos problemas interpessoais (Gestora).

Portanto, ela situa a sua atuação no contexto da saúde pública municipal, sobretudo, da atenção básica, a partir desse arranjo fragmentado, indicando problemas dentro das UBS que precisariam ser superados. Ao mesmo tempo, um novo serviço ‘entrava em cena’ e tornaria a atenção básica ainda mais complexa.

6.2.2 Processo de implantação do NASF-AB

A Gestora informa que após a portaria nº 154/2008, que cria os NASF, foi realizada a redação do projeto para a implantação do referido serviço no município. Após apreciação do secretário municipal de saúde e do prefeito, o projeto foi submetido ao conselho municipal de saúde, à secretaria estadual de saúde de Minas Gerais e à Comissão Intergestores Bipartite Regional [CIB-R].

De acordo com a entrevistada foi aprovada a implantação de três equipes da modalidade NASF 1, conforme portaria publicada em 2009. A mesma informa que

apesar da portaria discernir todas as ações de responsabilidade de cada profissional a ser desenvolvida em conjunto com as equipes de ESF, era muito difícil colocar em prática, porque para a própria equipe de ESF tudo era muito novo e as ações eram completamente diferentes do que já existia anteriormente (Gestora).

Durante o diálogo com a entrevistada é possível perceber que a gestão e os profissionais das equipes foram, gradativamente, aprendendo em ato sobre como trabalhar dentro desses novos referenciais previstos para o NASF-AB. Informa que além de ser um projeto muito novo, o município foi um dos primeiros da sua macrorregião a realizar a implantação. Portanto, percebe-se a ausência de referências que pudessem auxiliar nesses primeiros passos do serviço.

A Gestora relata que assim que o projeto do NASF-AB foi aprovado, em 2009, realizou-se um processo seletivo para todos os funcionários da atenção básica, ou seja, para a EqSF e para o núcleo. No momento da implantação havia vinte e cinco EqSF. Esses anos iniciais do NASF-AB parecem ter coincidido, conforme o contexto que é descrito pela entrevistada, com um processo de reorganização da atenção básica como um todo, pois relata problemas no interior das UBS que precisariam ser solucionados, além da composição das EqSF que se dava junto com as do NASF-AB.

O ponto de partida para a definição dos profissionais que comporiam as equipes do NASF-AB foi a portaria nº 154/2008. Dentre os profissionais elencados pelo documento, a gestora informa que foi dada prioridade para as especialidades inexistentes na rede de atenção.

Questionou-se a entrevistada se havia algum diagnóstico ou estudo da realidade local que tivesse servido de subsídio para as escolhas da composição das equipes do NASF-AB e a

mesma relata que não. Afirma que as EqSF haviam sido implantadas em 2001 e que não possuía uma série histórica.

Para o processo de implantação do NASF-AB pode-se contar com diferentes dispositivos para coleta de informações sobre o território de atuação das equipes que serão referenciadas: sistemas oficiais de informação em saúde, dados do cadastro de pessoas atendidas nas UBS, prontuários, atas de reuniões, registro de atividades etc. (Brasil, 2014a).

A análise das informações organizadas deverá apontar, portanto, os principais problemas e as necessidades de saúde dos usuários, o perfil demográfico da população, os problemas e os riscos coletivos do território, as principais dificuldades das equipes de AB no cuidado à população, possibilitando tanto a montagem ajustada do Nasf (em termos da sua composição), quanto à visualização de ações e ofertas concretas que o Nasf pode agregar à Atenção Básica (Brasil, 2014a, p. 30).

Fragilidade em relação ao processo de escolha dos profissionais para a equipe do NASF-AB também aparece em outros contextos, como na pesquisa de Martiniano et al. (2013), no município de Campina Grande, Pernambuco. De acordo com os autores, não foi encontrada, no projeto de implantação, referência ao modo como se deu a definição dos profissionais e nem de indicadores de saúde e de gestão dos territórios em que seriam estabelecidos os núcleos. Como uma possível consequência, observou-se a ausência de categorias profissionais que seriam importantes para a condução dos trabalhos.

Embora a análise do território e das necessidades de saúde seja pré-condição para a composição do NASF-AB e para a definição das suas ações, há sinais de que isso não corresponda a um mecanismo igualmente estabelecido pelo país.

Sobre a escolha do profissional de psicologia, além do critério descrito antes, a Gestora informa que

além de ser uma das especialidades exigidas na portaria, era primordial dadas as diretrizes nacionais de saúde mental/reforma psiquiátrica, na época tínhamos muitas casas terapêuticas e escolher um profissional da psicologia para compor a equipe do NASF, era uma maneira de abranger esse ponto de atenção (Gestora).

No projeto para a implantação dos NASF-AB, de 2008, consta as seguintes especialidades: educação física, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, serviço social, psicologia, psiquiatria, terapeuta ocupacional, ginecologia, pediatria e farmácia. Em relação ao observado na pesquisa de campo, essa equipe prevista inicialmente era bem mais ampla,

em termos de especialidades, do que a dos anos mais recentes (2016 e 2017), conforme apresentado nas tabelas 1 e 2 do próximo capítulo.

Em algumas especialidades, em contrapartida, previa-se um número menor de profissionais, como é o caso da nutrição, da fonoaudiologia e do serviço social. Essas áreas eram indicadas com o total de um profissional, enquanto que a composição mais recente apresenta o total de três profissionais, ou seja, um por equipe de NASF-AB.

Santos e Benedetti (2012) realizaram estudo descritivo, quantitativo, com o objetivo de caracterizar o processo de implantação do núcleo e analisar a inserção do profissional de educação física, no âmbito nacional. Foram analisados dados secundários disponibilizados pelo ministério da saúde (cadastro nacional dos estabelecimentos de saúde, 2011) e pelo departamento de atenção básica (monitoramento de recursos humanos vinculados ao NASF, 2011). As pesquisadoras constataram que o profissional de fisioterapia foi o mais contratado entre aqueles com carga horária de vinte horas. Entre os que possuem carga horária de quarenta horas, foi o de psicologia. O profissional de educação física apareceu entre os cinco mais recrutados, como também serviço social e nutrição. É interessante observar que todas as especialidades estão presentes nas equipes do presente município, compatível com o observado no cenário nacional.

O projeto deste contexto pesquisado apresenta algumas estatísticas epidemiológicas que tratam da história da assistência psiquiátrica no município, com o estabelecimento de hospitais psiquiátricos e manicômios. Outros dados estatísticos apresentados são referentes às causas de óbito e de agravos notificados (AIDS, Hanseníase e Tuberculose) de 2007. Não há elementos sobre a realidade social ou de saúde do território de referência de cada núcleo que seria implantado.

No projeto de 2017, para a implantação de mais duas equipes de NASF-AB, é possível observar a existência de outros indicadores sociais e de saúde, como o perfil da população por cada UBS a ser referenciada pelas novas equipes do núcleo (hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças, adolescentes, famílias cadastradas, acamados, hanseníase, puérperas e tuberculose), indicadores de internação hospitalar, além das causas de óbitos entre 2015 e 2017. Há indicação de um aprofundamento sobre o conhecimento do território em relação ao que se tinha antes no primeiro projeto, que trazia dados mais gerais do município. Por consequência, é possível pensar que o melhor conhecimento das especificidades locais oferece subsídio para escolhas mais acertadas quanto à composição das equipes do NASF-AB.

Na conclusão do projeto é feita consideração quanto ao “[...] ato de ousadia a implantação de 03 equipes do NASF, mas há tempos o município vem apresentando um desempenho pouco eficiente no campo da atenção básica [...]”. Esses desafios vivenciados na atenção básica podem, pelo menos em parte, estar associados aos processos de trabalho que são descritos pela Gestora.

A consideração feita no projeto, quanto ao ato de ousadia, não parece ser indevida quando se considera o que Santos e Benedetti (2012) analisaram sobre o cenário nacional. As autoras relatam, conforme dados de 2011, a baixa adesão dos municípios, com o credenciamento médio de uma equipe.

Em se tratando dos municípios de médio e grande porte, o principal fator que pode justificar a baixa implantação de NASF seria o receio da gestão na expansão das equipes. Os desafios intrínsecos as ações inovadoras, apesar de contribuírem para o aprendizado coletivo, também inibem o envolvimento. Os gestores de saúde inicialmente podem ter sido cautelosos, uma vez que ainda não se sabia as potencialidades do NASF e qual seria a melhor forma de gerenciá-lo (p. 192).

Essa consideração quanto aos municípios que tiveram baixa implantação de NASF-AB, sobretudo, os de médio porte, característica semelhante à realidade aqui pesquisada, evidencia que nem sempre é fácil para os gestores locais colocarem em prática as propostas apresentadas em portarias ministeriais. Isso se manifesta de modo muito destacado na entrevista da Gestora, quando considera que apesar de haver uma portaria que dispõe sobre o funcionamento da equipe, ainda sim, existe a dificuldade de colocá-la em prática, pois em se tratando de um novo serviço faltam precedentes que auxiliam na sua efetivação. O diagnóstico apresentado por Santos e Benedetti (2012) evidencia a importância das ações de suporte aos municípios mediante a implantação de novas políticas. Em um momento inicial, a disponibilização de diretrizes não indicou ser suficiente para superar ‘os receios’ dos gestores.

Há ainda que se considerar que, conforme observado no capítulo três, quando se apresentou a matriz cronológica da construção política que envolve o NASF-AB, as próprias portarias foram se refinando ao longo dos anos e trazendo definições mais específicas sobre o funcionamento do serviço. O mesmo ocorre em relação a outros documentos como, por exemplo, os Cadernos de Atenção Básica (e, entre eles, destaca-se o de nº 39, publicado apenas em 2014).

Como informado antes, a Gestora relata que o processo de implantação compreendeu muitas dificuldades.

Não havia uma integração para a realização das ações de saúde e uma imaturidade muito grande quanto à realização de planejamento e ações na atenção básica, visto que quase todos os profissionais da ESF e do NASF eram recém-formados, sem experiência e assumiam um cargo antes ocupado por profissionais contratados há mais de dez anos (Gestora).

Quando a entrevistada se refere à imaturidade, ela está remetendo ao fato de que não se sabia o que fazer ou como fazer os planejamentos e a execução das ações em decorrência da novidade representada pela proposta do NASF-AB.

Esse problema exige considerar que:

[...] é recomendado que a gestão municipal ou local promova um movimento de sensibilização e construção conjunta de entendimentos, expectativas e conceitos sobre o modo de operar preconizado para esta equipe, considerando inclusive que a maioria dos profissionais, até o momento, não é formada para atuar com essa lógica de trabalho (matricial) (Brasil, 2014a, p. 41).

Nesse momento de implantação do serviço, os profissionais eram oriundos de uma formação que antecedeu ou que se concluiu junto com a criação do NASF-AB e, por isso, não apenas faltava a experiência como também um conhecimento técnico, *expertise*, orientado para esses novos referenciais trazidos pelo núcleo. No entanto, a Gestora afirma que não foi ofertada capacitação ou qualquer outra ação de preparação desses profissionais para o início dos trabalhos. Esse dado reforça a ideia de um conhecimento que foi sendo construído em ato, sujeito a erros e acertos, permeados por muitos desafios oferecidos pelo campo de trabalho.

Somado a essa situação, a Gestora ainda declara que os profissionais, além de se haverem com um campo de trabalho novo, tinham certo agravante:

[...] muitos de outras cidades sem conhecimento da realidade do município, começaram a trabalhar num território de pessoas que só importavam em tomar remédios e fazer exames, nada de prevenção (Gestora).

Percebe-se, portanto, um misto de desconhecimento, tanto do que se deveria fazer quanto da realidade territorial de trabalho. Por isso, considera-se que um espaço prévio de capacitação e de manutenção de ações de educação permanente é importante auxílio no percurso de planejamento e de execução das ações.

O ‘Cadernos de Atenção Básica’, nº 39 (Brasil, 2014a) dispõe sobre a oferta de qualificação profissional e de educação permanente da equipe do NASF-AB desde a sua

implantação, contemplando tanto temáticas que são comuns, como as competências requeridas para o apoio matricial, quanto aquelas que são próprias a cada núcleo de saber.

O estudo de Brocardo et al. (2018), que objetivou analisar o trabalho do NASF-AB no país, a partir de dados do PMAQ (2013-2014), constatou que a formação específica (no início do trabalho) e a educação permanente constituem áreas que precisam de maior atenção, sendo relatadas as taxas de 45,6% e de 51,6%, respectivamente, entre as equipes participantes. “Os resultados foram ainda piores nos estados de Rondônia e de Roraima, onde a totalidade das equipes registrou a inexistência de qualquer tipo de oferta de capacitação. No Espírito Santo, nenhuma equipe informou ter recebido educação permanente” [...] (p. 136). Os dados não apenas revelam que as ações de capacitação (inicial e continuada) requerem maiores investimentos, como evidenciam um quadro muito discrepante entre as regiões do país.

Fragilidades das ações de capacitação/formação também foram observadas entre as pesquisas analisadas no capítulo quatro, como é o caso de Oliveira et al. (2017), em municípios do Rio Grande do Norte, e de Nakamura e Leite (2016), em um município da região sul do país.

Lima, Giovanella, Fausto, Bousquat e Silva (2018), citando o trabalho de Campos e Malik (2008), elencam alguns fatores que podem estar associados à rotatividade dos profissionais da EqSF e entre eles está a relação inversamente proporcional com a percepção de capacitação para o serviço. Fatores como esse também indicam repercutir na relação com o paciente e nos níveis de satisfação do profissional. Embora os autores não mencionem como isso se aplica aos profissionais do NASF-AB, supõe-se que o mecanismo seja igualmente válido para esse serviço. Neste sentido, entende-se que a educação permanente/capacitação pode implicar não apenas na produção de um saber, propriamente dito, dos profissionais da atenção básica, como em vários resultados, tais como: a maior vinculação desses sujeitos com o cotidiano de trabalho, a elevação dos níveis motivacionais e da qualidade do que fazem.

Além dessa ausência de referenciais, que auxiliassem nesse desenvolvimento do serviço, mesmo porque o município teria sido um dos primeiros da macrorregião a implantar o NASF-AB, havia aspectos da cultura da comunidade que não podem ser desconsiderados nesse percurso. A Gestora percebe que as demandas da comunidade estavam num sentido contrário ao que é proposto pelo novo modelo assistencial.

[...] a própria cultura da região dificultava bastante a implantação do NASF, afinal a mudança, qualquer que seja, gera resistência. As pessoas estavam acostumadas a ir em nas unidades básica de saúde para buscar remédios fornecidos pelo governo,

ficavam nas filas horas e horas, esperavam dias, meses e até anos por uma consulta especializada ou uma liberação de exame (Gestora).

Assim, observa-se que a comunidade também demorou certo tempo para se apropriar das ações do NASF-AB, como também as próprias EqSF. Sobre essa, a Gestora relatou resistências, pois ao contrário de o núcleo ser significado como equipe integrante da atenção básica, apoiadora, inicialmente, foi considerado como espécie de vigilante daquilo que as EqSF faziam, dando origem a problemas de relações entre as equipes. Durante a conversa com a entrevistada é possível observar que havia muitas tensões no campo e que o desconhecimento do caráter do serviço contribuía para a criação de ‘fantasmas’ nessa relação, sendo o núcleo vivenciado como uma espécie de ameaça.

No “Cadernos de Atenção Básica, nº 39 (Brasil, 2014a), a mediação de conflitos e impasses entre o NASF-AB e as EqSF está entre as responsabilidades da gestão para o desenvolvimento de trabalhos compartilhados entre as equipes. Contudo, observa-se que a gestão local também precisa de suporte e capacitação para que consiga operar dentro do que é preconizado pelos documentos.

Então,

[...] chega o NASF com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, inserido nas equipes de ESF, mas sem condição de atuação, a demanda não chegava até os profissionais, o agente comunitário de saúde seria o responsável pela captação dessa demanda, mas esses em sua maioria, sem seriedade, não contribuindo para que houvesse parceria entre as equipes (Gestora).

Surge o problema da filtragem das demandas pelas EqSF, gerando dificuldades no acesso às mesmas. Portanto, mais um desafio se soma ao desenvolvimento do apoio matricial. Esses relatos evidenciam que a chegada de um novo serviço pode não corresponder a sua integração imediata dentro da rede previamente existente, sendo necessário um tempo de elaboração para que essa apropriação, de fato, seja construída. A história contada evidencia que essa integração entre as equipes nem sempre é algo fácil de ser alcançado. É esperado que a chegada de outros profissionais na atenção básica, propiciada pela implantação do NASF-AB, produza efeitos na dinâmica das UBS, mesmo em uma circunstância em que a implantação tenha contado com discussões coletivas no território (Brasil, 2014a).

Ao passo que a implantação do NASF-AB ocorria, ou que se tentava fazer a inserção do núcleo na atenção básica, mais eram realçados os problemas que precisariam ser enfrentados nas EqSF.

[...] começamos a perceber que tínhamos uma equipe ‘doente’. Precisávamos inicialmente cuidar dos ACS, que estavam cheios de problemas e impossibilitados de atuar na prevenção e promoção à saúde. Daí o papel da psicologia, que foi primordial, começando a atender os agentes e se inserindo aos poucos nas equipes, muitas vezes conseguia e outras não [...] (Gestora).

Acredita-se não ser um equívoco entender, a partir do trecho acima, que a primeira ação de apoio matricial constituiu o atendimento desse ‘adoecimento’ das próprias EqSF. A entrevistada informa que os ACS apresentavam problemas relativos aos vínculos com a comunidade e ao comprometimento com o que pressupõe a sua atuação. Por isso, menciona que a demanda de atendimento do psicólogo começa com a escuta desses profissionais e, assim, iniciando a construção de certo vínculo com eles. Talvez, esteja nesse ponto, a transição para outro patamar de relação com as EqSF, quando parece que o ‘nó’ que havia nessa relação começa a se desfazer.

O cenário descrito confirma o que o trabalho de Nakamura e Leite (2016) permite pensar sobre a relação entre a potência dos trabalhos do núcleo e a estruturação das EqSF. Quanto mais estruturada está a atenção básica, mais coerente pode ser a atuação do profissional do NASF aos objetivos previstos para o núcleo. Assim, percebe-se que foi preciso organizar a atenção básica para que o NASF-AB fosse, gradativamente, encontrando seu lugar.

Outro passo importante para a implantação do NASF-AB refere-se ao maior envolvimento e aproximação com a comunidade, sobretudo, através da participação nos grupos de ginástica ofertados pelos educadores físicos. Inclusive, a Gestora considera que a atuação desses profissionais foi crucial para que a população fosse experimentando a proposta do núcleo.

Foi por meio dos grupos de ginástica nas praças que conseguimos quebrar esse paradigma e estabelecer essa inserção do NASF (Gestora).

[...] a população começou a entender e se cuidar mais. E as ESF saíram da mesmice de fazer só grupos de hipertensos e diabéticos e começaram a aproveitar mais os grupos de ginástica (Gestora).

Apesar de crucial dentro do NASF-AB é preciso considerar a ressalva feita por Santos e Benedetti (2012), que constatam que o educador físico “[...] possui pouca experiência prática nos serviços públicos, logo enfrenta um desafio para definição do seu papel profissional e competências necessárias para atuação junto ao SUS” (p. 193). Isso evidencia a

importância de que a formação profissional se aproxime dos novos contextos de atuação que se apresentam às várias categorias.

Durante a pesquisa de campo foi observado que esses grupos de ginástica ainda são os que, em geral, conseguem mobilizar o maior número de participantes, demonstrando ser uma demanda das comunidades. Embora tenham sido ampliadas as possibilidades de intervenção das EqSF, não se pode desconsiderar que os grupos de hipertensos e diabéticos constituem, em tempos mais recentes, espaço importante de divulgação dos trabalhos do NASF-AB, sendo, por exemplo, desenvolvidas orientações durante a renovação de receitas para esse grupo de usuários nas UBS, o que será descrito durante os estudos dos casos.

Percebendo-se certo avanço nas relações com as EqSF, o próximo passo foi a organização das agendas de trabalho. A rede de atenção básica estava constituída por três NASF-AB e vinte e cinco EqSF. A Gestora informa que foi realizada uma programação de dias da semana em que cada UBS receberia a equipe de apoio, o que é um formato semelhante ao observado na pesquisa de campo, evidenciando que as configurações contemporâneas guardam marcas do modo como se deu a implantação.

Dificuldades semelhantes ao que se verificou nos casos estudados já eram vivenciadas nesses primórdios.

Nossa dificuldade era nas localidades rurais, não havia transporte para levá-los e muitas vezes eles cobriam duas localidades rurais e comunidades rurais as pessoas começam seus trabalhos muito cedinho e quando as equipes chegavam não tinham muita demanda. Formar grupos era quase impossível, então optamos por trabalhar mais nas campanhas educativas e preventivas, criando novas estratégias de cuidado, a fim de alcançar essa demanda (Gestora).

A ausência do transporte específico para as equipes do NASF-AB continua a ser um tema atual, assim como a dificuldade de deslocamento até as EqSF de zona rural. Em relação a esse contexto, a Gestora comenta que, em decorrência da rotina de trabalhos que se inicia muito cedo, era mais difícil de captar usuários para as atividades do núcleo, quando comparado à área urbana. Por isso, a realização de atividades no final de semana foi uma das estratégias adotadas.

A Declaração de Delhi (2018) afirma a necessidade de priorização desse público que vive em áreas rurais para que se alcance a cobertura universal do sistema de saúde de um país. (Pessoa, Almeida & Carneiro, 2018). No entanto, observa-se que há dificuldades estruturais que podem servir de obstáculos para o maior acesso a essas localidades. “[...] o universo rural

tem singularidades e especificidades que condicionam a organização dos serviços de saúde e as práticas socio sanitárias” (p. 303). Essa especificidade fica explícita na fala da Gestora quando expõe a rotina de trabalho dessa população e as estratégias alternativas estabelecidas para acessá-la.

De acordo com Pessoa et al. (2018), baseando-se na PNAB (2017) e na discussão de Morosini e Fonseca (2017), embora o texto da política de atenção básica disponha sobre o financiamento diferenciado para certos grupos populacionais, como a população Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantaneira, isso não resultou na superação das barreiras de acesso. O mesmo também se evidencia ao constatar que o acesso à população rural continua a ser diferenciado em relação àquela da área urbana.

Destaca-se que “[...] após a revisão da classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2017, verificou-se que 60,4% dos municípios brasileiros foram considerados predominantemente rurais [...]” (Pessoa et al., 2018). Considerando essa estatística, é provável que a dificuldade de acesso apresentada pela Gestora, e que ainda se mantém conforme observado na pesquisa de campo, seja compartilhada por muitos outros municípios.

A valorização do desenvolvimento de intervenções grupais também pode ser percebida na entrevista da Gestora, indicando conexões com o cenário pesquisado.

Inicialmente percebia que alguns profissionais estavam mais voltados para o atendimento individual, solicitando-me salas para atendimento psicológico clínico, por exemplo. Aos poucos foram compreendendo a importância do trabalho grupal [...] (Gestora).

Mais uma vez, percebe-se o valor da educação permanente dos profissionais, de modo a ampará-los na construção de intervenções específicas para cada demanda, equilibrando as propensões para atendimentos individuais ou coletivos, as quais podem se antepor à análise de cada solicitação encaminhada pelas EqSF. A discussão do capítulo quatro, sobretudo, a partir do trabalho de Bispo Júnior e Moreira (2017), apontou o papel da educação permanente no fortalecimento da função apoiadora do NASF-AB.

Em relação à psicologia (e às demais áreas que compõem o NASF-AB) essas propensões também precisam ser refletidas considerando o perfil formativo desses profissionais. De acordo com Santos e Benedetti (2012) é preciso que as instituições de ensino revejam suas estruturas curriculares face aos novos campos de trabalho e as mudanças delineadas no sistema de saúde, que seja operada a aproximação entre o serviço e o ensino, o

que resultará em maior qualificação profissional e melhor assistência. Logo, pode-se pensar na melhoria que envolverá as ações de apoio matricial.

A inserção dos profissionais no NASF-AB pode ser favorecida se há uma familiaridade da profissão com a saúde pública. A atuação no âmbito da atenção primária requer uma revisão tanto da lógica de trabalho quanto da prática clínica. A ênfase nessa última, nem sempre tem caminhado junto com a atuação interdisciplinar e compartilhada (Santos & Benedetti, 2012).

Sobre o desenvolvimento do plano de trabalho, de acordo com a Gestora, cada NASF-AB determinou o seu, pois cada um deles compreendia territórios com características específicas, como o que diz respeito ao perfil sócio demográfico. Essa construção parece ter sido possível a partir do melhor conhecimento dos territórios.

Em outro momento da entrevista, a Gestora menciona a atuação dos ACS na captação de demandas e no seu direcionamento ao NASF-AB.

O assistente social e o psicólogo eram profissionais ligados diretamente aos agentes, porque por meio das visitas domiciliares eles podiam perceber que aquela família precisava de um desses profissionais (Gestora).

Contudo, como visto, foi necessário estabelecer alguma vinculação entre NASF-AB e as EqSF para que essa cooperação pudesse se estabelecer e favorecer as ações de apoio matricial.

Nesses anos iniciais do NASF-AB não havia uma coordenação específica para o referido serviço, como encontrado na pesquisa de campo. De acordo com dados da observação participante, esse cargo teria sido criado em 2017. O que se tinha anteriormente era a coordenação da atenção básica e essa, de acordo com a Gestora, conduzia reuniões periódicas (mensais), uma com as EqSF e outra com o NASF-AB. Questionada sobre o porquê dessa separação, a entrevistada informa que as reuniões tratavam de indicadores diferentes e que isso permitia uma melhor organização dos encontros.

6.2.3 A atenção básica após a implantação

A entrevista ofereceu à Gestora um convite para retroceder e reavivar as experiências do passado e uma de suas falas pode ser tomada como uma síntese do que representou aquele momento de implantação do NASF-AB.

Bem, foram muitos desafios [...]. Penso o quanto o SUS é maravilhoso no papel, o Ministério lança uma portaria e não sabe a realidade dos municípios e a contrapartida das prefeituras. Nós servidores, pensando no melhor, nos envolvemos achando que ia dar tudo certo, mas nos deparamos com salários atrasados, unidades básicas sem nenhuma estrutura, falta de material básico, licitações atrasadas, transporte precário e, o pior, alguns profissionais sem interesse nenhum para promover a saúde (Gestora).

Em conformidade com Melo, Miranda, Silva e Limeira (2018), citando Campos e Pereira Júnior (2016) e Fausto et al. (2014), observa-se que o NASF-AB, ao se estabelecer no mesmo cenário das EqSF, passou a dividir com elas os mesmos problemas, tais como a precariedade da infraestrutura de UBS e as dificuldades na organização dos processos de trabalho. Sobre isso, a fala anterior da Gestora é muito esclarecedora.

Em relação às normatizações trazidas pelas portarias que dispõem sobre o funcionamento do NASF-AB pode-se dizer que elas têm papel importante na definição do processo de implantação, mas nessa década de existência do núcleo há modos muitos específicos de sua operação no país (Melo, Miranda et al., 2018).

Além daqueles pontos de dificuldade, a Gestora ainda cita as relações interpessoais e a necessidade de acolher as frustrações do profissional que não conseguia realizar o seu trabalho em conformidade com o que prevê a portaria.

E, pensando sobre o contexto mais recente, afirma que:

[...] vejo com orgulho que aquela semente que era tão difícil de brotar, germinou e trouxe muitos frutos. Gosto de ver os grupos de ginástica atuando nas praças com mais de cem pessoas [...]. Consigo enxergar como o NASF amadureceu e desenvolveu várias políticas públicas visando o bem comum de cada cidadão [...] (Gestora).

Para a entrevistada o grande impacto propiciado pelo NASF-AB foi o amadurecimento dos usuários e dos profissionais. Os primeiros entenderam a importância de cuidar da saúde e os outros,

[...] a real função deles dentro da equipe (Gestora).

Porém, a partir do que foi pesquisado em cada um dos casos, entende-se que essa ‘real função dentro da equipe’ precisa ser objeto constante de reflexão e de amadurecimento, processo que precisa ser subsidiado pela educação permanente dos ‘nasfianos’. Em contrapartida, não se deve desconsiderar quais as percepções que as EqSF trazem sobre essa

mesma questão, ou seja, quanto ao que consideram como sendo a ‘real função’ dos ‘nasfianos’.

Tanto a literatura pertinente quanto o campo de pesquisa evidenciam que essa é uma discussão que, após os dez anos de criação do núcleo, ainda é um tanto delicada e sujeita a certas tensões, conforme as propensões dos profissionais ou da própria gestão dos municípios. Acredita-se que essa não seja uma questão cujo debate esteja encerrado.

Mesmo que o processo de implantação do NASF-AB possa, por si próprio, representar uma situação desafiadora, devido ao ineditismo da proposta, no contexto descrito esse desafio indica ter ganhado maior força pelas condições em que se encontrava a atenção básica, conforme apresenta a Gestora.

A partir da leitura de Melo, Mendonça, Oliveira e Andrade (2018) pode-se afirmar que os anos 2000 representaram um marco fundamental na história da saúde pública brasileira, sobretudo, quando se trata da expansão da ESF, das Equipes de Saúde Bucal e da criação do NASF-AB. Porém, por outro lado, problemas cruciais também estiveram presentes, como o que diz respeito ao subfinanciamento, infraestrutura inadequada e o modelo assistencial.

Tendo em vista o que se discutiu no capítulo dois, quanto ao quadro da atenção básica, há elementos que indicam que embora a saúde da família tenha possibilitado que a saúde brasileira se ampliasse, desafios, mesmo após a criação do NASF-AB, continuam presentes na busca do fortalecimento do SUS.

O contexto da presente pesquisa indica que desde a implantação do NASF-AB muito se avançou na sistematização dos trabalhos e na integração entre as equipes apoiadoras e de referência, um processo possível na medida em que os profissionais e gestores vão se apropriando, familiarizando e dispondo de maiores referenciais da proposta trazida por um novo serviço, como do maior conhecimento do território. No entanto, voltar ao passado também ajuda a identificar elementos que se mantiveram ao longo da história, como por exemplo, algumas dificuldades materiais que continuam se impondo, que é o caso da ausência de um transporte específico para o NASF-AB e que é citado por alguns dos profissionais como um ponto de insatisfação. Compreender as origens do serviço e os direcionamentos dados nesse seu estabelecimento é condição indispensável para compreender o presente.

A escolha metodológica de tratar esse percurso da implantação do NASF-AB em um capítulo específico, e de maneira antecedente ao estudo dos casos, corresponde ao interesse de dar o devido destaque à temática. E, ainda, para realçar que o percurso empreendido desde a criação do núcleo constitui pré-condição para a análise dos casos. A descrição desse

panorama permitirá, no final da análise dos casos, identificar o quanto os modos de construção do apoio matricial guardam conexões com esse passado e, ao mesmo tempo, os movimentos de transformação empreendidos para o fortalecimento da identidade do serviço.

7 OS MODOS DE SE FAZER O APOIO MATRICIAL NOS TRÊS CASOS ESTUDADOS

Este capítulo tem como objetivo compreender os modos de construção do apoio matricial a partir dos três NASF-AB estudados.

O processo de construção dos dados empíricos, os quais são substratos para o alcance do objetivo proposto, ocorreu durante o período de agosto de 2017 a maio de 2018. Conforme definições metodológicas prévias, os resultados se baseiam em observações participantes e em entrevistas semiestruturadas junto aos profissionais do NASF-AB e da EqSF.

7.1 Caracterização dos NASF-AB

O município compreendia, em maio de 2018, três equipes de NASF-AB, modalidade um, e vinte e sete EqSF⁵ referenciadas por eles.

Em 2016, os núcleos possuíam uma composição profissional diferente da observada nesta pesquisa, sendo a seguinte:

Tabela 1: Profissionais dos NASF-AB em 2016

Categoria Profissional	Carga Horária	Número de Profissionais
Psicologia	40	4
Fisioterapia	30	4
Serviço Social	30	3
Fonoaudiologia	30	1
Nutrição	40	3
Educação Física	40	3

Fonte: Relatório de Dados e Evidências (Secretaria Municipal de Saúde, 2018)⁶

Através da tabela acima é possível perceber que as equipes de NASF-AB apresentavam configurações diferentes, havendo equipes que possuíam dois psicólogos e dois fisioterapeutas (pois, era um total de quatro profissionais dessas duas categorias para três

⁵ Todas as EqSF do município têm o profissional de enfermagem como coordenador.

⁶ Nas referências das fontes municipais será subtraído o nome do município, tendo em vista os cuidados éticos.

equipes do núcleo). Além disso, em apenas uma equipe havia o profissional de fonoaudiologia. Há indícios de que tais diferenças entre as equipes sejam provenientes das demandas territoriais que cada núcleo encontrava.

Porém, a partir da verbalização de alguns profissionais, tomou-se conhecimento na pesquisa de campo que no mês de dezembro de 2016 todos os profissionais do NASF-AB tiveram seus contratos interrompidos, com a ocorrência de um novo processo seletivo no início de 2017. Durante a observação participante, um dos profissionais que foi recontratado relatou que naquela época eles não teriam sido informados pela gestão municipal do porquê do término dos contratos, sendo surpreendidos com o ocorrido.

Todas as três equipes existentes passaram a ter a mesma configuração, sendo ela:

Tabela 2: Composição por equipe em 2017

Categoria Profissional	Carga Horária	Número de Profissionais
Psicologia	20	1
Fisioterapia	30	2
Serviço Social	20	1
Fonoaudiologia	30	1
Nutrição	20	1
Educação Física	30	2

Fonte: Relatório de Dados e Evidências (Secretaria Municipal de Saúde, 2018)

Ao comparar as tabelas 1 e 2, observa-se que as composições das novas equipes envolveram a ampliação dos profissionais de educação física e de fisioterapia e a redução do número de profissionais psicólogos e da sua respectiva carga horária. Desta forma, a carga horária dos psicólogos, que antes era de quarenta, passou a ser de vinte horas. Inclusive, um dos aspectos identificados como desafiadores nesta realidade, foi o referido ‘enxugamento’ da psicologia, em contrapartida ao expressivo contingente de demandas que lhes são dirigidas. De acordo com informações obtidas durante a observação participante, entre os próprios profissionais do NASF-AB, a existência de áreas com dois profissionais (fisioterapia e educação física) se justificaria pelo fato de que o município não estaria alcançando as metas de produção previstas para as referidas categorias. Desta forma, foi necessário fazer um rearranjo da configuração das equipes.

Além disso, como se percebe, ocorreu a integração de mais profissionais da fonoaudiologia. Com base em informações extraídas no trabalho de campo, isso se deu em decorrência de demandas identificadas na realidade local.

Posteriormente, no ano de 2018, diante do volume de demandas observadas em relação ao trabalho do nutricionista e do serviço social foram presenciadas, durante a observação participante, discussões relativas a uma possível necessidade de ampliação da carga horária para quarenta horas semanais.

Sobre a organização das equipes em função da área de cobertura, com referência no mês de maio de 2018, tem-se o que consta sintetizado na tabela abaixo:

Tabela 3: Equipes de NASF-AB e área de cobertura

NASF- AB	Área de cobertura		
	Quantidade de UBS	Localização (urbana/rural)	Quantidade de EqSF
NASF-AB Margarida	7	Sendo 4 UBS de zona rural	10
NASF-AB Jasmim	5	Sendo 1 UBS de zonal rural	8
NASF-AB Girassol	6	Todas as UBS na área urbana. Uma das UBS possui uma outra unidade em outro bairro	8

Fonte: Produzida pela pesquisadora a partir de dados da observação participante

Os nomes das equipes de NASF-AB que constam na tabela são fictícios, tendo em vista os cuidados éticos.

Percebe-se, portanto, que o NASF-AB Margarida é aquele que não apenas possui um maior número de unidades de saúde e de EqSF para referenciar, como também um maior número de unidades localizadas na zona rural. As implicações dessa configuração territorial na rotina de trabalhos da equipe serão abordadas posteriormente.

Sobre aquele processo de reconfiguração das equipes de NASF-AB, ocorrido no início do ano de 2017, apenas alguns profissionais foram recontratados, como informado antes. Sendo assim, os profissionais das equipes anteriores que permaneceram foram os seguintes:

Tabela 4: Profissionais do NASF-AB em 2016 e que permaneceram em 2017

Equipe de NASF-AB	Profissionais recontratados
Margarida	1 Educador Físico 1 Assistente Social 1 Fisioterapeuta
Jasmim	1 Psicólogo 1 Nutricionista
Girassol	1 Educador Físico 2 Fisioterapeutas

Fonte: Produzida pela pesquisadora a partir da observação participante

De acordo com o projeto construído pela Secretaria Municipal de Saúde (2017), para o credenciamento de mais duas equipes de NASF-AB, o total da população coberta pelas três equipes implantadas é de setenta e sete mil. Portanto, tendo em vista o porte populacional do município, verifica-se que este número de cobertura corresponde, aproximadamente, a cinquenta por cento de seus habitantes. Infelizmente, de acordo com o Relatório de Dados e Evidências (Secretaria Municipal de Saúde, 2018), ainda existia uma UBS da área rural sem cobertura do NASF-AB.

A criação de mais dois núcleos permitirá uma redistribuição da área de cobertura das equipes já implantadas, contribuindo, possivelmente, para uma relação mais estreita entre as equipes apoiadoras e as de referência. Isso se faz de extrema importância, considerando que, como observado no trabalho de campo, sobretudo, na área rural, existem EqSF que são visitadas quinzenalmente pelo NASF-AB.

Além da recomposição das equipes do NASF-AB, há outro dado também importante de ser considerado e que se deu no ano de 2017, que é a criação de uma coordenação específica dos núcleos. Até então, de acordo com os relatos dos próprios profissionais, não havia uma coordenação específica e formal do NASF-AB, como passou a apresentar na figura de um profissional que já teria, anteriormente, também atuado no núcleo. A coordenação tem sua sede de trabalho na secretaria municipal de saúde, mas indica desempenhar papel dinâmico e de importante referência para o norteamiento dos trabalhos, através de reuniões regulares, em média, mensal, e de visitas aos territórios de trabalhos das equipes. Inclusive, foi possível observar três reuniões (dezembro de 2017, janeiro e maio de 2018) e os dados relativos a elas serão discutidos durante a análise dos dados.

Quanto ao processo de produção dos dados, os quais serão analisados adiante, compreendeu, como dito antes, o intervalo de agosto de 2017 a maio de 2018. Portanto, as análises empreendidas se referem a esse recorte temporal. Foram realizadas, aproximadamente, sessenta observações participantes e nove entrevistas semiestruturadas, sendo duas para cada equipe de NASF-AB, conforme critérios definidos na metodologia, ou seja, o profissional mais antigo e o psicólogo de cada equipe, além de três profissionais de enfermagem das EqSF selecionadas (uma de cada núcleo).

As observações participantes aconteceram durante as diferentes atividades das equipes do NASF-AB, como atendimentos coletivos, atendimento individualizado, visitas domiciliares, reuniões de matriciamento, reuniões internas do núcleo, reuniões desses com a sua coordenação, intervenções em salas de espera nas UBS e eventos educativos na comunidade. Portanto, as observações participantes envolveram tanto as atividades que aconteciam dentro das UBS como aquelas desenvolvidas em outros espaços do território de referência, em conjunto ou não com as EqSF.

Antes de se apresentar e discutir os dados empíricos, as tabelas a seguir sintetizam as principais características dos profissionais entrevistados:

Tabela 5: Identificação dos profissionais entrevistados

Caso 1 NASF-AB Margarida	Entrevistada A-NASF1
	Entrevistada B-NASF 1
	Entrevistada EqSF1 (Enfermeira EqSF)
Caso 2 NASF-AB Jasmim	Entrevistada A-NASF 2
	Entrevistado B-NASF 2
	Entrevistada EqSF 2 (Enfermeira EqSF)
Caso 3 NASF-AB Girassol	Entrevistada A-NASF 3
	Entrevistada B-NASF 3
	Entrevistada EqSF 3 (Enfermeira EqSF)

Fonte: Produzida pela pesquisadora a partir dos dados produzidos nas entrevistas

Tabela 6: Caracterização dos profissionais entrevistados do NASF-AB

Idade média	Tempo médio de conclusão da graduação	Tempo médio de atuação no NASF-AB
34,5 anos	7,8 anos	3,8

Fonte: Produzida pela pesquisadora a partir dos dados produzidos nas entrevistas

Entre os profissionais do NASF-AB entrevistados, apenas um é do sexo masculino. A maior parte dos entrevistados, quatro, é oriunda de formação universitária em instituição privada. Quanto à titulação máxima, metade possui especialização, sendo que um dos profissionais possui especialização em área diversa à temática do NASF-AB ou da política pública de saúde. Apenas um profissional possui formação anterior à criação do NASF-AB, tendo se formado há onze anos. Contudo, mesmo aqueles que se formaram há dez anos ou oito anos, em decorrência da recente promulgação da portaria de número 154 de 2008 (que cria o núcleo), provavelmente, não tiveram amplas discussões a este respeito em suas formações acadêmicas.

Assim, observa-se que, semelhante ao evidenciado em algumas pesquisas apresentadas no capítulo quatro (Macedo et al., 2016; Azevedo & Kind, 2013; Leite et al., 2013), os saberes relativos à atuação no NASF-AB vêm, também no presente município, sendo construídos em ato. Num cenário como este, verifica-se a relevância que os profissionais mais experientes no núcleo desempenham para aqueles recém-chegados, compartilhando experiências de sucesso ou de dificuldades. Além disso, as especializações de dois dos profissionais, ambas em saúde da família, também podem ser decorrentes de demandas identificadas nos seus cotidianos de trabalho e de possíveis lacunas da formação universitária.

Quanto à atuação em outros locais, apenas dois apresentaram resposta afirmativa. Um deles atua em outro NASF-AB de um município circunvizinho ao que foi estudado e o outro, em uma clínica particular. Contudo, dentro das equipes, observou-se a existência de mais profissionais que trabalham em outros locais além do NASF-AB, como, por exemplo, academia, outras prefeituras vizinhas e escola de educação básica. Em função disso, a rotina de trabalho no núcleo é conciliada com esses outros vínculos de trabalho, o que parece ser um dos motivos de os profissionais apresentarem escalas de trabalhos diferenciadas entre si, de modo que nem sempre estão todos reunidos em um mesmo dia em cada UBS.

Na próxima tabela são apresentadas as principais características dos profissionais entrevistados das EqSF selecionadas⁷.

Tabela 7 - Caracterização das profissionais entrevistadas da EqSF

Idade Média	Tempo médio de conclusão da graduação	Tempo médio de atuação na EqSF
30 anos	5,6 anos	1 ano e 3 meses

Fonte: Produzida pela pesquisadora a partir dos dados produzidos nas entrevistas

Tabela 8: Localização das EqSF que tiveram suas profissionais entrevistadas

EqSF 1 – zona rural (referência NASF-AB Margarida)

EqSF 2 – área urbana central (referência NASF-AB Jasmim)

EqSF 3 – área urbana periférica (referência NASF-AB Girassol)

Fonte: Produzida pela pesquisadora a partir dos dados produzidos nas entrevistas

Todos os profissionais das EqSF entrevistados são do sexo feminino. No entanto, ao contrário do que se observa entre os profissionais do NASF-AB, há a preponderância de enfermeiras formadas em instituições universitárias de natureza pública, sendo apenas uma oriunda de escola privada. Em relação à titulação máxima, também a maior parte (duas) apresentam especialização, embora em áreas diversas à temática da EqSF ou atenção básica.

Outra variável que se deve destacar é que apenas a Entrevistada EqSF 3 apresenta vínculo de contrato, as demais são funcionárias efetivas do município. Assim, esse aspecto poderá ser observado quanto à possibilidade de garantir a continuidade das ações implementadas pelas profissionais e a construção de vínculos mais estáveis com suas EqSF e seus territórios.

⁷ Tendo em vista os cuidados éticos, não serão identificadas, mesmo que pelo nome fictício, quais são as três UBS que tiveram a sua coordenação selecionada para a entrevista. A escolha das entrevistadas se deu considerando as definições metodológicas, garantindo a participação de UBS localizadas em territórios com características muito diversificadas, além de considerar a disponibilidade das enfermeiras para participar da entrevista.

Quanto à perspectiva temporal da graduação e da experiência profissional, são enfermeiras com menos de uma década de conclusão da faculdade e com menos de dois anos de atuação na EqSF. Neste sentido, conclui-se que, embora sejam provenientes de uma formação posterior à criação da ESF, quando essa já apresentava mais de uma década de existência, também se supõe que, à semelhança do observado entre os profissionais do NASF-AB, muitos saberes relativos ao campo ainda estejam sendo construídos em ato.

A partir deste panorama sobre o município e, sobretudo, em relação à situação do NASF-AB, a seção seguinte se dedica a analisar os estudos de casos.

7.2 Caso 1: NASF-AB Margarida

Este NASF-AB se caracteriza por ser o que mais concentra UBS localizadas na zona rural do município. Desta forma, a sua área referenciada se encontra organizada da seguinte maneira (referência no mês de maio de 2018):

Tabela 9: Composição das UBS referenciadas pelo NASF-AB Margarida

Composição das UBS	
UBS 1M	3 EqSF 19 ACS
UBS 2M	1 EqSF 7 ACS
UBS 3M	2 EqSF 12 ACS
UBS 4M (rural)	1 EqSF 6 ACS
UBS 5M (rural)	1 EqSF 5 ACS
UBS 6M (rural)	1 EqSF 6 ACS
UBS 7M (rural)	1 EqSF 6 ACS

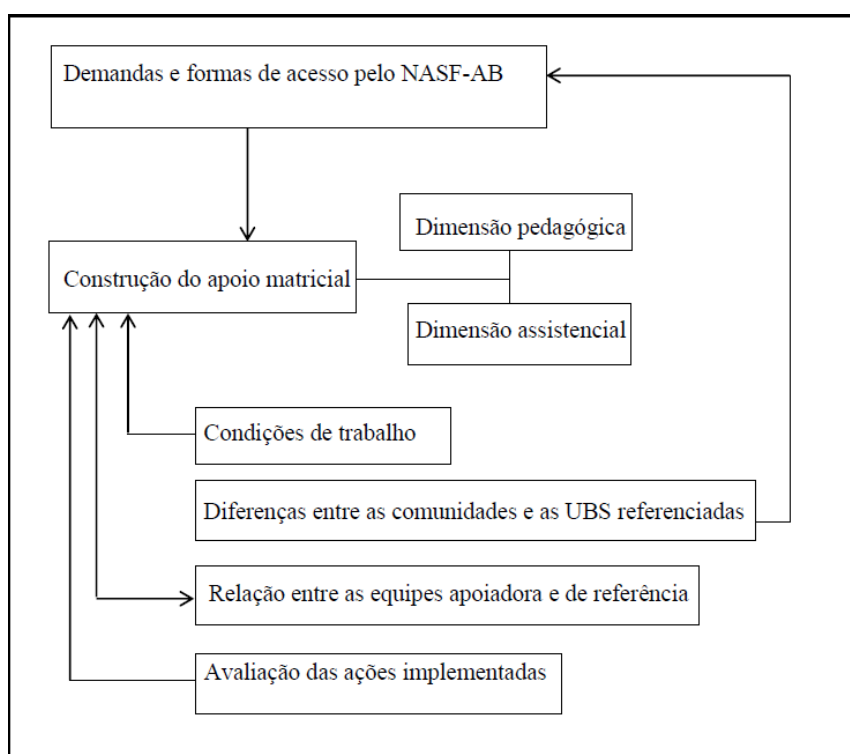
Fonte: Produzida pela pesquisadora a partir de dados da Secretaria Municipal de Saúde

Cada unidade de saúde recebeu uma identificação fictícia (um número mais a letra M relativa ao nome fictício NASF-AB Margarida). A UBS 3M apresentava, no ano de 2017, uma EqSF e, posteriormente, observou-se que, em 2018, passou a apresentar duas equipes. A ampliação, de acordo com informações da observação participante, indica ser uma demanda antiga daquele território, tendo em vista a população que ele compreende. Além disso, a UBS 1M também sofreu ampliação, tendo passado, durante a pesquisa de campo, de duas EqSF para três.

De acordo com a portaria de número 3124 de 2012, apresentada no capítulo três, o NASF-AB deve estar vinculado entre cinco a nove EqSF. Com a ampliação de equipes na área de referência deste NASF-AB, ele passou a acompanhar um total de dez EqSF, como se pode notar na tabela anterior. Desta forma, se justifica a solicitação realizada pelo município para a implantação de mais dois núcleos, permitindo, conseqüentemente, a adequação da área de cobertura ao que prevê a legislação pertinente.

Deste momento em diante, será realizada a análise e a discussão das entrevistas realizadas com os profissionais deste NASF-AB e da EqSF selecionada, conforme as categorias identificadas.

Figura 3: Agregação categórica do caso 1



Fonte: Produzida pela pesquisadora a partir da análise das entrevistas

7.2.1 Demandas e formas de acesso pelo NASF-AB

As profissionais entrevistadas foram solicitadas a relatar algum caso em que recordavam que o NASF-AB tivesse participado como apoiador junto às EqSF. Assim, tendo como ponto de partida esse relato, é que se dará a análise da presente categoria.

A Entrevistada A-NASF 1 relatou o caso de uma paciente que se encontrava acamada e cujo problema de saúde era proveniente de uma isquemia e de uma neuropatia alcóolica.

Então, assim, foi solicitado o apoio do NASF né, da assistente social, para estar vendo essa questão de cuidador, porque ela estava numa situação crítica de higiene. Ela não tomava banho, a casa era suja, ele não cuidava dela, aí foi acionada a assistente social. No caso da fisioterapia, foi acionado, porque ela estava com atrofia de membro inferior, não estava deambulando. Da nutricionista, ela estava com baixo peso. Então, assim, foi a equipe toda, começou a apoiar a ESF no tratamento da S.

Desta forma, a primeira característica que se observa das demandas que são direcionadas ao núcleo é o aspecto multidisciplinar. Neste caso, a entrevistada realça que foi uma situação que necessitou a articulação com mais de um profissional do NASF-AB. Diante do relato pode ser sugerida a existência de demandas, em um mesmo caso, para: fisioterapia (comprometimento motor), nutricionista (baixo peso), assistente social e psicólogo (questões do vínculo e das dificuldades decorrentes do cuidado da paciente por parte de seu companheiro). Devido à complexidade envolvida, a profissional afirma que foi realizado o PTS da usuária.

Sobre a multidisciplinaridade deve-se observar que essa é uma perspectiva que também aparece na fala da Entrevistada EqSF 1, quando essa menciona o suporte que o NASF-AB representa ao dispor em sua equipe de profissionais inexistentes na atenção básica, fazendo referência ao educador físico, fonoaudiólogo, fisioterapeuta e psicólogo. A participante demonstra reconhecer o ‘especialismo’ presente no núcleo como forma de aumentar o poder de resolutividade da EqSF no atendimento das demandas identificadas.

A complexidade realçada nas demandas atendidas pelo NASF-AB, o que requer a abordagem multidisciplinar, reitera a proposta da clínica ampliada como uma ferramenta tecnológica do núcleo. Essas características do contexto de atuação demonstram que deve ser dada ênfase aos diagnósticos e às condutas terapêuticas compartilhadas (Brasil, 2010). Assim, ao mesmo tempo em que se reconhece a importância do ‘especialismo’, esse não deve

encerrar em si mesmo, caso contrário suas intervenções serão incipientes e reducionistas do processo saúde-doença.

A Entrevistada B-NASF 1 relatou outro caso acompanhado. Trata-se de uma idosa, de cento e quatro anos.

[...] A gente está acompanhando ela, porque o filho, relatos né, eu não afirmo nada, que o filho estava... não, que a senhora estava sofrendo agressão pelo filho. Então, já foi tentado de várias maneiras. Essa senhora, ou ela ficar no asilo ou sair da casa dela e ir morar com o filho, o outro filho ou filha, para ela sair daquela zona em que falam que ela sofre alguma agressão. Essa agressão, a senhora não comenta, não relata muito. Fala mais que é agressão verbal.

[...] A assistente social já acompanhava há muito tempo, desde 2015, 2014. Já fez o acompanhamento e depois ela veio e me repassou esse caso né, porque já está no ministério. E me passou esse caso para eu poder fazer esse acompanhamento também.

De modo semelhante ao observado antes, trata-se de uma demanda em torno da qual diferentes profissionais do núcleo se encontram envolvidos, pelo menos se pode identificar a atuação conjunta da psicologia e do serviço social. Além disso, outra característica se refere à intersectorialidade, pois se afirma ser um caso em acompanhamento pelo Ministério Público.

Neste sentido, quando se fala de demandas, pautando-se tanto nas informações obtidas pela observação participante quanto naquelas oriundas da entrevista, é possível verificar a complexidade que as demarca, de modo que, não raramente, diferentes demandas podem ser identificadas num mesmo usuário ou família. Assim, as formas de apoio matricial que serão vistas adiante, acabam por ser resultantes de tal complexidade, pois demonstram se amparar sobre relações interdisciplinares e intersectoriais.

Nos casos expressos pelas entrevistadas, pôde-se notar que se tratam de demandas que não eram recentes ao momento da pesquisa e que quando chegaram para o NASF-AB já se tinha um percurso anterior construído por outros setores das políticas públicas. Esse tecido em que as intervenções atuais, propostas pela equipe apoiadora, se entrelaçam àquelas intervenções construídas em outrora, para que, ao mesmo tempo, as complemente e permita avançar, é o que parece caracterizar o grande esforço do apoio matricial.

Quando uma dada demanda é repassada da EqSF para o NASF-AB, observa-se que nem sempre está claro quais serão os profissionais potenciais para a abordagem do caso. Então, foi verificado que ao receber uma demanda, aquele profissional solicitado inicialmente poderá perceber, ao realizar a primeira intervenção, que se trata de uma demanda

multiprofissional e acionar outros profissionais da equipe. Isso foi observado em uma visita domiciliar realizada pelo profissional de fonoaudiologia. Tratava-se de um caso clínico de sequelas de Acidente Vascular Cerebral [AVC] e, entre essas, estava o comprometimento da fala. Contudo, naquela oportunidade, verificou-se a existência de demandas relativas à fisioterapia, pois existiam comprometimentos motores. Além disso, identificou-se também demandas que precisariam ser analisadas pelo médico da EqSF. Embora naquele momento não tenha sido mencionada a necessidade de intervenção psicológica, julga-se que ela seria pertinente, considerando os indícios de questões emocionais, decorrentes do próprio quadro clínico do paciente, que precisariam ser avaliadas.

Além desses tipos de demandas, as entrevistadas informaram também:

Aí no caso da assistente social, tem muitos problemas sociais, de leve até casos graves. A nutricionista também, casos de sobrepeso, taxa alterada de colesterol, baixo peso. Na questão de psicologia, está atendendo uma psicologia geral, aí dá uma avaliada e encaminha. No caso da fisioterapia, fisioterapia geral, aí a gente tem a demanda neurológica, ortopédica, respiratória (Entrevistada A-NASF 1).

Terapia. Tanto para fono, nutricionista, assistente social também. É só mais educador físico e fisioterapia que não tem aquela demanda individual, terapêutica (Entrevistada B-NASF 1).

Durante a observação participante foram verificadas demandas comuns, por exemplo, para o profissional de fisioterapia e fonoaudiologia, como aquelas relacionadas a sequelas de AVC. Para a nutrição, são recorrentes demandas não apenas de baixo peso, sobrepeso e obesidade, como aquelas de dislipidemia (entre elas, a anormalidade na taxa de colesterol). O serviço social, como informado, observou-se o seu envolvimento com casos de violações de direitos ou de vulnerabilidade social, por exemplo. Algumas dessas demandas foram verificadas durante a realização de reuniões de matriciamento. O educador físico é um profissional que demonstra atuar, essencialmente, através de grupos de ginástica e de prática corporal. Porém, alguns desses grupos também são desenvolvidos pelo fisioterapeuta.

Em momento posterior da análise, quando se estiver tratando das formas de apoio matricial, será discutido que essas demandas são atendidas de duas maneiras: no grupo e no atendimento individual do usuário. Contudo, na fala da Entrevistada B-NASF1 há uma referência quanto ao fato de que para o educador físico não são dirigidas demandas individuais, terapêuticas, salvo casos muito específicos como pontuado pela profissional. De fato, não foram observados atendimentos individualizados pelo educador físico, em contrapartida a uma agenda massivamente absorvida pelos grupos que realiza. Mas, essa

menção deixa manifesta a tensão observada no campo entre a abordagem coletiva versus individual, como se o grupo não tivesse o mesmo potencial ou valor terapêutico que o atendimento individual. Essa valorização diferenciada parece perpassar o imaginário de alguns profissionais e usuários. Essa tensão será cuidadosamente abordada na categoria ‘construção do apoio matricial’.

A Entrevistada B-NASF 1 esclarece que a principal demanda que as EqSF direcionam ao NASF-AB é relativa a

Atendimento individual, terapêutico. É o que mais tem a demanda é atendimento, só que como a gente não faz, a gente pega né, isso já foi conversado, a gente pega esse paciente e tenta inserir num grupo e aí a gente vê quem que tem aderência a grupo. Quem não tem a gente encaminha para outro setor para fazer terapia.

O que a entrevistada declara está em conformidade com o que Florindo (2009) já havia manifestado sobre a possibilidade de que haja nas equipes de UBS expectativas de atuação individual. No entanto, cabe também resgatar o que Cunha e Campos (2011) consideram sobre o fato de que não há impedimentos para essa modalidade de atenção, mesmo que não seja o enfoque central do NASF-AB e que, quando ocorre, não significa descartar a interdisciplinaridade (Tesser, 2017), pois ela pode ser preservada em outros momentos da rotina das equipes, como nas reuniões de matriciamento e nos espaços informais de diálogos.

Sobre a adesão dos usuários aos grupos, cabe destacar que ela constitui um dos grandes desafios para o fortalecimento das abordagens coletivas realizadas pelo núcleo. De acordo com os relatos de diferentes profissionais no período de observação, nem sempre os usuários se dispõem a participar dos grupos devido ao receio de terem que falar sobre suas vidas no meio de outras pessoas. Por isso, embora se perceba indícios de forte orientação na realidade local para o trabalho coletivo, ainda se verifica que os atendimentos individuais assumem um importante espaço da agenda dos profissionais, mesmo que seja com o intuito de avaliar a demanda e de fazer o encaminhamento do indivíduo para outros serviços especializados da rede.

A partir de algumas conversas informais com certos profissionais e da observação participante percebeu-se que algumas áreas são mais demandadas na rotina do NASF-AB, como, por exemplo, a nutrição e a psicologia. Em relação à psicologia, de modo geral, foi observado um grande volume de encaminhamentos destinado a esse profissional e uma diversidade de demandas. A fala da Entrevistada A-NASF 1, relativa aos atendimentos dos profissionais do núcleo, corrobora com essa percepção:

[...] às vezes, acontece de sobrecarregar o da psicologia e da nutrição, mas os outros estão até dando conta.

A Entrevistada EqSF 1 também situa, entre as principais demandas que exigem o apoio matricial do NASF-AB, aquelas relacionadas ao campo de intervenção da psicologia, referindo-se aos casos de depressão e de ansiedade. Inclusive, a profissional indica perceber uma correlação entre a natureza dessas formas de adoecimento psicológico e as condições de vida do local em que a UBS está situada, ou seja, da zona rural.

Eu acho que o fato de estar numa zona rural, às vezes, muito afastada, lugares muito desertos mesmo, questão de solidão, de difícil acesso e difícil situação, realmente, socioeconômica, isso traz uma alteração do paciente (Entrevistada EqSF 1).

Durante a pesquisa de campo foi informado pelo profissional de psicologia que são recorrentes os encaminhamentos médicos que indicam demandas associadas a quadros de ansiedade e de depressão.

Porém, mesmo no caso dos profissionais que costumam ser mais demandados pelas EqSF, observou-se que as demandas, ou melhor, o volume delas se diferenciam entre as EqSF acompanhadas. Desta forma, foi verificado que em uma UBS, com uma EqSF, haviam relatos dos profissionais do núcleo de que se tratava de uma unidade com poucas demandas. Nesta unidade, chegou-se a presenciar justificativas relativas ao fato de que aquela comunidade não dependia dos serviços ofertados ali, pois, talvez, dispusessem de melhores condições financeiras. Outra justificativa, apresentada numa conversa informal, seria de que, de repente, os trabalhos do NASF-AB não fossem devidamente divulgados e, por isso, haveria uma pequena procura pelos mesmos. Outra situação também observada é que uma UBS pode apresentar poucas demandas para certa área, mas muitas para outras. Este foi o caso de uma unidade de zona rural, com relatos de muitas demandas para a fisioterapia e poucas para as demais áreas.

Sobre as formas de acesso às demandas pelo NASF-AB, parte está relacionada ao encaminhamento por escrito. Nestes casos, os encaminhamentos ficam, geralmente, guardados dentro de uma agenda do núcleo que fica em cada unidade. Assim, ao chegar à unidade, cada profissional tem acesso aos encaminhamentos disponíveis para ele. Foi possível também observar relatos de encaminhamentos oriundos de outros setores e profissionais da rede de serviços de saúde e de demais campos das políticas públicas, como a assistência social, por exemplo.

Aí o médico vendo a necessidade, encaminha para o NASF (Entrevistada A-NASF 1).

Antes o paciente chegava na recepção falava assim: eu preciso falar com a fisioterapeuta, eu preciso falar com a psicóloga. E a gente atendia. Era agendado e atendia. Aí, como a demanda cresceu demais, estava muita gente, estava sobrecarregado, a gente começou a exigir a ter o encaminhamento do médico. Porque muitas vezes, no caso da nutricionista, era um caso estético. E deixava de atender um caso né, de saúde mesmo. Aí, a gente pôs esse esquemazinho de estar passando pelo médico, ele fazendo o encaminhamento e mandando para a gente. Aí, é feito o encaminhamento pelo médico, aí o recepcionista lá coloca na agenda e a gente agenda (Entrevistada A-NASF 1).

[...] Os encaminhamentos vêm direto do médico, do enfermeiro né, dos médicos dentro da unidade, são repassados para o nosso caderno. Todos os encaminhamentos estão dentro do caderno do NASF e quem que faz o agendamento para grupo ou uma avaliação somos nós mesmos (Entrevistada B-NASF 1).

A gente recebe pelo enfermeiro, médico e são repassadas tudo no caderno. Aí a gente só abre o caderninho, vê quais são as demandas e faz a marcação (Entrevistada B-NASF 1).

Essa agenda referida ou ‘caderninho’ é um caderno subdividido pelas áreas profissionais do NASF-AB. Dentro de cada área ficam os encaminhamentos da própria UBS e de outros profissionais da rede. Ao chegar na unidade, o profissional avalia os encaminhamentos e faz os agendamentos de atendimento, individual ou coletivo. De fato, observou-se que algumas áreas, como a psicologia, por exemplo, concentra um importante volume de encaminhamentos. Nas oportunidades em que se pôde ter acesso a esses encaminhamentos, não foram observados encaminhamentos feitos ao profissional de educação física. Durante a observação participante, esse profissional relatou que raramente são encaminhados casos para ele, seja por encaminhamento escrito ou durante as reuniões de matriciamento.

Embora o médico pareça desempenhar papel importante na definição de quais serão as demandas encaminhadas ao NASF-AB, conforme indica a Entrevistada A-NASF 1, nas reuniões de matriciamento que se pôde participar, em apenas uma EqSF de zona rural se observou a participação desse profissional. Em uma das reuniões de matriciamento foi solicitada à coordenação da EqSF, por uma das profissionais do núcleo, a participação dos médicos e da odontologia daquela UBS. Porém, a enfermeira informou que isso seria difícil em função da agenda de atendimentos que os mesmos possuem.

Como se pôde observar, a entrevistada B-NASF 1 também menciona o acesso à demanda por meio do enfermeiro, ou seja, pelo coordenador da EqSF. Neste caso, observa-se

uma relação de maior proximidade e muitas demandas são repassadas em espaços informais (durante o tempo em que o NASF-AB está na UBS) ou em espaços formais (reuniões de matriciamento). Contudo, apesar de ser um importante agente para que as demandas cheguem ao NASF-AB, observou-se que a agenda de trabalho dos enfermeiros também é sobrecarregada, o que, em algumas situações, parece dificultar uma relação ainda mais afinada com o núcleo e até mesmo a participação em todas as reuniões de matriciamento da sua UBS. Foi verificado que, às vezes, a reunião pode coincidir com o envolvimento do enfermeiro em outras convocações de reunião ou, então, com campanhas específicas, como o que ocorreu em relação à febre amarela⁸, sendo requisitada prioridade absoluta das ações de vacinação da população.

O ACS é outro ator primordial para que os casos cheguem ao NASF-AB. De modo semelhante ao que ocorre na relação com as coordenações das EqSF, os ACS repassam as demandas tanto em reuniões de matriciamento quanto em outros momentos em que o núcleo está na sua unidade. Embora sejam encaminhamentos que ocorrem em espaços distintos (formal e não formal) não se verificou diferenças específicas quanto ao modo como ocorrem em cada uma dessas circunstâncias. Em uma das observações de campo, por exemplo, foi possível presenciar a procura de uma ACS pelo profissional de fisioterapia, em um dia que não aconteceria a reunião de matriciamento, solicitando a realização de duas visitas domiciliares para pacientes que não tinham condições de se locomoverem até a UBS.

A relação do núcleo com os ACS indica variar pelas EqSF acompanhadas. Observa-se quanto maior o vínculo com os ACS melhor tende a ser a comunicação e o fluxo de demandas entre o NASF-AB e as EqSF. Em duas reuniões de matriciamento que ocorreram em duas UBS diferentes, verificou-se que os agentes se demonstraram pouco interessados ou envolvidos com aquela ocasião, permanecendo em silêncio e não indicando demandas para a atuação do núcleo.

Além do que foi mencionado, é preciso considerar que existem outras importantes formas de acesso, como aquelas que ocorrem pelo contato direto do usuário com o profissional, sobretudo, durante intervenções como a sala de espera. Essa se refere às orientações ou à breve exposição de um determinado tema que são feitas pelos profissionais do núcleo nas recepções das UBS, enquanto os usuários aguardam os atendimentos da EqSF. Esse momento também se constitui como importante estratégia de divulgação dos trabalhos realizados pelo NASF-AB, quando, em alguns momentos, após a intervenção, observou-se

⁸ Em janeiro de 2018, a prefeitura publicou um decreto municipal declarando estado de emergência em saúde pública devido ao surto de febre amarela, além do risco de surto de dengue.

que os ouvintes procuravam os profissionais para relatarem suas demandas e solicitarem alguma forma de atendimento. Portanto, em algumas circunstâncias, é possível verificar que o encaminhamento de demandas pode ser estabelecido a partir do próprio usuário, seja manifestando demandas que lhes são próprias ou de familiares e conhecidos. O cuidado que deve ser tomado é para que nesse acesso direto pelos usuários não ocorra a inversão da lógica de funcionamento prevista para o NASF-AB, o qual não deve se constituir como “[...] porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio[...]” às EqSF (Brasil, 2010, p. 16).

Por fim, a Entrevistada B-NASF 1 complementa informando que as formas de acesso às demandas ocorrem por encaminhamentos provenientes de outros setores do município como, por exemplo, órgãos da assistência social (CRAS e Centro Especializado de Assistência Social – CREAS). Assim, essas demandas seriam encaminhadas para a EqSF e repassadas, posteriormente, para o NASF-AB.

Deve-se destacar que a EqSF exerce importante papel de filtro das demandas que devem ser repassadas ou não ao NASF-AB, como se verifica na fala da Entrevistada A-NASF 1 e no volume de encaminhamentos observados na rotina de trabalho das equipes. Em conformidade, a Entrevistada EqSF 1 também explicita esse processo em que a EqSF identifica, avalia e direciona as demandas de apoio matricial ao núcleo.

É, os pacientes chegam né, também, pelas demandas dos agentes que estão na área o tempo inteiro, conhecem os pacientes. Eles passam para o NASF, passam para o médico as demandas, o médico avalia, o médico encaminha e, assim, a gente passa os casos para o NASF (Entrevistada EqSF 1).

Como exemplo de um caso que foi repassado ao NASF-AB, a Entrevistada EqSF 1 cita o seguinte:

Tem um caso de uma paciente idosa, acamada, sequelada de AVC, em uma zona rural muito distante, que está com baixo peso. Esse caso veio até mim através da agente de saúde. Eu fiz a visita, primeiramente, depois comuniquei ao NASF.

Em mais de um momento da entrevista a referida profissional cita as suas iniciativas e dos ACS de contatar os profissionais do núcleo para o encaminhamento de demandas, o que indica não ser apenas em reuniões de matriciamento. No entanto, permanece o desafio de conseguir equilibrar o quantitativo de demandas acessadas pelo NASF-AB e a sua real capacidade de atendimento, o que será problematizado mais adiante, quando serão abordadas

as condições de trabalho, sobretudo, em relação àquelas que se apresentam como aspectos dificultadores para o apoio matricial.

O que se pode perceber é que as formas de construção do apoio matricial têm como pilares aquilo que se entende como sendo as demandas pertinentes ao NASF-AB e as formas com que tais demandas serão acessadas por ele, o que, como se nota, combina procedimentos tradicionais (encaminhamentos escritos) com aqueles que se pautam no aspecto dialógico entre os profissionais envolvidos.

7.2.2 Construção do apoio matricial

De acordo com a fala da Entrevistada A-NASF 1, a atuação do núcleo se organiza da seguinte maneira:

A gente avalia, acompanha um certo tempo, encaminha ou já faz o encaminhamento direto.

Portanto, ao receber uma determinada demanda a primeira ação de apoio matricial consiste em avaliá-la, identificando se se trata de algo que irá requerer ou não outras intervenções do NASF-AB. Em caso afirmativo, é que se dará, então, o desenvolvimento das demais ações de apoio matricial, as quais podem compreender o acompanhamento temporário ou o encaminhamento, por exemplo, para outros setores, conforme prevê a entrevistada.

Neste sentido, entende-se que a avaliação inicial da demanda pode ser considerada a primeira ação de apoio matricial do NASF-AB e que poderá ser o ponto de partida, a depender do que se conclui, para as demais ações apoiadoras.

Coerente com esse entendimento, a Entrevistada EqSF 1 demonstra que o suporte do núcleo se estabelece a partir do momento em que se tem a oferta de especialidades inexistentes na sua equipe, como exposto anteriormente. Então, se referindo à maneira com que percebe o trabalho do NASF-AB, a entrevistada declara que:

Então, ele veio como apoio de outras especialidades: educador físico, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, a psicóloga. Porque o paciente ele precisa ser atendido em todas as suas demandas. Os profissionais que não têm na equipe é o apoio que o NASF nos dá pra que a gente atenda esse paciente em todas as suas necessidades.

A análise das formas de apoio matricial também requer a percepção dos sentidos, mesmo que implícitos, do que é o apoio matricial para as equipes envolvidas. Assim, tanto nas entrevistas quanto no processo de observação participante, percebe-se que nem todas as ações de apoio matricial são percebidas ou valorizadas da mesma maneira. Um exemplo disso seriam as percepções distintas entre a abordagem individual e coletiva das demandas, quando a primeira parece assumir, para alguns profissionais e usuários, um sentido mais elevado em relação à segunda, enquanto, ao contrário, não deveriam concorrer entre si.

Para se prosseguir na análise das formas de apoio matricial, julga ser mais efetivo procedê-la em dois momentos, contemplando aquelas que seriam de caráter pedagógico e as assistenciais.

7.2.2.1 Dimensão pedagógica

A principal estratégia utilizada na forma do apoio pedagógico são as reuniões de matriciamento. Essas acontecem com uma frequência mensal junto a cada EqSF, ocorrendo na última semana do mês. Aliás, esse é um procedimento comum em todas as equipes de NASF-AB do município.

A gente tem uma reunião mensal que é feita com o NASF e todos os funcionários da unidade, inclusive, os agentes, onde são passadas as necessidades, são discutidos os casos dos pacientes (Entrevistada EqSF 1).

O NASF-AB constrói uma escala com a definição das reuniões de matriciamento com cada EqSF. Existem situações que em um mesmo dia a reunião é realizada com duas UBS. Desta forma, ao finalizar a reunião com a primeira unidade, a equipe se desloca para a segunda.

Porém, observou-se que nem sempre há a participação de todos os profissionais do núcleo nas reuniões como, por exemplo, em um dia em que a reunião com uma EqSF de zona rural foi realizada apenas pela psicóloga ou em outras EqSF em que os profissionais de educação física não estavam presentes. No caso dos educadores físicos questiona-se se a não participação pode estar associada ao fato de não ter sido observado o direcionamento de demandas para eles nessas oportunidades (conforme observação participante), além do envolvimento com grupos de ginástica e de práticas corporais que podem coincidir com a escala de reuniões. Há indicativos de que em situações como essas, a realização dos grupos

operativos é preponderante, tendo sido observadas verbalizações quanto à preocupação de que a não realização dos encontros implique no enfraquecimento do mesmo.

A reunião, geralmente, se inicia com a retomada das pautas que foram discutidas na reunião anterior, sobretudo, em relação às demandas discutidas e a condução das intervenções. A partir disso, segue-se o levantamento de novas demandas e de necessidades de intervenção do NASF-AB. É realizada a ata e todos os participantes a assinam ao final.

A participação do médico nas reuniões de matriciamento foi observada em apenas uma UBS de zona rural. Durante as observações realizadas também foi percebido que nem sempre as coordenações das EqSF, ou seja, os enfermeiros, se fazem presentes. Em uma dessas circunstâncias, por exemplo, foi relatado que a enfermeira não poderia participar por estar comprometida com as atividades de ‘varredura’ da febre amarela ou, em outra ocasião, estaria participando de alguma outra reunião. Assim, mesmo se constituindo como estratégia prioritária de apoio pedagógico, a ocorrência de compromissos, campanhas ou atividades paralelas demonstram impossibilitar uma participação mais frequente desses profissionais nas reuniões de matriciamento.

Em uma reunião de matriciamento observada na UBS 3M (ver tabela 9), haviam novos ACS recém-chegados, provenientes de concurso público, o que indicou ser aquele momento também importante para que esses profissionais pudessem conhecer o trabalho ofertado pelo NASF-AB. Além disso, as reuniões servem como oportunidades de compartilhamento de informações sobre as possíveis dificuldades ou ações desenvolvidas pelo núcleo. Nessa UBS foram presenciados relatos sobre: a solicitação da coordenação municipal do núcleo para ações integradas entre o nutricionista e os educadores físicos; procedimentos para avaliação de suplementos pelo nutricionista, esclarecendo à EqSF como encaminhar tais demandas ao referido profissional; desafios para se responder às demandas recebidas; motivos da não realização de algumas reuniões anteriores de matriciamento naquela unidade, o que estaria associado à convocação da equipe para outras reuniões com a sua coordenação; solicitação de avaliação de demandas para montagem de grupo de tabagismo, sendo direcionada a solicitação, sobretudo, aos ACS; entre outras coisas.

Nesta UBS pôde-se observar que os ACS valorizaram o momento da reunião de matriciamento, tendo sido verificado que todos os agentes se encontravam presentes e alguns solicitando esclarecimentos sobre a não realização da reunião em oportunidades anteriores, o que os profissionais do NASF-AB justificaram ser decorrente da participação em reuniões para as quais foram convocados com a sua coordenação. Desta forma, foi afirmada a

insatisfação com esse tipo de problema e, inclusive, demonstrando a intenção em explicitar tal sentimento à coordenação do núcleo.

Na UBS 1M foram observadas durante a reunião de matriciamento retornos quanto a alguns casos que haviam sido encaminhados para o profissional de nutrição e que ainda não havia tido retorno, sugerindo certa demora em responder à solicitação da EqSF. Também foram levantadas demandas sobre grupos de gestantes e de tabagismo pelo núcleo junto à EqSF. Uma das coordenadoras das três EqSF indicou ao núcleo a demanda para construção de um PTS, ficando agendado o encontro para tal ação. Na mesma semana em que a reunião aconteceu, a unidade havia recebido mais uma EqSF, totalizando três. Porém, dessa reunião participaram apenas duas coordenações dessas equipes, o que se justificaria pela priorização da vacinação da população contra a febre amarela. Também não participou a nutricionista do núcleo, pois coincidiu com o horário em que a mesma trabalha em outro município.

Em contrapartida, como foi relatado antes, há indícios de que a reunião de matriciamento seja valorizada de maneira diferente entre as EqSF. Na UBS 2M, por exemplo, foi observada em uma das reuniões a presença de apenas três ACS, os quais não apresentaram demandas ou qualquer tipo de troca com os profissionais do núcleo. Nessa oportunidade, diante da apatia observada, questiona-se em que medida há algum vínculo entre aqueles profissionais, de modo a permitir uma sinergia entre as duas equipes e uma verdadeira atuação conjunta.

Na realidade deste NASF-AB, a reunião de matriciamento também indica servir ao propósito de reafirmar a atuação do núcleo enquanto desenvolvedor de ações assistenciais coletivas. Isso se sustenta por falas que informam o fato de que o núcleo trabalha com grupos e não com atendimentos individuais e o levantamento de demandas junto à EqSF para a realização de grupos. Além disso, a Entrevistada A-NASF 1 afirma que o planejamento de ações também acontece nesses espaços das reuniões de matriciamento (como também nas reuniões internas do NASF-AB). Um exemplo do que a profissional se refere foi observado em relação ao desenvolvimento de ações sociais (como as relativas ao novembro azul e ao outubro rosa) e o agendamento de encontro para a construção de PTS, conforme solicitação daquela coordenadora da EqSF da UBS 1M. Assim, percebe-se a importância das discussões observadas durante as reuniões de matriciamento para o direcionamento das demais ações (assistenciais) desenvolvidas pelo núcleo.

Sobre o espaço que é dedicado às reuniões, a Entrevistada B-NASF 2 afirma que:

É mais reunião, porque quando tem alguma demanda para a gente, a gente faz essas reuniões, são tudo repassadas. No mais... é mais é isso mesmo. É reunião para a gente pegar as demandas e a gente repassar demanda também.

Então, a gente faz a reunião e tudo é repassado para a gente.

Percebe-se que a realização da reunião também constitui uma tentativa de se garantir a comunicação entre as duas equipes envolvidas, sobretudo, considerando a sobrecarga de trabalho que as envolve e quando, em algumas UBS, percebe-se que os vínculos ainda precisam ser mais fortalecidos. Assim, tanto a sobrecarga quanto a fragilidade de vínculos parecem ser desafios para a manutenção de espaços informais de diálogos e de fluxos de demandas. Porém, como observado, há também a ameaça do esvaziamento desses espaços em decorrência da participação tímida de alguns ACS.

Diante dessa configuração, é preponderante dar destaque ao que Tesser (2017) discute sobre as reuniões de matriciamento e as trocas informais, considerando que:

reuniões de matriciamento incorporadas no calendário das equipes são importantes, mas observa-se que sua idealização como único ou principal espaço de atuação e troca tende a obstruir, burocratizar e enrijecer a ação do NASF, reduzindo sua disponibilidade para prestar suporte às equipes matriciadas e atender usuários necessitados quando necessário. A atuação conjunta presencial entre os profissionais da equipe de SF e NASF, potente se bem indicada, pode ser limitante às demais atividades e a outros modos de interface, se assumida como modo prioritário de atuação articulada (p. 571).

Na pesquisa de campo foram observados alguns espaços informais de diálogo durante o período em que a equipe do NASF-AB estava nas UBS. Desta forma, como relatado antes nas formas de acesso às demandas, pôde-se verificar, em uma das observações participantes, uma ACS se dirigindo à sala em que a profissional de fisioterapia estava realizando atendimentos para repassar duas demandas de usuários impossibilitados de ir até a unidade de saúde e, assim, discutindo com a referida profissional a possibilidade de realização de duas visitas domiciliares. No decorrer do diálogo, a fisioterapeuta se dispôs a realizar as visitas nesse mesmo dia, em conjunto com a ACS.

Outro momento de apoio matricial em espaço informal foi observado na UBS 3M, quando após a realização de visita domiciliar conjunta de uma das enfermeiras da unidade com as profissionais de serviço social e de psicologia do NASF-AB, essas conversavam em uma das salas da unidade sobre as suas percepções do caso. Na UBS 5M, em função de não haver uma sala específica para o núcleo e os profissionais ficarem em alguns momentos na

sala destinada aos ACS, que também funciona como copa, foi observada trocas informais entre as duas equipes em relação ao acompanhamento de algum usuário.

A Entrevistada EqSF 1 também indica a existência desses espaços de trocas informais em sua UBS.

Qualquer problema, qualquer coisa que acontece, a gente tem abertura de estar conversando, todos os dias que eles comparecem aqui também, para resolver e para passar como andam os casos (Entrevistada EqSF 1).

Durante a observação dos trabalhos de outros núcleos, como será apresentado posteriormente, também se destacaram novos espaços não presenciais e informais de apoio matricial pedagógico (redes sociais e contatos por telefone). Os novos canais de comunicação digital parecem poder contribuir para o que Tesser (2017) considera quanto à necessidade de que o apoio não se reduza a uma configuração burocrática e exclusivamente presencial.

7.2.2.2 Dimensão assistencial

Nessa forma de apoio vislumbra-se um discurso orientado para o desenvolvimento de intervenções grupais. Sobre isso a Entrevistada A-NASF 1 revela que:

[...] o apoio está se dando assim: de acordo com as diretrizes do NASF, a gente tem que trabalhar muito em grupo né. O que está sendo cobrado é o atendimento em grupo e diminuir o atendimento individual. Aí como que a gente dividiu isso? A gente faz os grupos, tem os grupos de artesanato, tem o grupo de ginástica, tem o grupo de práticas corporais, tem o de ansiedade, a gente está entrando no de tabagismo. Aí a gente tenta abordar, é... dar esse apoio através dos grupos e ainda tem os atendimentos individuais, poucos, e tem as ações sociais também que, de certa forma, está apoiando a ESF.

Contudo não se pode negligenciar o relevante espaço que as abordagens individuais dos usuários (clínicas, específicas do NASF-AB) assumem e as tensões existentes entre as duas formas de atenção. Além disso, há indícios de que as formas de atendimento variam muito conforme a orientação profissional. Neste sentido, observou-se, por exemplo, a forte tendência de uma profissional deste NASF-AB para o atendimento individual, justificando que acaba fazendo isso por reconhecer as dificuldades dos usuários em acessar algumas formas de tratamento especializado e, assim, acaba priorizando essa forma de trabalho em detrimento dos grupos. Sobre isso, em uma oportunidade, foi presenciada a conversa dessa

profissional com outras da sua equipe, informando o acúmulo de encaminhamentos destinados à sua área e, diante disso, as colegas incentivando-a a realizar o atendimento em grupo como forma de drenar os casos acumulados.

Aliás, diante da sobrecarga de demandas que algumas áreas enfrentam (como nutrição e psicologia), o atendimento em grupo parece se constituir como uma estratégia que visa tornar o NASF-AB mais funcional e aumentar a sua capacidade de resposta aos casos recebidos. Essa foi uma prática observada, por exemplo, no campo da nutrição, quando demandas semelhantes (por exemplo, de emagrecimento) eram agendadas para o mesmo dia e horário e, no atendimento coletivo dos usuários, eram realizadas as orientações pertinentes e o estabelecimento de demais ações, como os encaminhamentos para outros setores da rede.

Quando a Entrevistada B-NASF 1 informou sua percepção sobre as principais demandas que são dirigidas à EqSF e que exigem o apoio matricial do núcleo, ela havia se referido aos atendimentos individuais, mas que, como não são realizados, há a proposta de inserção dos usuários em grupos. Porém, menciona a possibilidade de não adesão. Como destacado antes, a justificativa para a não adesão do usuário pode estar relacionada à descrença do valor do trabalho coletivo e ao receio de ter que expor particularidades da vida pessoal/familiar diante de outras pessoas.

No entanto, também foram observadas experiências exitosas de grupos, como aqueles desenvolvidos pelos educadores físicos e fisioterapeutas (ginástica), nos quais se observou uma quantidade significativa de usuários. Dos grupos que se pôde acompanhar verificou-se que esses eram os maiores e com indivíduos que informavam participar por mais de um ano.

Outra experiência diferenciada de grupo se refere ao que acontece em uma das UBS referenciadas. Na unidade há uma biblioteca e o grupo consiste em leituras e discussão de livros de literatura diversificada. Também desenvolvido por um dos educadores físicos, a atividade indicava ser potencialmente terapêutica, na medida em que se manifestou como importante oportunidade para o alívio de ansiedades e até mesmo de descarga de conteúdos emocionais. Ao falar do conteúdo literário, os sujeitos, por identificação, também falavam de suas histórias de vida e angústias. Ressalta-se que essa foi a intervenção mais diferenciada que se presenciou nessa categoria profissional, não sendo observada nenhuma outra unidade de saúde com experiência semelhante.

Além das expectativas do usuário, há também aquelas que são da EqSF e que remete às formas de apoio. Sobre isso, a Entrevistada B-NASF 1 informa que:

Olha, na realidade, essas equipes elas esperam que o NASF faça atendimento mesmo, terapêutico, individual. Não aceitam muito o grupo. Porém, a nossa função é grupo. NASF é grupo, nós somos grupo de apoio à saúde da família. A gente tem a referência de dar suporte. Então, essas demandas quando vem para a gente que a gente faz grupo, pelos pacientes tem vez que são bem-vindas, às vezes, não. É igual como eu falei anteriormente, se não é, assim, se a pessoa não tem aderência a ficar no grupo né, porque ninguém é obrigado a falar nada, ninguém é obrigado a estar ali escutando né, se não quer falar, se não quer escutar problema dos outros, quer o seu problema tratado com profissional.

Cabe fazer uma diferenciação entre as formas de atendimento individual. Quando a Entrevistada B-NASF 1 afirma que não são realizados esses atendimentos, na realidade o que ela parece estar se referindo seriam aquelas intervenções clínicas continuadas, ambulatoriais, como a psicoterapia, por exemplo, e que, de fato, não foram observadas durante a pesquisa de campo. Mas, de outros modos, o atendimento individual acontece na rotina do núcleo, até para que se possa avaliar inicialmente a demanda e estabelecer as demais ações, como a de inserção em algum grupo ou encaminhamento para a atenção secundária. E, mesmo sendo um único atendimento, não se pode afirmar que ele não possua algum efeito terapêutico. É neste sentido que se percebe que as duas formas de intervenção são observadas na prática do NASF-AB, mesmo que esse atendimento individual constitua algo pontual e elo de transição para o coletivo e demais formas de apoio, o que não indica constituir qualquer contradição à proposta de atuação do núcleo prevista nas diretrizes pertinentes.

O que se constata, através da fala da Entrevistada B-NASF 1, é uma relação com a EqSF marcada por certa ambiguidade, pois o NASF-AB se diz orientar por um princípio de que a sua intervenção assistencial é de caráter grupal, enquanto que a equipe de referência nutria a expectativa de uma atenção especializada individual. O risco dessa diferença de ‘olhares’ pode estar no comprometimento da capacidade de efetivação do que Tesser (2017) considera: “nossa análise indica que, na articulação entre NASFs e SF, devem ocorrer ações clínicas e de trabalho compartilhado complementares e sinérgicas” (p. 573). Para alcançar essa meta, considerando a existência de expectativas tão diferentes entre as duas equipes, pode-se pressupor que as negociações entre as duas equipes será de suma importância.

Então, a dimensão individual versus grupal do apoio assistencial indica se constituir como um ponto delicado, à semelhança do que se observa na literatura. As falas sugerem um temor de que a prática do NASF-AB se caracterize pelo atendimento individual, o que, em contrapartida, é algo previsto entre as formas de apoio. Talvez, o grande limite esteja na diferenciação entre o que se constitui a abordagem individual enquanto intervenção

ambulatorial especializada (não compatível com o que preconiza as diretrizes do núcleo) e a escuta individual pertinente ao esforço inicial de entendimento de uma demanda clínica.

Percebe-se que historicamente a assistência à saúde se consolidou a partir da abordagem individual das demandas dos usuários e com o surgimento tanto da EqSF quanto do NASF-AB novas formas de atendimento se fizeram possíveis, como é o caso das intervenções coletivas, por exemplo, e além disso, de modo compartilhado entre equipes e profissionais de áreas distintas. Neste sentido, um dos impactos trazidos pelo núcleo na atenção básica é o de promover inflexões sobre práticas institucionalizadas e arraigadas no imaginário social, diversificando os modos de produção de saúde.

Para além dessas formas de apoio, há a realização de visitas domiciliares como forma de apoio assistencial.

Às vezes, quando a gente tem que acompanhar algum caso, específico, tem que fazer visitas, são visitas que a gente sempre tem que estar fazendo, não é uma visita única, a gente tem que fazer semanal. No mais é isso. Aí facilita muito, porque aí já pegam e passam. Então, a gente faz a reunião e tudo é repassado para a gente (Entrevistada B-NASF 1).

A gente vai até a casa, faz semanalmente né, às vezes, ou duas vezes mensais. E, assim, fica, a gente vai fazendo esses apoios, com o paciente (Entrevistada B-NASF 1).

A fala acima retrata que existem demandas que requerem o atendimento no território, principalmente, quando se tratam de demandas de pacientes acamados (impossibilitados de se locomoverem até a unidade de saúde) e de denúncias de violação de direitos. A pesquisadora observou a realização de visita domiciliar, por exemplo, pela assistente social, em uma residência próxima a uma das UBS de zona rural. Naquela oportunidade tomou-se conhecimento de que se tratava de um caso que já estava em acompanhamento e, inclusive, por outros setores como o CAPS e o Ministério Público. Tratava-se de uma usuária em situação de possível vulnerabilidade social.

Algumas dessas visitas podem ser realizadas junto com o ACS, como se observou em visitas que a pesquisadora acompanhou a fonoaudióloga e uma ACS. Por vezes, também pode ocorrer de modo compartilhado com a coordenação da EqSF, como também se presenciou na UBS 3M. A justificativa fornecida por alguns profissionais do NASF-AB, para a realização da visita conjunta, parece estar associada ao fato de que a intervenção do núcleo se faz facilitada pelo vínculo existente entre a família ou o usuário e a EqSF. Assim, o acesso ao

caso se tornaria melhor. Há uma triagem cuidadosa dos casos que requerem a realização de visita domiciliar, pois o NASF-AB não dispõe de transporte específico para isso e, em decorrência, as mesmas acontecem ou através dos carros dos próprios profissionais (sem que haja o reembolso dos custos ao profissional) ou a pé.

Nos dois casos citados no início dessa análise e que foram ilustrados pelas entrevistadas, exemplificando uma situação em que tiveram que atuar como apoiadoras, percebe-se a realização de visitas domiciliares. Na situação informada pela Entrevistada A-NASF 1 tratava-se de uma paciente acamada e na outra de uma idosa de mais de cem anos, ambas com limitações para chegarem até a UBS.

Além do que as entrevistadas informaram como modalidades de apoio matricial foram observadas a realização do que se chama, na realidade local, de sala de espera. Trata-se de intervenção, como breves palestras, sobre determinados temas enquanto os usuários aguardam na recepção o seu atendimento pela EqSF. Desta forma, abordam-se sobre ações de prevenção de doenças, cuidados contra a febre amarela, novembro azul (ações direcionadas ao enfrentamento câncer de próstata) e outubro rosa (prevenção do câncer de mama), entre outros assuntos. Os próprios profissionais do NASF-AB conduzem a conversa com os usuários e aproveita-se para divulgar os trabalhos do núcleo e as formas de acesso aos grupos, por exemplo.

As ações sociais também podem ser mencionadas como formas de apoio assistencial. Um exemplo disso seria o que ocorreu em um centro comercial do município em alusão ao novembro azul. Foram distribuídos panfletos e orientações para o público masculino. Na oportunidade, houve a atuação conjunta dos profissionais da EqSF do território de referência e do núcleo. À semelhança disso, verificou-se ações relacionadas ao outubro rosa. Em geral, são ações que mobilizam a comunidade de abrangência da unidade de saúde com ações que visam a prevenção do adoecimento.

A Entrevistada EqSF 1 identificou as mesmas estratégias de apoio matricial (dimensão assistencial) apresentadas nas entrevistas das duas profissionais do NASF-AB, mencionando: grupos educativos, salas de espera, intervenções em escolas, eventos sociais, agendamentos de consultas, orientação de pacientes e visitas domiciliares. No entanto, não é possível, através da fala dessa profissional, verificar qual é o seu entendimento e posicionamento em relação às abordagens individuais e coletivas, enquanto formas de matriciamento. As duas formas de trabalho são apresentadas sem qualquer juízo de valor a respeito de cada uma delas.

No exemplo que a Entrevistada EqSF 1 apresenta, quanto ao caso em que se contou com o apoio matricial do núcleo no atendimento de uma idosa com sequelas de AVC, ela retrata quais foram as principais ações estabelecidas:

Uma paciente com a utilização de sonda, já não se alimenta há tempos. Estava, realmente, desnutrida. A gente passou, levou a nutricionista do NASF, levou assistente social. A gente conseguiu a avaliação e a gente conseguiu hoje para ela suplemento que é pego né, mensalmente.

Aí, a gente contou com a nutricionista, com a assistente social e hoje ela recebe o suplemento que faz toda a diferença na qualidade de vida dela.

A nutricionista fez a avaliação, orientou também sobre alimentação. A nutricionista já foi lá depois da entrega do suplemento para ver como está. A assistente social atuou no momento de fazer as considerações do relatório social para conseguir o suplemento.

Nessa situação descrita a entrevistada informa que foi uma demanda repassada por ela ao núcleo e que, a partir disso, as principais intervenções do NASF-AB iniciaram com a visita domiciliar, o que indica ter sido realizada de maneira compartilhada. A partir disso, menciona outras ações empreendidas pelas profissionais ‘nasfianas’ envolvidas no caso: avaliação e orientação nutricional, relatório social e encaminhamento para obtenção de suplemento nutricional. A profissional da EqSF ainda informa as dificuldades relativas ao transporte da equipe para que seja possível fazer visitas domiciliares como essa, o que será discutido na categoria referente às condições de trabalho.

Durante a observação participante, em conversas com profissionais do NASF-AB, foi informada a realização de visita domiciliar conjunta com a enfermeira e o médico de uma UBS, para o atendimento de paciente com Alzheimer.

7.2.3 Condições de trabalho

As condições de trabalho do NASF-AB serão discutidas a partir da identificação dos aspectos facilitadores e dificultadores à construção do apoio matricial.

Como informado antes, as equipes do NASF-AB foram redefinidas no início do ano de 2017 e é em relação a isso que a Entrevistada A-NASF 1 percebe algo favorável à realização do apoio matricial.

A equipe, a equipe foi renovada. A equipe está empenhada. Então, assim, está facilitando mais chegar à ESF. As pessoas são... os profissionais que estão agora são mais maleáveis. Então, está tendo mais... um contato entre médico, entre enfermeira, é... é eu acho que é isso.

É interessante notar que o que a princípio poderia representar uma dificuldade, o desligamento dos profissionais anteriores, os quais poderiam apresentar vínculos fortalecidos com as equipes referenciadas, é percebido pela profissional como algo positivo, na medida em que a chegada de novas pessoas trouxe também vigor para os trabalhos. De certo modo, o que a Entrevistada A-NASF 1 apresenta quanto à maleabilidade e ao empenho, remete a questões que são citadas pela Entrevistada EqSF 1, quando perguntada sobre o que facilita os apoios matriciais do NASF-AB no atendimento de suas demandas.

É...isso vai de acordo com a equipe também, vai com a disponibilidade de cada profissional, porque as demandas, realmente, são muito grandes né, para uma carga horária pequena e a disponibilidade é...vai de acordo com o comprometimento de cada profissional para estar atuando junto com a gente, pelos casos mais complicados né. Às vezes, um profissional tem mais disponibilidade do que o outro, de ser mais flexível ou não, de acordo com a mudança de dia ou de horário (Entrevistada EqSF 1).

Portanto, apesar das dificuldades estruturais, a enfermeira associa as características do profissional como condição que pode favorecer o apoio matricial do núcleo, como o que ela menciona quanto à necessidade que um dado caso pode impor de mudança de agendas de trabalho para poder estar na UBS em outro dia e horário, em relação ao que rotineiramente está definido para cada membro do NASF-AB. Neste sentido, a entrevistada indica que o modo de ser de cada ‘nasfiano’ traz configurações peculiares para a relação com a EqSF e para o que se produz como apoio matricial.

Além disso, Entrevistada A-NASF 1 menciona que:

Assim, a gestão também, o nosso coordenador novo, também facilitou muito, que está ajudando muito nesse apoio. Que aí facilita mais, a gente está tendo mais alguns recursos que a gente não tinha. É, eu acho que é isso (Entrevistada A-NASF 1).

Com relação à coordenação do núcleo, este também é um cargo novo, criado em 2017. Tal advento demonstra ter representado direcionamento, planejamento e sistematização das intervenções do núcleo. Além disso, indica ser uma importante fonte de suporte para quem se destina a ser apoiador.

Então, esse apoio está facilitando a gente a apoiar a ESF, está mais fácil (Entrevistada A-NASF 1).

Percebe-se, pelos relatos dos profissionais, que o papel do coordenador contribuiu para reafirmar e definir a identidade do próprio núcleo, servindo, por meio de reuniões periódicas, como uma espécie de educação permanente.

O nosso coordenador novo, ele tem muita ideia, ele passa para a gente, ele cobra, ele manda no whatsapp: olha tem que fazer isso, tem que fazer isso. Ele vai dando os toques do quê que precisa e a gente vai pondo em prática. Porque a gente não tinha isso. A gente fazia o que a gente queria, atendia, estava atendendo sem parar. Agora não, ele fala: vão focar nisso, vão falar sobre isso, vão falar sobre a febre amarela (Entrevistada A-NASF 1).

Pelo que se pôde acompanhar, uma das consequências dessa gestão é a sistematização dos processos de trabalho dos NASF-AB. A fala da entrevistada indica a importância do ‘apoio’ ofertado pela coordenação para que o NASF-AB desenvolva de modo mais efetivo seu potencial ‘apoiador’. Por isso, pode-se compreender que os modos de construção do matriciamento estão diretamente relacionados com o caráter da gestão local.

A Entrevistada B-NASF 1 ressalta outras variáveis relativas às condições de trabalho que favorecem a construção do apoio matricial:

As reuniões facilitam muito. Hoje em dia elas são muito mais relevantes do que antes. São totalmente... às vezes, quando a gente não faz e a gente chega num outro mês para poder fazer essas reuniões, vem aquele tumulto de demanda né. E demanda para mim é o que não falta.

Foram identificadas três formas de reuniões: a de matriciamento, a que acontece internamente no NASF-AB e entre os NASF-AB e a sua coordenação. A primeira, como já relatado, acontece mensalmente. A segunda, semanalmente. A terceira, também costuma ocorrer com frequência mensal. No trecho anterior a entrevistada está se referindo à reunião de matriciamento. Não foram observadas reuniões internas das EqSF.

A reunião interna do NASF-AB foi uma solicitação feita pela coordenação com o intuito de favorecer o planejamento das ações do núcleo e estimular o contato e as trocas entre os profissionais, sobretudo, considerando que nos demais dias da semana nem sempre a

equipe se reúne pelas UBS, pois cada um tem uma escala que pode ser diferente dos demais. As reuniões que são desenvolvidas pela coordenação serão tratadas mais à frente.

Por fim, entre os aspectos facilitadores ao apoio matricial, estão os espaços informais, ao favorecerem as trocas entre EqSF e NASF-AB. Como pôde ser relatado no acesso à demanda, também deve ser considerado como aspecto positivo para o apoio matricial.

Em contrapartida, entre os três NASF-AB, a realidade específica deste indica ser a mais desafiadora para a construção do apoio matricial, sobretudo, por ser aquele que concentra um número maior de EqSF localizadas na zona rural. Neste sentido, a UBS 6M, por exemplo, fica localizada há, aproximadamente, vinte quilômetros da cidade, o que representa uma dificuldade por não haver transporte do município específico para o deslocamento da equipe e, ainda, relata-se não haver garantias de carro para a realização de visitas domiciliares nessas localidades rurais.

[...] Uma das dificuldades principais, no nosso caso, é que a gente é muito zona rural, foi a questão do carro. O deslocamento até a unidade e para estar trabalhando lá na unidade (Entrevistada A-NASF 1).

A gente está sem o carro, para ir se deslocar até o lugar e para estar fazendo visita à família (Entrevistada A-NASF 1).

A gente tem um carro que é disponibilizado para a gente fazer o serviço, só que a gente só tem ele na segunda-feira, um pedaço da quarta à tarde e na sexta-feira. Aí, quando a gente consegue agendar um dia que o profissional do NASF está, a gente faz a visita. No caso de atendimentos domiciliares para realização de fisioterapia ou fono, por exemplo, às vezes, fica difícil, porque o dia que o pessoal do NASF, não vem todo mundo da equipe num dia só, cada profissional vem um dia da semana e, às vezes, o dia que ele vem não tem o carro disponível (Entrevistada EqSF 1).

Neste NASF-AB, as EqSF se encontram mais dispersas do que o que se observa nos outros territórios dos demais núcleos. E, como informado antes, os profissionais, na maioria das vezes, ou se deslocam em seus próprios veículos até as residências ou vão à pé para que consigam fazer as visitas domiciliares. Durante o período de observação participante foi presenciado, em apenas uma oportunidade, na UBS 4M, o envio de um carro da prefeitura para o transporte da psicóloga e da assistente social em algumas visitas que estavam agendadas para aquele dia.

No caso da EqSF, a Entrevistada EqSF 1 indica dispor de um veículo, porém demonstra que nem sempre este se faz suficiente para atender a todas as demandas de trabalho com o NASF-AB, uma vez que o carro não está integralmente disponível à UBS. E, neste

caso da zona rural, é possível que a limitação apontada na oferta de serviço de transporte desencadeie consequências ainda mais drásticas. Na zona rural, a dificuldade de transporte também constitui, por outro lado, um desafio para que o usuário acesse a UBS e, portanto, desfrute dos serviços ofertados.

Então, essa parte dificulta, a questão do transporte para o paciente que precisa ser atendido domiciliar e que mora, realmente, mais longe né, em zona rural mais distante. Isso dificulta bastante, porque o paciente não tem como vir e o profissional não tem como ir, porque a gente não tem o veículo disponível no dia necessário (Entrevistada EqSF 1).

Tais dificuldades decorrentes da realidade territorial deste NASF-AB e da ausência de um veículo próprio para o serviço, também foram relatadas durante uma reunião de avaliação e planejamento dos trabalhos junto à coordenação dos núcleos. Foi possível acompanhar três reuniões entre os núcleos e sua coordenação: a primeira, no mês de dezembro de 2017; a segunda, em janeiro de 2018 e; a terceira, em maio de 2018.

Numa situação como essa descrita, percebe-se que se torna mais desafiador se constituir como equipe volante. Sobre isso, as entrevistadas afirmam que:

[...] às vezes, é bom, porque cada hora você está num lugar, mas ao mesmo tempo é cansativo. Porque você está na zona urbana, aí você vai para a zona rural. E cada unidade tem a sua demanda, cada unidade tem o seu problema... aí a gente tem que estar sempre né, muito disponível para cada equipe (risos) (Entrevistada A-NASF 1).

Às vezes, chega a ser frustrante, porque como em cada unidade nem sempre a gente tem uma sala para poder fazer atendimento. Às vezes, não é somente grupo. Às vezes, tem que ter uma avaliação [...]. Mas, às vezes, é chato, porque a gente chega na unidade, às vezes, está muito cheio, tem médico para atender, tem exames para fazer, tem a sala de ginecologia, igual a gente está aqui... né. Então, a gente fica assim... meio frustrante (Entrevistada B-NASF 1).

Além da natureza tão adversa do território deste núcleo, as condições de infraestrutura de algumas UBS se referem à outra variável que se destacou na pesquisa, o que é uma realidade que também atravessa o cotidiano dos demais NASF-AB. As UBS 1M e 3M são construções mais recentes, projetadas para o funcionamento de uma unidade de saúde e, portanto, maiores. No entanto, a UBS 2M, por exemplo, funciona numa estrutura que indica ser, originalmente, uma casa e, internamente, não há muitos cômodos que possam acolher todos os profissionais do núcleo, caso os mesmos estivessem ali em um mesmo dia, além daqueles da própria EqSF. Assim, uma das reuniões observadas de planejamento do núcleo

para a avaliação do PMAQ-AB em 2017, ocorreu no mesmo espaço em que, usualmente, parece ser utilizada para as reuniões dos ACS.

A UBS 5M, de zona rural, também possui espaço físico muito limitado para conseguir comportar muitos atendimentos simultâneos. As reuniões de matriciamento que foram observadas, por exemplo, ocorreram na cozinha da unidade, onde parece também se constituir como local de reunião e de guarda de materiais de ACS. Nesta unidade há indícios de que não haveria condições de se realizar atendimentos grupais, sendo verificado que o grupo de ginástica acontecia em um salão da igreja local. Aliás, muitos grupos de atividade física, acontecem fora das unidades de saúde, mesmo porque costumam ser aqueles que concentram um número significativo de usuários, em torno de vinte ou mais, como chegou a ser visto em algumas ocasiões. Nas UBS 4M, 6M e 7M, também localizadas em zonas rurais, há grupos que ocorrem, por exemplo, em salões paroquiais dos lugarejos ou em outros espaços da comunidade.

A Entrevistada EqSF 1 indica os desafios representados pela estrutura física de sua unidade.

[...] A gente não tem uma estrutura tão adequada, às vezes, para receber tantos profissionais em dias de atendimento da unidade. A gente não tem um espaço adequado, às vezes, tem menos privacidade, porque não dá para colocar todo mundo em uma sala. Às vezes, tem que atender em uma sala onde não tem tanta privacidade, a porta fica aberta... a estrutura ela atrapalha um pouco [...].

Não foram identificadas nas UBS deste território salas exclusivas para os profissionais do NASF-AB, indicando que os mesmos acabam se organizando na sala que estiver vazia no momento ou então, como menciona a Entrevistada EqSF 1, ficam desprovidos de condições mais adequadas para o desenvolvimento dos atendimentos. Sendo assim, percebe-se que há uma diferença qualitativa entre as UBS em relação à estrutura física.

Pode-se compreender que tais variáveis repercutem nos modos de construção do apoio matricial e até mesmo da própria dinâmica da equipe do NASF-AB. Tendo em vista a carga horária da equipe, as configurações da área de abrangência e o número de EqSF para apoiar, algumas UBS recebem a visita quinzenal de alguns profissionais do núcleo. Isto foi observado, no ano de 2017, nas UBS 4M e 6M, por exemplo.

O maior desafio que a gente tem é, realmente, que a demanda é muito grande para todos os profissionais. Eles têm uma carga horária muito reduzida. Às vezes, vem de quinze em quinze dias. Se acontece algum feriado ou algum imprevisto, às vezes,

passa quase um mês sem poder comparecer e atender na unidade e a gente tem uma demanda muito grande. Têm pacientes que necessitam de acompanhamentos mais frequentes, de fisioterapia, de fonoaudiologia, por exemplo, que não dá para ser de quinze em quinze, pela complexidade, senão o resultado ele não é né, tão aparente (Entrevistada EqSF 1).

Essa configuração sugere um desafio para a manutenção de vínculos e de diálogos mais estreitos entre as equipes de referência e a apoiadora, pois há um intervalo temporal significativo entre uma visita e a próxima a ser realizada. Pode-se pressupor o acúmulo de demandas gerado e, além disso, a entrevistada sugere as repercussões da presença espaçada dos profissionais do NASF-AB em relação à resolatividade das intervenções.

Talvez esses encontros mais espaçados com as EqSF também ajudem a compreender a outra dificuldade identificada pelas entrevistadas.

Então, eles querem muito do NASF e, às vezes, não sabem passar o que quer do NASF. Igual, o NASF, está a equipe aí, tem a escala ali. Muitas vezes, eles não sabem a escala (Entrevistada A-NASF 1).

[...] No começo, quando a gente fazia as reuniões de matriciamento, não ficava muito, assim, especificado as demandas para as equipes dos postos de saúde, pela ESF. Então, isso dificultava, às vezes. Ou eles não compreendiam ou, às vezes, não queriam compreender essas demandas que eram sempre repassadas e, às vezes, ficavam no ar (Entrevistada B-NASF 1).

Embora a entrevistada B-NASF 1 indique entender que a limitação a que se refere esteja superada, ela está considerando nessa passagem acima a dificuldade pelas EqSF em repassar as demandas ao NASF-AB. Durante a observação participante não foram verificadas situações relativas a isso, a não ser a ausência, durante algumas reuniões, de um diálogo mais efetivo entre os ACS e os profissionais do núcleo, como apontado antes. Talvez, essa percepção, pelo menos em parte, possa estar sendo influenciada pela elevada expectativa por parte da pesquisadora de que esses momentos representassem uma intensa troca de informações e de repasse de casos das EqSF em direção ao NASF-AB.

Em uma reunião de matriciamento que aconteceu em janeiro de 2018, na UBS 3M, o NASF-AB pôde expor para as duas EqSF a dificuldade vivenciada para responder às demandas recebidas, citando aqueles outros compromissos que, por vezes, impossibilita o comparecimento na unidade de saúde. Em função de dificuldades como essas, foi informado que a coordenação do núcleo estava avaliando a possibilidade de aumento da carga horária do assistente social e do nutricionista. Foi explicitada também a dificuldade relacionada às

características da área de cobertura e que, inclusive, teria sido solicitada à mesma coordenação a redistribuição da abrangência dos núcleos. Assim, foi observado descontentamento dos profissionais diante de tal realidade.

Na mesma reunião descrita acima foi observada certa tensão quando os profissionais do NASF-AB informaram a solicitação da sua coordenação para que se reserve um dia da semana para a reunião interna do núcleo. Quando se expôs que o mais viável seria que a reunião acontecesse no dia em que o equipamento está nessa UBS, alguns questionamentos foram levantados pelos ACS, mediante a preocupação de que o tempo do núcleo ali já era pouco e ficaria ainda menor ao ter que ser dividido entre atendimentos e reunião. Nesse sentido, embora a iniciativa da reunião seja relevante e necessária, entendeu-se que ela poderia restringir ainda mais a disponibilidade do núcleo para o atendimento das demandas encaminhadas pela EqSF.

Outra variável observada e que traz implicações para a construção do apoio matricial, se refere às trocas de coordenação da EqSF. De acordo com as informações obtidas no período da observação participante, a grande parte desses profissionais era contratada e por motivos pessoais (como troca de emprego) ou por definição da gestão municipal foram verificadas substituições em seis das sete UBS referenciadas por este núcleo. Acredita-se que a principal implicação seja a perda do vínculo previamente estabelecido entre as equipes e o possível enfraquecimento de algumas ações em andamento. Em uma visita à UBS 7M, realizada em maio de 2018, a pesquisadora foi informada por uma das profissionais do NASF-AB que a enfermeira havia saído da unidade, estando a mesma há, aproximadamente, duas semanas sem coordenação.

Percebe-se, portanto, que existem muitos desafios e que refletir sobre eles constitui-se tarefa importante, pois repercutem diretamente nos modos de construção do apoio matricial.

Na primeira reunião observada do coordenador com os profissionais do NASF-AB, em dezembro de 2017, foram realizadas avaliações sobre os pontos de avanços e de retrocessos no funcionamento do serviço. No que se refere a este NASF-AB, foram identificadas algumas dificuldades mencionadas antes, como: a ausência de carro, a dificuldade das EqSF em reconhecer o núcleo como apoiador e os desafios específicos de sua área de cobertura, sobretudo, em relação ao acesso à zona rural. Levantou-se também aquilo que não se desejava ver nas equipes no ano de 2018 (como medo, falta de comprometimento e falta de diálogo) e os ingredientes para um trabalho de sucesso (como união, disposição, dinamismo, responsabilidade e percepção das diferenças territoriais). Em um espaço democrático, teve-se

a participação dos profissionais, manifestando suas impressões e o balanço do primeiro ano de trabalho da nova equipe.

Na segunda reunião, em janeiro de 2018, a coordenação indicou os grupos operativos que deveriam ser priorizados neste ano: alimentação saudável, tabagismo, saúde vocal, hipertensão e diabetes, emagrecimento, saúde do trabalhador, uso racional de medicamentos, álcool e drogas. Nesse encontro foi apresentado pelo gestor o Relatório de Dados e Evidências (2018), com os resultados da pesquisa realizada com as EqSF. Entre os dados apresentados também estavam as dificuldades apresentadas anteriormente.

A cada reunião o coordenador indica ‘uma tarefa para casa’, que em geral, é apresentada no próximo encontro. A tarefa desse momento era que cada NASF-AB expusesse seu planejamento para o ano que se iniciava. Assim, cada equipe pôde falar de suas pretensões de grupos operativos. A coordenação falou sobre a ideia de que temas como câncer de mama e de próstata possam ser trabalhados durante todo o ano e não apenas nos seus meses temáticos (outubro e novembro, respectivamente). Foi também nesse espaço que se solicitou a reserva de um dia da semana para que todos os profissionais de cada núcleo se encontrassem em uma das UBS referenciadas. A princípio, verificou-se questionamento e resistência, na medida em que isso implicaria numa redefinição de agendas.

Ocasões como essas observadas reiteram a importância que a figura da coordenação demonstra representar para os profissionais, sobretudo, para aqueles que não tenham passado por capacitações, por exemplo. Além disso, as reuniões possibilitam a interação e a troca de experiências entre os NASF-AB, bem como a expressão de desafios e incertezas presenciadas no campo de trabalho.

Portanto, apesar das dificuldades identificadas nas condições de trabalho, a fala da Entrevistada A-NASF 1 corrobora com os dados da observação participante, os quais demonstram que a coordenação tem contribuído para o fortalecimento da identidade do NASF-AB e criado espaços de debates importantes para o avanço da política no âmbito local. O que favorece essa experiência é o fato de que o coordenador também já tenha, no passado, atuado como profissional no núcleo, o que permite que a gestão se faça mais próxima da realidade prática.

7.2.4 Diferenças entre as comunidades e as UBS referenciadas

A Entrevistada A-NASF 1 indica que:

[...] há uma diferença sim, porque cada equipe apresenta uma demanda, cada equipe tem uma estrutura, tem uma cultura diferente. Porque a gente pega a zona urbana [...] e pega a zona rural, que já é totalmente diferente, é outra comunidade [...] (Entrevistada A-NASF 1).

Na fala acima é possível identificar como aspectos que singularizam as comunidades e as UBS: a demanda, a estrutura das equipes de referência e as características culturais de cada território, sobretudo, comparando-se a área urbana com a rural. Em relação às estruturas das UBS pode-se retomar o que foi apresentado antes quanto à diferença qualitativa percebida entre determinadas unidades, de modo que algumas são menores e com dificuldade de disponibilidade de sala para o trabalho do NASF-AB. Sobre as demandas, pode-se dizer que o perfil epidemiológico varia conforme o local e que, inclusive, demonstra estar associado com a última variável, as condições culturais.

Há uma fala da Entrevistada EqSF 1 que corrobora com esse entendimento, quando ela trata das principais demandas que requerem o apoio do NASF-AB.

As maiores demandas são psicologia né, pessoal em caso de depressão, pacientes com caso de ansiedade. Eu acho que o fato de estar numa zona rural, às vezes, muito afastada, lugares muito desertos mesmo, questão de solidão, de difícil acesso e difícil situação, realmente, socioeconômica, isso traz uma alteração do paciente.

Contudo, a Entrevistada B-NASF 1 indica outro posicionamento:

Eu te falo que hoje em dia não é mais não. Antes, no começo, era muito difícil. A gente, às vezes, achava que um posto era melhor, assim, para compreender ou repassar as demandas. Mas, hoje em dia, como eu falei anteriormente, as reuniões de matriciamento elas dão muito suporte para a gente.

Pelo que se pode observar, a Entrevistada B-NASF 1 está considerando a relação, propriamente dita, com as EqSF quando perguntada sobre a percepção de diferenças no apoio às diferentes equipes. A profissional não faz menção aos aspectos mais amplos que contemplam o apoio matricial, como aparece na fala da outra entrevistada.

A observação participante indica que é plausível considerar os elementos apresentados pela Entrevistada A-NASF 1 e pela Entrevistada EqSF 1, pois cada território e cada EqSF apresentam suas singularidades e isso repercute de uma dada maneira na atuação do NASF-AB.

7.2.5 Relação entre as equipes apoiadora e de referência

Para a Entrevistada A-NASF 1, a relação com as equipes referenciadas nem sempre foi algo fácil:

Muitas vezes, é levado para o lado pessoal essa relação, porque é muito difícil. Tem enfermeiro que é difícil de lidar e leva muito para o lado pessoal. Teve muito isso. Mas, agora alguns a gente está se dando bem.

Quando perguntada sobre o que seria levar para o lado pessoal, a entrevistada informa que:

[...] eu já vi muito caso do enfermeiro falar assim: eu não vou com a cara de tal profissional. Então, assim, já prejudica a demanda, o trabalho do profissional, porque aí ele não passa para o profissional. Eu acho que aí é que atrapalha um pouco né, está muito relação pessoal (Entrevistada A-NASF 1)

A entrevistada indica que em momento anterior essa relação com a EqSF era mais desafiadora e que a maneira com que a EqSF percebe o NASF-AB pode, inclusive, ser também outro dificultador para a construção do apoio matricial. Portanto, a depender da qualidade dessa relação e do quanto se reconhece do trabalho do núcleo pode-se ter a potencialização ou o enfraquecimento do matriciamento.

Apesar de perceber avanços na qualidade da relação, a Entrevista A-NASF 1 considera que:

Eu acho sim, que eles querem um apoio, mas ainda tem um receio ainda, se a gente é esse apoio mesmo... não sei. Igual eu falei lá em cima, não tem um reconhecimento ainda. A gente está tendo que se impor, entrar mesmo, fazer sala de espera, chama a enfermeira, chama a agente de saúde para estar entrando com a gente, para poder estar criando esse vínculo. Eu acho que essa expectativa deles é... que ficou uma mancha do NASF antiga, mas eu acho que essa expectativa tende a melhorar. Eu espero né (Entrevistada A-NASF 1).

A fala da profissional explicita uma articulação entre o reconhecimento profissional do NASF-AB e as expectativas que a EqSF tem a seu respeito. Portanto, pode-se depreender que o fortalecimento do apoio matricial requer a construção de vínculos entre as equipes, o que pode se tornar mais difícil pelo próprio processo descrito de trocas das coordenações das

EqSF. No entanto, a entrevistada indica perceber que a renovação da equipe do núcleo favoreceu também uma renovação das relações com as equipes de referência.

De acordo com a Entrevistada A-NASF 1 o estremecimento da relação entre as equipes e, talvez, de uma descrença quanto ao potencial da equipe apoiadora, parece ser decorrente de práticas anteriores.

É porque o NASF quando começou ele não sabia muito o que fazer, ele estava perdido, ele não foi capacitado quando iniciou o NASF. E foram saindo alguns profissionais, entrando outros e foi ficando essa de que... o NASF atende alguma coisa, só e pronto. E muito de que o NASF estava parado e que só fica no consultório, não está produzindo... eu acho que ficou isso. Ainda mais dos profissionais que são antigos na ESF. Mas, igual eu falei, agora tem profissional novo, tem gente com garra para trabalhar. Eu acho que essa expectativa vai mudar por isso (Entrevistada A-NASF 1).

Essa passagem pode ajudar a compreender o porquê daquela relação distanciada que foi observada entre alguns ACS e alguns profissionais do NASF-AB em certas reuniões de matriciamento. Mas, também é preciso considerar que as dificuldades vivenciadas no trabalho do NASF-AB, como relatado na subseção anterior, podem repercutir nas expectativas e no reconhecimento profissional das EqSF em relação ao núcleo. Naquela reunião de matriciamento na UBS 3M ficou manifesto o descontentamento das equipes presentes diante das limitações do NASF-AB em ‘dar conta’ de suas demandas. Uma das agentes afirmou naquela oportunidade que quem mais sofre com tudo isso são elas, pois são as profissionais que estão no contato direto com o usuário. Então, até que ponto a percepção das dificuldades e, portanto, das condições de trabalho vivenciadas pelo NASF-AB não deixa de influenciar no quanto a EqSF avalia a sua capacidade de resolutividade?

A Entrevistada B-NASF 1 e a Entrevistada EqSF 1 apresentam um posicionamento diferente ao manifestado pela Entrevistada A-NASF 1.

[...] Hoje em dia é tudo bem. A gente chega na enfermeira, a gente tem alguma demanda passa para ela ou a gente quer fazer uma visita elas sempre estão apoiando a gente. Então, não tem nada, nenhuma relação, assim, que seja aquela coisa: a... né (Entrevistada B-NASF 1).

A articulação ela é boa né, a gente tem uma liberdade de conversar, de trazer os problemas, de passar os casos. A gente tem diálogo e consegue definir né, os casos, consegue passar os problemas, ajeitar os problemas que acontecem para que não ocorram mais e articular para melhorar o fluxo dos atendimentos também (Entrevistada EqSF 1).

As diferentes formas com que as entrevistadas se referem à relação entre as equipes apoiadora e de referência permite pensar que a qualidade da interação assume nuances distintas, não se constituindo de maneira uniforme por todo o território, sobretudo, quando se considera a próxima fala da Entrevistada A-NASF 1.

Eu vou falar um caso, não vou citar nome, em que o profissional começou a atender em grupo e a enfermeira né, que é a responsável pela unidade, falou que não era certo o atendimento em grupo, que ela não aceitava isso. Já teve caso assim, de desfazer do profissional né. Não passar caso, falar que não vai passar o caso né, para o profissional do NASF. E que não está contando com o NASF, sendo que a equipe está ali. E, assim, eles não levam para a questão assim, que a gente tem a dificuldade de cada hora estar numa unidade. Eles não reconhecem isso, porque quando a gente está na unidade deles, eles acham que é só para a unidade deles. Aí eles não sabem que a gente tem outros problemas em outras unidades né. Aí, assim, não tem esse reconhecimento ainda do NASF, como um apoio (Entrevistada A-NASF 1).

Mais uma vez, percebe-se a valorização diferenciada que se faz ao atendimento grupal e individual, o que, na fala da entrevistada, aparece associada ao desmerecimento da própria atuação profissional. Observa-se que, ao mesmo tempo, o apoio matricial é produto e produtor das relações interpessoais das equipes envolvidas.

Para fins de esclarecimento, deve-se destacar que quando se fala de relação EqSF-NASF-AB, está se considerando, da primeira equipe, os profissionais enfermeiro e os ACS que participaram da observação participante. Com exceção da UBS 5M, não foram observadas, no período da pesquisa de campo, interações com os profissionais de medicina.

Investir na melhoria qualitativa das relações profissionais demonstra ser tão relevante quanto no que se refere às ações de capacitação técnica, pois perceber que a equipe apoiadora se faz capaz, disponível e comprometida com o atendimento das demandas reflete também no quanto a EqSF compartilhará casos com ela.

7.2.6 Avaliação das ações implementadas

A avaliação das ações desenvolvidas em conjunto ou não com as EqSF indica ser uma área que precisa ser sistematizada na prática cotidiana do NASF-AB. Desta forma, quando se indagou da Entrevistada A-NASF 1 se essas avaliações ocorrem, a mesma centraliza a ação na coordenação do núcleo e não a percebe como algo desenvolvido pela própria equipe.

Então, essa avaliação ela vai muito pelo nosso coordenador. Entre a nossa equipe mesmo, a gente acaba nem fazendo essa avaliação. Ele que avalia, ele vê lá os dados como que está, vai passando para a gente em relação ao que a gente fez né, junto à ESF. Ele tem todos os dados. Mas, a gente mesmo não faz essa avaliação. Essa avaliação nossa a gente não faz não. A gente, assim, tem uma noção do que a gente atendeu, mas parar para fazer uma avaliação: aí esse foi né... não faz (Entrevistada A-NASF 1).

O que se pôde acompanhar de avaliação, se refere a alguns momentos das reuniões de matriciamento. Essa sempre se iniciava com a leitura da ata da reunião anterior e, através disso, eram retomadas as discussões, as ações e as possíveis demandas apresentadas. Ao retomar esses pontos, a equipe do NASF-AB discutia com a EqSF sobre o que se tinha desenvolvido daquele momento em diante e se permanecia a necessidade de alguma intervenção específica. A partir disso, é que a reunião caminhava para o levantamento de novas demandas. O desenvolvimento dos casos e a condução de alguma intervenção específica ou de alguma outra solicitação eram registrados na ata da presente reunião.

A percepção da reunião de matriciamento como espaço de avaliação também está presente na fala da Entrevistada EqSF 1, embora também mencione os espaços informais.

Assim, mesmo que a equipe, de repente, não planejasse a reunião com o propósito de avaliar ou obter *feedbacks* quanto ao que foi realizado até aquele momento, observa-se que essa era uma oportunidade para que isso se desse. Exemplo disso pode-se considerar aquela reunião de matriciamento ocorrida na UBS 3M, a qual, sem dúvidas, representou um marco fundamental da pesquisa de campo em termos de diálogo aberto e franco entre as equipe de apoio e de referência. Nesse dia, uma das ACS discutiu a conduta de tratamento de uma usuária por outro equipamento da rede e indicou a percepção da importância de seu acompanhamento pelo psicólogo do NASF-AB. Avaliações ainda foram feitas sobre as limitações de atendimento do núcleo e sobre a necessidade de que as reuniões envolvessem a participação de outros serviços que acompanham as demandas discutidas. Portanto, embora se acredite que a reunião não tenha sido previamente planejada para servir de instrumento de avaliação, pode-se dizer que ela acabou servindo a esse propósito. O que se questiona é: o que se faz a partir de avaliações como essas?

De maneira diferente ao que é expresso pela outra profissional, a Entrevistada B-NASF 1 percebe que a sua equipe realiza procedimentos de avaliação.

[...] Ela é feita com a nossa equipe, basicamente. A gente senta, porque tem as reuniões com as unidades e as reuniões com a equipe somente. Então, a gente avalia e

nessa avaliação a gente pega e passa para as unidades. Não somente os enfermeiros como os agentes de saúde (Entrevistada B-NASF 1).

A avaliação é feita através de PTS né. O PTS a gente faz juntamente com a equipe né, com todo mundo, com a agente de saúde, com enfermeira e quem estiver a par da situação. Com todo mundo (Entrevistada B-NASF 1).

A outra reunião que a entrevistada se refere é aquela solicitada pela coordenação dos núcleos para que as equipes se reúnam semanalmente, além da que ocorre mensalmente com as EqSF. Percebe-se que apesar de contar com espaços privilegiados para avaliação, essa ainda não é uma estratégia potencialmente utilizada ou formalmente identificada como tal, por isso, as percepções tão diferentes entre as duas entrevistadas.

Na reunião realizada pela coordenação com os NASF-AB, ocorrida em janeiro de 2018, foi apresentado um levantamento sobre o atendimento coletivo, o qual de certa forma permite avaliar as ações do NASF-AB.

Tabela 10: Quantitativo de atendimento coletivo entre 2015-2017

Equipe	2015	2016	2017
NASF-AB Margarida	37	209	460

Fonte: Relatório de Dados e Evidências (Secretaria Municipal de Saúde, 2018)

Os dados demonstram o investimento em atividades coletivas e refletem um crescimento desde o ano de 2015. Outros aspectos dos processos de trabalho foram avaliados, tais como: análise comparativa de produtividade por especialidade, agendamento, PTS, atendimento às demandas, apoio matricial, educação permanente da EqSF, disponibilidade, sociabilidade, trabalho em equipe, assiduidade e pontualidade dos profissionais. Contudo, como a análise não é apresentada para cada NASF-AB e suas EqSF, mas sim retratando um panorama geral do município, julga ser mais pertinente expor essas informações em momento futuro, quando se fará a integração dos elementos ou temas comuns aos três casos aqui investigados.

Desta forma, foi verificado que as reuniões desenvolvidas pela coordenação dos NASF-AB servem ao propósito não apenas de planejar ações, mas, sobretudo, de avaliar o que tem sido feito e, conseqüentemente, contribuir para certas reflexões/revisões. Portanto, entende-se que quando há avaliação de ações, essa serve de retroalimentação para os modos de construção do apoio matricial.

7.3 Caso 2: NASF-AB Jasmim

Este é o NASF-AB que se caracteriza por ter o maior número de UBS localizadas nas regiões mais centrais da cidade, embora também apresente uma EqSF situada numa área rural. Verificou-se, durante a observação participante, que o seu território de referência estava organizado da seguinte maneira:

Tabela 11: Composição das UBS referenciadas pelo NASF-AB Jasmim

Composição das UBS	
UBS 1J	2 EqSF 16 ACS
UBS 2J	2 EqSF 16 ACS
UBS 3J	1 EqSF 5 ACS
UBS 4J	2 EqSF 15 ACS
UBS 5J (rural)	1 EqSF 6 ACS

Fonte: Produzida pela pesquisadora a partir de dados da Secretaria Municipal de Saúde

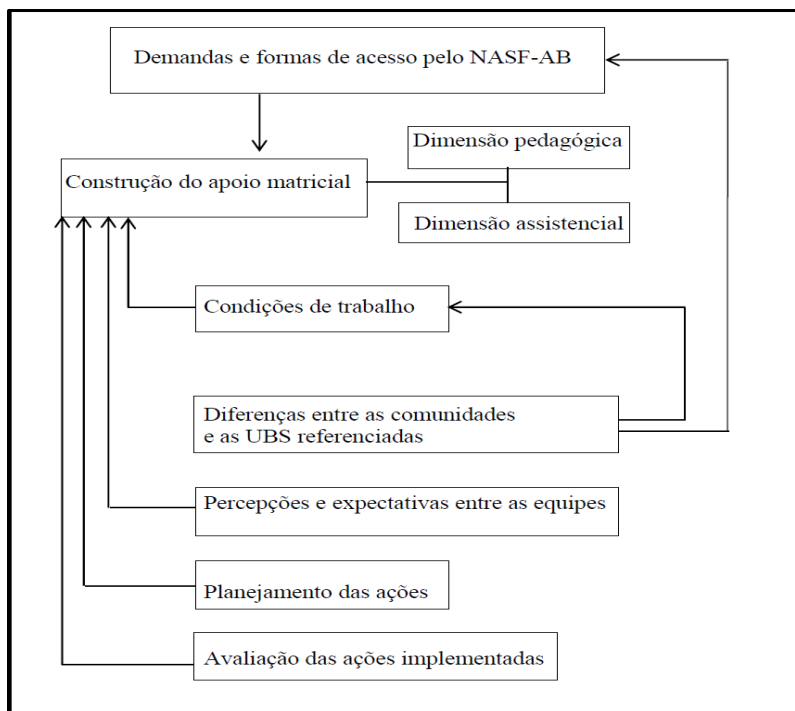
Portanto, o NASF-AB Jasmim referencia um quantitativo de cinco UBS, correspondendo a um total de oito EqSF, o que está em conformidade com o limite determinado pela portaria 3124 de 2012. E, semelhante ao que foi estabelecido no caso 1, cada UBS apresentada na tabela 9 recebeu um nome fictício (um número mais a letra J relativa à designação fictícia de NASF-AB Jasmim).

A UBS 5J está situada fora do perímetro urbano, ficando distante, aproximadamente, sete quilômetros do centro do município. Por isso, é a UBS em zona rural mais próxima da área urbana.

Dentro desse território referenciado pelo NASF-AB Jasmim, infere-se que a UBS 3J é a unidade que se encontra localizada em área social mais periférica (há cerca de seis quilômetros do centro). As demais UBS estão localizadas em regiões mais centrais do município.

Apresenta-se a agregação categórica do caso 2, a qual serve como eixo estruturante das análises construídas na subseção seguinte.

Figura 4: Agregação categórica do caso 2



Fonte: Produzida pela pesquisadora a partir da análise das entrevistas

7.3.1 Demandas e formas de acesso pelo NASF-AB

Durante as falas dos entrevistados do caso 2, é possível identificar a menção a dois tipos de demandas: aquelas de natureza orgânica ou biológica e as sociais. Essa diferenciação aparece com mais realce em relação ao observado no primeiro caso analisado.

[...] Sempre tem para todas as áreas. Por exemplo, de nutrição né, [...] é perda de peso, sobrepeso, obesidade. Vem na área de psicologia também, transtornos de ansiedade, depressão. Fonoaudiólogo né, também, alguns casos também surgem, demandas de escolas para os fonoaudiólogos. Assistência social também, também costuma né, procurar o serviço também nas unidades (Entrevistada A-NASF 2).

É... as principais demandas, geralmente, são relacionadas à depressão e ansiedade. São as que mais aparecem para a gente. E também problemas relacionados à questão alimentar. Relacionadas a outros profissionais né, seria a questão alimentar, perda de peso ou então diabetes, isso é o que mais aparece. E relacionado também às questões

sociais né, como benefício, é... essas questões relacionais mesmo de familiar, é demanda que aparece bastante também (Entrevistado B-NASF 2).

As falas indicam que há demandas para as diferentes categorias profissionais, destacando-se na área da psicologia, à semelhança do caso 1, aquelas relativas aos quadros clínicos de ansiedade e de depressão. Assim, de um lado, fazem-se inferências aos adoecimentos associados a disfunções ou a distúrbios de base biológica e, por outro, às situações de cunho social, sobretudo, aquelas associadas às relações familiares e de acesso a benefícios sociais e cuja referência de suporte se vincula à figura do profissional de serviço social e de psicologia. A esse respeito também se pode ilustrar a situação descrita pelo Entrevistado B-NASF 2.

Eu vou contar o caso do atendimento que eu realizei juntamente com a agente de saúde, a assistente social e eu. É o caso da senhora A., que é uma senhora de 78 anos e essa demanda chegou através de um ofício da ouvidoria né, para a gente estar realizando o atendimento. Lá existe um conflito familiar. Ela mora com a filha e com os dois netos [...]. Existe uma denúncia, por parte, creio que pela fala da senhora, por conta dos vizinhos né, de maus tratos. Então, assim, a gente percebe que lá, a partir do momento que a gente foi realizar a visita, que a gente fez o acolhimento né, a escuta terapêutica, percebi que existe uma relação de um conflito mesmo familiar.

E, entre as intervenções, menciona-se que:

A assistente social né, vai tentar visualizar, tentar essa instituição asilar para ver se consegue, foi orientado também com a questão do benefício dela e a própria enfermeira da unidade, ela também está presente no caso né, onde ela vai estar indo, porque ela tem uma ferida na perna. Então, assim, a gente vai tentar fazer com que exista um movimento desse núcleo familiar né. Então, esse é o primeiro passo. Só que gradativamente a gente vai interferindo, porque a gente precisa tentar melhorar essa parte relacional para a gente tentar fazer com que exista pelo menos um respeito dentro da casa né (Entrevistado B-NASF 2).

O relato evidencia o entrecruzamento do processo de adoecimento da idosa com as suas condições de vida, o que remonta àquela concepção de produção social da saúde abordada pela lei de número 8.080, de 1990, fazendo com que as intervenções no âmbito familiar também sejam percebidas como intervenções de apoio matricial e como ações de promoção de saúde. Diante desse panorama indicado pelo profissional, depreende-se que seria incompleto tratar ‘a ferida na perna’ sem a ‘melhoria relacional’ ou, então, sem se contemplar a promoção do acesso aos ‘direitos sociais’.

A Entrevistada A-NASF 2 também relata uma intervenção do núcleo que tinha por intenção fortalecer o suporte familiar a um paciente com demandas psiquiátricas.

É, esse caso né, desse paciente, falando um pouquinho melhor sobre ele... é um paciente adulto já, psiquiátrico, por isso está envolvido também o CAPS. É... a família também a gente vê que tem um envolvimento também, um problema psicológico ali envolvido no meio. É um paciente que não sai de casa, só mesmo né, quando o CAPS vem buscar o paciente né, para fazer o tratamento. Então, ele fica mesmo isolado em casa, mesmo [...]. E a promotoria de justiça está envolvida junto também devido a, principalmente, aos familiares aderirem melhor né, até mesmo a buscar mais o nosso trabalho, os enfermeiros né, da equipe de saúde da família, que também antes eles não buscavam né (Entrevistada A-NASF 2).

Ao se tratar de demandas sociais, a família se evidencia como campo privilegiado de intervenção do NASF-AB. Durante o trabalho de campo foi possível verificar a condução de uma visita domiciliar realizada pela assistente social e o ACS da UBS 1J. Nessa situação encaminhada pela EqSF, conforme presenciado na observação participante com os profissionais, a usuária apresentava problemas cardiológicos, tendo passado por cirurgia e, além disso, havia indícios de questões emocionais, decorrentes das suas condições de saúde, gerando um quadro de ansiedade e de angústia no núcleo familiar. Foi avaliada a necessidade de suporte psicossocial, tendo sido encaminhada a demanda para avaliação pelo psicólogo do NASF-AB.

Ao se classificar as demandas como biológicas e como sociais, pode-se dizer que algumas categorias profissionais assumem maior proeminência na abordagem de cada uma delas. As falas indicam uma vinculação mais estreita entre a fonoaudiologia, a nutrição, por exemplo, e as demandas orgânicas. Por outro lado, o serviço social e a psicologia tendem ser mais absorvidos pelas questões sociais. Aliás, a psicologia parece se comprometer tanto com o adoecimento orgânico quanto social.

Na fala da Entrevistada EqSF 2 a distinção entre a natureza das demandas também aparece quando ela menciona os casos dirigidos a sua equipe.

Aqui a gente pega, assim, vem muito problema social pra gente. Chega muito. Muito problema de usuário com álcool e drogas. Porque os hipertensos e os diabéticos, normalmente, eles mesmos procuram a unidade, aí a gente encaminha, faz o atendimento e tudo. A gente tem grupo de tabagismo. Mas, que chega como demanda, assim, pra gente que, muitas vezes, nem é o usuário que vem procurar, é um familiar, é mais problema social e com usuários de álcool e drogas.

Quando solicitada a esclarecer sobre o que seriam os problemas sociais, a Entrevistada EqSF 2 se refere às seguintes situações:

Situação de abandono, paciente idoso morando sozinho, o familiar não olha. Às vezes, gente que pega o benefício né, fica como responsável, mas não olha direito. Morador que usa muito álcool e drogas não procura a unidade de saúde, vive em ambiente, assim, insalubre, sem condição de viver, não procura a unidade de saúde, a gente fica sabendo pelos vizinhos que vêm aqui (Entrevistada EqSF 2).

Coerente com o observado antes, parte dessas demandas tratadas pela EqSF, de cunho social, serão direcionadas, mais tarde, para o apoio matricial do NASF-AB. No que foi exemplificado pela Entrevistada EqSF 2 vislumbra-se o que será o campo potencial de intervenção para profissionais como o psicólogo e o assistente social.

Solicitada a descrever alguma demanda de apoio matricial do NASF-AB, a Entrevistada EqSF 2 relata o seguinte:

A gente está com um caso agora de um paciente novo, parece que ele deve ter uns trinta e poucos anos. É um homem, parece que ele sofreu um acidente, ficou em coma um tempo e ficou afastado pelo INSS. Aí, parece que agora ele passou pela perícia, foi liberado pra trabalhar, mas ele não está conseguindo emprego. E o fato dele não estar conseguindo emprego, ele tomou uns medicamentos, tentou o autoextermínio né.

Na situação acima a profissional relata que a demanda foi encaminhada ao psicólogo do NASF-AB Jasmim para avaliação quanto a possível quadro de depressão e a necessidade de encaminhamento para acompanhamento psiquiátrico. Tanto nessa fala quanto na anterior, pode-se perceber a estreita vinculação que os casos apresentados possuem entre a saúde mental e os ditos problemas sociais.

E, complementando, sobre outras demandas de apoio do NASF-AB, a Entrevistada EqSF 2 considera:

Assistente social né, que eu falei dos casos de problemas sociais, muito. A gente tem muita criança que, às vezes, a mãe não consegue amamentar, precisa do aleitamento. A gente só consegue esse alimento pra criança através do apoio do NASF, com a nutricionista, com a assistente social, fazendo a solicitação. O psicólogo também a gente tem bastante demanda. Paciente que faz muito uso de medicamento controlado, a gente usa muito o encaminhamento para o psicólogo, para ver se a gente consegue diminuir esse uso, que, às vezes, o paciente nem precisa mais, mas ele fica dependente daquilo. Muito caso de autoextermínio né, a gente também faz o encaminhamento para o psicólogo.

As demandas sociais também extrapolam os domínios disciplinares da saúde mental. Sobre isso, em uma reunião de matriciamento observada na UBS 5J, acompanhou-se uma demanda apresentada pelo coordenador dessa EqSF. Ele se referiu ao fato de perceber problemas na localidade quanto ao consumo de drogas e ao número de jovens ociosos, sem oportunidades de participar de alguma atividade de lazer, por exemplo. Indicou uma possível situação de risco social e apresentou ao NASF-AB a necessidade de uma intervenção no enfrentamento da questão. O profissional sugeriu o desenvolvimento de grupos de atividade física ou de algum esporte específico, como o Taekwondo, pelos educadores físicos, com o objetivo de atrair essa população.

Esse foi o único momento, durante a pesquisa de campo, em que se observou uma demanda sendo direcionada numa reunião de matriciamento, de modo mais explícito, aos profissionais de educação física.

Na mesma circunstância, ainda foi exposta a demanda de apoio junto a um idoso, também acompanhado pelo CREAS, em possível situação de negligência ou de violação de direitos. A demanda relativa a idoso em situação de negligência também apareceu em reunião de matriciamento na UBS 2J, assim como o caso de uma família que estaria com dificuldades de lidar com o quadro clínico de Alzheimer de um familiar. Demanda semelhante a essa dificuldade foi relatada na reunião com a UBS 4J. Constatam-se demandas que apresentam em comum a limitação dos núcleos familiares em garantir os cuidados aos seus membros idosos.

Demanda de apoio em caso de dependência química também foi observada na UBS 3J e na UBS 4J, durante uma reunião de matriciamento.

Na UBS 2J, o profissional de fonoaudiologia se apresentou comprometido, por exemplo, com demandas de pacientes com sequelas de AVC e grupos de saúde vocal para professoras de uma escola local. A fisioterapia, além das típicas demandas relacionadas ao AVC, também desenvolvia grupos de ginástica laboral para profissionais da saúde.

Demandas multidisciplinares foram observadas em grupos como o de tabagismo (onde todos os profissionais participavam dos encontros) e de redução de peso (nos encontros observados estavam presentes os profissionais de nutrição, de educação física e de fisioterapia).

Portanto, pode-se dizer que há demandas para todos os profissionais do NASF-AB, através de abordagens tanto individuais quanto grupais, embora alguns deles sugiram absorver um volume mais expressivo de encaminhamentos (como o psicólogo, o assistente

social e o nutricionista). E, destaca-se, sobretudo, que nesse caso fica mais evidente a atuação potente que o educador físico pode desempenhar, principalmente, quando se pensa no fortalecimento das ações que visam a promoção da saúde mental.

O encaminhamento das demandas ao NASF-AB Jasmim ocorre através de espaços formais e informais, bem como através da filtragem de demandas que é realizada pela EqSF e de ofícios de outros equipamentos da rede.

[...] eles nos trazem os casos né, as demandas que a gente precisa acompanhar. Tem sempre discutido, principalmente, nas reuniões de matriciamento. Existe esse apoio fora das reuniões também [...] (Entrevistada A-NASF 2).

Geralmente, isso é feito nos corredores ou então dentro do próprio consultório. Não tem assim um lugar específico não. É... quando existe a demanda eles procuram a gente e a gente tenta fazer o máximo possível dessa interação, em acolher a demanda oferecida por eles né (Entrevistado B-NASF 2).

A observação do campo confirma a existência desses espaços informais, tendo sido presenciadas interações entre o núcleo e as EqSF através, por exemplo, de trocas de mensagens e de telefonemas quando era identificada alguma demanda de apoio em momento em que o NASF-AB não estava em uma dada UBS. Certo dia, quando o núcleo estava na UBS 4J a assistente social mantinha diálogo por telefone com uma ACS de outra unidade, negociando a realização de uma visita domiciliar, mesmo em um dia em que não estaria naquela unidade. Tal arranjo parece ter sido necessário diante do caráter da demanda, impossibilitando a espera até a próxima semana, oportunidade que o núcleo retornaria naquela EqSF.

Contatos informais com algum ACS da UBS 1J eram propiciados nos dias em que o NASF-AB estava na unidade, pois a sala em que estes últimos ficavam até iniciarem suas intervenções era a mesma em que os primeiros também ficavam. Então, essa proximidade predispunha as equipes para discussões e repasses de casos.

Coerente com isso, a Entrevistada A-NASF 2 menciona o papel da tecnologia como algo que tem favorecido a comunicação entre as equipes.

[...] a gente né, hoje em dia com essa demanda maior da tecnologia ao nosso apoio, a gente também tem muito contato através de telefone... às vezes a gente tem que... o enfermeiro, um caso mais grave, o enfermeiro entra em contato com a gente também através de telefone celular ou até liga para outra unidade, que eles também têm acesso aos nossos horários, para poder, às vezes, resolver algum caso de mais urgência. Então, nesse sentido, às vezes, a gente até sai de uma unidade vai para

outra, dependendo do caso assim né, se for, principalmente, em casos mais urgentes, específicos também (Entrevistada A-NASF 2).

Esses espaços informais que se criam e que parecem ser valorizados por este NASF-AB, possibilitam que os diálogos e que as ações de apoio matricial existam até quando não há a presença física dos profissionais. Esse mecanismo indica ampliar o campo de intervenção do núcleo e nutrir uma relação mais fortalecida com suas EqSF, as quais, por sua vez, indicam perceber de modo positivo a disponibilidade que se dedica a elas. Então, o fato de não estar na unidade não é, necessariamente, um impedimento para que o apoio matricial seja demandado e desenvolvido. Esse processo se refere a um aspecto discutido por Tesser (2017) sobre a não restrição do apoio aos encontros presenciais com os ‘nasfianos’.

Têm as reuniões que a gente faz, mensal né... e tem, assim, essas demandas que aparecem também, por exemplo: a reunião foi no final do mês, na primeira semana do mês apareceu uma demanda, a gente senta, a gente conversa (Entrevistada EqSF 2).

Na reunião a gente passa, mas o que aparece também de imediato, se não puder esperar, se não tiver aqui, a gente liga pra ver o quê que pode ser feito. Se alguém tiver de férias, se for um caso que precisa, o outro vai e olha, se precisar encaminha para o outro (Entrevistada EqSF 2).

Há o entendimento de que não se precisa esperar o final do mês, quando acontecem as reuniões de matriciamento, para que as demandas da EqSF sejam repassadas para o NASF-AB Jasmim. Um exemplo foi presenciado na UBS 4J, quando a coordenadora de uma das EqSF procurou os profissionais do núcleo na sala em que estavam reunidos para apresentar uma demanda e solicitar a realização de uma visita conjunta com a assistente social. Na UBS 3J eram constantes as interações entre a enfermeira e/ou ACS com os profissionais do NASF-AB, seja para repassar novas demandas, para discutir aquelas já acompanhadas ou para planejar alguma intervenção específica.

Ao discutir sobre os espaços formais e informais de acesso à demanda pelo núcleo, não se está apresentando-os como ferramentas dicotômicas, pois, ao contrário, se complementam.

A Entrevistada EqSF 2, por exemplo, citou aquele caso em que a EqSF estava acompanhando e que demandou o apoio matricial do NASF-AB: um paciente que havia sofrido um acidente de trabalho e que ficou de licença médica. Porém, ao ser liberado para voltar a trabalhar, estava enfrentando dificuldades para conseguir uma nova ocupação. Diante

disso, teria tentado o autoextermínio. Ao receber a demanda, foi realizado o acionamento do núcleo.

Eu fiz o encaminhamento. Aí eu já conversei com o psicólogo primeiro, que eu não gosto de só fazer o encaminhamento. Eu falo: o... eu tô com esse caso, chegou pra mim, a história do paciente é essa, posso fazer o encaminhamento?

Nessa situação, é possível identificar a mescla e a complementação desses diferentes arranjos que as equipes podem se valer para o repasse de demandas. No exposto, o encaminhamento escrito serve mais para formalizar as negociações prévias construídas pelos profissionais no espaço informal. Porém, sabe-se que o funcionamento nesses moldes, de modo geral, ainda não é uma realidade plena ou igualmente estabelecida.

Sobre os processos formais de acesso à demanda, os entrevistados informam que as mesmas chegam ao NASF-AB da seguinte forma:

[...] nas reuniões de matriciamento é o local que a gente né, principalmente, reúne, especificamente, para isso. Os agentes de saúde nos informam dos casos, nos falam como está o andamento daquele caso, daquela família [...] (Entrevistada A-NASF 2).

[...] através de encaminhamento médico, tá? É, o principal, que são as reuniões de matriciamento, a gente tem também ofícios né, do ministério público, a gente tem é... ofício do CRAS, do CREAS, do CAPS, do conselho tutelar. Então, assim é toda a rede que aciona a gente e faz a gente trabalhar né, e essas demandas surgirem (Entrevistado B-NASF 2).

A gente passa o caso pra eles, faz o encaminhamento, ou eu faço ou a médica faz. Esse encaminhamento fica registrado, fica guardado na agenda deles e assim que possível eles leem aquele caso [...] (Entrevistada E-SF 2).

Além dos encaminhamentos por escrito, como aqueles provenientes da própria UBS e de serviços da rede (como os mencionados pelo entrevistado), as reuniões de matriciamento se fazem como grande espaço formal de direcionamento de casos ao NASF-AB e de discussão daqueles que contam com alguma ação de apoio assistencial em andamento.

Na UBS 1J foi observada a interação do médico com os profissionais do NASF-AB fora dos espaços formais de discussão, em conversas, por exemplo, na sala dos ACS, local em que o núcleo costuma fazer uso para organizar suas atividades. Nessa oportunidade, foi possível o contato da pesquisadora com o profissional, quando o mesmo declarou possuir

especialização na área de saúde da família, reconhecendo a importância e o intento em sempre participar das reuniões de matriciamento.

Por vezes, há indícios de que o NASF-AB também funcione como porta de entrada para essas demandas de apoio, como no caso relatado pelo Entrevistado B-NASF 2, na subseção anterior, quanto à situação da idosa de 78 anos com conflitos familiares.

Esse ofício chegou através do nosso coordenador. Ele nos acionou né, para estar realizando a visita e estar respondendo esse ofício né (Entrevistado B-NASF 2).

Quando questionado sobre essa forma de acesso ocorrer sem a filtragem prévia da EqSF, o entrevistado menciona que nesse caso, em particular, a demanda foi encaminhada pela coordenação dos NASF-AB, mas que o usual é o encaminhamento feito pela EqSF.

A Entrevistada A-NASF 2 confirma o acesso às demandas pelos encaminhamentos médicos e menciona outras vias de entrada pelo NASF-AB.

É... tem demandas que surgem a partir de, demandas espontâneas mesmo. Quando a gente faz, por exemplo, orientação nas salas de espera, que os pacientes começam a conhecer mais o trabalho do NASF. Então, surgem essas demandas ali mesmo também né, numa sala de espera ou através também do nosso painel, que a gente tem o Cantinho do NASF também que direciona, os grupos que existem, os horários dos atendimentos. Isso fica tudo registrado sempre na recepção mesmo das unidades, a gente tem essa divulgação também um pouco do nosso trabalho. Então, ali também surgem muitas demandas. Mas, vem né, muito dos médicos também, da coordenação. As principais formas são essas mesmo.

Durante a realização das salas de esperas o núcleo realiza orientações ao público sobre vários temas, tais como: controle da hipertensão arterial, outubro rosa, setembro amarelo, contribuição dos alimentos para controle de ansiedade, novembro azul, febre amarela, ansiedade e depressão etc. E, nesses momentos, aproveita-se para divulgar o trabalho do NASF-AB e seus profissionais. Por vezes, foi verificado o interesse do público por alguns dos grupos e pelo atendimento psicológico, por exemplo. Então, acaba sendo um dispositivo para que as demandas cheguem à EqSF e, por fim, algumas delas filtradas para o núcleo.

São vários os mecanismos utilizados para o encaminhamento das demandas ao NASF-AB, integrando espaços informais e formais, sendo os primeiros importantes para manter a sintonia e a integração entre as equipes, o que aparece como um aspecto favorável ao apoio matricial, como será discutido adiante. Embora essas interações informais tenham sido observadas em diferentes momentos do trabalho de campo, não se pode negar que os velhos

mecanismos de encaminhamento das demandas ainda tendem a ocupar um espaço relevante na rotina das equipes. É possível também que o espaço formal e informal de encaminhamento sejam valorizados de maneira diferente entre as várias categoriais profissionais, assim como pelas diferentes EqSF, sem perder de vista as diversas condições de trabalho de cada uma delas.

7.3.2 Construção do apoio matricial

Neste caso 2 são observados recursos comuns aos identificados no NASF-AB Margarida para a construção do apoio matricial. Contudo, percebe-se que há um modo singular de apropriação dessas estratégias e, conseqüentemente, de construção do referido apoio.

7.3.2.1 Dimensão pedagógica

As reuniões de matriciamento são identificadas, tanto pelos entrevistados do NASF-AB Jasmim quanto pela Entrevistada EqSF 2, como sendo o grande espaço formal dedicado à construção da dimensão técnico-pedagógica do apoio matricial.

A gente tem a reunião mensal né, que a gente faz, passa as demandas pra eles e quando surge alguma coisa nova, por exemplo, o ministério da saúde fala assim: a... vamos fazer essa campanha esse mês. Aí, sobre o suicídio, que está tendo muito caso... vão fazer! Aí a gente junta também, mesmo não estando na época da reunião: olha, a gente está com esse programa, a gente precisa definir... Então, assim, a gente tem a reunião mensal, fora isso, qualquer coisa que apareça de repente, assim, a gente reúne antes, conversa pra ver o quê que cada um pode ajudar... (Entrevistada EqSF 2).

A gente, através das equipes, das reuniões de matriciamento, como se diz, a gente tem discutido os casos. A gente tem tido um apoio né, tanto como a gente é apoio, a gente tem o apoio também da equipe de saúde da família... eles nos trazem os casos né, as demandas que a gente precisa acompanhar. Tem sempre discutido, principalmente, nas reuniões de matriciamento. Existe esse apoio fora das reuniões também, mas as reuniões de matriciamento são específicas para a discussão dos casos, melhorar, às vezes, a forma de trabalho, de atendimento, do acompanhamento também (Entrevistada A-NASF 2).

Olha, o apoio vem através né, principalmente, das reuniões de matriciamento. É... principalmente, quando a gente segue o calendário da saúde e a gente tem eventos a

serem realizados dentro da unidade. Então, a gente faz essa discussão né, desse planejamento e esse apoio vem né, desses encontros (Entrevistado B-NASF 2).

A análise das falas evidencia que a reunião de matriciamento é reconhecida, unanimemente, como o principal instrumento de apoio pedagógico. Porém, ela não se limita apenas à discussão dos casos, propriamente ditos. Ela é identificada como oportunidade legítima de planejamento, de avaliação e de acompanhamento das intervenções. Esses eventos citados se referem àquelas intervenções coletivas que acontecem nas próprias UBS ou em outros espaços do território de referência e que visam promover o que os profissionais do NASF-AB denominam de educação em saúde. Nessas circunstâncias são abordados com a comunidade temas como os que foram citados antes: outubro rosa, setembro amarelo etc.

Na pauta da reunião de matriciamento está prevista a leitura da ata da reunião anterior.

[...] na reunião mensal eles leem a ata anterior. Aí, têm as demandas lá. E aí a gente sempre fala: e a demanda da sua micro área, do senhor J., vamos supor, ela foi resolvida? A não, já foi lá, já está tudo ok. Ou então, a... foi, mas ele ainda está com esse problema, estava pensando em a gente reavaliar, fazer uma outra visita. A gente sempre faz a leitura da ata anterior, pega as demandas que foram passadas pra ver como que elas estão, o andamento delas (Entrevistada EqSF 2).

Os momentos iniciais da reunião são destinados à retomada de demandas anteriores, sendo possível pensar em reordenamentos ou na manutenção da abordagem estabelecida para cada acompanhamento. A partir disso, é dada a continuidade com o levantamento das novas demandas. Observou-se a participação de ACS e de enfermeiros nessas reuniões. No entanto, percebe-se que nem sempre há a presença desses últimos, pois como relatado no caso anterior, podem ocorrer alguns eventos concomitantes, como o envolvimento em campanhas de vacinação (como a da febre amarela) ou em atividades internas na UBS. Nas UBS 1J, 3J e 5J os enfermeiros das unidades participaram daquelas reuniões em que a pesquisadora esteve presente.

Quanto aos ACS, nem sempre a presença nas reuniões é correspondente à totalidade deles. Entre as justificativas para essas possíveis ausências, conforme informado por outros profissionais durante a observação participante, estão: férias e envolvimento em atividades internas da unidade, como em campanhas de vacinação.

Na UBS 3J, por exemplo, a enfermeira afirmou, em uma reunião observada, que entende que o NASF-AB e a EqSF são nada se uma equipe não tem a outra. Em outra

unidade, na UBS 2J, foi um profissional do núcleo que considerou a importância do papel do ACS, sendo capaz de construir vínculos que aproximam ou distanciam os usuários.

Apesar de serem afirmações emblemáticas da sinergia necessária para um apoio matricial substancial e de haver o indicativo de percepção da relevância que a reunião de matriciamento representa, por vezes, verifica-se a existência de algum impedimento concreto para a maior presença dos profissionais das EqSF. Na reunião da UBS 2J o mesmo profissional do núcleo que havia realçado o papel dos ACS na construção dos vínculos das equipes com os usuários, destacou, diante da ausência de alguns agentes, a importância daquele espaço para o diálogo, tendo em vista a melhoria dos trabalhos, e solicitou a sua maior priorização.

Em relação aos profissionais do NASF-AB, foi observada algumas situações em que não estavam todos presentes, sobretudo, quando coincidia com datas que não correspondia com o dia do profissional naquela UBS ou, possivelmente, com a realização de algum grupo.

Apesar desses limites para uma participação mais ampla, o NASF-AB Jasmim demonstra fazer uma apropriação muito particular da reunião de matriciamento, quando se compara aos demais núcleos. Era usual que o núcleo iniciasse a reunião com o que denomina de educação permanente. Através disso eram abordados com os profissionais das EqSF temas relativos a: violência doméstica, maus tratos e características do trabalho do NASF-AB. Na UBS 3J os profissionais do núcleo explicaram o caráter de atuação do serviço, afirmando que ele não se destina à realização de acompanhamento e de terapias. Um dos ACS informou ser esse um ponto de insatisfação da comunidade, pois implicaria no seu deslocamento para locais mais distantes de suas casas.

Panizzi, Lacerda, Natal e Franco (2017) consideram que a relação entre educação e trabalho é indissociável, quando se considera o contexto da saúde. A educação permanente faz-se condição necessária para que o NASF-AB cumpra com o que se destina a fazer. “Um processo pedagógico implicado com a mudança do trabalho se coloca como dispositivo de reorganização da produção do cuidado, ou seja, pode contribuir para a reestruturação produtiva” (p. 157). Pode-se esperar que a educação em saúde também contribua para mudanças subjetivas, tanto dos profissionais quanto dos usuários, em relação às expectativas de uma atuação nos velhos moldes.

As reuniões de matriciamento podem ocorrer em alguns espaços da comunidade, como se observou nas UBS 1J e 2J, quando o encontro aconteceu em salões de igrejas próximas à unidade de saúde. Por se tratarem de UBS que funcionam em espaços mais antigos percebeu-

se que poderia não haver uma sala interna de tamanho suficiente para comportar todos os profissionais participantes. Na UBS 3J a reunião acontecia em um dos consultórios, embora ficasse um pouco apertado, caso todos os ACS e profissionais do núcleo estivessem presentes. A unidade 4J funciona em estrutura construída em data mais recente e que apresenta uma sala específica para reuniões, permitindo maior conforto das equipes. Na UBS 5J a reunião observada aconteceu onde funciona a cozinha e um espaço de guarda de arquivos. Mas, por possuir apenas uma EqSF, não foi verificado prejuízo pelo fato de ter acontecido dessa forma.

Em linhas gerais, pode-se dizer que a condução das reuniões de matriciamento sofre interferências decorrentes das agendas das EqSF e das condições físicas de funcionamento das unidades.

7.3.2.2 Dimensão assistencial

Dentro dessa dimensão são identificadas várias formas de atuação: visita domiciliar, atendimentos individuais e em grupos, salas de espera, eventos sociais, a participação no Programa Saúde na Escola [PSE] e encaminhamentos.

O fisioterapeuta e o educador físico eles trabalham mais com demandas em grupo. Então, é mais fazendo atividades, assim, nas pastorais, grupo de ginástica com a população. O educador físico é só isso né. A fono não. A fonoaudióloga também tem as demandas aqui. Ela tem alguns grupos também, faz visita domiciliar quando precisa, em paciente com sequela de AVC, essas coisas, e tem as demandas também que a gente mesmo encaminha aqui da unidade. O pediatra encaminha, ela também faz todos esses atendimentos aqui. A fisioterapeuta é mais atendimento em grupo também: um alongamento, essas coisas, assim, mais em parceira com o educador físico (Entrevistada EqSF 2).

Alguns campos disciplinares aparecem mais associados a determinadas formas de apoio, como no que se refere ao educador físico cuja abordagem preponderante ocorre através dos grupos. A assistente social, em contrapartida, é muito solicitada para a visita domiciliar, o que é pertinente ao próprio caráter das demandas, as quais podem ser requeridas por outras pessoas e não pelo próprio usuário ou, então, por vezes, exigem o conhecimento das condições de vida e da dinâmica familiar *in loco*. A fisioterapia demonstrou-se envolvida com os grupos (ginástica laboral e pilates, por exemplo). A nutrição apareceu envolvida com as diferentes formas de intervenção, assim como a fonoaudiologia. Embora não tenha sido observada a realização de visitas domiciliares pelo psicólogo, o Entrevistado B-NASF 2

menção naquele exemplo de apoio matricial, a partir da demanda de uma senhora de 78 anos, o desenvolvimento da referida intervenção em conjunto com a assistente social e um ACS. Em complemento, a psicologia também se dedica à condução de atendimentos individuais e coletivos.

Em conformidade com essa relação observada entre o campo disciplinar e as estratégias para o apoio assistencial, a Entrevistada A-NASF 2 relata que:

As formas de apoio né... são né, voltadas também para o atendimento individual, mas também a gente faz muita educação em saúde nas salas de espera, os grupos de hipertensos, diabéticos, tem os grupos específicos do NASF também, é... grupos de ansiedade, de obesidade, grupos de ginástica né, dos educadores físicos, dos fisioterapeutas. Então, esse apoio é mais voltado mesmo né, para cada área, mas, principalmente, demandando uma educação em saúde, que é o nosso foco principal.

Sobre as visitas domiciliares, elas indicam ocupar espaço importante na agenda do núcleo e, geralmente, priorizando que sejam realizadas com os ACS. Em todas as EqSF referenciadas puderam ser presenciados relatos de visita compartilhada com os agentes e, inclusive, pôde-se participar de algumas dessas visitas conjuntas nas UBS 1J e 4J. Na primeira situação, tratava-se de duas visitas com a assistente social do NASF-AB e outra com a nutricionista. Na segunda UBS, acompanhou-se uma visita com a assistente social e depois uma abordagem conjunta dessa profissional com a de fonoaudiologia.

Além disso, como mencionado antes, foram observados também contatos telefônicos com ACS de outra unidade com o intuito de acordar a realização de alguma visita domiciliar.

Tanto nas falas quanto na observação participante não se detectou a polarização ou a tensão entre as intervenções individuais e coletivas. No caso 2 é identificada uma valorização mais equânime. Essa consideração pode ser verificada na fala da Entrevistada EqSF 2 ao expressar a sua percepção sobre como o NASF-AB pode colaborar com o trabalho da EqSF.

Eu acho que colabora muito, porque é um serviço que, assim, a gente não tem esses profissionais aqui né. Por exemplo, essas datas comemorativas que têm, eles estão sempre fazendo junto com a gente. Se for, por exemplo, para outubro rosa, eles vêm, eles ajudam a gente, eles dão palestra também, eles dão orientação. Os grupos que eles fazem, eles percebem alguma coisa no grupo: olha esse paciente estava na ginástica, não passou muito bem... eles encaminham pra gente, dão uma olhada na pressão, eles olham a pressão desses pacientes nos grupos. Ajudam a gente em todas as datas comemorativas. Tudo o que a gente precisa, eles estão sempre dispostos a ouvir. Eu acho que a parceria é muito boa (Entrevistada EqSF 2).

E os grupos que eles fazem também eu acho que é muito bom, igual esse grupo de ginástica, todo mundo que vai gosta muito. Então, eu acho muito importante (Entrevistada EqSF 2).

A Entrevistada A-NASF 2 também corrobora para o entendimento de que não há a subvalorização pelas EqSF de quando o trabalho ocorre por meio de grupos.

[...] a gente tem os nossos grupos, que têm se fortalecido, cada vez mais. Dependendo da demanda, a própria unidade né, nos sugere: vamos fazer um grupo de idosos, grupo de sobrepeso, de obesidade? Porque eles estão mais nas unidades. Então, eles conseguem perceber né, aquele fluxo maior, aquela demanda maior, muito mais do que a gente que, às vezes, está uma vez na semana naquela unidade [...] Então, eles têm procurado cada vez mais esse apoio também do NASF nesses grupos.

De modo geral, foram identificadas ofertas de grupos como: pilates (fisioterapia), ginástica laboral (fisioterapia), grupos de redução de peso⁹ (nutrição, fisioterapia e educação física), ginástica (educação física), taekwondo (educação física), saúde vocal para professores e intervenções com crianças encaminhadas por escolas (fonoaudiologia) e combate ao tabagismo (todos os profissionais). Os educadores físicos realizam suas atividades em diferentes espaços da comunidade, tais como pastorais, instituições de longa permanência para idosos, clínica de saúde mental presente no território da UBS 5J, ginásios comunitários e salões de igrejas.

Alguns grupos são ofertados conforme a percepção de encaminhamentos com demandas semelhantes, por exemplo, de orientação de pais, de ansiedade e de depressão (psicologia). Nesses casos, é realizado o agendamento de um atendimento coletivo e definidas as ações pertinentes, como possíveis encaminhamentos para demais setores da rede.

Em relação à psicologia foi observado um encontro destinado a orientações de pais. A demanda foi encaminhada pela UBS 4J e era de crianças de oito e nove anos de idade que apresentavam dificuldades escolares. Três responsáveis familiares estavam agendados, porém compareceram apenas duas genitoras. Foram realizadas orientações sobre as condutas dos pais diante das dificuldades e dos comportamentos apresentados pelas crianças e o encaminhamento para a psicoterapia na atenção secundária. No mesmo dia ainda estava

⁹ O projeto original do grupo teve início em 2013 no município estudado e obteve destaque tanto no âmbito municipal quanto estadual ao ser premiado no Prêmio Mineiro de Práticas Exitosas na Atenção Primária à Saúde. A proposta do projeto é a de atender as demandas de redução de peso conciliando a promoção de hábitos alimentares saudáveis com a prática de atividades físicas. Por isso, trata-se de um grupo multidisciplinar (nutrição, fisioterapia e educação física).

agendado o atendimento coletivo para quatro pessoas com demandas de ansiedade. No entanto, nenhum dos usuários compareceu.

O não comparecimento aos atendimentos agendados, sem justificativa pelos usuários, também parece ocorrer em outros contextos, como observado na UBS 2J. Nesse episódio, estavam agendadas, para o profissional de psicologia, cinco pessoas para o atendimento coletivo de demandas identificadas como de ansiedade, porém apenas uma compareceu.

Apesar de não se poder falar em uma dicotomia entre os atendimentos individuais e coletivos, não significa inexistência de qualquer expectativa de abordagem ambulatorial individual do NASF-AB. Em uma reunião de matriciamento com a UBS 3J houve o relato por uma das ACS quanto ao descontentamento da população em relação ao fato de não haver o acompanhamento individualizado pelo núcleo, pois, diante disso, tem que recorrer a locais mais distantes de sua residência para ter esse tipo de atendimento.

As salas de espera, como apresentado antes, e os eventos sociais se destinam a abordar temáticas que sejam propostas pelo Ministério da Saúde ou pela gestão local junto à comunidade das UBS.

[...] o nosso objetivo é levar orientação né, prevenção e promoção da saúde. Então, nesse sentido a gente acaba sempre levando algo que é considerado importante, que é algo que sempre justifica o tema do encontro, do evento. Então, a gente sempre leva situações que sempre contribuem no sentido de levar informação, de orientação. Então, isso fica muito bem visto e a forma também, geralmente, tudo muito lúdico, é... panfletos, é coisas demonstrativas, ilustrativas (Entrevistado B-NASF 2).

O detalhamento sobre como ocorre o desenvolvimento de ações como essas será discutido na análise da categoria ‘planejamento das ações’.

Sobre o PSE, foi observada uma intervenção conjunta do NASF-AB com a UBS 3J na escola local. Nesse dia estavam presentes todos os profissionais do núcleo, a enfermeira e dois ACS. Duas turmas indicadas previamente pela escola participaram da roda de conversa e das dinâmicas de grupo, as quais tiveram como tema as práticas corporais. Durante a realização da atividade a enfermeira afirmou que prefere realizar as intervenções com o núcleo, por entender que uma equipe sem a outra não é nada. Inclusive, nessa UBS pode-se constatar que a coordenadora sinaliza, tanto com as suas condutas quanto com verbalizações como essa, reconhecer o valor do NASF-AB para a atenção básica, o que indica colaborar para uma relação mais integrada entre as duas equipes.

Aspectos da relação entre o núcleo e as EqSF poderão ser explorados em subseção futura, tendo em vista que a mesma não se encontra igualmente estabelecida em todos os territórios de referência e que também possui certos pontos de tensão.

Outra estratégia identificada como apoio matricial é o encaminhamento. A Entrevistada EqSF 2 descreve que ao ser reconhecida uma demanda para o NASF-AB, a EqSF realiza o encaminhamento para o núcleo e esse ao recebê-lo faz o agendamento do atendimento. A partir disso,

esse encaminhamento fica registrado, fica guardado na agenda deles e assim que possível eles leem aquele caso, se tiver alguma dúvida, procura a gente pra ouvir um pouco da história do paciente e depois eles fazem o agendamento. Aí eles acompanham o paciente até o final. Se eles verem que não é eles: olha isso aqui não vai ter como, vou ter que encaminhar, o psicólogo encaminha para o psiquiatra se precisar, a assistente social se precisa encaminha para o CREAS... (Entrevistada EqSF 2).

A menção ao encaminhamento do NASF-AB para outros profissionais ou setores da rede de atenção também aparece quando a Entrevistada EqSF 2 relata a situação em que atuou conjuntamente com o núcleo diante da tentativa de autoextermínio daquele rapaz que estava com dificuldades de reinserção no mercado de trabalho. No acompanhamento dessa demanda a profissional informa que

no caso dele que vai ser só o psicólogo mesmo, o psicólogo pega, vai agendar uma consulta, faz uma avaliação pra ver como que está o estado do paciente, se ele vai necessitar de acompanhamento, se foi uma coisa, assim, só daquele momento, se ele está com indícios né, de depressão, pode estar iniciando, se tem necessidade de encaminhamento para o psiquiatra ou alguma coisa, assim, para avaliação (Entrevistada EqSF 2).

Tanto o atendimento realizado pelo próprio NASF-AB como os encaminhamentos realizados a partir dele, são identificados como formas de ofertar apoio à EqSF. Apesar disso, é importante que as equipes mantenham uma rotina de diálogo que possibilite acompanhar os desdobramentos dos encaminhamentos realizados, mesmo porque, esses, por si só, não são garantia de resolutividade da demanda. Para que o ato de encaminhar não seja apenas um momento burocrático de repasse de casos a outra instância, é imprescindível refletir sobre como ele tem acontecido e quais os resultados têm sido alcançados. Enquanto espaço pedagógico, que também serve ao propósito de avaliar e de devolver ‘dados’, a reunião de

matriciamento pode representar um desses importantes espaços para reflexões como a indicada.

7.3.3 Condições de trabalho

As tecnologias relativas à comunicação aparecem como uma condição de trabalho favorável ao desenvolvimento do apoio matricial. Uma vez que os canais ou dispositivos de comunicação são ampliados é possível que as equipes se beneficiem com a criação dos espaços informais de apoio. Porém, sabe-se que essa não é uma realidade igualmente usufruída entre os NASF-AB e as EqSF.

A dimensão da comunicação está presente nas falas dos dois profissionais do NASF-AB e da EqSF. A Entrevistada A-NASF 2, conforme citação apresentada ao tratar das formas de acesso às demandas pelo NASF-AB, explicita os contatos telefônicos como via de solicitação de apoio em casos mais urgentes, permitindo que as demandas sejam resolvidas mesmo quando o núcleo ou um determinado profissional não está na UBS demandante. Afirma ser isso o que mais facilita os apoios.

Em conformidade, Entrevistada EqSF 2 expressa a seguinte percepção:

Às vezes, eles não estão aqui na unidade, pode entrar em contato pelo telefone. Se eles verem que precisa mesmo, eles veem aqui ou pede para ir até no posto que eles vão estar atendendo. Todos eles são muito acessíveis. A gente chega, passa uma demanda, eles escutam, tentam ajudar. Aí, apesar do horário ser pouco, eles fazem o possível.

Então, de certa forma, o que parece ser, exclusivamente, uma facilidade, também se manifesta como um contraponto, ou seja, como uma tentativa de ‘driblar’ os limites impostos por uma carga horária e agendas de trabalho que impedem que os espaços formais e presenciais sejam maiores. Portanto, se, de um lado, a leitura de Tesser (2017) auxilia na compreensão de que a efetividade do apoio matricial está em não se limitar às circunstâncias formais e presenciais, por outro, também não se pode deixar de pensar sobre outras variáveis motivadoras para que o apoio ocorra de maneira informal e não presencial. Parcela desse condicionante pode estar na tentativa de resposta ou de superação de dificuldades concretas vivenciadas nos processos de trabalho das duas equipes.

Eu acho que o processo assim, melhor, é o sentido da comunicação que a gente tem com os profissionais. Então, a abertura né, com os enfermeiros, eles são sempre

acessíveis. Geralmente, quando a gente tenta interagir existe uma receptividade muito grande. Então, assim, essa interação, essa comunicação que eu acho que é uma coisa positiva (Entrevistado B-NASF 2).

A Entrevistada EqSF 2, quando relata a sua experiência de trabalhar com uma equipe volante, faz menção às características da estrutura física da sua UBS, o que pode ser considerada também como condição de trabalho interferente na consolidação do apoio matricial.

Eu acho que essa, assim, aqui a unidade tem uma estrutura muito boa. Então, quando eles chegam, eles têm o local deles, a sala deles que eles conseguem atender (Entrevistada EqSF 2).

Em apenas uma UBS do município foi identificada a existência de uma sala reservada aos profissionais do NASF-AB, com uma placa identificada com o nome do núcleo. De fato, nesse sentido, pode-se dizer que, em relação ao espaço físico, a UBS oferece ao núcleo maior conforto e privacidade para a organização e execução de seus trabalhos. Embora as condições de infraestrutura das UBS não tenham sido um aspecto tão desafiador como no primeiro caso, as condições das unidades deste núcleo também variam em termos qualitativos.

Em contrapartida, identifica-se nas condições de trabalho dificuldades para a construção do apoio matricial. Há o consenso entre os entrevistados quanto ao que seria o principal desafio: a carga horária do NASF-AB.

[...] o que dificulta mais o nosso trabalho é mais voltado, às vezes, o tempo né. Às vezes, a gente não está nas unidades sempre. Então, às vezes, dificulta um pouco né, o que dá mais é a demora no atendimento devido a gente não estar nas unidades todos os dias. Então, isso é uma grande dificuldade que a gente ainda enfrenta né, devido também a carga horária ser menor, então, às vezes, o que a gente vê mais dificuldade de... invés de facilitar né, o acesso ao paciente, às vezes, acaba tendo uma dificuldade mesmo [...] (Entrevistada A-NASF 2).

Olha, o que dificulta mais, às vezes, é a questão do horário que nós estamos na unidade. Por exemplo, tem unidade que como a gente vem uma vez por semana a gente não encontra. Então, por exemplo, um caso que chega para a gente, demora a ser atendido, porque tem que esperar uma semana para a gente conseguir atender e dar continuidade né. [...] Eu tenho que adaptar meu horário de fora daqui para atender, para não deixar. Ou seja, ou eu tenho que inverter o horário para poder vir resolver ou então eu tenho que largar o meu consultório particular para poder estar vindo resolver. Então, eu acho que a grande dificuldade é em função dessa carga horária (Entrevistado B-NASF 2).

De modo semelhante, a Entrevistada EqSF 2 também constata o mesmo elemento dificultador:

Eu só acho que poderia ser... eles terem uma carga horária maior presente dentro da unidade, porque, assim, não por culpa deles né, que o tempo que eles têm aqui eu acho que é pouco, porque é o tempo que é destinado para cada unidade. Eu acho que poderia ser mais. Melhoraria, porque eles têm muita demanda para conseguir atender em pouco tempo, porque a maioria vem na unidade uma vez na semana e em um turno, ou manhã ou tarde (Entrevistada EqSF 2).

Portanto, a dificuldade percebida se refere à relação carga horária e capacidade de atendimento das demandas. Os entrevistados falam sobre o impacto que isso gera quanto à demora em realizar o atendimento. Neste caso 2 foram observadas visitas semanais em todas as UBS e cada unidade tem a presença do NASF-AB em meio período do dia, como menciona a Entrevistada EqSF 2. Os profissionais de fonoaudiologia e de educação física, por exemplo, que apresentavam uma carga horária maior (30 horas) indicaram conseguir comparecer mais de um dia nas UBS.

A fala do Entrevistado B-NASF 2 aponta para algo que ele percebe como sendo incompatível quando se considera a relação carga horária e volume de demandas.

[...] tem os outros profissionais que fazem mais horas e a gente vê também que assim, aí já é um ponto a ser questionado, porque a grande demanda do trabalho é para psicólogo e nutricionista né. O psicólogo vinte horas e agora passaram as nutricionistas para quarenta. Então, assim, a gente sabe que o que mais tem demanda é o que menos tem carga horária (Entrevistado B-NASF 2).

A ampliação da carga horária do profissional de nutrição é a confirmação da constatação feita pelo entrevistado, na medida em que se percebeu que a jornada de trabalho não correspondia às solicitações que o campo estava fazendo a essa categoria. A perspectiva era de que as mesmas revisões fossem feitas para a psicologia e o serviço social.

A questão da carga horária, a partir da fala da Entrevistada EqSF 2, sinaliza um impacto direto nas formas de construção do apoio matricial, pois como aponta a entrevistada, alguns profissionais não podem se dedicar mais ao atendimento individual em função do tempo que dispõem para estar na unidade de saúde.

A fisioterapeuta é mais atendimento em grupo também: um alongamento, essas coisas, assim, mais em parceria com o educador físico. Não tem muito atendimento individual na unidade não. Até porque elas não... a carga horária delas não permite elas

pegarem pra fazer o atendimento individual mesmo né, porque, na maioria das vezes, o paciente precisa duas, no mínimo, duas vezes na semana. Elas não têm esse horário aqui. Então, faz mais é atendimento em grupo. Os casos individuais são encaminhados pra fisioterapeuta sem ser do NASF (Entrevistada EqSF 2).

Então, pode-se dizer que o tempo disponível em cada UBS parece reforçar a abordagem grupal das demandas. No entanto, a fala da Entrevistada EqSF 2 também parece sugerir a existência de demandas que não são próprias ao escopo do NASF-AB, como o atendimento ambulatorial de fisioterapia e que, nessa situação, conforme as diretrizes pertinentes, prevê o encaminhamento para outros pontos de atendimento da rede. É preciso, portanto, entender que nem todos os encaminhamentos são decorrentes da dificuldade de atendimento gerada pela carga horária do núcleo, mas como parte de um itinerário ‘natural’ para cada demanda.

Mesmo não havendo o encontro de todos os profissionais ‘nasfianos’ em cada UBS, na observação participante verificou-se que a maior parte da equipe consegue comparecer em dias comuns nas unidades. Além disso, há aquela orientação da coordenação dos NASF-AB quanto à reserva de um dia da semana para a reunião de cada equipe em uma das UBS, representando uma tentativa de minimizar problemas decorrentes dessas agendas diferenciadas.

Outro impacto decorrente da dificuldade identificada é apontada pela Entrevistada EqSF 2, quando indica a necessidade de se estabelecer alguma prioridade entre as demandas a serem atendidas pelo NASF-AB.

[...] apesar do horário ser pouco, eles fazem o possível. A gente vai selecionando aqueles que estão precisando com mais urgência né. Então, eles vão ser atendidos mais rápido (Entrevistada EqSF 2).

Então, acaba que eles têm um curto período de tempo pra atender toda a demanda e, às vezes, demora mais do que a gente gostaria. Mas, os casos que precisam mais, são atendidos em tempo hábil (Entrevistada EqSF 2).

A enfermeira entrevistada relata que a sua UBS possui duas EqSF e que ainda há uma área descoberta (três bairros) referenciada pela unidade. A profissional estima um montante de onze mil pessoas referenciadas pelas duas EqSF. Nessa unidade, em função da sobrecarga, acredita-se que a carga horária do NASF-AB seja ainda mais desafiadora do que em outras unidades de saúde. Percebe-se que, enquanto um sistema, outras variáveis externas ao núcleo podem impactar e potencializar certo modo de funcionamento. Imagina-se que não só pode

haver demandas transbordando como, por decorrência, agendas lotadas (tanto da EqSF quanto do núcleo) que impossibilitam, por exemplo, maiores investimentos em espaços formais e informais para o apoio matricial.

Numa realidade como a desta UBS a discussão não deve se resumir em questões como a ampliação da carga horária ou da criação de mais equipes do núcleo. A fala da Entrevistada EqSF 2 sinaliza outros gargalos que precisam ser analisados na busca de soluções para as dificuldades vivenciadas na construção do apoio matricial.

Apesar dos entrevistados terem identificado a variável comunicação como um elemento facilitador do apoio matricial, o Entrevistado B-NASF 2 evidencia que ela também pode ser sacrificada pelas agendas sobrecarregadas, exemplificando com o seguinte episódio.

Bem, os enfermeiros são sempre muito acessíveis, ao mesmo tempo eles têm uma certa restrição. Que tipo de restrição? Seria, às vezes, eles não conseguem dar uma procedência. Então, assim, tem alguma coisa para fazer, eles não têm tempo, aí eles acabam jogando a responsabilidade para a gente. Então, eu acho que esse é o grande... essa grande dificuldade que a gente se encontra, seria nesse sentido de tentar resolver as questões. A comunicação ela é bem estabelecida, só que, em muitos momentos, aí eu vou até te dar um exemplo disso: chegou um ofício no CREAS e a enfermeira realizou uma visita e comunicou que tinha passado o caso para a gente do NASF. A gente não estava nem ciente de qual caso era. Então, a partir do momento que a gente foi lá, a gente não tinha, nem sabia o quê que se tratava. Então, assim, existe também uma dificuldade de, às vezes, chegar, de pontuar, de conversar, isso também existe.

Portanto, a fala do entrevistado, ao mesmo tempo em que reconhece que há uma comunicação bem estabelecida entre as equipes, reconhece a dificuldade gerada pela ‘falta de tempo’ para a manutenção desses diálogos. Essa ‘falta de tempo’ (comprometimento com outras atividades) é o que também apareceu, em algumas circunstâncias, vinculado à ausência de profissionais da EqSF em reuniões de matriciamento.

Por outro lado, não há dúvidas de que os territórios referenciados por uma mesma equipe de NASF-AB guardam particularidades internas, o que faz com que cada realidade coloque seus desafios próprios. Exemplo disso são as condições físicas da UBS 3J, as quais, dentre todas as unidades sob a referência deste núcleo, aparentava ser a que mais merecia atenção. No início das observações participantes a referida unidade funcionava em um local que, a partir das falas de alguns profissionais, representava um desafio aos trabalhos, sobretudo, da EqSF. A unidade, com um espaço interno muito restrito, era incompatível com a quantidade de profissionais acumulada com a presença do núcleo, levando à necessidade de

que, em certos momentos, a coordenadora da unidade cedesse a sua sala para a realização de atendimentos do núcleo. Além disso, indicava a demanda de reparos. Alguns profissionais relataram a falta de luz em uma das salas de atendimento. Posteriormente, a UBS se mudou para outro local para a realização de reformas do espaço anterior, de acordo com informações fornecidas pelos profissionais.

As condições relatadas, por vezes, representaram um desafio também à realização da observação participante, na medida em que o pequeno espaço impunha uma proximidade física ainda muito maior, face a face, entre pesquisadora e participantes e o consequente receio de que a presença da primeira fosse percebida como acentuadamente invasiva. Esse arranjo trouxe alguns incômodos subjetivos no processo da pesquisa: como não ser invasivo ou intimidador quando se está perto demais dos sujeitos de pesquisa? Aonde se posicionar quando se experimenta a ausência de um lugar? No entanto, percebe-se que a receptividade da EqSF e do NASF-AB à pesquisa foi crucial para a atenuação desse desconforto.

O Entrevistado B-NASF 2 e a Entrevistada EqSF 2 apontam a existência de diferenças qualitativas em termos de estrutura física das unidades de saúde, o que também foi constatado na observação participante, podendo impactar no apoio matricial prestado às diferentes EqSF e se manifestando, em algumas ocasiões, como um aspecto dificultador dos processos de trabalho. Esse aspecto será abordado na próxima categoria ‘diferenças entre as comunidades e as UBS referenciadas’.

7.3.4 Diferenças entre as comunidades e as UBS referenciadas

Quando questionada se existem diferenças no apoio prestado às diferentes EqSF, a Entrevistada A-NASF 2 informa que:

As diferenças nesse sentido é mais mesmo voltado para a demanda daquele local. A gente, às vezes, trabalha em áreas mais rurais, tem áreas que são mais urbanas. Então, a gente... as diferenças maiores são nesse sentido, dos próprios moradores, da região. Tem gente que procura mais a equipe né, locais, normalmente, zona rural, é mais... não procura tanto quanto as zonas mais urbanas. Mas, a diferença é mais nesse sentido, porque a gente oferece o mesmo tipo de trabalho né, em todas as unidades.

A entrevistada correlaciona o caráter da demanda e o grau de procura pelo serviço por parte dos usuários em função da comunidade de origem, distinguindo as áreas urbanas e as rurais. Mesmo entre as UBS urbanas é possível distinguir peculiaridades quanto ao volume e

ao perfil das demandas, fazendo com que as categorias profissionais sejam solicitadas em intensidades distintas. A observação participante sugere, por exemplo, que a vulnerabilidade social seja maior no território de determinadas UBS do que de outras.

Em conformidade, o Entrevistado B-NASF 2 também declara que há diferenças no apoio:

Nesse sentido, a gente acaba assim, por exemplo, as comunidades e as equipes, elas variam muito. Então, têm certas unidades que a gente consegue fazer tudo aquilo que a gente determina. Têm certas unidades que a gente não consegue. Aí eu vou te dizer também a diferença que tem do NASF. Como eu tenho essa experiência de duas equipes diferentes, por exemplo, no NASF-AB Girassol, no tempo que eu fiquei lá, eu tinha, ao todo, oito grupos terapêuticos de mulheres, isso nas unidades que eu trabalhava. Aqui, no Jasmim, eu não tenho nenhum. Então, eu tentei montar um, mas não deu certo. Então, o que a gente vê é que tanto as unidades quanto as localidades, ou seja, as demandas de bairro são totalmente diferentes. Então, a gente tem que meio que adaptar à realidade e fazer uma leitura inicial das demandas presentes para a gente trabalhar né. Então, existe essa diferenciação também¹⁰.

O entrevistado apresenta a experiência de ter trabalhado em território de referência de outro NASF-AB, o que favorece a percepção mais sensível de diferenças entre as comunidades e as UBS. Na citação acima, destaca-se a seguinte passagem: *adaptar à realidade e fazer uma leitura inicial das demandas*. O profissional realça a necessidade de adequação da atuação em decorrência da realidade local, manifestando que determinadas intervenções, como certos tipos de grupos, não funcionam ou não se aplicam em qualquer comunidade. Isso revela que a equipe precisa ser flexível e diagnosticar de modo preciso quais são as necessidades de cada público, pois, caso contrário, a ação padronizada será correlata a intervenções mal fadadas.

Neste sentido, percebe-se que a própria comunidade funciona como espécie de *feedback* para a equipe do NASF-AB, que estando atenta poderá estabelecer o que é ou não pertinente ao contexto. Por isso, não se pode esperar que, de fato, o apoio matricial seja exatamente igual em todas as UBS. Mesmo que os instrumentais sejam comuns (visitas domiciliares, grupos etc.) a maneira de executá-los precisará se moldar às exigências próprias de cada local. Isso ajuda a compreender a dificuldade colocada no desenvolvimento de certos grupos ofertados pelo núcleo, pois, talvez, o problema esteja na oferta de algo que não se adequa ao perfil das demandas.

¹⁰ Durante a entrevista, o profissional menciona o nome da equipe anterior do NASF-AB em que trabalhou e da atual equipe em que está. Porém, tendo em vista os cuidados éticos, esses nomes foram subtraídos e substituídos pela designação fictícia estabelecida pela pesquisadora.

Não apenas o apoio matricial, como as demais ferramentas tecnológicas do NASF-AB (PTS, PST e clínica ampliada), precisam ser planejadas a partir do estudo social, de modo que a discussão sobre o que ofertar parta do conhecimento do público alvo e do seu espaço social de produção da saúde. Para tal, faz-se preponderante a troca de informações entre o NASF-AB e as EqSF (sobretudo, considerando o papel privilegiado que possui o ACS).

Para exemplificar, pode-se fazer o resgate daquela demanda de um grupo de taekwondo para jovens da comunidade da UBS 5J, apresentada pela EqSF durante a reunião de matriciamento. Tal proposta de intervenção se justifica na medida em que se conhecem as vulnerabilidades e as lacunas presentes naquele contexto, mas não se justifica numa outra realidade em que a questão social passa, por exemplo, pela negligência ao idoso. Pode-se também pensar no projeto de emagrecimento que, embora bem sucedido e premiado, não será sempre exitoso em qualquer localidade.

Outro aspecto que precisa ser analisado se refere às condições de infraestrutura das unidades, as quais, como relatado pelo Entrevistado B-NASF 2 e observado na pesquisa de campo, se diferem pelo município. Perguntado sobre a existência de diferenças no apoio prestado às diferentes equipes, esse profissional responde que:

Com certeza, isso vai ser, principalmente, ligado à estrutura da unidade, tem unidade que a gente tem sala, então, assim, a comunicação é mais facilitada. Tem unidades que a gente não tem um local apropriado [...] (Entrevistado B-NASF 2).

Como discutido anteriormente, existem UBS que funcionam em unidades que foram construídas para esse fim e que garantem o maior conforto e privacidade para os trabalhos do NASF-AB e das EqSF. Por outro lado, há UBS que funcionam em locais que sugerem que, originalmente, eram residências e que, por vezes, possui espaço interno pequeno e que, como observado no campo e confirmado pelos profissionais, trazem alguns desafios para a execução dos trabalhos das duas equipes. Essa diferença qualitativa fica evidenciada ao se comparar, por exemplo, a UBS 4J com a UBS 3J. Na primeira, projetada para ser uma UBS, reserva uma sala específica para os profissionais do núcleo e, a segunda, com um ambiente mais confuso devido à limitação do espaço interno para os atendimentos.

As diferenças entre as comunidades e as UBS referenciadas podem corresponder a aspectos que facilitam ou dificultam, em intensidades e maneiras distintas, o desenvolvimento do apoio matricial: volume de demandas, características epidemiológicas, condições físicas das UBS, acesso à unidade de saúde pelos usuários etc. Alguns contextos indicam ser mais e

outros menos favoráveis ao matriciamento, implicando em certos modos de fazê-lo e em nuances singulares dentro de um mesmo município ou do território de um mesmo NASF-AB.

7.3.5 Percepções e expectativas entre as equipes

A relação entre as equipes manifesta produzir e ser produzida tanto pela ‘percepção do NASF-AB sobre as expectativas da EqSF’ quanto pela ‘percepção da EqSF sobre o trabalho do NASF-AB’. Nesse sentido, depreende-se que a maneira com que uma equipe percebe a outra funciona como enquadre relevante para se pensar a construção do apoio matricial.

O Entrevistado B-NASF 2, quando questionado sobre o que percebe em relação às expectativas que as EqSF têm sobre o núcleo, informa que:

Essas expectativas são total, são cem por cento. Em muitos eventos, em muitas ações que nós fazemos né, todas elas são jogadas para o NASF. Então, assim, a gente tem essa divisão, que teria que ser em conjunto, mas a gente acaba tendo essa distinção. Então, essas expectativas são de que é sempre a gente que vai fazer. Então, a verdade é essa né. Todas as ações, os trabalhos, os projetos, os programas que têm que ser feito, isso tudo, essa expectativa é sempre de que a gente é que vai abraçar, é a gente que vai se responsabilizar né, em estar efetuando (Entrevistado B-NASF 2).

O profissional indica certa tensão, ao perceber que não há uma atuação conjunta com o NASF-AB no desenvolvimento de determinadas ações. Talvez, o que foi descrito sobre as expectativas das EqSF possa ser, em parte, compreendido em função daquela agenda de trabalho sobrecarregada que apresentam, o que pode gerar um desafio para o envolvimento em ações que extrapolem o cotidiano das UBS.

Em complemento, o Entrevistado B-NASF 2 afirma que existe a dependência do NASF-AB “em estar fazendo, em estar executando tudo”. O problema é consequência de uma atuação desinteressada ou de uma limitação da EqSF em fazer mais do que o que já se faz? Podem ser as duas coisas juntas? E a outra questão que se coloca é: quais são as repercussões dessa percepção de uma lacuna no trabalho conjunto para a qualidade das relações entre as equipes? Não se anseia encerrar o debate e tão pouco oferecer respostas últimas para as indagações levantadas, mas, sobretudo, indicar que se trata de um cenário bastante complexo e que precisa ser analisado com igual prudência. O que os dados sugerem é que se faz necessário um conhecimento adequado das condições de trabalho, tanto do NASF-AB quanto das EqSF, para que os respectivos profissionais possam construir percepções mais aproximadas com a realidade de cada uma das equipes, evitando-se, por decorrência, crenças

e estereótipos que possam representar obstáculos concretos para uma aproximação mais eficaz.

Em contrapartida, a Entrevistada A-NASF 2 apresenta um posicionamento diferente, indicando uma relação de suporte recíproco entre as equipes.

Então, a gente tem uma relação muito né, construtiva e com certeza temos muito apoio. Somos apoio e temos apoio das equipes também (Entrevistada A-NASF 2).

Olha, eles realmente têm procurado cada vez mais o nosso apoio, eles estão percebendo também que, como que é a importância do trabalho do NASF, porque antes não se era visto como a gente tem visto hoje né, principalmente, como apoio, a importância dos profissionais, de cada profissional, o quê que eles podem oferecer, o que a gente pode oferecer. Na unidade básica de saúde, tanto também nas reuniões, nas salas de espera, principalmente, nos eventos também que as unidades oferecem, a gente tem esse apoio específico para isso. Então, essa expectativa a gente vê que cada vez está aumentando mais e de uma forma muito boa né, que eu acredito que a gente tem mostrado mais o nosso trabalho e eles têm observado mais o nosso trabalho também. É importante né, essa interação, muito importante essa interação entre as equipes de saúde com o NASF, que um não trabalha sem o outro (Entrevistada A-NASF 2).

Sobre a percepção da importância do trabalho do núcleo, a entrevistada é coerente com o que havia sido expresso pela Entrevistada EqSF 2, reconhecendo a relevância dos profissionais que a atenção básica não dispõe e que são acessados por ela através do NASF-AB. Embora seja dito que uma equipe não trabalha sem a outra, a fala do Entrevistado B-NASF 2 sugere que nem sempre isso se faz uma realidade, de fato.

Os posicionamentos dos Entrevistados A e B-NASF 2 são muito distintos entre si. Sendo assim, se reconhece o que é o ideal (a reciprocidade) e, ao mesmo tempo, os desafios que ainda podem ser encontrados para a sua efetivação. E, ainda, que sobre uma mesma realidade concreta é possível detectar leituras subjetivas muito diversas.

Quando se trata das expectativas que as EqSF nutrem sobre os trabalhos do NASF-AB, pode-se esperar que elas sejam muitas, pois o núcleo vem como a materialização de uma oferta de atenção especializada, além de colaborar com as ações generalistas em curso pelas EqSF. Contudo, os profissionais do núcleo não falam sobre expectativas de atendimentos individuais como apareceu no caso 1, em detrimento das abordagens coletivas. Essa menção também não aparece na fala da Entrevistada EqSF 2.

A Entrevistada A-NASF 2 faz um realce às buscas que têm se tornado mais expressivas por parte das EqSF e, inclusive, no que se refere aos grupos ofertados pelo NASF-AB.

Então, a gente tem percebido essa busca né, através das equipes de saúde da família e essa demanda tem vindo para nós mais nesse sentido, assim de, eles têm buscado o nosso apoio mais nesse sentido. Dependendo de cada unidade, claro, às vezes, são casos de grupos com crianças, nas escolas, também de dar o apoio também no Programa de Saúde na Escola, PSE. Então, eles têm procurado cada vez mais esse apoio também do NASF nesses grupos. Então, isso a gente tem visto que tem aumentado muito mais e sempre uma expectativa para o lado bom, com certeza [...] (Entrevistada A-NASF 2).

De modo geral, os dois entrevistados do núcleo sugerem que há uma expectativa crescente de apoio das EqSF em relação ao NASF-AB, sendo que as consequências disso são observadas de formas distintas: por um lado, a centralidade na execução de certas ações pelo núcleo e, por outro, a reciprocidade entre as equipes. Ao identificar uma percepção de intervenção compatível com o desenvolvimento dos grupos, a Entrevistada A-NASF 2 sinaliza que há uma maior compatibilidade entre o que as EqSF esperam do núcleo e o que o discurso formal apresenta como sendo o caráter de atuação dele: o trabalho com grupos.

O que se pode perceber, mesmo a partir de posicionamentos muito distintos entre os entrevistados do NASF-AB, é que a relação entre as equipes (núcleo e EqSF) são produzidas por expectativas e essas produzem/atualizam essa relação.

Em maio de 2018 foi observada a terceira reunião entre os NASF-AB e a coordenação local, quando se verificou indícios de uma maior flexibilização em relação ao atendimento individual e grupal. A gestão apresentou os principais eixos de atuação: apoio matricial, atendimento individual, atividades coletivas, ações junto à comunidade e educação permanente com as EqSF. No lugar do peso diferenciado que se observava entre o individual e o coletivo, verificou-se um discurso que ponderou cada forma de atenção em função da especificidade da natureza da demanda do usuário.

Isso foi reforçado pela exposição de um breve vídeo¹¹ sobre o apoio matricial, produzido pelo departamento de atenção básica e em comemoração aos dez anos do núcleo, que considera o atendimento individual como forma de apoiar as EqSF e que poderá, no futuro, subsidiar outras estratégias de cuidado. O material contribui para superar a dicotomia entre as duas formas de atendimento, negando que uma seja melhor ou superior a outra ou que uma dada forma caiba para todos e em todas as circunstâncias.

Nesse sentido, a discussão trazida durante a reunião e amparada pelo vídeo é percebida como um avanço do campo ao fazer a leitura de que cada caso irá requerer estratégias de

¹¹ O vídeo pode ser acessado através do seguinte endereço: <https://www.youtube.com/watch?v=4I4AIDRTPno>

apoio específicas. Mas, esse entendimento também precisa ser construído em conjunto com as EqSF, gerando o que o vídeo menciona sobre a produção de autonomia dessas equipes.

Considerar as percepções e as expectativas que o NASF-AB apresenta sobre as EqSF e vice-versa, torna-se importante objeto de análise, na medida em que traz implicações em relação ao que uma equipe demanda e ao que se espera que a outra lhe ofereça. Portanto, percebe-se que o campo sobre o qual as interações são construídas, transcende o real e abarca um universo de valores, sentimentos, estereótipos, desejos, ou seja, há algo de subjetivo que produz afetamentos recíprocos.

É importante considerar a percepção que a Entrevistada EqSF 2 apresenta sobre a sua própria atuação na EqSF.

Quando eu cheguei, eu estranhei um pouco, porque é uma realidade muito diferente de hospital né, de bloco cirúrgico. Eu gostava muito do que eu fazia lá. Aí, eu assustei um pouco. Mas, agora eu já me adaptei e eu gosto muito. Mas, infelizmente, tem muita coisa que a gente quer fazer e que a gente não consegue fazer. Até porque eu acho que a população ainda precisa melhorar essa visão de... do quê que é uma saúde da família, porque eles procuram muito como consultório, tipo assim: aí, estou passando mal eu vou lá pegar uma receita, vou pegar um remédio. E a gente não consegue, às vezes, fazer tanto o que a gente veio para fazer né, que é mais a educação em saúde mesmo (Entrevistada EqSF 2).

De acordo com Panizzi et al. (2017) ainda é observado, entre estudos que abordam os processos de trabalho em saúde, uma hegemonia do modelo biomédico, centrado na doença e na figura do médico, recorrendo-se a exames e medicamentos. No entanto, a fala acima evidencia que esse ideal de uma atenção à saúde nos velhos moldes também pode estar presente entre os próprios usuários e constituir-se como desafio para o redirecionamento do modelo assistencial.

O modo de significar a EqSF e, consequentemente, a atuação na referida equipe, indica ser uma pré-condição relevante para o que se demandará ao NASF-AB. A entrevistada menciona o papel da EqSF no desenvolvimento da educação em saúde, remontando há algo pontuado pela Entrevistada A-NASF 2, quando a mesma havia falado sobre as ações de apoio como resposta às demandas de educação em saúde, o que seria, no seu entendimento, o foco principal do núcleo. A educação em saúde aparece tanto como campo de atuação da EqSF quanto do núcleo, o que é interessante por sinalizar a correspondência entre o que se demanda e o que se oferta.

A Entrevistada EqSF 2 considera que o entendimento da população sobre o que é a EqSF ainda não é compatível com o que ela é, pontuando as buscas por atendimento ambulatorial. A visão de que a EqSF não deve funcionar enquanto ambulatório, provavelmente, poderá contribuir para que as mesmas expectativas não sejam direcionadas por essa equipe ao NASF-AB. Afinal, seria cometer o mesmo equívoco que a entrevistada percebe quando se refere aos usuários.

Outro aspecto importante que merece destaque é o sentimento da limitação em poder fazer tudo o que deveria ser feito. Mais uma vez, isso faz refletir sobre as condições de trabalho, além do que a entrevistada indica ser uma dificuldade decorrente do tipo de expectativa que a população tem sobre o serviço. A profissional indica que essas demandas não compatíveis com a natureza do equipamento, de alguma maneira, funciona como desafio para se fazer o que deve ser feito. Esse é um risco que o NASF-AB também pode estar sujeito. Por isso, acredita-se que a percepção do trabalho do núcleo é, vigorosamente, afetada pelo que se entende sobre o próprio papel da EqSF. Uma visão distorcida dessa equipe pode aumentar a probabilidade de uma leitura também problemática do núcleo.

A Entrevistada EqSF 2 avalia como positiva a parceria que possui com o NASF-AB, ressaltando o fato de contar com profissionais que ela não possui na sua equipe e, com isso, permitindo o atendimento de demandas específicas.

Tudo o que a gente precisa, eles estão sempre dispostos a ouvir. Eu acho que a parceria é muito boa [...].

[...] por exemplo, chegou aqui um diabético descompensado. Até eu encaminhar pra nutricionista, às vezes, conseguir pelo sistema de regulação, seria uma coisa que demorava. Aqui, se a gente fizer a justificativa, a nutricionista, ela leu, ela viu que aquela paciente está precisando com urgência, ela dá um jeito, ela atende aquela paciente na frente das outras que, às vezes, está procurando mais é um emagrecimento. Então, a gente consegue ter uma resolutividade mais rápida do que se a gente fosse tudo encaminhar e esperar a consulta pelo sistema de regulação.

O reconhecimento da importância das intervenções grupais realizadas pelo NASF-AB também está presente na fala da Entrevistada EqSF 2, corroborando com o que a Entrevistada A-NASF 2 do núcleo havia mencionado anteriormente.

E os grupos que eles fazem também eu acho que é muito bom, igual esse grupo de ginástica, todo mundo que vai gosta muito. Então, eu acho muito importante (Entrevistada EqSF 2).

No entanto, não deixa de considerar o desejo de uma carga horária e uma permanência maior do núcleo na unidade de saúde.

Eu acho que é uma relação que tem uma tendência de melhorar, porque o NASF é uma coisa que foi implantada recentemente. Eles têm um plano de aumentar o número de equipes. Se aumentar a gente vai ter eles mais presentes dentro da unidade. Então, eu acho que é uma coisa que veio pra ficar e eu acho que vai dar certo sim e a população também está acostumando de ter na unidade esses profissionais. Eu acho que é uma parceria que vai dar muito certo (Entrevistada EqSF 2).

Apesar desse desafio da carga horária a fala da Entrevistada EqSF 2, em algumas passagens da entrevista, faz referência à disponibilidade dos profissionais do núcleo e aos espaços informais de diálogo que são mantidos. Como discutido antes, a observação participante permitiu confirmar a existência desses espaços.

O fato de ser um serviço com poucos anos de existência também acarreta consequências, pois as relações entre EqSF e NASF-AB estão em processo de maturação e o conhecimento do que seja a segunda ainda está em curso. No primeiro contato da pesquisadora com uma coordenação de EqSF, referenciada por este núcleo, ao apresentar a pesquisa e o termo de consentimento livre e esclarecido, a profissional questionou sobre o que seria o apoio matricial. Essa constatação evidencia o caráter de um serviço sem precedentes e que precisa ser compreendido mais profundamente.

Embora seja percebida pela Entrevistada EqSF 2 uma relação positiva, sabe-se, como tem sido ponderado no decorrer de toda a pesquisa, que essa não é uma realidade igualmente consolidada em todos os territórios. Um exemplo sobre isso foi observado na terceira reunião que se acompanhou entre os três NASF-AB do município e a coordenação local, quando entre as pautas de discussão estavam as seguintes questões: o que fazer para uma maior proximidade, especificamente, com os ACS? O que fazer para um maior reconhecimento do núcleo?

No percurso da observação participante, foi verificado que uma das tentativas empreendidas pelo NASF-AB Jasmim, era a educação permanente que realizavam no início das reuniões de matriciamento e que, por vezes, se abordou sobre o que é o núcleo e a importância da parceria com os ACS, por exemplo. Há que se manter e fortalecer as estratégias que permitam afinar discursos, desejos e ações dentro da atenção básica, pois somente assim o núcleo não correrá o risco de ser um apêndice, tratando de um campo de atuação que precisa ser ‘comum’ às duas equipes. “Sendo assim, é fundamental um processo

pedagógico, que impacte o plano da cognição e também da subjetivação, isto é, forme novas subjetividades, que representam um dos fatores de mudança dos sujeitos e, por consequência, do processo de trabalho” (Panizzi et al., 2017, p. 157).

A criação do NASF-AB representa a proposta de reestruturação produtiva do cuidado na esfera da atenção básica, mediante três estratégias: processos relacionais, interdisciplinares e de responsabilização entre o núcleo e suas EqSF. Contudo, é preciso vincular educação e trabalho. Para que se estabeleçam novas práticas é preciso que haja novos sentidos (Panizzi et al., 2017).

Questões como essas que estão sendo expostas reforçam o fato de que, na relação com as EqSF, o NASF-AB está tentando encontrar o seu lugar e afirmar a sua identidade.

7.3.6 Planejamento das ações

O planejamento das ações de apoio matricial parte tanto de demandas que são levantadas junto às EqSF, através de espaços formais e informais, quanto de solicitações que são encaminhadas ao NASF-AB por meio de dispositivos ‘externos’ a essa relação matricial, como, por exemplo, da coordenação local dos núcleos.

As agendas, eu já falei, elas são realizadas nesses encontros semanais. Elas são seguidas através do cronograma passado pela coordenação, tá. E a gente segue também o cronograma de saúde do ministério da saúde né, e também é... a gente pega também esses temas a serem abordados. Por exemplo, febre amarela, que é uma questão que está em alta [...] (Entrevistado B-NASF 2).

Tem um cronograma anual da saúde né, onde existem temas de janeiro a dezembro. Então, esses temas têm lá estabelecidos por eles e também a gente segue as datas comemorativas, por exemplo, o mês da saúde, novembro azul, setembro amarelo, outubro rosa, dezembro vermelho. Então, a gente acaba seguindo também esses direcionamentos assim (Entrevistado B-NASF 2).

Como foi analisado no primeiro caso, não se pode desconsiderar o papel importante que a coordenação local assume no direcionamento das ações de suporte implementadas pelos NASF-AB. Essa análise pode ser sustentada tanto por falas como a ilustrada pelo Entrevistado B-NASF 2 quanto por dados produzidos pela observação participante, quando as reuniões com a coordenação tinham como contribuição pensar/avaliar as intervenções em curso e projetar novas ações.

Esses direcionamentos produzidos pela coordenação local indicam funcionar como espécie de suporte a quem se destina ser apoiador. Porém, o mesmo propósito que se deve ter na relação entre o NASF-AB e as EqSF – o apoio matricial que gera autonomia das equipes de referência através da construção de saberes que essa performance possibilita – acredita ser pertinente para a relação entre o núcleo e sua gestão. A instrumentalização que essa gestão promove deve vislumbrar a autonomia e a criatividade crescente das suas equipes, sendo capazes de identificar as especificidades de cada realidade e as demandas que extrapolam aqueles temas previamente definidos.

A Entrevistada A-NASF 2 também menciona os encontros semanais que a equipe do núcleo realiza com todos os profissionais em uma das UBS referenciadas e que serve como oportunidade de planejamento das ações, o que pode se constituir como estratégia de fortalecimento da autonomia e da criatividade do NASF-AB.

7.3.7 Avaliação das ações implementadas

A reunião matricial é identificada, assim como a reunião semanal entre os profissionais do NASF-AB Jasmim, como sendo o local em que a avaliação das ações é realizada.

A Entrevistada EqSF 2 considera o papel da reunião de matriciamento como espaço de se avaliar o que foi feito e o que ainda precisa ser realizado.

[...] na reunião mensal eles leem a ata anterior. Aí, têm as demandas lá. E aí a gente sempre fala: e a demanda da sua micro área, do senhor J, vamos supor, ela foi resolvida? A não, já foi lá, já está tudo ok. Ou então, a... foi, mas ele ainda está com esse problema, estava pensando em a gente reavaliar, fazer uma outra visita. A gente sempre faz a leitura da ata anterior, pega as demandas que foram passadas pra ver como que elas estão, o andamento delas (Entrevistada EqSF 2).

De maneira semelhante, a Entrevistada A-NASF 2 faz a seguinte referência à reunião de matriciamento:

Então, nas reuniões de matriciamento a gente fala, especificamente, sobre essas demandas né e, principalmente, o acompanhamento como que está funcionando e como que tem que funcionar.

O Entrevistado B-NASF 2 menciona o processo avaliativo a partir das reuniões internas do NASF-AB:

Geralmente, essas discussões, esses negócios, são realizados nas reuniões de equipe, que na minha são realizadas toda segunda-feira [...] e a gente acaba discutindo, não só a questão desses eventos como, por exemplo, PTS, é... como a questão da agenda, a questão da sala de espera, os temas a serem abordados, o que a gente vai discutir durante o tema. Então, a gente acaba tendo essa reunião, justamente para a gente não só fazer uma avaliação como a gente trabalhar também a condução do trabalho.

Não foi observada nas entrevistas qualquer referência ao papel desempenhado pela coordenação do núcleo na avaliação das ações, diferente do que foi verificado no caso 1. No entanto, sabe-se que para este NASF-AB Jasmim a gestão também funciona como forma de *feedback* a respeito do que vem sendo executado e das perspectivas futuras de intervenções.

Um exemplo sobre isso é a apresentação que foi realizada durante a terceira reunião acompanhada pela pesquisadora, circunstância em que foi apresentado pelo coordenador o panorama, sobretudo, quantitativo, das ações desenvolvidas durante o primeiro semestre de 2018 pelo NASF-AB (atividades de grupo, visitas domiciliares, práticas corporais e educação em saúde), permitindo identificar áreas potenciais e deficitárias. Observou-se uma redução no somatório das ações dos três núcleos, o que pode, de repente, ser justificado pela dedicação plena do apoio matricial à campanha de enfrentamento da febre amarela, sendo as demais atividades suspensas nesse período.

Outro aspecto avaliado nessa mesma oportunidade foi a necessidade de maior divulgação dos trabalhos do núcleo nos territórios e aproximação entre o NASF-AB e as EqSF, discutindo-se a dificuldade de participação das equipes referenciadas nas reuniões de matriciamento.

Embora a realidade de atuação de cada NASF-AB seja muito distinta em decorrência das diferenças territoriais, julga-se que esse momento de avaliação e de planejamento conjunto, através das reuniões com a coordenação dos núcleos, funciona como forma de mostrar as experiências exitosas e aquelas deficitárias que podem ser inspiradoras para modos de apoio matricial mais resolutivos. A experiência de compartilhamento entre os núcleos parece se constituir como estratégia de fortalecimento e de alívio de angústias e de frustrações vivenciadas no cotidiano de trabalho.

7.4 Caso 3: NASF-AB Girassol

O território do NASF-AB Girassol é configurado da seguinte maneira:

Tabela 12: Composição das UBS referenciadas pelo NASF-AB Girassol

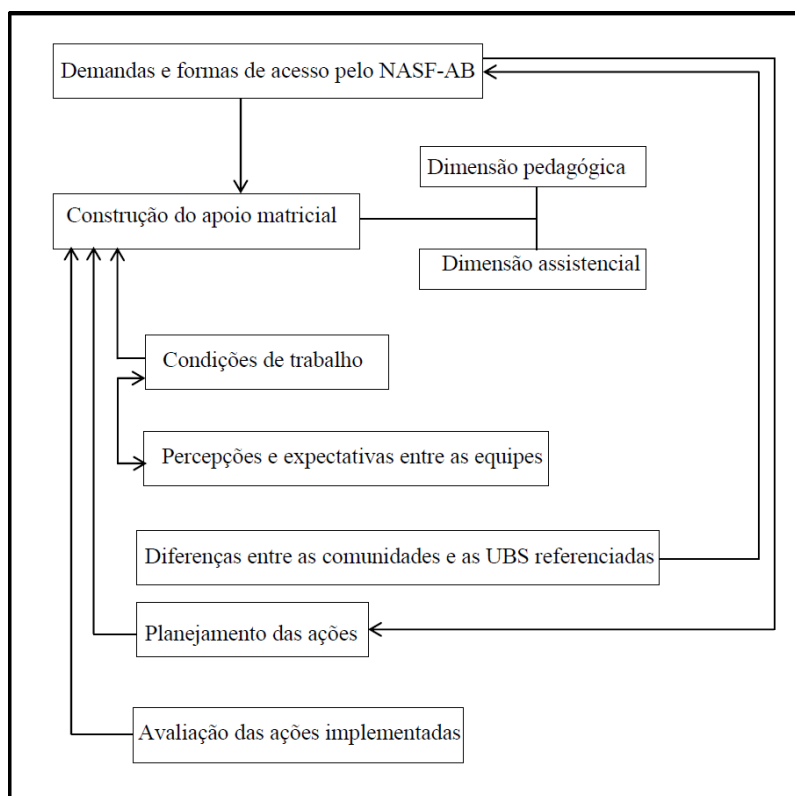
Composição das UBS	
UBS 1G	1 EqSF 6 ACS
UBS 2G	1 EqSF 6 ACS
UBS 3G	1 EqSF 7 ACS
UBS 4G	3 EqSF 18 ACS
UBS 5G	1 EqSF 9 ACS
UBS 6G	1 EqSF 8 ACS

Fonte: Produzida pela pesquisadora a partir de dados da Secretaria Municipal de Saúde

Neste NASF-AB todas as UBS referenciadas estão presentes no perímetro urbano e em locais periféricos. Sendo assim, a terceira UBS selecionada para a entrevista de sua coordenação se caracteriza por ser periférica.

A UBS 2G possui outra unidade em outro bairro periférico, ficando a sua equipe dividida nas duas unidades de saúde. Em função dessa organização a equipe do NASF-AB visita a sede da EqSF em uma semana e na outra, a unidade situada em outro bairro.

O processo de agregação categórica ocorreu da seguinte forma:

Figura 5: Agregação categórica do caso 3

Fonte: Produzida pela pesquisadora a partir da análise das entrevistas

7.4.1 Demandas e formas de acesso pelo NASF-AB

Nas falas das entrevistadas A e B-NASF 3 aparece a menção às seguintes demandas direcionadas ao NASF-AB:

[...] são vários problemas né: obesidade, problemas de dislipidemia, problemas de acamados né, pessoas com AVC. Então, assim, é uma gama bem grande de atuações que o NASF tem (Entrevistada A-NASF 3).

Nutrição né, é obesidade, é o que eu vejo, que observo mais. E essa obesidade muitas vezes está ligado ao transtorno de ansiedade. A fono também é... a gente bate muito junto nessa questão de dificuldade de aprendizagem, fica muito ligado a atendimento junto ali. A fisioterapia, a maioria dos casos que vêm, são pacientes acamados, a maioria, quadro de AVC. É, assistente social, questões de direitos né, de benefícios que eles possam ter ou alguma vulnerabilidade no ambiente ali familiar, que acontece muito. E o educador físico ele já faz a atividade dele aberta para toda a comunidade né (Entrevistada B-NASF 3).

E, especificamente, sobre a área da psicologia:

[...] transtorno de ansiedade, depressão e crianças com dificuldades de aprendizagem. A maioria dos casos são disso. E pacientes também com dependência de etílicos e drogas, no geral (Entrevistada B-NASF 3).

No período em que ocorreu a observação participante foi identificado na UBS 5G a condução conjunta, entre a psicologia e a fonoaudiologia, de um grupo destinado a demandas de dificuldades de aprendizagem, encaminhadas por uma escola do território. Na mesma UBS também foi informado o desenvolvimento de um grupo, pela nutricionista, direcionado a demandas de emagrecimento.

A Entrevistada EqSF 3 faz uma ênfase diferenciada em relação às demandas que percebe requerer o apoio matricial do NASF-AB Girassol e, entre elas, estão aquelas de caráter psicológico.

Psicológico, a parte psicológica; a parte de assistente social, é muito importante; e de fisioterapia, é muito importante. O restante também é importante, porém é o que a gente tem menos (Entrevistada EqSF 3).

Identifica-se, portanto, o destaque dado a três áreas disciplinares do núcleo: a psicologia, o serviço social e a fisioterapia. Num outro momento, a enfermeira também inclui a atuação da nutrição em casos de hipertensão e de diabetes.

Esse relato da enfermeira é coerente com o que ela declara estar entre as principais demandas de atuação da sua EqSF: hipertensão; diabetes; problemas psicológicos, familiares, sociais e de mobilidade do paciente. Como “problemas psicológicos e sociais”, a enfermeira declara aqueles relativos ao consumo de álcool e de drogas, maus tratos a idosos, ineficiência no cuidado de idosos e de crianças.

Demandas psicológicas também foram observadas na reunião de matriciamento da UBS 5G, como: *bullying*, depressão e ideias de autoextermínio. Durante a observação participante a psicóloga também apresentou o grande volume de demandas que costuma receber, sobretudo, de queixas de ansiedade. Conteúdos como esses reforçam o fato de que a psicologia está entre as áreas mais demandadas do núcleo.

A Entrevistada B-NASF 3, quando informa que as questões relativas ao transtorno de ansiedade perpassam mesmo aquelas demandas (como a obesidade, por exemplo) que são abordadas pelas demais áreas integrantes do NASF-AB, corrobora com a percepção da Entrevistada EqSF 3, quanto à importância que demandas do tipo ‘psicológicas’ indicam desempenhar nas agendas de trabalho. Nota-se também o destaque que todos os três entrevistados fazem em relação aos quadros de AVC, os quais, inclusive, também aparecem

como demanda nos demais casos estudados e ocupam um relevante espaço da atuação da fisioterapia.

Neste sentido, falas como as da Entrevistada B-NASF 2 e da Entrevistada EqSF 3 permitem refletir sobre certa transversalidade das demandas que são direcionadas ao NASF-AB, como é caso da psicológica, a qual, por vezes, parece conectada a questões mais orgânicas e tecendo laços com campos como a nutrição e a fonoaudiologia, por exemplo, e, em outras circunstâncias, àquelas de natureza social e familiar. Nesta última situação, pode se conectar a saberes como o do serviço social.

Nos exemplos que os entrevistados apresentaram, sobre situações de apoio matricial, é possível perceber a existência de demandas que requerem a atuação conjunta dos diferentes profissionais do NASF-AB.

A primeira situação se refere a que foi informada pela Entrevistada A-NASF 3. A profissional citou um quadro de obesidade com indicação de cirurgia bariátrica, sendo necessária a atuação de toda a equipe. Neste caso ela declarou a intervenção dos diferentes profissionais com a intenção de perda de peso do paciente, necessária à realização do procedimento cirúrgico.

A segunda situação, apresentada pela Entrevistada B-NASF 3, é a de um idoso com lucidez comprometida e em possível cárcere. A intervenção também foi conjunta entre os profissionais do NASF-AB e integrada com demais serviços da rede, como o CRAS, por exemplo.

A terceira situação, apresentada pela Entrevistada EqSF 3, trata de um idoso com Alzheimer e com demandas de suporte psicológico, fonoaudiológico e fisioterapêutico.

Apesar das conexões multidisciplinares que as demandas apresentadas manifestam, a entrevistada da EqSF traz a percepção de que alguns profissionais do NASF-AB acabam sendo mais solicitados ou, talvez, apenas assumam a linha de frente de um apoio matricial até que os demais saberes vão se integrando, na medida em que outras demandas são identificadas, para além da demanda aparente.

As demandas aparecem, nas verbalizações das entrevistadas do NASF-AB Girassol, vinculada a outra categoria, 'planejamento das ações'. Essa relação indica a importância da compreensão da demanda como um dos fatores de direcionamento dos trabalhos 'nasfianos', concomitante às definições que os profissionais atribuem à gestão local.

Observa-se, nas entrevistas, a referência aos encaminhamentos pela EqSF como principal via de acesso das demandas ao NASF-AB. De maneira não diferente ao constatado

nos demais núcleos, os profissionais da EqSF realizam o filtro de demandas e solicita as ações de apoio matricial.

Então, através é... normalmente, de um encaminhamento médico né, passado pelo clínico da unidade, ele faz alguma especificação. Ou através também do encaminhamento do enfermeiro, ele passa para a gente o quê que é necessário, o que que eles observaram né, e, a partir daí, a gente vai através da visão multiprofissional verificar qual profissional que realmente precisa, o quê que precisa de atendimento daquela pessoa (Entrevistada A-NASF 3).

[...] eles passam por uma avaliação médica e o médico encaminha esse paciente para nós. Realizamos as reuniões de matriciamento, que é através dessas reuniões que muitas vezes esses casos chegam, são discutidos e são trabalhados juntos. (Entrevistada B-NASF 3).

Os agentes comunitários de saúde eles trazem os casos e a gente atende, independente de ter passado ou não pelo encaminhamento médico. Os próprios enfermeiros passam esses casos para a gente. Muitas vezes vêm questões diretas da secretaria de saúde para a gente estar atendendo (Entrevistada B-NASF 3).

E durante, fora da reunião, também a gente tem esse contato com o pessoal do NASF e expor um caso mais urgente, com mais necessidade (Entrevistada EqSF 3).

Os modos com que cada profissional da EqSF aciona o NASF-AB indica ser muito característico e semelhante ao descrito nas outras realidades analisadas. Os enfermeiros e o ACS parecem usufruir tanto dos espaços formais, como as reuniões de matriciamento, quanto informais para o repasse de demandas.

Contudo, em certa ocasião, o NASF-AB Girassol indicou certo descontentamento quanto à baixa participação dos profissionais de uma determinada EqSF nas reuniões de matriciamento, recorrendo ao núcleo, posteriormente, em espaços informais para o repasse de demandas, como aplicativo de celular para mensagens. Então, essa constatação dá origem a questionamentos sobre os modos e os motivos que têm sustentado o uso desses canais de comunicação, os quais, embora essenciais, não devem substituir, mas complementar o que se tem constituído como espaço formal de diálogo.

Em relação à última fala da Entrevistada B-NASF 3, ela pode ser exemplificada com o que foi possível observar, na UBS 4G, quanto a realização de duas visitas domiciliares solicitadas por dois ACS, que em seus trabalhos na micro área identificaram demandas potenciais para o NASF-AB. Uma dessas demandas se refere ao caso de um jovem em situação de dependência química e a outra de uma mulher com necessidade de suporte

psicológico devido a problemas de saúde. A primeira visita foi realizada pela psicóloga, pela assistente social e pelo ACS da família. A segunda, pela psicóloga e pela ACS de referência.

Portanto, tratava-se de demandas identificadas pelos ACS, as quais nem sempre precisam aguardar o momento das reuniões de matriciamento para serem repassadas. No caso da segunda visita, por exemplo, foi observado que a ACS acionou a psicóloga quando essa entrava na UBS, explicitando a demanda e solicitando a realização de visita conjunta.

Por fim, sobre o repasse de demandas pelo enfermeiro, também foi relatado pela Entrevistada B-NASF 3, durante a observação participante, que teria sido acionada pela enfermeira da mesma UBS acima para a realização de uma visita domiciliar. A demanda havia sido encaminhada por um órgão externo à unidade de saúde e a tentativa de visita foi realizada junto com a ACS. Não foi possível que a pesquisadora tomasse conhecimento de qual era a demanda, pois ao realizar a tentativa de visita, não havia ninguém na residência.

Na UBS 3G também foi observada a condução de visita domiciliar da fonoaudióloga com uma ACS, à família de um jovem com problemas neurológicos. Outra demanda atendida individualmente, pela mesma profissional, na unidade, foi de uma criança com atraso no desenvolvimento da linguagem. A profissional do NASF-AB informou que no primeiro caso se tratava de uma demanda encaminhada pelo enfermeiro da UBS e nesse segundo atendimento, de encaminhamento da escola da criança à EqSF, repassando para o núcleo.

Outro aspecto importante de ser analisado é que nem sempre, como indica a fala da Entrevistada B-NASF 3, a demanda é filtrada pela EqSF, se referindo ao fato de que há demandas que, às vezes, chegam pela enfermeira, enquanto outras chegam diretamente para o núcleo.

As demandas chegam, portanto, a partir de diferentes dispositivos.

Tem encaminhamentos externos, de outros órgãos também. Inclusive, principalmente, eu acho que tem muito de... CRAS, CREAS, promotoria, tá? E que a gente tem que responder. As meninas, principalmente, assistente social, psicóloga responde muito questões da promotoria, o apoio do CRAS. Muitas vezes vem da rede também como das outras áreas de saúde também como, o CAPS, CAPS AD, tem bastante também. E também da parte secundária também, da rede de saúde, eles costumam mandar de volta também (Entrevistada A-NASF 3).

Naqueles exemplos de ações de apoio matricial (rapaz obeso com indicação de cirurgia bariátrica e idoso em possível situação de cárcere), que as entrevistadas identificaram e que foram descritas anteriormente, o acesso às duas demandas se deu através do enfermeiro das respectivas UBS de origem. No terceiro caso, a Entrevistada EqSF 3 (idoso com

Alzheimer), informa que a demanda teria sido repassada por ela e pela médica da unidade, a partir da visita domiciliar realizada.

7.4.2 Construção do apoio matricial

Antes de se apresentar como o apoio matricial vem sendo construído por este NASF-AB, faz-se de suma importância dar destaque à percepção e aos sentidos que os próprios profissionais do núcleo e da EqSF trazem sobre o que é esse apoio matricial. Interessante notar que no campo de trabalho conceituações muito singulares são construídas sobre aquilo que demarca a grande essência ou razão de ser do núcleo, o que, conseqüentemente, servirá como enquadre daquilo que se faz. Portanto, nesse primeiro momento, serão apresentadas duas verbalizações da Entrevistada A-NASF 3 que sinalizam para certa conceituação do presente objeto de estudo.

Então, assim, faz o atendimento ampliado do paciente. Acho que seria isso. A forma de apoio, é o apoio matricial, ampliando o atendimento da unidade básica, invés de ter somente o atendimento ali do clínico, a gente amplia a capacidade de atendimento, para melhorar a qualidade de vida do paciente (Entrevistada A-NASF 3).

E, quanto à atuação do NASF-AB no acompanhamento do rapaz com obesidade, situação exemplificada como de apoio matricial, a entrevistada sintetiza os trabalhos da seguinte maneira:

Foi sentado né, e traçado um planejamento né, que integrasse todo mundo para um objetivo em comum. Foi pego todos os conhecimentos específicos, colocado num conhecimento só, um objetivo só, para alcançar o objetivo desse paciente (Entrevistada A-NASF 3).

Coerente com esse entendimento de uma atuação e de um saber ampliado, a Entrevistada EqSF 3 expressa algo que também pode ser interpretado como a sua percepção do matriciamento, quando fala sobre como o núcleo pode colaborar com o trabalho de sua equipe.

É a continuação nossa, porque nem sempre a gente pode fazer tudo né. Eu não tenho a formação de cuidar somente da parte psicológica do meu paciente. Então, eu posso ajudar, mas eu não tenho como dar sequência. E, aí os outros profissionais eles nos ajudam nessa questão né. Eu não sou uma fisioterapeuta para poder indicar um... às

vezes, eu vejo a necessidade, mas a fisioterapeuta tem que fazer a avaliação e ver se, realmente, tem a necessidade de estar encaminhando para um ortopedista ou para fisioterapia fora da unidade e essas coisas. Então, é um complemento a mais né [...] (Entrevistada EqSF 3).

Porque, às vezes, a gente identifica a parte de enfermagem, médica, mas falta alguma coisa, como uma parte social, a parte psicológica, a de mobilidade, é... e outras coisas mais assim (Entrevistada EqSF 3).

Quando suscitadas a falar sobre o apoio matricial ou sobre as intervenções do NASF-AB, as entrevistadas acabam fazendo vinculações a ideias muito próximas do que se encontra nas discussões teóricas sobre a temática, ou seja, de algo que implica numa atenção básica mais ampliada. Entende-se que dar visibilidade a essas significações, construídas no fazer cotidiano, implica também em perceber o quanto elas trazem consigo expectativas e idealizações sobre a equipe apoiadora e a de referência. Esse posicionamento justifica as associações estabelecidas na agregação categórica entre a construção do apoio matricial e as dimensões relacionais (dando conta das percepções inter equipes).

Neste sentido, mais adiante, quando forem feitas as considerações acerca das condições de trabalho e das relações entre as equipes, poderá ser observado em que medida essas conceituações são efetivadas ou não no plano prático. Poder-se-á refletir sobre o quanto essas falas vão ao encontro da realidade e/ou do plano ideal.

7.4.2.1 Dimensão pedagógica

As reuniões de matriciamento são planejadas conforme os mesmos parâmetros observados nos outros NASF-AB, com frequência mensal.

As reuniões acontecem, elas são mensais. Aí a gente passa os casos, cada equipe [...] então cada equipe passa o seu caso [...] (Entrevistada EqSF 3).

No entanto, foi visto que esse cronograma, por vezes, sofre interferências de dinâmicas das EqSF, como em certa UBS que a reunião foi desmarcada e adiada em função da saída da enfermeira coordenadora da unidade. Em função do exposto, não foi possível, durante o processo de observação participante, acompanhar a reunião de matriciamento na UBS citada.

Outro episódio observado, em que o cronograma de reuniões não ocorreu conforme o previsto, foi na UBS 3G. A reunião observada se deu em maio de 2018. No momento da leitura da ata da reunião anterior foi informado que essa datava de dezembro de 2017. Uma das profissionais do NASF-AB justificou problemas relativos à pequena carga horária e de compromissos que coincidiram com a agenda de trabalho do núcleo, como o que se refere à concentração do apoio matricial nas ações relacionadas à vacinação da febre amarela.

Na presente situação, após o andamento da reunião matricial, tendo ocorrido o levantamento de novas demandas, a coordenação da UBS 3G sugeriu que a próxima reunião fosse agendada para o mês de julho, alegando que seria importante esse intervalo para que as ações de atendimento às demandas pudessem ser realizadas pelo NASF-AB e os consequentes resultados devidamente avaliados. Por isso, percebe-se que há algumas variáveis que implicam que o apoio pedagógico ocorra dentro de prazos diferentes ao formalmente previsto.

Apesar de contratempos como esses e do fato de que nem sempre todos os profissionais do NASF-AB estão presentes em todas as reuniões de matriciamento, a Entrevistada A-NASF 3 considera que essas reuniões servem ao propósito de:

poder discutir o caso. São reuniões com discussão de caso e aí é, chegar através do PTS né, chegar a um acompanhamento e a uma conclusão do caso.

Cada profissional do NASF-AB Girassol tem uma escala particular de atendimento às EqSF. Como alguns profissionais trabalhavam em outros locais e havia cargas horárias diferentes, alguns vinte horas e outros trinta, as agendas de atendimento das EqSF se diferenciavam entre eles. Com isso, apenas na sexta-feira havia o encontro de toda a equipe em uma das UBS. Esse momento de encontro corresponde àquele demandado pela gestão do núcleo para planejamento e reunião interna do NASF-AB, o que parece ser uma tentativa de afirmar a unidade do núcleo.

Quanto a esse arranjo, a Entrevistada B-NASF 3 menciona que:

Tem as reuniões só com o NASF e as reuniões junto com a estratégia de saúde da família, que são através dessas reuniões que os casos chegam a nós também.

Realizamos as reuniões de matriciamento, que é através dessas reuniões que muitas vezes esses casos chegam, são discutidos e são trabalhados juntos.

Algumas reuniões de matriciamento puderam ser acompanhadas no trabalho de campo e, na maior parte, estavam presentes os enfermeiros coordenadores das EqSF e os ACS. Foi

observada uma reunião em que estava presente o médico da UBS, o que demonstra semelhança com o que foi apresentado nos casos anteriores.

Na UBS 6G foi informado, por exemplo, que apenas um ACS não estava presente, pois estaria de férias. No momento inicial ocorreu a leitura da ata anterior com a devolutiva, pelo NASF-AB, dos casos em acompanhamento. A partir daí, houve a apresentação de novas demandas pela EqSF, como a de um usuário com câncer de boca e solicitação de intervenção do nutricionista do núcleo. Como naquele dia não era o da nutricionista estar naquela UBS, os demais profissionais ‘nasfianos’ informaram que repassariam a ela a demanda relatada.

Na UBS 5G também não estavam todos os profissionais do núcleo e apenas um ACS estava de férias. Foi observado o encaminhamento de demandas psicológicas, fonoaudiológicas e de serviço social.

Porém, a queixa de alguns profissionais ‘nasfianos’ quanto à baixa participação de enfermeiros e de ACS, em determinadas reuniões, indica que a integração entre o núcleo e suas equipes de referência pode guardar particularidades e nuances. Então, a análise do apoio matricial revela a importância de perceber essas singularidades que marcam os trabalhos de um mesmo NASF-AB com suas EqSF, que se diferenciam tanto em termos de estrutura física quanto de nível de integração, sem dizer das especificidades de cada realidade territorial. Os modos de construção do apoio matricial, e dentro disso o que tange a dimensão pedagógica, não deve pretender buscar um entendimento massificado do processo, pois o campo de trabalho tem apresentado evidências muito fortes de que na prática há modos plurais de fazê-lo, mesmo quando as diretrizes de trabalho são comuns.

7.4.2.2 Dimensão assistencial

Nos exemplos apresentados pelos entrevistados, sobre casos em que o NASF-AB tenha participado como apoiador, são observadas menções a algumas ações, como: atendimentos conjuntos e individualizados, visitas domiciliares, articulações intersetoriais e encaminhamentos para outros serviços.

A Entrevistada A-NASF 3 descreve que no atendimento ao usuário com obesidade, e que precisava de certo emagrecimento para fazer a cirurgia bariátrica, foi envolvida toda a equipe do NASF-AB, além do médico e do enfermeiro da EqSF.

Começando com a fisioterapeuta, porque como ele estava no período de acamado, dela começar a fortalecer a musculatura. Depois, quando ele começou a conseguir se levantar, o educador físico entrou com a atividade física, para que ele começasse a perder peso. A nutricionista com reeducação alimentar, passando para a família inteira, não só para ele [...]. Psicólogo para ajudar no fortalecimento psicológico dessa pessoa e da família, para conseguir que ele saísse dessa situação. Assistente social, por questões vulneráveis né, estar ali junto, né, apoiando a psicóloga também. Então, assim, o farmacêutico né, com orientações das medicações que ele tomava, que na época tinha farmacêutico no NASF, hoje nós não temos mais no NASF [...] (Entrevistada A-NASF 3).

A entrevistada caracterizou esse trabalho de apoio matricial como multidisciplinar e de sucesso, tendo sido alcançado o objetivo desejado. Ela cita o envolvimento do educador físico, o que se faz importante de ser percebido, uma vez que há indicativos de que esse profissional se encontra mobilizado, predominantemente, por atendimentos grupais.

No atendimento ao idoso que estava em cárcere, a Entrevistada B-NASF 3 demonstra que os trabalhos do NASF-AB compreenderam a articulação intersetorial, mobilizando os demais dispositivos da rede, como CRAS e CREAS, que estavam acompanhando o caso. O apoio matricial oportunizou a ampliação dos diálogos do setor saúde com setores da assistência social que já vinham fazendo as suas intervenções de modo paralelo. O que a profissional relata corresponde à primeira situação em que se pôde perceber, de modo mais efetivo, a vinculação do apoio matricial com a intersectorialidade.

Além do apoio matricial, deve-se resgatar a discussão de que a intersectorialidade remete a outra ferramenta tecnológica do NASF-AB, o PST. Portanto, correlato ao que expõe as diretrizes pertinentes (Brasil, 2010), a saúde se produz socialmente e em intercâmbio com as demais políticas públicas.

O acompanhamento da demanda culminou com o encaminhamento do idoso para uma instituição de longa permanência, quando se confirmou a inexistência de qualquer vínculo familiar, o que pode ser, por conseguinte, identificado como o segundo produto do apoio matricial. A profissional informa que o serviço social do núcleo foi o principal campo de saber demandado.

Por fim, no caso relatado pela Entrevistada EqSF 3, o idoso acometido por Alzheimer, as principais intervenções descritas foram traçadas a partir da condução da visita domiciliar que a princípio foram conduzidas por ela e pela médica da EqSF e, posteriormente, em conjunto com profissionais do NASF-AB. O apoio matricial demandado foi relativo aos seguintes aspectos:

[...] fono por causa da parte na alimentação dele, que ele estava começando a engasgar com alimentação, de fisioterapia, porque ele não se.... ele não tem reação nenhuma, mal de olhar. Só o olhar. E não estava querendo andar, estava ficando mais durinho o corpo. Então, a gente chamou as fisioterapeutas, que foram lá e ajudaram. A parte psicológica, eu falei que a filha era uma pessoa sozinha para cuidar de dois doentes em lugares diferentes e o marido dela veio a falecer também nesse tempo. Assistente social foi também, porque, às vezes, podia ajudar com alguma coisa dele, porque eles são bem carentes e tal. A nutricionista foi, porque ele perde peso, porque ele não estava conseguindo comer direito. E, aí identificamos o caso e todo mundo foi dando o seu apoio (Entrevistada EqSF 3).

Sobre a demanda psicológica, a profissional se refere à sobrecarga que na época era vivenciada pela filha do idoso, que dividia os cuidados entre o seu pai e o seu marido, o qual estava com diagnóstico de Esclerose Lateral Amiotrófica – ELA. E o serviço social foi demandado para verificar a possibilidade de concessão de algum benefício assistencial.

Nos três exemplos são observadas demandas muito diferentes e com exigências de atuação muito particulares, o que confirma que a dimensão assistencial do apoio pode se dar a partir de vários enfoques, conforme a natureza da demanda. Isso tem conexões com o que se percebe quanto à relação entre as categorias ‘demandas’, ‘planejamento das ações’ e ‘construção do apoio matricial’. Embora existam, *a priori*, referenciais locais sobre o que se entende como matriciamento e sobre como ele deve ser executado, não se pode anular aquilo que o próprio campo de trabalho impõe como movimentos necessários e essas imposições que cada circunstância coloca quanto ao que é ‘melhor ou mais adequado’ como resposta, aparece na análise desse caso 3.

O serviço social, por exemplo, ao mostrar-se envolvido com demandas que podem ser de violação de direitos ou de negligência, entre outras coisas, as visitas domiciliares se constituem como recursos necessários. Para a psicologia, muito absorvida por demandas de quadros de ansiedade, o atendimento individual revela ocupar espaço importante na agenda de trabalho, além dos grupos. A fisioterapia ao lidar com pessoas com mobilidade reduzida tem que investir na condução de visitas domiciliares.

Em complemento ao que foi identificado nos relatos das três demandas de apoio matricial, as entrevistadas informam como estratégias:

[...] os atendimentos individuais [...] além dos grupos operativos, que é o carro chefe né, do NASF (Entrevistada A-NASF 3).

Atendimentos individualizados na área de psicologia, grupos. A gente desenvolve grupos das mulheres, grupo de gestante, grupo de tabagismo. Então são realizados

vários grupos. As atividades também, que são desenvolvidas junto à estratégia de saúde da família, por exemplo, o outubro rosa, novembro azul. O NASF a cada mês ele está junto para estar fazendo estes movimentos que têm (Entrevistada B-NASF 3).

Os grupos. Visita domiciliar, a gente acompanha eles nas visitas. Eles nos acompanham também quando é a gente que vai fazer. É..., e o atendimento individual ainda tem, aqui. Tem a avaliação se precisar, porque o grupo do NASF ele é mais de grupos, porém eles atendem, dão aquele primeiro acolhimento, vê a necessidade do grupo ou a necessidade de estar encaminhando para outros setores (Entrevistada EqSF 3).

À semelhança do observado no caso 1, as entrevistadas do NASF-AB indicam a proposta de um núcleo que deve priorizar o trabalho com grupos, enquanto usuários e EqSF tratariam a expectativa da intervenção individualizada. Na fala da Entrevistada EqSF 3 essa dicotomia ou possível tensão entre as duas formas de atendimento não aparece e confirma em seu discurso o fato de que o núcleo trabalha, prioritariamente, com coletivos de usuários.

A tabela abaixo confirma o *status* de relevância que os atendimentos coletivos assumem na prática do NASF-AB, ao apresentar o crescimento substancial que essa ferramenta de apoio assistencial conquistou no intervalo analisado.

Tabela 13: Quantitativo de atendimento coletivo entre 2015-2017

Equipe	2015	2016	2017
NASF-AB Girassol	16	498	1550

Fonte: Relatório de Dados e Evidências (Secretaria Municipal de Saúde, 2018)

O quantitativo de atendimentos coletivos de 2017 triplicou em relação ao que se teve em 2016. Portanto, esse crescimento demonstra o quanto se concentrou de esforços nessa modalidade de intervenção. No relatório municipal analisado não há uma tabela semelhante que particularize o montante de atendimentos individuais ou de visitas domiciliares, por exemplo, observando como ele se comportou no intervalo apresentado.

Paralelo ao discurso oficial, na observação participante, foi verificado que algumas UBS podem concentrar, por algumas especialidades, mais atendimentos individuais do que em outras unidades. Na UBS 3G, por exemplo, acompanhou-se mais atendimentos individualizados da psicologia. Posteriormente, no final do trabalho de campo, observou-se que estava sendo iniciado, em conjunto com a EqSF, um grupo de tabagismo. Na UBS 1G também havia indicativos de muitas demandas psicológicas para atendimentos individuais.

Parece inevitável que os profissionais acabem circulando pelas diferentes formas de abordagem e não se pode negar que o atendimento individual do usuário ocupa um importante espaço das agendas de trabalho. O educador físico é a categoria profissional que se apresentou mais envolvida com grupos.

A propensão individual do profissional a desenvolver uma determinada forma de intervenção é outro fator que não pode ser desconsiderado. É possível perceber indicativos de profissionais que demonstram maior afinidade com o trabalho em grupos, enquanto outros podem ter maior inclinação para o clínico individual. A observação participante não indica que essas duas propensões (atendimento individual e atendimento coletivo) reverberam no cotidiano de trabalho sob a forma de conflitos ou tensões nas relações internas do NASF-AB.

Apesar de haver a menção quanto à expectativa dos atendimentos individuais pelos usuários, foi mencionado por um profissional do núcleo, durante a observação participante, que as faltas desses às consultas, sem justificativa, também são recorrentes. Além disso, mencionou-se sobre as dificuldades em realizar grupos em determinada UBS, em função do espaço restrito e de conseguir outro local na comunidade. O projeto de um NASF-AB concentrado nos grupos se esbarra em alguns desafios da realidade local, a começar por essas condições de infraestrutura indicadas pelos profissionais.

Em relação aos grupos, a nutricionista informou, durante a pesquisa, a experiência exitosa em um grupo de emagrecimento na UBS 5G. Na UBS 2G acompanhou-se alguns encontros do grupo que era conduzido pela psicóloga, pela assistente social e pela fonoaudióloga, o qual indicou ser igualmente exitoso, mobilizando um número expressivo de usuários. O objetivo era o de subsidiar discussões relativas ao convívio familiar, motivação, autoestima etc. Porém, o trabalho de campo também sugere que nem sempre é fácil obter a adesão de usuários.

A Entrevistada B-NASF 3 cita as ações temáticas em colaboração com a EqSF. Durante o trabalho de campo presenciou-se o diálogo entre os profissionais do NASF-AB sobre a solicitação da enfermeira da UBS 6G para a atuação conjunta na abordagem educativa sobre a febre amarela. Como não era o dia da visita do núcleo naquela unidade, alguns profissionais se dispuseram a remanejar suas agendas para atender ao que foi demandado. Contudo, durante a observação participante, não foram presenciadas outras ações semelhantes em sala de espera.

Apesar de nenhuma das entrevistadas terem feito menção ao PSE, foi observado que ele também se constitui como uma forma de apoiar as EqSF.

7.4.3 Condições de trabalho

Um dos aspectos que despertou a atenção da pesquisadora nesta categoria foi o silêncio inicial da Entrevistada A-NASF 3, enquanto indicava a tentativa de mencionar quais os aspectos das condições de trabalho que são favoráveis ao desenvolvimento do apoio matricial.

Bem... ah eu acho que... é bem complicado. O que facilita? Eu acho que o que facilitaria, vamos dizer, é o que eu penso, a equipe NASF eu acho que ela é bem integrada. A nossa equipe multiprofissional, nós somos bem próximos uns do outro. Então, entre a gente, a gente consegue conversar bem, a gente consegue é, eu acho que a gente se empenha o máximo possível para conseguir alcançar, porque ao meu ver, o principal é esse, a proximidade do NASF, da equipe multiprofissional NASF. Porque, não consigo, sinceramente, ver outra não. Talvez seja muitos anos de NASF, a gente já fico meio desmotivado. A gente estuda muita coisa e na prática, realmente não consegue (Entrevistada A-NASF 3).

A passagem acima desperta duas questões: as dificuldades enfrentadas no cotidiano de trabalho acabam obscurecendo o que há, em contrapartida, de potencial para o apoio matricial? Ou será que, realmente, há uma escassez de elementos potencializadores do matriciamento no contexto estudado?

Ao final da fala, a entrevistada parece tentar contextualizar o seu posicionamento pelos anos de experiência e pelas frustrações decorrentes daquilo que não se consegue fazer como se desejava.

Outro aspecto importante se refere ao fato de que a percepção do que seja favorável ao apoio matricial está relacionada aos profissionais do NASF-AB, ao grau de integração e a qualidade da relação entre eles, e não se consegue identificar nenhum outro elemento externo para ser somado a isso.

A Entrevistada B-NASF 3 também fornece uma resposta breve e identifica a reunião de matriciamento como o que facilita as ações de apoio matricial, pois, a partir dela, é que se constrói o cronograma de trabalho com as EqSF. Entende-se que o apoio pedagógico é identificado como facilitador para o apoio assistencial, porém a fala não evidencia variáveis externas ao próprio apoio matricial como recursos capazes de potencializá-lo, nas suas duas modalidades.

Entendimento semelhante sobre a reunião matricial também está presente na fala da Entrevistada EqSF 3, quando relata que

o que facilita mais com a equipe são as reuniões, porque aí o contato de toda a equipe: a agente de saúde, as auxiliares de enfermagem... elas estão presentes na reunião, entra em contato, fala, eles passam uma experiência do outro. Então, eu acho que isso aí que facilita bem a gente estar junto né. E durante, fora da reunião, também a gente tem esse contato com o pessoal do NASF e expor um caso mais urgente, com mais necessidade.

Além de considerar o que a Entrevistada B-NASF 3 havia dito, a Entrevistada EqSF 3 ainda menciona os espaços informais, considerando a possibilidade de que as articulações ocorram em outros momentos do cotidiano de trabalho. Essa constatação é importante, na medida em que, nem sempre, as reuniões matriciais acontecem como desejado, seja quanto à possibilidade de reunir todos os profissionais das duas equipes ou de manter a frequência mensal de reunião, o que pôde ser discutido na categoria ‘dimensão pedagógica’.

O aspecto que sobressai dos relatos dos profissionais entrevistados é relativo à dificuldade de se falar ou à percepção escassa dos elementos facilitadores do apoio matricial. São os recursos humanos e, mais especificamente, a relação entre eles, que aparecem apontados como favoráveis ao matriciamento. Porém, há condições materiais de trabalho que impõem desafios à própria manutenção da integração intra e entre equipes e que trazem, portanto, ressonâncias para a qualidade das relações multiprofissionais. É na relação interpessoal que se tem o alento para a execução dos trabalhos e que se evidencia aquilo que não ‘vai bem’. Na observação participante, pôde-se presenciar a troca de desabafos e de alguns descontentamentos entre os profissionais do núcleo. Alguns desses elementos, relativos às condições de trabalho que podem limitar o apoio matricial, serão abordados deste momento em diante.

De maneira muito mais fácil e ampla, em comparação ao analisado quanto aos aspectos facilitadores, os entrevistados relataram as dificuldades que percebem para a construção do apoio matricial. Parte do que é verbalizado pode ser contextualizado pela observação participante.

Ah são muitas coisas! [...] Falta de estrutura né, estrutura física, que, às vezes, não tem sala, não tem material (Entrevistada A-NASF 3).

É... questão de, do NASF ter uma carga horária de vinte horas [...] ter que cobrir sete equipes. Isso dificulta muito, porque você passa, mais ou menos, quinzenal em cada posto. Então você perde muito com isso, para estar lá, para estar fazendo o acompanhamento contínuo no que precisa. Acaba que você não consegue pegar toda demanda. Isso eu acho que é um ponto bem, bem negativo para o trabalho (Entrevistada B-NASF 3).

O que eu acho que dificulta é o horário. Porque é muito picado, é muito pouco, é muito pouco (risos). [...] Então, a área nossa é muito grande [...]. Então, isso dificulta demais, porque às vezes o paciente vem aqui e naquele momento ele está precisando de uma psicóloga. A gente faz teste rápido aqui, às vezes, a gente precisa de psicólogo naquele momento. Mas, a gente não tem ela aqui naquele dia. Nem sempre quando as coisas acontecem é a hora que o profissional está aqui né. Então, isso dificulta um pouco (Entrevistada EqSF 3).

As três passagens retratam duas condições de trabalho que seriam desfavoráveis ao apoio matricial: espaço físico e carga horária.

Sobre o espaço físico não foi observado em nenhuma UBS a existência de sala específica para atendimento do NASF-AB, situação semelhante ao relatado nos casos anteriores, com exceção da UBS 4J, do NASF-AB Jasmim, que possui uma sala para o núcleo.

Deste território, algumas UBS possuem espaço interno mais restrito, como a 1G, por exemplo. A UBS 2G possui uma unidade que também é pequena e quando havia atendimento individualizado, por um dos profissionais do NASF-AB, fez-se necessário que os demais aguardassem na cozinha da unidade. Sendo assim, para que o núcleo pudesse fazer outro atendimento precisaria aguardar a finalização do primeiro, pois o outro consultório existente poderia estar ocupado com algum procedimento da EqSF. O espaço indica ter sido, originalmente, uma residência e com dificuldades de acolher mais uma equipe, para que todos possam exercer suas atividades de maneira mais confortável.

Neste território não foram verificadas UBS nos moldes das unidades 1M, 3M e 4J, as quais são construções recentes, com espaço mais amplo e projetado para funcionar como unidade de saúde.

Como decorrência dessas condições de infraestrutura, muitas atividades coletivas ocorriam ou no pátio externo da UBS ou em espaços comunitários, como salões de pastorais, por exemplo. Dificuldade semelhante foi relatada durante a observação participante por uma profissional do NASF-AB quanto à impossibilidade de ofertar um grupo na UBS 1G e a dificuldade em conseguir outro local na comunidade. As condições estruturais limitam tanto o que se tem como propósito de um apoio assistencial nos formatos de grupos operativos quanto, por vezes, os atendimentos individualizados. Essa situação fica muito bem ilustrada pelo trecho abaixo:

[...] tem dia que você chega para atendimento e você não tem uma sala para ficar. Você não consegue um local para você digitar as suas produções e você não tem um

espaço físico. Eu acho que a gente perde muito nessa questão de não ter um local para guardar o material, um local para estar atendendo (Entrevistada B-NASF 3).

Sobre a UBS da enfermeira entrevistada, a mesma menciona que ela está passando por reformas e que, em decorrência disso, o espaço físico ficou mais restrito para acolher toda a equipe do NASF-AB. No entanto, acredita que a partir do momento em que a obra estiver finalizada e toda a unidade em funcionamento, a estrutura de trabalho será mais adequada.

As falas das Entrevistadas B-NASF 3 e da Entrevistada EqSF 3 também mencionam dificuldades relativas à carga hora do NASF-AB, o que é corroborado pela observação realizada na UBS 3G, quando se identificou que nem sempre as reuniões matriciais são viáveis de ocorrerem com a frequência mensal, formalmente estipulada. Uma das explicações apresentadas para o ocorrido foi a carga horária de alguns profissionais ‘nasfianos’, além do envolvimento com outras demandas (varredura de enfrentamento da febre amarela). Em decorrência da distância temporal da reunião anterior, verificou-se o desafio em recordar sobre o atendimento de algumas demandas e a necessidade de se pesquisar em prontuários as possíveis ações em resposta ao que havia sido solicitado naquela oportunidade.

Questões como essas não apenas indicam a dificuldade no atendimento às demandas filtradas pela EqSF e repassadas ao NASF-AB, o que afirma a Entrevistada B-NASF 3, quando se refere a não conseguir *pegar toda a demanda*, como representam o desafio de manter um diálogo mais afinado com as equipes de referência, com devolutivas do que foi ou não realizado. Na reunião da UBS 3G, por exemplo, pôde-se perceber que havia por parte da EqSF uma expectativa de retornos dos casos encaminhados e que, como dito antes, não foi possível de ser feito naquele momento.

Portanto, essa dificuldade parece ser mais intensa para alguns profissionais, como aqueles que possuem carga horária menor (vinte horas semanais). E, quando o tempo que é dedicado para cada EqSF parece não ser suficiente, os espaços informais surgem como alternativa.

[...] às vezes, a gente entra em contato por mensagens, fora do dia, do horário. Às vezes, a gente está em casa, a gente lembra de alguma coisa, entra em contato com um dos profissionais do NASF. Entendeu? Fica mais assim, porque é pouco o tempo que eles passam aqui e eles se desdobram para tentar é... atender a população que é muito grande (Entrevistada EqSF 3).

Por outro lado, é preciso considerar o que Tesser (2017) discute sobre o papel da EqSF na filtragem adequada dos casos em que solicita o apoio do NASF-AB, pois quando

equivocada gera sobrecarga de trabalho ao núcleo. Por isso, se, de um lado, os profissionais indicam que a carga horária é limitada, por outro, não se pode negligenciar a relevância das equipes de referência ao dar os encaminhamentos acertados às demandas que identifica, como forma de garantir a otimização da assistência. Resumir a solução do problema à mera ampliação da jornada de trabalho, não será suficiente se a situação for de uma EqSF que exige descabidamente o apoio em ocasiões em que deveria ser mais autônoma e que, em breve, lotará, novamente, a agenda de atendimentos.

Dificuldades como essa – o excesso de demandas e a impossibilidade de resposta a todas elas – devem ser objeto de análise do próprio apoio matricial, produzindo reflexões e educação permanente com as EqSF, no sentido de delimitar melhor a atuação do NASF-AB (quando se inicia e se encerra o acompanhamento especializado do núcleo em uma dada demanda?) e os princípios que têm norteado a filtragem das demandas direcionadas ao NASF-AB. Portanto, essa é uma questão com que as equipes precisam se haver e que ainda parece ocupar espaço incipiente na articulação entre elas. Esse tipo de negociação e de construção compartilhada não foi observado em nenhum dos três casos estudados.

Outro elemento dificultador apresentado pela Entrevistada A-NASF 3 refere-se a ausência de transporte para o deslocamento da equipe, sendo isso custeado por cada profissional. No caso dessa profissional a dificuldade se torna mais acentuada pelo fato de desenvolver muitos grupos fora do espaço das UBS, requerendo uma mobilidade maior pelos territórios de referência.

Em decorrência das condições de trabalho relatadas (estrutura física das UBS, carga horária e volume de demandas) observa-se que outros desafios podem ser desencadeados, sobretudo, no que se refere ao aspecto relacional entre equipes de referência e equipe apoiadora. Durante os trabalhos de campo foi verificada a fala de uma profissional que lamentava que nem sempre era possível conhecer todos os ACS, mesmo sendo o número de EqSF em conformidade com a legislação pertinente. Verbalização como essa indica a demanda de maior contato com as equipes que são apoiadas.

Observa-se que nem todos os desafios indicados na entrevista se encerram nas condições materiais de trabalho.

[...] às vezes, inclusive, falta de interesse dos outros profissionais, porque quando a gente vai fazer um apoio matricial eles acham que é reunião do NASF. Então, não tem aquela discussão a fundo mesmo, aquela discussão interessante para realmente chegar a uma conclusão do problema, do que fazer. Acaba ficando muito em cima do NASF

mesmo [...] e, às vezes, do próprio paciente que acha que é o médico que tem que resolver o problema (Entrevistada A-NASF 3).

Diante desse relato pode-se inferir que os sentidos e as expectativas atribuídos ao que deva se constituir como apoio matricial são fatores capazes de produzir interferências sobre ele. Nesse relato são duas expectativas diferentes que a entrevistada sugere e que aparecem como possíveis desafios: a da EqSF e a do usuário. Na primeira situação, concentrar-se-ia a responsabilidade no NASF-AB e na segunda, na EqSF, na figura do médico. Tais expectativas direcionam as formas de contato e de conduta perante o outro.

A Entrevistada A-NASF 3 menciona a necessidade de que a equipe do NASF-AB, enquanto apoiadora, também disponha de suporte. Por isso, a agregação categórica do caso indica que as condições de trabalho estão interligadas com a dimensão relacional (percepções e expectativas entre as equipes), uma vez que uma demonstra ser potencializada pela outra, de modo a favorecer ou não o apoio matricial.

Quando se discute a temática das condições de trabalho, é importante mencionar o estudo de Leite, Nascimento e Oliveira (2014) sobre a Qualidade de Vida no Trabalho [QVT] entre os profissionais do NASF-AB. De acordo com as autoras, é possível que nos processos de trabalho dos ‘nasfianos’, eles se deparem com agentes estressores e de sofrimento, tais como a dificuldade de aceitação da sua proposta de atuação por parte das EqSF, gestores e usuários, a compreensão do apoio e o despreparo dos profissionais apoiadores e de referência em relação a esse novo modelo de atenção. Neste sentido, refletir sobre as condições de trabalho, sejam materiais ou humanas, fornece subsídios relevantes para o diagnóstico dos índices de QVT dos profissionais apoiadores.

Evidenciar as percepções que uma equipe traz da outra, as quais sustentam as relações entre elas, é condição indispensável para entender que variáveis subjetivas também interferem sobre os modos de construção do apoio matricial. Isso significa dizer que há questões não aparentes do trabalho (e não facilmente observáveis) que precisam ser cotejadas por uma análise como essa. O que o campo de estudos vai revelando é que o êxito do matriciamento não resulta apenas dos recursos materiais, embora indispensáveis.

7.4.4 Percepções e expectativas entre as equipes

Quando questionadas sobre a relação do NASF-AB com as coordenações (enfermeiras) das EqSF, as duas entrevistadas do núcleo afirmam que a relação, de modo geral, é positiva.

No geral, é boa. A gente consegue estabelecer esse diálogo. Mesmo quando não são pelas reuniões de matriciamento, tem esse contato fora de reunião para passar, para discutir caso, para trocar ideia. Essa parceria é boa. Considero boa sim (Entrevistada B-NASF 3).

Porém, ao ser questionada sobre a experiência de trabalhar como equipe volante, a Entrevistada A-NASF 3 responde o seguinte:

Bem difícil. Bem complicado. Porque, normalmente, as equipes de saúde da família eles não vêm a gente, eles até esquecem que a gente faz parte da equipe. Então, a gente, normalmente, não tem uma sala que a gente possa ficar, a gente não tem prioridade nenhuma, exatamente por isso. Eu acho que eles não conseguem ver que a gente realmente trabalha todo dia. Eles ficam achando que a gente está ali só aquelas quatro horinhas que a gente está em cada unidade ou, às vezes, duas no meu caso, porque, às vezes, eu só chego e já saio porque eu tenho grupo fora. Mas, então, assim, eles não vêm a gente realmente como equipe participante, como uma equipe integrante da saúde da família. Eles vêm a gente simplesmente: ah chegou o NASF! E não como: ah chegou a equipe do NASF, nossa equipe de apoio, aonde que a gente pode colocar. Até mesmo para a gente ter uma discussão melhor dos casos, de tudo. Então, não tem (Entrevistada A-NASF 3).

O trecho explicita o quanto as relações entre NASF-AB e EqSF podem estar sustentadas por aquilo que é percebido do trabalho de uma equipe e como as condições físicas também delimitam o modo como essas interações acontecem. Neste caso, a fala sugere pensar que a carga horária que a equipe do núcleo dedica à EqSF pode ser um fator que favorece ou não a percepção de pertencimento ou de integração à atenção básica. Então, apesar de anteriormente ter sido declarada uma relação “muito boa” com as coordenadoras das EqSF, o que a Entrevistada A-NASF 3 declara neste momento é a dificuldade de reconhecimento por essas mesmas equipes.

O caráter de equipe volante parece, a partir do que é verbalizado pela entrevistada, ser uma variável importante na determinação sobre o que a equipe de referência pensa a respeito da de apoio. E, se uma equipe não consegue significar a outra como integrada ou pertencente a uma mesma rotina de trabalhos, pode-se esperar que muitos sejam os desdobramentos disso

sobre as relações de apoio matricial. Uma significação dessa ordem pode representar um desafio à efetivação da proposta que justifica a criação e a sobrevivência do NASF-AB.

A Entrevistada EqSF 3, mesmo considerando como positiva a relação da EqSF com o NASF-AB, faz uma ressalva quanto ao caráter volante do núcleo.

Eu acho muito boa, o apoio é muito bom. Tanto deles, apesar deles não estarem aqui a semana toda né, ser uma parte da família que é um pouquinho mais separada... eu acho é muito boa sim essa relação entre a gente e é muito importante (Entrevistada EqSF 3).

Embora se refira ao NASF-AB como parte da família, a profissional não deixa de considerá-lo como parte ‘separada’. Essa passagem acima remete à vinculação entre carga horária e o modo como o núcleo é percebido como pertencente à atenção básica.

O outro ponto que merece ser destacado na fala da entrevistada é relativo ao espaço ocupado pelo NASF-AB nas UBS, tanto no plano físico como no que se refere ao simbolismo que representa essa sua presença na unidade de saúde. De fato, as UBS nem sempre possuem o espaço ideal para receber mais uma equipe, mas o que a profissional verbaliza faz pensar que esse lugar do núcleo nas unidades depende também do quanto se valoriza ou dos sentimentos que constituem essa relação. Ter a sala disponível para as intervenções do núcleo é condição importante para que as articulações aconteçam, mas não suficiente se não houver uma relação que se sustenta na cumplicidade entre as equipes. E, aliás, ter a sala disponível para trabalhar, demonstra ser, em parte, consequência de sentimentos como esse, uma vez que poderá exigir que os profissionais da EqSF cedam seus lugares para o apoiador.

A agregação categórica, como foi exposto antes, indica que as dificuldades para o apoio e a relação entre as equipes podem estar mutuamente implicadas. O que se evidencia pela análise das entrevistas é que as dificuldades estruturais podem gerar impactos na capacidade de articulação entre as equipes e essa articulação, quando deficitária, pode representar mais um desafio para o apoio ou intensificar aqueles existentes. E o que a análise também indica é que as relações entre equipes nem sempre poderão ser capazes de minimizar as dificuldades estruturais existentes.

Além disso, as expectativas que uma equipe traz da outra é o que sustenta essa relação entre elas e têm desdobramentos sobre as possibilidades de construção do apoio matricial. Apesar de se revelar como parte determinante daquilo que se faz como apoio matricial, não foi observada, entre o NASF-AB e as EqSF, a discussão aberta e franca desses elementos subjetivos durante as reuniões de matriciamento ou em espaços informais. Embora esses

aspectos relacionais indiquem ser fonte de descontentamento para alguns profissionais ‘nasfianos’, não se presenciou diálogos que permitissem a verbalização e o ‘aparo de arestas’ sobre o quê uma equipe espera da outra. Enquanto isso tem-se a impressão de que essas questões permanecem apenas na ordem do imaginário.

Os elementos perceptivos apareceram mais explicitamente nas reuniões dos NASF-AB com a sua coordenação, quando, então, se verbalizou algo sobre a maneira com que acreditam ser vistos pela atenção básica e a necessidade de maior aproximação com as EqSF. Porém, entende-se que seja essencial fazer essa discussão com as próprias EqSF, o que, talvez, possa ser, além de um conteúdo da educação permanente, uma ‘iniciativa terapêutica’ para as relações, no intuito de desmistificar algumas leituras indevidas acerca da outra equipe.

Mais uma vez, à semelhança do que foi analisado no caso 1, surge o ponto de tensão dentro da dimensão assistencial do apoio matricial: atendimento individual e coletivo.

As falas das profissionais do NASF-AB Girassol informam a existência da expectativa, pelas EqSF, de atendimento individualizado, ao mesmo tempo em que reiteram o caráter grupal que deve preponderar.

Atendimento, atendimento, atendimento. É, eles têm muita demanda, as pessoas ainda não se conscientizaram que a prevenção é a melhor, né. Eles querem atendimento. Eles querem atendimento individual. Então, eu acho que o que eles esperam da gente é que a gente faça, em massa, atendimento individual. Que a gente fique dentro da unidade cem por cento atendendo (Entrevistada A-NASF 3).

Sempre para o setor de psicologia há uma demanda muito forte para o atendimento individual. E o nosso trabalho no NASF é trabalhar em grupos. Então, a gente ainda trabalha com muita resistência nesse sentido, tanto o paciente querendo o atendimento individualizado quanto a própria equipe de estratégia de saúde da família. São coisas que a gente tem que estar pontuando sempre (Entrevistada B-NASF 3).

As entrevistadas percebem, de acordo com as passagens, uma demanda em relação ao atendimento especializado individual e, inclusive, a segunda profissional manifesta que o mesmo também ocorre por parte dos usuários. Em contrapartida, a Entrevistada A-NASF 3 cita, em outro momento da entrevista, que o *município preconiza grupo e boa parte da agenda* é reservada ao desenvolvimento dessa modalidade de atendimento.

No entanto, foram observadas circunstâncias em que determinados profissionais dedicaram espaço importante de suas agendas ao atendimento individualizado. Além disso, embora haja o discurso de que o município preconiza a intervenção grupal, verificou-se

indícios de que essa não seja uma propensão igualmente compartilhada por todas as áreas de saberes do NASF-AB, tendo sido acompanhado, na observação participante, relatos de um determinado ‘nasfiano’ que informou a preferência pelos atendimentos individuais.

Apesar da menção feita pela Entrevistada A-NASF 3 e por outros profissionais (estes durante a observação participante), referente a uma orientação que preconiza o atendimento coletivo, pôde-se perceber, conforme apresentado na categoria ‘dimensão assistencial’, que a construção do apoio matricial não se restringe a essa modalidade de atendimento. Além disso, as entrevistadas sugerem que a natureza da demanda também é considerada como elemento para o planejamento das intervenções.

Depois, quando foi questionada, mais especificamente, sobre as expectativas da EqSF em relação ao NASF-AB, a Entrevistada B-NASF 3 apresenta uma fala mais conciliadora entre as diferentes formas de assistência.

Desenvolver esse trabalho né, junto à comunidade, esse trabalho em grupo, desenvolver essas atividades, dar suporte para eles nesses atendimentos aos usuários. Realizar os atendimentos individuais, ajudar nessa questão das visitas domiciliares, fazer um mapeamento né, identificar, ajudar eles a identificar esse perfil da população e o que tem que ser trabalhado. O quê que a gente tem que estar priorizando em cada UBS (Entrevistada B-NASF 3).

Ao comparar o trecho acima com a fala anterior da mesma profissional, evidencia-se certa contradição entre elas, pois enquanto afirmava a resistência à outra abordagem que não seja a individual, nesse momento prepondera um clima de parcimônia entre as várias formas de assistência.

Até um determinado momento da pesquisa de campo observou-se que a definição dos trabalhos do NASF-AB enquanto grupo era predominante entre os profissionais e não apenas nesse núcleo, como se pôde ver também na análise do caso 1.

Nas reuniões acompanhadas com a coordenação dos NASF-AB, por exemplo, foi visto que os planejamentos apresentados pelas equipes davam ênfase à construção de novos grupos nas UBS, alguns destinados a usuários e outros aos profissionais das EqSF, confirmando ser uma marca importante do serviço. Na última reunião observada, como foi exposto antes, chamou a atenção da pesquisadora o discurso mais flexibilizado, relativizando, pelo menos de maneira mais explícita do que nas reuniões anteriores, o atendimento em função das necessidades de cada demanda. A reunião aconteceu após a participação da gestão no encontro estadual de fortalecimento da atenção básica.

Essa defesa de um NASF-AB ‘grupo’, como se costumava mencionar no campo estudado, precisa, de fato, ser relativizada em função de cada demanda, conforme cada situação-problema que requeira o apoio matricial. Afinal, alimentar, de antemão, um funcionamento grupal, enfraquece o diálogo, o poder das discussões de caso com a finalidade de planejamento das intervenções, das negociações entre as equipes e, portanto, da autonomia do núcleo na condução do apoio matricial.

A relação entre a EqSF e o NASF, a partir do que verbaliza a Entrevistada EqSF 3, se encontra associada à percepção de que o núcleo seja a continuação e a complementação daquilo que é feito pela outra equipe.

Sem ele a gente não conseguiria dar segmento para resolver a situação do paciente (Entrevistada EqSF 3).

A percepção sobre o NASF-AB indica estar vinculada a certa concepção de apoio matricial que aparece nas entrelinhas da entrevista, a qual aponta para a complementariedade possibilitada pela relação multidisciplinar com os ‘nasfianos’.

O entendimento de um NASF-AB que possa complementar o que é feito pela EqSF pode ser observado quando, por exemplo, a UBS 6G solicitou ao núcleo a atuação conjunta numa sala de espera sobre a febre amarela ou no momento em que as diferentes EqSF contavam com a participação do núcleo no PSE, com temas como a promoção das práticas corporais, direito sexual e reprodutivo e obesidade. O grupo de tabagismo desenvolvido na UBS 3G também teve como ponto de partida a multidisciplinaridade, cujo planejamento era o de envolver profissionais de saúde bucal da EqSF e de psicologia do NASF-AB.

A Entrevistada EqSF 3 cita o exemplo do teste rápido para doenças sexualmente transmissíveis e a percepção de que se faz importante a presença do profissional do NASF-AB, sobretudo, de psicologia, para o acolhimento do usuário em caso de resultado positivo. Reconhece não ser fácil para a EqSF fornecer um diagnóstico positivo para situações clínicas como essas e que o suporte psicológico seria essencial.

A vinculação entre o NASF-AB e sua atuação coletiva também é explicitada pela entrevistada da EqSF.

[...] porque o grupo do NASF ele é mais de grupos, porém eles atendem, dão aquele primeiro acolhimento, vê a necessidade do grupo ou a necessidade de estar encaminhando para outros setores (Entrevistada EqSF 3).

O trecho acima é coerente e reitera o que foi discutido sobre o lugar atribuído ao atendimento coletivo e a sua convivência com outras formas de apoio matricial, dados que são corroborados com a observação participante.

A Entrevistada EqSF 3, embora manifeste a sua percepção do caráter, proeminentemente, grupal do núcleo, não expressa qualquer insatisfação ou oposição quanto a isso, pois, ao contrário, sugere a disponibilidade do NASF-AB em executar outras formas de intervenção matricial. Durante o trabalho de campo também não foram observadas relações de tensão com outras EqSF, em relação ao atendimento individual ou coletivo. No entanto, a Entrevistada B-NASF 3 manifestou a percepção de resistência quanto a essa segunda forma de abordagem.

A análise da relação entre as equipes também precisa considerar os processos de realocação de profissionais e suas possíveis implicações. Durante o período de observação participante, do total de oito EqSF referenciadas por este NASF-AB, três tiveram alterações em sua coordenação. As enfermeiras de duas EqSF da UBS 4G, por exemplo, foram para outras UBS. O mesmo também ocorreu com a profissional da 5G.

Embora mudanças como essas possam ser, por vezes, necessárias, elas não deixam de implicar nos vínculos estabelecidos entre as equipes, na continuidade das ações em curso e no processo de significação do campo de trabalho. O conhecimento e as percepções relativas ao trabalho do NASF-AB são resultantes das oportunidades de convívio e de encontro entre as equipes.

Essas realocações não devem ocorrer desacompanhadas de avaliações e de análises sobre o que elas geraram como resultados, tanto nas equipes de onde os profissionais saíram quanto naquelas em que chegaram, sobretudo, no que se refere ao apoio matricial, oferecendo à gestão municipal *feedbacks* essenciais sobre tal processo e referências para ações futuras.

7.4.5 Diferenças entre as comunidades e as UBS referenciadas

As duas entrevistadas do NASF-AB informam a existência de diferenças em relação ao perfil da população e às demandas recebidas pelas EqSF, considerando a pluralidade de cada território referenciado. Por consequência, indicam que há diferenças no apoio matricial:

[...] apesar de ser um único município, nós atendemos oito equipes. Cada equipe está num bairro diferente do município e cada bairro tem a sua realidade. Um vai ter mais baixo peso, desnutrição, criança desnutrida. No outro vai ter já outras questões de

obesidade. No outro já são pessoas é... são riscos sociais né, graves, que a gente vê. Então, assim, cada unidade, cada equipe, cada bairro, ele tem a sua especificidade. Então, assim, é totalmente diferente. Então, a gente tem, da mesma forma que cada unidade é diferente, a gente tem que agir de forma diferente. A abordagem tem que ser diferente em cada unidade (Entrevistada A-NASF 3).

Sim, há diferença. Mesmo pelo perfil de cada população. A maioria dos casos às vezes que, igual, por exemplo, a gente tem uma unidade [...] que é alto índice de autoextermínio. Que já não acontece em outras unidades que a gente trabalha. Então, dependendo da UBS, da realidade daquela região, é diferente sim (Entrevistada B-NASF 3).

As falas deixam em destaque a especificidade de cada um dos territórios referenciados e sua implicação sobre as demandas e as intervenções igualmente peculiares. Sobre isso, a pesquisa de campo permitiu verificar, por exemplo, a existência de alguns grupos com temáticas diferentes entre as UBS.

A UBS 5G é uma unidade que possui uma configuração muito particular em relação às demais, estando sediada no mesmo espaço em que se tem uma escola e uma creche. Foi possível acompanhar o grupo desenvolvido pela psicóloga e pela fonoaudióloga, destinado a intervir em demandas de dificuldade de aprendizagem e estímulo psicomotor. Em um arranjo como este, há indicativos de que as demandas identificadas na escola sejam mais fácil e rapidamente acessadas pela EqSF e direcionadas, quando necessário, ao NASF-AB. Tem-se, portanto, condições estruturais que não devem ser desconsideradas na atuação do núcleo.

Além do indicado pelas entrevistadas, há outros fatores associados às diferenças entre as comunidades e as UBS assistidas pelo núcleo. Esse é o caso de uma das UBS que possui unidade em outro bairro. Diante da carga horária que possui, a estratégia adotada pelo núcleo foi a organização de uma agenda de trabalho que permita a realização de visitas quinzenais, ou seja, alternadas entre essas duas unidades. Nas oportunidades em que a observação participante ocorreu nesse contexto, verificou-se que nem sempre a presença dos profissionais do núcleo em um desses dois locais coincidia com a presença da coordenadora da EqSF. Esse dado é relevante na medida em que esta pesquisa evidencia o papel de interlocução que as coordenações das EqSF desempenham junto aos NASF-AB.

Por outro lado, pode-se pensar a realidade da UBS 4G que, ao ser composta por três EqSF e, portanto, caracterizando-se como a de maior abrangência entre as demais unidades, trará determinadas implicações para o trabalho do NASF-AB.

Assim, cada comunidade se revela singular, o que explica perfis epidemiológicos distintos. As UBS, por sua vez, também se diferenciam pelos recursos que dispõem. Essas duas variáveis corroboram na configuração das formas de acesso à demanda e do apoio matricial pelo NASF-AB.

7.4.6 Planejamento das ações

A determinação das agendas de trabalho do NASF-AB demonstra sofrer influências tanto de entendimentos e de definições do município sobre os modos de construção do apoio matricial quanto das percepções que os profissionais estabelecem a partir da análise das demandas.

Quanto ao primeiro determinante, o posicionamento do município sobre a atuação do NASF-AB, a Entrevistada A-NASF 3 declara que:

O município preconiza grupo. O município [...] ele preconiza NASF grupo. Então, boa parte da agenda do NASF ela é voltada para desenvolvimento de grupos operativos, tá? (Entrevistada A-NASF 3).

Aspectos relacionados ao atendimento coletivo foram discutidos em outro momento. O que se percebe nessa passagem é que, de acordo com a profissional, o pressuposto do trabalho com grupos exerce considerável influência sobre o que se faz e o quanto da agenda é reservado para isso.

A verbalização acerca do que é preconizado coloca em questão se não há o risco de se traçar intervenções que independam da especificidade da demanda, o que levaria a uma padronização do método de trabalho, ao invés de se definir estratégias diferentes para ocasiões diferentes. Porém, posteriormente, isso é ponderado pela referência que é feita ao caráter da demanda.

Através de reuniões semanais [...] que ocorre toda sexta-feira. A gente faz a reunião e organiza o agendamento. Cada profissional organiza de acordo com a sua demanda (Entrevistada A-NASF 3).

Nesse momento a profissional relativiza a intervenção de cada profissional do núcleo em função das demandas recebidas. A Entrevistada B-NASF 3 também cita as reuniões semanais entre os profissionais do NASF-AB para o planejamento e organização das agendas

e quando fala sobre a expectativa das EqSF sobre a atuação do núcleo, reconhece a de identificar o perfil da população para determinar o que será feito e priorizado em cada UBS.

[...] a maioria dessas demandas, é discutida nas reuniões e ali a gente vê a gravidade e a urgência para aquele caso. Igual as questões de visita domiciliar, elas têm que ser passadas na frente, porque são casos mais graves. Então, discutindo junto na reunião, a gente consegue ter essa visão do que é mais importante (Entrevistada B-NASF 3).

O que o campo de trabalho deixa transparecer é que, mesmo desempenhando forte influência, inclusive, na própria identidade do serviço, a abordagem coletiva do apoio assistencial não é capaz de reinar sozinha, pois o planejamento das ações também contempla outras possibilidades (visitas domiciliares e atendimento individual, por exemplo).

E, além dessa reunião semanal entre o NASF, tem reuniões mensais com equipe de saúde da família, aonde é organizada também a parte de agendamento de visita e de atendimento, através do matriciamento (Entrevistada A-NASF 3).

O espaço formal das reuniões, entre profissionais do próprio núcleo e de matriciamento, são as principais oportunidades de planejamento, pois são nesses contextos que as demandas são, geralmente, apresentadas e discutidas. No entanto, como apresentado antes, em certas ocasiões informais (como contatos telefônicos) também foi observada a interação com profissionais das EqSF para a apresentação de demandas e o planejamento de alguma ação.

7.4.7 Avaliação das ações implementadas

As entrevistadas do NASF-AB identificam que as avaliações sobre os trabalhos ocorrem nas reuniões de matriciamento, enquanto que a Entrevistada EqSF 3, além disso, também menciona outras circunstâncias.

Então, através de reuniões né, a gente tenta é... faz a leitura da ata anterior e dali a gente faz uma avaliação, se foi feito o atendimento, se o paciente compareceu, se não compareceu, se pôde fazer a visita, se não pôde fazer a visita e a que conclusão chegou (Entrevistada A-NASF 3).

É através dessas reuniões que a gente tem esse feedback do que está sendo feito, dos acompanhamentos, do que a gente conseguiu êxito, do que não. É junto com as reuniões mesmo (Entrevistada B-NASF 3).

[...] na reunião a gente costuma passar e conversar sobre o assunto. Mas, quando a gente tem a necessidade, a gente se reúne. Que, às vezes, aquele paciente não usou todos os profissionais do NASF, mas os que a gente utilizou com ele, os profissionais, a gente senta, vê o quê que aconteceu [...]. Então, a gente senta, vê a posição de cada um, se confere, se está tudo certinho, se todo mundo viu que está dando certo, se precisa fazer mais alguma coisa. Aí, a gente sempre senta. Conforme a necessidade (Entrevistada EqSF 3).

Durante a observação participante foi presenciado um episódio em que, após a realização de visita domiciliar com uma ACS, a profissional do NASF-AB se dirigiu à sala da coordenação da EqSF para avaliar outras possíveis intervenções com a família. Nas demais circunstâncias, as avaliações das ações presenciadas pela pesquisadora foram nas reuniões de matriciamento e nas reuniões do núcleo com a sua coordenação municipal.

Na reunião de matriciamento acompanhada na UBS 3G, em maio de 2018, por exemplo, foi observada a importância e a demanda/expectativa que as EqSF têm de obter do NASF-AB retornos sobre a condução e os resultados das intervenções. A EqSF solicitou aos profissionais do núcleo que estavam presentes no momento (psicóloga e assistente social) devolutivas dos casos encaminhados. Nessa situação exemplificada, a ata da última reunião era datada de dezembro de 2017 – por decorrência do apoio prestado pelo núcleo na mobilização de vacinação contra a febre amarela, quando os profissionais informaram que as demais ações tiveram que ser suspensas. Diante dessa distância temporal foi difícil para que os ‘nasfianos’ conseguissem fornecer as respostas solicitadas, sendo isso postergado pela necessidade de consulta aos prontuários dos usuários atendidos.

Como foram indicadas novas demandas de apoio matricial, a coordenação dessa EqSF sugeriu que a próxima reunião ocorresse no mês de julho, um intervalo maior que a proposta dos encontros mensais, para que o NASF-AB pudesse desenvolver as ações e as mesmas serem avaliadas com maior fôlego.

A reunião de matriciamento, enquanto instrumento de avaliação das ações de apoio, demonstra ser mais fortalecida quando conta com a participação de todos os profissionais do NASF-AB ou com o maior número deles, pois, às vezes, aquele para o qual a demanda se destinou ou que foi o apoiador em uma situação específica pode não estar presente. Os demais participantes, por outro lado, não necessariamente podem estar de domínio de todas as informações requeridas pelas EqSF, até mesmo por pertencerem a domínios disciplinares distintos, e a fluidez da comunicação fica prejudicada. O remanejamento de agendas, no período do mês em que as reuniões ocorrem, foi uma iniciativa observada no NASF-AB Margarida, buscando, com isso, dispor do máximo de integrantes possíveis.

Da mesma forma, cabe destacar que a participação e o comprometimento das EqSF, com as suas coordenações e o máximo de seus demais membros, é preponderante para todo o processo de construção do apoio matricial e, sobretudo, para a devida avaliação de seus resultados.

7.5 Integrando os casos: uma análise panorâmica do apoio matricial

O projeto para implantação das equipes do NASF-AB no município data do mesmo ano de criação do serviço na esfera nacional e em 2009 houve seu credenciamento para o recebimento do incentivo financeiro.

No entanto, tendo em vista o que foi analisado a partir da entrevista da Gestora, no capítulo 6, e do estudo dos três casos, depreende-se que o processo de consolidação do núcleo ainda está em curso. E, nesse percurso, vai sendo observada a necessidade de alguns ajustes no cotidiano dos trabalhos, como o que se refere à demanda de criação de mais equipes, entre outras coisas que são indicadas na análise dos dados produzidos pela pesquisa de campo.

Em 2017 o município submeteu um novo projeto para a implantação de mais duas equipes. Em uma portaria de julho de 2018 foi determinado o credenciamento das novas equipes, passando, então, para o quantitativo de cinco equipes de NASF-AB. A determinação foi uma conquista importante para o município, o que poderá dar mais vigor aos trabalhos, pois com a ampliação do número de EqSF, observou-se, por exemplo, que o NASF-AB Margarida referenciava dez equipes, o que excede ao previsto nas diretrizes pertinentes (Portaria nº 3.124, 2012). Esse entendimento também parece ser compartilhado pela gestão local, quando se verifica que no projeto há a menção desse maior “fôlego” que poderá ser dado à atenção básica, com a ampliação da cobertura e da resolubilidade das ações.

Antes da aprovação do projeto o desenho assistencial que se tinha era o seguinte:

Tabela 14: Cobertura dos três NASF-AB

Território	NASF-AB Margarida	NASF-AB Jasmim	NASF-AB Girassol
EqSF referenciadas	10	8	8
Número de UBS	7	5	6
Localização das UBS	4 UBS são rurais	Apenas 1 UBS rural	Todas urbanas

Fonte: Produzida pela pesquisadora a partir de dados da observação participante

A implicação imediata gerada pela criação de mais dois núcleos foi a redefinição dessa área de cobertura.

Tabela 15: Cobertura de cada NASF-AB após implementação de mais duas equipes

Território	NASF-AB Margarida	NASF-AB Jasmim	NASF-AB Girassol	NASF-AB Novo 1	NASF-AB Novo 2
EqSF referenciadas	5	6	5	5	4
Número de UBS	4	3	4	4	4
Localização das UBS	3 UBS em zona rural	Todas urbanas	1 UBS em zona rural	2 UBS em zona rural	Todas em área urbana

Fonte: Produzida pela pesquisadora a partir de dados da Secretaria Municipal de Saúde (2018)

Percebe-se que a redistribuição indica um maior equilíbrio entre a área de cobertura das cinco equipes e menos EqSF referenciadas. Espera-se que esse novo arranjo traga resultados positivos para a qualidade do apoio matricial e para a maior integração entre apoiadores e referenciados, visto que há relatos na literatura (como Oliveira et al., 2017; Martinez et al., 2016) que apontam os desafios colocados pelo número maior de EqSF para referenciar. Fato semelhante foi observado na realidade local, quando algumas UBS, por exemplo, de zona rural, recebiam visitas quinzenais.

A redução da razão número de equipes referenciadas/NASF-AB é uma tendência indicada por Brocardo et al. (2018), quando compararam dados de 2012 com os do PMAQ de 2013-2014 e verificaram que a redução tem ocorrido por decorrência da maior implantação dos núcleos. Assim, a região sudeste, por exemplo, passou de uma razão de 21,1 para 12,4.

O NASF-AB Novo 2 ficou com menos EqSF, pois irá referenciar a equipe do Consultório na Rua. Até então, durante os trabalhos de campo, não havia sido observado como essa referência entre as equipes era realizada e se havia um núcleo específico para prestar esse apoio.

Outra conquista foi a de uma UBS em área rural que não era referenciada pelo NASF-AB e que passará a ser a partir dessa reconfiguração, integrando o território do NASF-AB Girassol.

Esse momento do estudo se destina a retomar e a estabelecer uma análise comparativa dos temas identificados durante a discussão dos resultados, objetivando realçar as

semelhanças e as diferenças entre os três casos estudados e, assim, vislumbrando de maneira geral, os modos de construção do apoio matricial. Destaca-se que a análise não envolveu os novos NASF-AB, pois a criação deles foi posterior ao período da pesquisa de campo. Desta forma, pesquisas futuras poderão se dedicar a estudar as implicações trazidas pela ampliação descrita e até mesmo estabelecer análises comparativas com os resultados obtidos na presente pesquisa, identificando o que se manteve e/ou se modificou nos processos de construção do apoio matricial.

Diante do que foi investigado constata-se que, apesar de sediados em um mesmo município, é possível observar realidades muito singulares em cada NASF-AB. O caso 1 se destacou tanto pelo maior número de equipes referenciadas como pelo território mais adverso, mesclando UBS urbanas e rurais, de modo que o deslocamento dos profissionais do núcleo pelas unidades mostrou ser um aspecto mais desafiador do que nos demais casos. Foi possível tomar contato com expectativas de alguns profissionais do NASF-AB Margarida quanto à redistribuição dessas áreas de cobertura.

De modo geral, nos três casos, os resultados evidenciam a existência de demandas de caráter multifacetado, frequentemente, requerendo a intervenção de mais de um profissional do NASF-AB, como também o fato de demandas que eram acompanhadas por outros órgãos da rede (CREAS, CRAS, Ministério Público etc.), o que realça a complexidade das mesmas. Em todos os casos, embora no segundo tenha sido mais explícito, há a diferenciação entre duas ordens de demandas, sociais e orgânicas, quando intervenções oriundas da psicologia e do serviço social, por exemplo, se revelaram potentes.

Foram observadas demandas que envolvem as diferentes áreas de saberes do NASF-AB, embora algumas indicassem ser mais requisitadas do que outras, como é, por exemplo, a situação da psicologia e da nutrição. A psicologia, inclusive, demonstrou ser muito absorvida por demandas de ansiedade e de depressão em todos os casos estudados.

Quanto às formas de acesso às demandas verifica-se mecanismos semelhantes em todos os casos, sendo que a maior parte do que é encaminhado ao NASF-AB passa pela filtragem prévia das EqSF. As requisições são provenientes de médicos, enfermeiros e ACS, combinando procedimentos tradicionais (encaminhamento por escrito) e dialógicos (espaços informais e reuniões de matriciamento). Enfermeiros e ACS indicam usufruir tanto dos espaços formais quanto informais. Além disso, há a menção a demandas espontâneas acessadas no contato direto com o usuário durante as salas de espera e aquelas provenientes

de outros órgãos da rede. As formas de acesso às demandas guardam similaridades com o descrito por Oliveira et al. (2017).

Semelhante ao identificado na pesquisa Nakamura e Leite (2016), em algumas ocasiões, o NASF-AB indicou estar sujeito a servir como porta de entrada de demandas, contrariando as diretrizes de trabalho (Portaria nº 2.488, 2011). Isso pode acarretar o risco de ter que se haver com um excesso de demandas, ao receber diretamente solicitações que não foram avaliadas pela EqSF e não contaram com um planejamento prévio de apoio matricial.

Como observado por outros estudos (Oliveira & Ramos, 2007; Cohn, 2009; Araújo, 2014) é possível falar do importante lugar que o ACS assume na dinâmica de funcionamento das EqSF, favorecendo a sua capilaridade e, além disso, junto com os enfermeiros, desempenham papel central na vinculação entre as EqSF e o NASF-AB. Contudo, não se pode deixar de reafirmar a sobrecarga de trabalho que, por vezes, parece caracterizar as agendas de trabalho das EqSF, dificultando a maior integração entre elas e a equipe do núcleo.

Quanto aos modos de apoio matricial são identificadas estratégias comuns ao que foi relatado por outros pesquisadores: reuniões para discussão de casos (Klein & d'Oliveira, 2017; Macedo et al., 2016; Perrela, 2015; Moura & Luzio, 2014; Lancman et al., 2013; Azevedo & Kind, 2013); grupos temáticos na prevenção de doenças e promoção da saúde (Macedo et al., 2016; Moura e Luzio, 2014; Azevedo & Kind, 2013) e; visitas domiciliares (Macedo et al., 2016; Azevedo & Kind, 2013). Além disso, observou-se a realização de intervenções em salas de espera, intervenções no PSE junto com a EqSF, eventos sociais com a abordagem de temas como outubro rosa e novembro azul. As ações de encaminhamento para outros setores da rede também se encontram valorizadas como formas de apoio.

Algumas dessas formas de apoio matricial também estão relacionadas ao que é identificado na base de dados do PMAQ (2º ciclo - 2014), como é o caso de visitas domiciliares (92,8%), discussão de casos clínicos mais complexos (88,8%) e intervenção no território (86,5%) (Brocardo et al., 2018).

As reuniões de matriciamento, geralmente, com frequência mensal, despontam como a principal metodologia da dimensão pedagógica nos três casos acompanhados. O uso desses espaços como oportunidades de educação permanente, com as EqSF, foi explorado no caso 2. Apesar do reconhecimento de sua importância, as reuniões matriciamento, em algumas circunstâncias, sofrem interferências, por exemplo, das agendas das EqSF, de modo que nem sempre foi observada a participação de todos os enfermeiros e ACS, assim como dos próprios profissionais do NASF-AB.

Durante as observações participantes, nas UBS 3G, 1J e 5M foi acompanhada a participação do profissional de medicina nas reuniões de matriciamento e/ou alguma interação com o núcleo em espaço informal. Por isso, deve-se destacar que quando se fala de relação EqSF-NASF-AB, está se considerando, sobretudo, da primeira equipe, os profissionais enfermeiro e os ACS que participaram da entrevista e/ou da observação participante.

Em uma das reuniões de matriciamento foi solicitada à coordenação da EqSF, por uma das profissionais do núcleo (*caso 1*), a participação dos médicos e da odontologia daquela UBS. Porém, a enfermeira informou que isso seria difícil em função da agenda de atendimentos que eles possuem.

Pinto et al. (2012), em um estudo realizado em dois municípios do Ceará, com o objetivo de analisar as articulações em saúde mental entre as EqSF e o CAPS, segundo a proposta do matriciamento, identifica a seguinte dificuldade colocada à participação dos médicos:

Uma grande dificuldade que nós temos é na questão da participação dos profissionais [...] principalmente dos médicos. [Devido à demanda de atendimentos clínicos], para alguns coordenadores da unidade de saúde, tirar o médico da consulta é o fim do mundo! O mundo vai acabar! Vão morrer todos os pacientes! Então, nós temos uma dificuldade de fechar as agendas dos médicos no matriciamento, principalmente pela demanda da população que é muito grande e o acesso já é difícil (p. 655).

A citação acima é referente à fala de um profissional da EqSF da pesquisa de Pinto et al. (2012) e é muito ilustrativa a respeito das expectativas, dos valores e das condições de trabalho que podem envolver o profissional de medicina e que, por vezes, pode corroborar para a naturalização da sua ausência em certos espaços do matriciamento.

Portanto, tanto na presente pesquisa (a partir do que indica a coordenadora de EqSF citada acima, do *caso 1*) quanto na de Pinto et al. (2012) percebe-se justificativas semelhantes para a ausência do médico em certos espaços do matriciamento: o foco no atendimento clínico à demanda.

Neste sentido, pensar em estratégias que permitam a maior participação dos atores da atenção básica, sobretudo, em algumas UBS, é algo que está entre as ações que precisam ser tratadas no âmbito local. Por outro lado, isso requer refletir sobre outros fatores, como os sentidos que os profissionais das EqSF atribuem às reuniões de matriciamento.

A metodologia das reuniões de matriciamento (frequência mensal, com discussão de casos encaminhados ao NASF-AB, avaliação das intervenções realizadas e de possíveis novas

intervenções em reuniões futuras) aparenta semelhança ao processo descrito na pesquisa de Azevedo e Kind (2013), em Belo Horizonte.

Concomitantemente, observa-se a importância da manutenção de outros espaços de diálogos, como as conversas em corredores, em salas de atendimento e em aplicativos de mensagens. Portanto, como em outras pesquisas (Nakamura & Leite, 2016), o apoio matricial indica se beneficiar de espaços informais de articulação.

A realidade local destoava do que é declarado por 27,7% das equipes de NASF-AB (2º ciclo PMAQ – 2014) quanto à inexistência de periodicidade pré-definida de reuniões de matriciamento (Brocardo et al., 2018). A periodicidade das reuniões demonstra, no município estudado, ser parte de um esforço importante de afirmação desses momentos e de sua priorização nas agendas de trabalho, mesmo que, eventualmente, alguns compromissos simultâneos tragam algumas implicações, como o remanejamento de datas dos encontros ou a ausência de algum profissional.

Na dimensão assistencial observou-se a realização de abordagens individuais (clínicas, específicas do NASF-AB ou compartilhadas) e grupos (cuidado especializado coletivo), embora com discursos recorrentes, entre os ‘nasfianos’, de uma atuação que deve priorizar as intervenções grupais, revelando o entendimento e os sentidos que a realidade local traz sobre os modos de construção do apoio matricial. Nos casos 1 e 3 aparece a referência a certa significação ou expectativa distinta quanto a forma de assistência a ser prestada, entre profissionais do NASF-AB (atendimento coletivo) e da EqSF (atendimento individual). Nos casos 2 e 3 há ainda a menção de expectativa de atendimento clínico individualizado por usuários da atenção básica.

Contudo, não há uma experiência de ‘cabo de força’, como Klein e d’Oliveira (2017) observaram na realidade que investigaram. A realidade descrita indica ser próxima ao observado no estudo de Lancman et al. (2013), quando se menciona a valorização do atendimento coletivo. Os dados apresentados neste caso também remetem ao que Florindo (2009) afirma sobre a existência de expectativas de uma atuação dentro do enfoque individual nas equipes de UBS.

É importante contextualizar essa percepção diferenciada sobre as formas da abordagem assistencial com o que é exposto nos documentos que direcionam os trabalhos do NASF-AB. No ‘Cadernos de Atenção Básica’, número 27 (2010), constam as prioridades do núcleo: a) ações clínicas compartilhadas, para uma intervenção interdisciplinar; b) intervenção específica do profissional do NASF com usuários e famílias e; c) ações compartilhadas no

território. Porém, o documento prevê que o atendimento individualizado pelo núcleo ocorra “[...] *em situações extremamente necessárias e, quando ocorrer, continuar mantendo contato com a equipe de SF [...]*” (p. 20). Portanto, o campo de atuação parece coerente com o entendimento expresso no texto de uma restrição dessa forma de atendimento clínico.

[...] há grande desproporção de volume textual dedicado a esses componentes da atuação ‘nasfiana’, e priorização das atuações conjuntas com as equipes de SF: atendimentos conjuntos, discussões de casos/projetos terapêuticos, ações nos territórios, grupos, prevenção, promoção, planejamento, reuniões; frente à mínima ou nenhuma orientação para ações do tipo ‘b’ (cuidado especializado) adaptadas ao contexto do matriciamento. Isso demanda retomar o entendimento da APS (Tesser, 2017, p. 568).

Outro elemento importante para a análise dessa discussão é o vídeo mencionado em momento anterior deste trabalho, relativo à comemoração dos dez anos do NASF-AB, com o Marcelo Pedra, técnico do Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde. O profissional trata da existência de uma possível dicotomia entre atendimento individual e coletivo e considera que o primeiro se constitui como uma forma de apoiar as EqSF e de gerar autonomia nessas equipes.

Assim, percebe-se que há certa transversalidade entre o individual e o coletivo, ao invés de uma polarização, pois a demanda pode começar com a abordagem individual e passar para outras estratégias de cuidado, inclusive, em relação ao desenvolvimento de grupos. O técnico ainda pondera que o coletivo não é melhor do que o individual. É a demanda que indicará a melhor estratégia. Trata-se de uma abordagem clínica como as demais, mas que precisa ser ofertado a partir da análise adequada de cada caso e das necessidades da EqSF. Nesse momento verifica-se um discurso mais ampliado sobre o atendimento clínico individualizado, quando se compara ao exposto no ‘Cadernos de Atenção Básica’, número 27 (2010).

Sobre isso é importante resgatar que na reunião observada em maio de 2018, entre os núcleos e sua coordenação, esse vídeo foi apresentado e trouxe um discurso conciliador entre o atendimento individual e grupal, ao ressaltar que a demanda é que definirá a melhor forma de intervenção. Acredita-se que posicionamentos como esses possam reverberar positivamente nas articulações com as EqSF.

Por outro lado, o município não revela problemas quanto ao reducionismo das funções do NASF-AB, discutido por Tesser (2017), quanto ao centramento das equipes na dimensão

assistencial ou na técnico-pedagógica. Todos os casos comportam as duas dimensões do apoio matricial, sem ser detectada qualquer tensão a esse respeito.

A seguir são apresentados os quantitativos de atendimento, por área profissional, dos anos de 2016 e de 2017.

Tabela 16: Análise comparativa de atendimentos por categoria profissional

Categoria	2016	2017
Psicologia	390	2.276
Fisioterapia	1878	3.788
Nutrição	212	2.324
Educação Física	1.645	2.864
Serviço Social	760	1.278
Fonoaudiologia	118	1.880

Fonte: Relatório de Dados e Evidências (Secretaria Municipal de Saúde, 2018)

A tabela evidencia que houve um crescimento significativo de atendimentos em todas as áreas do NASF-AB, sendo que algumas apresentaram cerca de dez vezes mais ao que foi somado em 2016, como a nutrição e a fonoaudiologia. Em relação à situação dessa última, deve-se recordar que em 2016 havia apenas um profissional da área no município e no ano seguinte mais dois foram contratados. Embora os dados não sejam discriminados por cada equipe do núcleo e nem por tipos de intervenção, eles são muito representativos do quanto o serviço tem sido cada vez mais demandado para o apoio matricial e de como isso se distribui pelas categorias profissionais. A psicologia aparece como a quarta mais envolvida no apoio matricial.

Os dados da tabela 16 são baseados em informações que o município extraiu do Fly Saúde.

A elevação significativa da produtividade coincide com o primeiro ano da coordenação do NASF-AB e com o remanejamento de profissionais das equipes (entrada de novos profissionais – processo seletivo ocorrido no início de 2017).

Quanto à categoria condições de trabalho, observa-se que os três casos se aproximam em alguns pontos e se diferem em outros. Sendo assim, foram identificadas, nas entrevistas semiestruturadas, as seguintes características:

Quadro 3: Potencialidades para o apoio matricial

Caso 1	Caso 2	Caso 3
Renovação da equipe do NASF-AB (Entrevistada A-NASF 1)	Tecnologias de comunicação/Espaços informais (Entrevistada A-NASF 2)	Integração entre os 'nasfianos' (Entrevistada A-NASF 3)
Coordenação geral dos NASF-AB (Entrevistada A-NASF 1)	Receptividade dos enfermeiros/Comunicação (Entrevistado B-NASF 2)	Reuniões de matriciamento (Entrevistada B-NASF 3)
Reuniões de matriciamento (Entrevistada B-NASF 1)	Acessibilidade dos profissionais do NASF-AB/Espaços informais (Entrevistada EqSF 2)	Reuniões de matriciamento (Entrevistada EqSF 3)
Disponibilidade/Flexibilidade do profissional do NASF-AB (Entrevistada EqSF 1)	Estrutura física da UBS (Entrevistada EqSF 2)	Espaços informais (Entrevistada EqSF 3)

Fonte: Produzida pela pesquisadora a partir da análise das entrevistas semiestruturadas

Nota-se que os casos 1 e 3 se aproximam na dimensão reuniões de matriciamento, reconhecendo que o apoio assistencial é favorecido pelo pedagógico, quando acontecem as ações conjuntas com as EqSF, sobretudo, de discussão de casos e de planejamento de outras ações. Conclui-se que em todos os casos há em comum a percepção dos espaços de trocas/diálogos como algo favorável ao apoio, seja quando se menciona a acessibilidade e a disponibilidade/flexibilidade do NASF-AB ou os espaços informais, propriamente ditos. Aliás, tais espaços só podem existir na medida em que a primeira condição existe, ou seja, a abertura da equipe apoiadora.

A existência dos espaços informais é coerente com o que Tesser (2017) discute sobre não limitar as discussões aos espaços formais, como as reuniões de matriciamento, o que burocratizaria o cuidado compartilhado e impediria uma aproximação mais efetiva entre as equipes. As discussões e as ações apoiadoras devem ser possíveis de ocorrerem em diferentes momentos e espaços do cotidiano de trabalho da atenção básica, de modo presencial ou não.

O principal ponto de diferença está na qualidade da estrutura física da UBS, sendo indicada apenas no caso 2, pela enfermeira 2. A existência de diferenças na infraestrutura de unidades de saúde também aparece no estudo de Oliveira e Ramos (2007), em Vitória.

Embora a coordenação do NASF-AB só tenha sido mencionada por uma das entrevistadas (caso 1), a observação participante constatou a relevância que ela representa ao contribuir para o fortalecimento da identidade do núcleo, a criação de espaços de debates para o avanço do serviço no âmbito local, a sistematização, o planejamento e a qualificação das ações. Além disso, pelas reuniões periódicas, permite o compartilhamento de experiências

entre as equipes do município, a avaliação do que tem sido realizado e a proximidade da própria gestão com a realidade de trabalho dos serviços.

Para que a gestão possa agregar às equipes de NASF-AB, é preciso ressaltar o que Melo, Miranda et al. (2018) tratam sobre a importância de que “[...] a gestão reconheça que o apoiador do Nasf não apoia sozinho, ele também precisa de suporte [...]” (p. 336). Entende-se que aqueles espaços de compartilhamento e de discussão citados antes funcionam como uma forma de suporte. E, corroborando com o que é colocado pelos autores, durante a pesquisa de campo emergiram algumas falas de profissionais do NASF-AB sobre a necessidade de ter suporte para poder apoiar.

No âmbito nacional, a coordenação do NASF-AB, conforme dados extraídos do PMAQ (2º ciclo - 2014) tem se apresentado da seguinte forma: 92,6% das equipes participantes declararam possuir coordenação, sendo que destas 27% é em comum com a AB e 61,6% é específica para o núcleo (Brocardo et al., 2018). Portanto, o município estudado está em consonância com o que tem se configurado na esfera nacional, possuindo uma coordenação específica para o NASF-AB e outra para a AB, demonstrando ser uma estratégia cara à implantação do núcleo.

Outro elemento verificado na observação participante, que poderá se constituir como aspecto potencializador do apoio matricial, é a reunião semanal entre os profissionais do NASF-AB. A depender do modo com que for manejada poderá ser alcançado o propósito desejado da maior integração entre os profissionais, ou seja, o fortalecimento da interdisciplinaridade e, conseqüentemente, do melhor planejamento das ações de apoio. A existência de reuniões semanais do núcleo também foi relatada no estudo de Azevedo e Kind (2013).

Em relação às dificuldades para o apoio matricial, observa-se que a maior parte dos pontos indicados pelos entrevistados é semelhante.

Quadro 4: Desafios para o apoio matricial

Caso 1	Caso 2	Caso 3
Ausência de transporte específico para o NASF-AB (Entrevistada A-NASF 1)	Carga horária do NASF-AB (Entrevistados A e B-NASF 2 e Entrevistada EqSF 2)	Infraestrutura de algumas UBS (Entrevistada A-NASF 3)
Infraestrutura de algumas UBS (Entrevistada B-NASF 1)	Infraestrutura de algumas UBS (Entrevistado B-NASF 2)	Ausência de transporte específico para o NASF-AB (Entrevistada A-NASF 3)
Carga horária do NASF-AB	Manutenção do diálogo com as	Falta de interesse de determinados

(Entrevistada EqSF 1)	EqSF (Entrevistado B-NASF 2)	profissionais da EqSF (Entrevistada A-NASF 3)
_____	_____	Carga horária do NASF-AB (Entrevistada B-NASF 3 e Entrevistada EqSF 3)

Fonte: Produzida pela pesquisadora a partir da análise das entrevistas semiestruturadas

As variáveis em comum entre os três casos e que se destacaram durante a pesquisa de campo, sendo também detectadas na observação participante, se referem às condições físicas de algumas UBS e a carga horária de determinados profissionais do NASF-AB. Situações como essas indicam repercutir no apoio matricial. A primeira variável gera consequências, por exemplo, no tipo de intervenção desenvolvida, como é a situação de unidades que não comportam a realização de grupos no seu interior, recorrendo-se a espaços da comunidade para fazê-los. A segunda pode estar associada à capacidade e ao tempo de resposta às demandas recebidas, à capacidade de vinculação com as equipes apoiadas e à periodicidade de visitas a essas equipes, sendo observadas UBS, dos casos 1 e 3, que recebem visitas quinzenais. Além disso, também pode implicar na modalidade de atendimento ofertada, para alguns profissionais o atendimento grupal demonstrava ser uma forma de conseguir acolher uma maior quantidade de demandas.

A dificuldade representada pela carga horária de alguns profissionais parece ter sido percebida e acolhida pela gestão local, conforme o que é sinalizado em documento disponibilizado à pesquisa. No material, relativo aos rearranjos que serão processados a partir da ampliação do número de NASF-AB no município, observa-se, por exemplo, a elevação da carga horária da psicologia e da educação física para quarenta horas. A primeira tinha carga horária de vinte e a segunda de trinta horas. No entanto, o serviço social, ainda continua com vinte horas.

Foi destacada a necessidade de se fazer certas ponderações quanto ao volume de demandas recebidas pelo NASF-AB e a filtragem correta delas. Discussão que pode ser enriquecida com o trabalho de Tesser (2017). Afinal, a elevação da carga horária, por si só, não garante agendas de trabalho menos sobrecarregadas e maior disponibilidade para articulação com as EqSF, já que estas precisam saber diferenciar as demandas que, de fato, devem ser encaminhadas ao núcleo daquelas que ela própria possui *expertise* suficiente para lidar. Por isso, se, de um lado, os dados indicam que a carga horária é limitada, por outro, não se pode negligenciar a relevância das equipes de referência ao dar os encaminhamentos

acertados às demandas que identifica, caso contrário, rapidamente as agendas lotarão novamente.

A ausência de transporte para o deslocamento da equipe do NASF-AB foi a segunda dificuldade mais citada. Esse aspecto demonstra ser mais desafiador na realidade do caso 1, devido às suas características territoriais, podendo implicar numa maior dificuldade de acesso aos usuários, sobretudo, quando esses também não conseguem chegar até as UBS. Aliás, esse aspecto parece ser um dos que mais particulariza o apoio matricial prestado às EqSF em área rural, onde os usuários tendem a estar distribuídos por pontos mais distantes e mais dispersos em relação às unidades de saúde.

Esses achados podem ser confrontados com os indicadores nacionais do PMAQ. A maior parte das equipes do núcleo informa consultórios compartilhados entre elas e as EqSF (85,7%), espaços na comunidade para as suas intervenções (82,7%) e a disponibilidade, sempre ou na maioria das vezes, de transporte (80%) (Brocardo et al. (2018). Se os dois primeiros percentuais guardam afinidades com a realidade local, sendo que em apenas uma UBS foi observada uma sala com a identificação do NASF-AB e nas demais os espaços para atendimentos são negociados com a EqSF, conforme a sala disponível no momento, o mesmo não ocorre com a terceira estatística.

Esse tipo de constatação revela que há variações quanto às condições de trabalho pelo território nacional, pois, à semelhança do que alguns profissionais entrevistados afirmam, “[...] o estado de Roraima informou não ter disponibilidade de veículo para sua atuação, e no Espírito Santo, somente uma equipe informou ter veículo disponível” (p. 136). Dificuldade quanto ao transporte também foi identificada no estudo de Macedo et al. (2016), em dois NASF-AB de Fortaleza.

Martinez et al. (2016) são enfáticos ao afirmar que

em praticamente todas as investigações identificadas sobre a implantação do NASF no País, encontraram-se indicativos de problemas relacionados à estrutura física das unidades de saúde, ao transporte para os profissionais e à falta de materiais, especialmente para as atividades de grupo e de educação permanente (p. 102).

Corroborando com essa discussão, a pesquisa de Ferreira Neto, Oliveira, Viana e Duarte (2016), em 20 UBS de um distrito sanitário de Belo Horizonte, constatou que as condições de oferta dos serviços e os processos de trabalho são variáveis que repercutem de modo significativo na atenção integral. Esse dado enfatiza ainda mais a importância de se

analisar as circunstâncias de atuação das EqSF e dos NASF-AB para que se compreenda como essas equipes têm operado.

Entre os aspectos que implicam no cuidado integral, estão: a rotatividade dos médicos devido às condições de trabalho inadequadas e a falta de um plano de carreira e o número de famílias referenciadas pelas EqSF (quantitativo superior ao observado em países europeus e com condições sociais e sanitárias melhores do que as do Brasil). Além disso, o planejamento se associa positivamente com a integralidade, sendo que quando o primeiro ocorre torna-se mais suscetível que o segundo também ocorra, contribuindo para a qualificação da atenção. Contudo, considera-se que o planejamento precisa ser estimulado através de espaços como o da educação continuada e do apoio institucional (Ferreira Neto et al., 2016). Portanto, investir nas condições estruturais das UBS e na qualificação do trabalho faz-se condição necessária para o fortalecimento da atenção básica.

Além do que revelam as entrevistas, a observação participante também colabora no entendimento de que não são apenas as condições materiais de trabalho capazes de repercutir no apoio matricial, como também as percepções que uma equipe nutre do fazer da outra e sobre as quais se sustentam as relações entre apoiadores e referenciados. Portanto, a compreensão de questões de ordem subjetiva torna-se elemento de análise tão importante quanto os que foram apresentados até este momento.

As relações entre os NASF-AB e as EqSF indicam ser produto e produtoras de apoio matricial. Contudo, essas interações revelam estar cercadas por desafios e por possibilidades, fruto de um cenário em que os profissionais ainda estão demarcando seus lugares diante da novidade ensejada por um novo serviço. Ao passo que as dificuldades são apresentadas pelos entrevistados, percebe-se que os avanços nessas relações também são apontados.

No quadro a seguir, tem-se a tentativa de sintetizar os principais elementos dessas relações que foram discutidos em cada um dos casos, de modo que se possa ter uma análise comparativa, ao visualizar suas aproximações e suas peculiaridades.

Quadro 5: Relação entre as EqSF e o NASF-AB

Caso 1	Caso 2	Caso 3
A relação segundo o NASF-AB: <i>Tem enfermeiro que é difícil de lidar e leva muito para o lado pessoal.[...] Mas, agora alguns a gente está se dando bem (Entrevistada 1)</i> <i>[...] hoje em dia é tudo bem. (Entrevistada B-NASF 1)</i>	A relação segundo o NASF-AB: <i>Então, a gente tem uma relação muito né, construtiva e com certeza temos muito apoio. Somos apoio e temos apoio das equipes também (Entrevistada A-NASF 2).</i>	A relação segundo o NASF-AB: <i>No geral, é boa. A gente consegue estabelecer esse diálogo [...] Essa parceria é boa. Considero boa sim (Entrevistada B-NASF 3)</i>
A relação segundo a EqSF: <i>A articulação ela é boa né, a gente tem uma liberdade de conversar [...], a gente tem diálogo (Entrevistada EqSF 1).</i>	A relação segundo a EqSF: <i>Tudo o que a gente precisa, eles estão sempre dispostos a ouvir. Eu acho que a parceria é muito boa [...] (Entrevistada EqSF 2)</i>	A relação segundo a EqSF: <i>Eu acho muito boa, o apoio é muito bom. [...] apesar deles não estarem aqui a semana toda né, ser uma parte da família que é um pouquinho mais separada [...] (Entrevistada EqSF 3)</i>
Impasses: <i>[...] que eles querem um apoio, mas ainda tem um receio ainda, se a gente é esse apoio mesmo...não sei (Entrevistada A-NASF 1)</i>	Impasses: <i>Em muitos eventos, em muitas ações que nós fazemos né, todas elas são jogadas para o NASF. Então, assim, a gente tem essa divisão, que teria que ser em conjunto, mas a gente acaba tendo essa distinção [...] (Entrevistado B-NASF 2)</i>	Impasses: <i>Porque, normalmente, as equipes de saúde da família eles não vêm a gente, eles até esquecem que a gente faz parte da equipe. (Entrevistada A-NASF 3)*</i> <i>*A fala é relativa à experiência de trabalhar como equipe volante.</i>
Expectativas das EqSF segundo o NASF-AB: <i>Eu vou falar um caso [...] em que o profissional começou a atender em grupo e a enfermeira né, que é a responsável pela unidade, falou que não era certo o atendimento em grupo [...] (Entrevistada A-NASF 1)</i>	Expectativas das EqSF segundo o NASF-AB: <i>Olha, eles realmente têm procurado cada vez mais o nosso apoio, eles estão percebendo também que, como que é a importância do trabalho do NASF, porque antes não se era visto como a gente tem visto hoje né [...] (Entrevistada A-NASF 2)</i>	Expectativas da EqSF segundo o NASF-AB: <i>Eles querem atendimento individual. Então, eu acho que o que eles esperam da gente é que a gente faça, em massa, atendimento individual. Que a gente fique dentro da unidade cem por cento atendendo (Entrevistada A-NASF 3)</i>
O NASF-AB para a EqSF: <i>Os profissionais que não têm na equipe é o apoio que o NASF nos dá pra que a gente atenda essa paciente em todas as suas necessidades (Entrevistada EqSF 1)</i>	O NASF-AB para a EqSF: <i>Eu acho o trabalho muito bom, porque o psicólogo e o assistente social, principalmente, devido a essas demandas que a gente tem, faz muita falta. E os grupos que eles fazem também eu acho que é muito bom [...] (Entrevistada EqSF 2)</i>	O NASF-AB para a EqSF: <i>Sem ele a gente não conseguiria dar segmento para resolver a situação do paciente (Entrevistada EqSF 3)</i>

Fonte: Produzida pela pesquisadora a partir da análise das entrevistas semiestruturadas

Nos três casos constata-se, pelas entrevistas e pelas análises da observação participante, certos impasses que se apresentam como indicativo da necessidade de maior

integração entre as equipes de referência e de apoio, o que é corroborado pelas dificuldades que se impõem ao apoio matricial e discutidas anteriormente (quadro 4). Outro aspecto comum se refere à percepção das EqSF sobre o NASF-AB, valorizando a multidisciplinaridade para a continuidade do seu trabalho.

Nos *casos 1 e 3* aparece a tensão atendimento individual e grupal, o que não pode ser desconsiderado quanto às suas implicações na produção das relações com as EqSF e até mesmo no reconhecimento dos trabalhos do NASF-AB, como indica a fala da Entrevistada A-NASF 1. Portanto, há falas que evidenciam que nem sempre aquilo que é esperado ou desejado pelas EqSF corresponde ao que o NASF-AB entende como sendo o seu propósito.

Devido às repercussões que podem gerar sobre o apoio matricial, torna-se preponderante que as questões relacionais das equipes sejam cotejadas pela gestão e pelos profissionais dos serviços, constituindo-se como objeto constante de análise e recebendo o suporte necessário para que possam superar os possíveis entraves a uma maior integração. Tão importante quanto investir na infraestrutura são os investimentos para a melhoria das relações interpessoais.

A categoria avaliação das ações foi identificada nos *três casos*:

Quadro 6: Avaliação das ações implementadas

Espaços de avaliação	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Reuniões de matriciamento	A gente tem uma reunião mensal que é feita com o NASF [...] onde são passadas as necessidades, são discutidos os casos dos pacientes (Entrevistada EqSF 1)	[...] na reunião mensal eles leem a ata anterior. Aí, têm as demandas lá. E aí a gente sempre fala: e a demanda da sua micro área, do senhor J, vamos supor, ela foi resolvida? (Entrevistada EqSF 2)	Então, através de reuniões né, a gente tenta é... faz a leitura da ata anterior e dali a gente faz uma avaliação, se foi feito o atendimento, se o paciente compareceu, se não compareceu, se pôde fazer a visita, se não pôde fazer a visita e a que conclusão chegou (Entrevistada A-NASF 3).
Reuniões internas da equipe de NASF-AB	[...] Ela é feita com a nossa equipe, basicamente. A gente senta, porque tem as reuniões com as unidades e as reuniões com a equipe somente. Então, a gente avalia e nessa avaliação a gente pega e passa para as unidades (Entrevistada B-NASF 1)	Geralmente, essas discussões, esses negócios, são realizados nas reuniões de equipe, que na minha são realizadas toda segunda-feira [...] (Entrevistado B-NASF 2)	_____

Coordenação municipal do serviço	[...] <i>essa avaliação ela vai muito pelo nosso coordenador. Entre a nossa equipe mesmo, a gente acaba nem fazendo essa avaliação. Ele que avalia, ele vê lá os dados como que está, vai passando para a gente</i> [...] (Entrevistada A-NASF 1)	_____	_____
Espaços informais	[...] <i>não só na reunião, como nos dias que eles comparecem. Qualquer problema [...] a gente tem abertura de estar conversando</i> [...] (Entrevistada EqSF 1)	_____	[...] <i>na reunião a gente costuma passar e conversar sobre o assunto. Mas, quando a gente tem a necessidade, a gente se reúne. [...] Aí, a gente sempre sente. Conforme a necessidade</i> (Entrevistada EqSF 3).
PTS	<i>A avaliação é feita através de PTS né. O PTS a gente faz juntamente com a equipe né, com todo mundo, com a agente de saúde, com enfermeira e quem estiver a par da situação</i> (Entrevistada B-NASF 1)	_____	_____

Fonte: Produzida pela pesquisadora a partir da análise das entrevistas semiestruturadas

As falas dos entrevistados de todos os casos são coerentes com os dados da observação participante, quando se percebe que a reunião matricial representa o principal canal de avaliação compartilhada a respeito das ações desenvolvidas. No entanto, há indícios de que essa percepção não seja igualmente significada por todos os profissionais. O segundo espaço mais recorrente se refere às reuniões internas do NASF-AB e aos espaços informais. Não foi observada a construção e a discussão de PTS durante a pesquisa de campo.

Nos três casos não foi observado ou informado o uso de instrumentos específicos destinados a avaliar e a registrar os respectivos dados levantados pelas reuniões, sendo a ata destinada a essa finalidade. Porém, acredita ser esse um meio muito genérico para esse propósito. Sugere-se a criação de roteiros ou de questionários que possam ser periodicamente aplicados, constantemente revisitados e que garantam que a avaliação seja mais bem processada e sistematizada, mesmo quando uma intercorrência inviabilizar alguma reunião. Nem todos os entrevistados indicam compreender devidamente que essas avaliações são processadas no curso de seus trabalhos e a criação de um instrumento oficial ajudaria nessa

demarcação e na sua devida valorização. Além disso, é relevante que as avaliações não compreendam apenas o fazer na sua perspectiva concreta, mas também explorando percepções, afetos e desejos, os quais carecem de ser mais discutidos no encontro com o outro.

Outro importante espaço formal de avaliação/monitoramento, apesar de ter sido citado apenas pela Entrevistada A-NASF 1, se refere aquele com a coordenação do serviço. Durante a pesquisa de campo não se observou a discussão dessas avaliações da gestão junto às EqSF ou à coordenação da atenção básica, o que julga ser uma possibilidade interessante agregá-las em alguns desses encontros, uma vez que há temas de interesse comum.

Na reunião da coordenação com os NASF-AB, acompanhada em janeiro de 2018, a mesma apresentou alguns levantamentos quantitativos realizados junto às EqSF sobre os processos de trabalho do NASF-AB.

Tabela 17: Avaliação sobre processos de trabalho do NASF-AB 2017

Variáveis	Percentual
Agendamento	Tem pequeno problema = 29% Fonte de queixa = 7% Funciona bem = 64%
PTS	Tem pequeno problema = 22% Tem problema sério = 14% Funciona bem = 64%
Grupos operativos	Tem pequeno problema = 22% Tem problema sério = 7% Fonte de queixa = 7% Funciona bem = 64%
Apoio matricial	Tem pequeno problema = 29% Tem problema sério = 7% Funciona bem = 64%
Educação permanente	Não sabe = 7% Tem pequeno problema = 29% Tem problema sério = 43% Funciona bem = 21%
Disponibilidade da equipe	Regular = 14% Bom = 50% Ótimo = 36%
Sociabilidade	Regular = 14% Bom = 43% Ótimo = 43%

Fonte: Relatório de Dados e Evidências (Secretaria Municipal de Saúde, 2018)

Outras variáveis dos processos de trabalho foram avaliadas, porém são apresentados na tabela aqueles que são mais pertinentes ao objeto de estudo desta pesquisa. Apesar de no documento disponibilizado à pesquisadora não constar análises qualitativas dos aspectos

avaliados, as informações retratam o panorama da satisfação das EqSF sobre os trabalhos do NASF-AB. A educação permanente se mostra como sendo a área com menor satisfação. O apoio matricial se dividiu entre 64% de satisfação e 36% de alguma forma de problema, o que é um valor também que requer atenção e que pode ser contextualizado face ao que vem sendo discutido.

Em relação às diferenças entre as comunidades e as UBS referenciadas, tem-se o seguinte panorama:

Quadro 7: Diferenças entre as comunidades e as UBS referenciadas

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Aspectos em que as comunidades e as UBS se diferenciam	<i>[...] cada equipe apresenta uma demanda, cada equipe tem uma estrutura, tem uma cultura diferente. Porque a gente pega a zona urbana [...] e pega a zona rural, que já é totalmente diferente [...]</i> (Entrevistada A-NASF 1)	<i>As diferenças nesse sentido é mais mesmo voltado para a demanda daquele local. A gente, às vezes, trabalha em áreas mais rurais, tem áreas que são mais urbanas. Então, a gente... as diferenças maiores são nesse sentido, dos próprios moradores, da região</i> (Entrevistada A-NASF 2)	<i>Cada equipe está num bairro diferente do município e cada bairro tem a sua realidade. Um vai ter mais baixo peso, desnutrição, criança desnutrida. No outro vai ter já outras questões de obesidade</i> (Entrevistada A-NASF 3)
	<i>Eu acho que o fato de estar numa zona rural, às vezes, muito afastada, lugares muito desertos mesmo, questão de solidão, de difícil acesso e difícil situação, realmente, socioeconômica, isso traz uma alteração do paciente</i> (Entrevistada EqSF 1)	<i>Então, o que a gente vê é que tanto as unidades quanto as localidades, ou seja, as demandas de bairro são totalmente diferentes</i> (Entrevistado B-NASF 2)	<i>Sim, há diferença. Mesmo pelo perfil de cada população. A maioria dos casos às vezes que, igual, por exemplo, a gente tem uma unidade [...] que é alto índice de autoextermínio. Que já não acontece em outras unidades que a gente trabalha</i> (Entrevistada B-NASF 3)
	<i>A gente, às vezes, achava que um posto era melhor, assim, para compreender ou repassar as demandas. Mas, hoje em dia, como eu falei anteriormente, as reuniões de matriciamento elas dão muito suporte para a gente. Então, não tem tanta diferença em relação às equipes [...]</i> (Entrevistada B-NASF 2)	<i>[...] tem unidade que a gente tem sala, então, assim, a comunicação é mais facilitada. Tem unidades que a gente não tem um local apropriado [...]</i> (Entrevistado B-NASF 1)	

Fonte: Produzida pela pesquisadora a partir da análise das entrevistas semiestruturadas

Independente da localização da UBS, rural ou urbana, os entrevistados, com exceção da Entrevistada B-NASF 1, percebe a existência de diferenças, seja em relação à estrutura da unidade de saúde ou do perfil epidemiológico da população atendida. Então, por consequência

das diferenças apontadas, são indicadas adequações e ações específicas para cada contexto, como é o caso de certos grupos cuja temática se aplica muito bem em dado local, mas não em outros. Porém, há uma peculiaridade quando se pensa a área rural e a urbana. Os entrevistados também falam sobre isso, sobre a cultura diferenciada e a natureza da demanda. A Entrevistada EqSF 1 faz a vinculação entre o perfil epidemiológico e as condições de vida da população rural. Além disso, foi dito antes que o acesso às unidades e aos usuários é mais difícil quando comparado às de área urbana. Portanto, neste ponto, pode-se dizer que reside a grande diferença entre as UBS urbanas e rurais.

A observação participante confirma a existência de diferenças entre as comunidades e as UBS, pois a realidade de cada território é muito singular e isso repercute nas demandas que são identificadas e nas estratégias adotadas para o apoio matricial.

Neste sentido, a atuação das equipes da atenção básica, sobretudo, no que tange o NASF-AB, deve partir da leitura de seu território de referência, pois somente a partir disso suas intervenções poderão ser dotadas de sentido para o seu público-alvo. Considerando a relação homem-território, Haesbaert e Limonad (2007) esclarecem que um nasce com o outro, de modo que na interação entre eles há um afetamento de ambas as partes; é tanto o homem que constrói o território quanto o território que o constrói. De maneira correlata, acredita não ser um equívoco pensar essa relação em outros termos: na reciprocidade que há entre as instituições de saúde e esse território, na medida em que a primeira variável participa do processo de construção do território e também se faz construída por ele. Constatação disso é que o que define as práticas instituídas, em grande medida, é a realidade social em que está sediada. Por isso, perceber tais especificidades é condição indispensável aos profissionais do NASF-AB, uma vez que circulam por diferentes arranjos sociais.

No entanto, o território pode ser compreendido de modos diversos, conforme a ‘lente’ que se usa:

enquanto o geógrafo tende a enfatizar a materialidade do território, em suas múltiplas dimensões [...]; a Ciência Política enfatiza sua construção a partir de relações de poder [...]; a Economia, que prefere a noção de espaço à de território, percebe-o muitas vezes como um fator locacional ou como uma das bases da produção [...]; e a Psicologia, finalmente, incorpora-o no debate sobre a construção da subjetividade ou da identidade pessoal [...] (Haesbaert, 2011, p. 37).

E é sobre esse último enfoque, o da psicologia, que as considerações sobre o território são feitas neste trabalho.

Para Santos (1999), como citado por Araújo (2014), dizer de território não é falar de algo em si, levando em consideração apenas seu aspecto físico, mas do ‘território usado’. Esse ‘território usado’ é explicado pelo autor como sendo aquele onde se tem a mescla do chão com a identidade, que aqui é mencionada como um sentimento de pertença ao território apropriado pelo indivíduo, ou seja, a identidade remete a um processo de pertença e apropriação ao mesmo tempo. O território é designado como ‘usado’ na medida em que serve de cenário para as práticas sociais como, por exemplo, o trabalho, a morada e as experiências espirituais. De uma forma geral, é palco para a vida acontecer. Por isso, o que difere o território urbano do rural, como os dados indicam, não é apenas a dimensão geográfica, mas os conteúdos simbólicos, culturais e materiais de vida, os quais remetem a motivos e a formas de acesso peculiares aos serviços ofertados. O estilo de vida, o adoecimento e a saúde estão imbricados nesse território usado.

Quanto ao planejamento das ações, esse se destacou como categorias nos casos 2 e 3 e nas entrevistas são mencionados alguns recursos, como: caso 2 – encontros semanais da equipe do NASF-AB, orientações da coordenação local e cronogramas do Ministério da Saúde; caso 3 – diretrizes do município, reuniões semanais do NASF-AB, reuniões de matriciamento e a análise propriamente dita de demandas. Na observação participante foi verificado que alguns desses planejamentos também aconteciam em espaços informais, como em contatos telefônicos ou por troca de mensagens, quando a equipe do núcleo não estava na UBS demandante de alguma intervenção.

No caso 1 o planejamento das ações, apesar de não ter sido identificado como categoria específica, aparece vinculado à dimensão pedagógica do apoio matricial, mencionando-se que ele é viabilizado em reuniões de matriciamento, em reuniões internas do NASF-AB e com a coordenação local do serviço (ver discussão do quadro 3).

Nota-se que a reunião de matriciamento e os espaços informais constituem a oportunidade de que o planejamento ocorra de forma conjunta com as EqSF.

No cenário nacional, o planejamento conjunto das ações é relatado por 87% das equipes de NASF-AB participantes do PMAQ. Enquanto Rondônia se destaca pelo índice mais baixo (33,3%), Minas Gerais apresenta uma das taxas mais elevadas, de 91,9% (Brocardo et al., 2018), evidenciando realidades muito distintas pelo país. Porém, acredita-se que esses valores podem não retratar uniformemente as condições mais locais dentro de cada estado, de modo que esse também pode guardar diferenças internas. De outro lado, os números não permitem compreender os modos com que esses planejamentos conjuntos são

estabelecidos e vivenciados, com que frequência, o grau de corresponsabilização envolvido etc.

No contexto estudado, embora o planejamento conjunto seja mencionado ou observado em algumas circunstâncias, deve-se ter em vista certos impasses que envolvem as relações entre as equipes (conforme pôde ser visto no quadro 5), o que indica que esses planejamentos ainda podem ser beneficiados por uma maior corresponsabilização e integração entre o NASF-AB e as EqSF.

Sobre a atuação do psicólogo observou-se a sua potência enquanto profissional apoiador, por meio dos atendimentos individualizados e coletivos e das visitas domiciliares. Atuação semelhante também é relatada em outros estudos: Leite et al. (2013), Oliveira et al. (2017), Azevedo e Kind (2013). Como nesta última pesquisa, não foi verificado na realidade local atendimentos individualizados no formato de psicoterapia. Também se mostrou como um dos profissionais atuantes nas reuniões de matriciamento.

Outras ações como formas de apoio matricial também são desenvolvidas pelo psicólogo, em conjunto ou não com outros profissionais do NASF-AB, como as salas de espera e as intervenções em escolas através do PSE. Atuações semelhantes foram relatadas por Santos e Mandelbaum (2016), em pesquisa que se concentrou no município de Feira de Santana, Bahia.

Na condução das visitas domiciliares foi verificada a sua atuação conjunta com os ACS, o que se mostrou ser um mecanismo capaz de favorecer a entrada do profissional ‘nasfiano’ nos diferentes espaços da comunidade e nos contextos privados, a partir da vinculação existente entre os agentes e as famílias.

Quanto às expectativas de atendimento individualizado, não foi observada, entre os psicólogos, situação diferente ao que foi abordado em relação aos demais profissionais do NASF-AB. Destacou-se por ser uma das áreas mais demandadas pelas EqSF, conforme pode ser visto na tabela 16.

Como na pesquisa de Leite et al. (2013) é possível detectar alguns desafios para o trabalho do psicólogo (em complemento aos que foram tratados no quadro 4), referentes à sobrecarga de demandas, ao pouco tempo dedicado a cada EqSF e a consequente dificuldade de construir vínculos com a comunidade. Azevedo e Kind (2013), no estudo em Belo Horizonte, também constataram a dificuldade do profissional de psicologia em conseguir responder às demandas recebidas, devido ao pequeno número desses profissionais nas equipes do NASF e ao grande número de EqSF referenciadas.

Durante a pesquisa de campo a carga horária da psicologia era de vinte horas semanais, o que se mostrou incompatível com o volume de demandas recebidas, sobretudo, destacando-se casos de ansiedade e de depressão. Entre os pontos positivos gerados pelo reordenamento das equipes de NASF-AB, a partir da ampliação do número de equipes, observa-se a ampliação da carga horária desse profissional para quarenta horas, o que se espera que possa contribuir para uma melhor integração com as EqSF.

Na entrevista da Gestora há a indicação da escolha pelo profissional de psicologia para compor o NASF-AB mediante a possibilidade de atenção às residências terapêuticas, o que demonstra vincular a ação de suporte do psicólogo em demandas associadas a outros transtornos mentais, para além dos referidos quadros de ansiedade e de depressão. A atuação do NASF-AB em possíveis casos de transtornos mentais severos e persistentes pode ocorrer nas circunstâncias mencionadas nas entrevistas quanto ao atendimento de indivíduos encaminhados pelo CAPS e CAPS AD. A ação de suporte do psicólogo também aparece vinculada, como relata, por exemplo, a Entrevistada EqSF 2, ao encaminhamento de demandas para psiquiatras da rede de atenção.

Portanto, há indicativos de que a atuação do psicólogo seja importante tanto no acompanhamento conjunto com serviços especializados como o CAPS quanto no encaminhamento de demandas aos referidos dispositivos. Há ainda a menção sobre o acionamento do psicólogo em casos de tentativa de autoextermínio, os quais podem estar associados aos transtornos mentais.

De acordo com Sousa Filho (2019) pode-se vislumbrar que uma das contribuições do apoio matricial do NASF-AB compreende a ampliação das possibilidades de atuação das EqSF no sofrimento mental, mediante a prevenção, promoção e a reabilitação desses indivíduos. “Aliás, o matriciamento seria uma possibilidade de discussão e revisão de sentidos sobre a saúde mental, abordando inclusive, a problemática dos transtornos mentais severos e persistentes” (p. 38).

Não foi observada diferença significativa quanto à atuação do psicólogo nos *três casos* estudados.

Quando se retoma o contexto de implantação do NASF-AB no município estudado, a partir do que apresentou a Gestora entrevistada, é possível perceber que o modo de funcionamento do núcleo guarda conexões com esse passado. Constata-se que o processo de implantação foi cercado por muitos desafios, os quais, em parte, estavam vinculados às fragilidades da atenção básica como um todo. Neste sentido, para a materialização de um

novo serviço, foi necessário antes tratar das dificuldades presentes no interior de uma EqSF fragmentada. Foram identificadas fragilidades nesses primórdios, como a ausência de capacitação prévia dos profissionais, sendo esses oriundos de uma formação anterior ou que se concluiu concomitante à criação do NASF-AB, ao mesmo tempo em que o município se via desprovido (dada a novidade do núcleo) de referenciais que orientassem também o trabalho da gestão local.

Contudo, é possível detectar o quanto se avançou em relação a esse passado e quais os desafios que ainda integram as condições de trabalho. Sobre os avanços pode-se dizer da maior integração entre as equipes, a melhor compreensão do papel do NASF-AB, tanto pelos profissionais da atenção básica como pela própria comunidade, e criação de uma coordenação específica para o núcleo, o que tem contribuído para a legitimação dele na atenção básica. De outro lado, há elementos que requerem atenção, como é o caso do acesso às localidades rurais e a necessidade de maior investimento nas ações de educação permanente.

Na pesquisa de campo dois espaços se destacaram com o propósito de servir como educação permanente: as reuniões de matriciamento e as reuniões entre os núcleos e sua coordenação. Considerando as reuniões de matriciamento como uma metodologia de aprendizagem em saúde, considera-se que ela ainda tende a se fazer centrada na discussão de casos e pouco em relação à discussão de temas. Apenas no caso 2 foi observada, com certa regularidade, a discussão de temas no início das reuniões, antes de se passar ao recebimento de novas demandas e à devolutiva daquelas em acompanhamento.

Pode-se dizer que esses processos de formação precisam de atenção constante para a promoção de maior autonomia das EqSF, o que se constitui como importante propósito da atuação do NASF-AB. Não foram observados, para além das reuniões de matriciamento, espaços específicos para a discussão de temas com os profissionais das EqSF, abordando-se, por exemplo, temas relativos à filtragem de demandas, uma vez que desempenham papel central no encaminhamento de demandas ao núcleo e que, quando mal gerida, pode implicar na exaustão indevida da equipe apoiadora. Nas reuniões com a coordenação do núcleo também não se identificou a participação da coordenação municipal da atenção básica, indicando que essa articulação também poderia ser mais bem agregada a esses espaços e, consequentemente, contribuir para a maior integração do NASF-AB à atenção básica.

A educação permanente, para além da discussão de casos, quando ocorre dentro da reunião de matriciamento acaba sendo abordada de modo mais limitado, tendo em vista os demais elementos que integram a pauta de uma ocasião como essa. Assim, demonstra não

oportunizar o debate e o diálogo mais ostensivo de outras temáticas que são caras ao trabalho do NASF-AB e das EqSF. É importante que seja avaliada pelos profissionais a possibilidade de incorporação ou de fortalecimento de outras metodologias de aprendizagem, ampliando as já adotadas.

Identificar e discutir questões relativas ao processo de trabalho e, a partir disso, buscar formas de reorganizá-lo, tendo em vista maiores índices de autonomia, transcende ao recurso das capacitações pontuais, embora tenham a sua importância reconhecida. A Agenda 2014 de Educação Permanente para os Trabalhadores do Ministério da Saúde apresenta a experiência da metodologia de oficinas de educação permanente, as quais podem funcionar como momentos disparadores e reveladores (Brasil, 2014b), problematizando aquilo que os trabalhadores vivenciam em sua prática cotidiana.

O processo de trabalho envolve múltiplas dimensões organizacionais, técnicas, sociais e humanas. Portanto, o saber técnico é apenas um dos aspectos para a transformação das práticas, e a formação dos profissionais deve envolver os aspectos humanos e pessoais, os valores, os sentimentos, a visão de mundo de cada um, bem como cada um percebe e representa o SUS (Brasil, 2014b, p. 19).

Por consequência, uma metodologia de aprendizagem nesses moldes é capaz de produzir como resultados: diminuição da alienação e da burocratização; aumento da capacidade reflexiva dos trabalhadores, da autoestima, da corresponsabilização, da autonomia e da criatividade (Brasil, 2014b). Tendo em vista o papel estratégico que a educação permanente assume, não se pode deixar de dedicar a ela um espaço importante de reflexão no interior das instituições de saúde.

Neste sentido, entende-se que a educação permanente precisa compreender uma multiplicidade de temas que constituem a necessidade dos serviços e, sobretudo, os elementos subjetivos de profissionais e de usuários, dos quais as práticas não ficam imunes.

Outros estudos fazem apontamentos interessantes sobre o processo formativo dos profissionais, como o de Brocardo et al. (2018), quando analisaram o trabalho do NASF-AB no país, a partir de dados do PMAQ (2013-2014), e constataram que a formação específica (no início do trabalho) e a educação permanente constituem áreas que precisam de maior atenção. Tem-se, além disso, situações como: modelo formativo esporádico, fragmentado e orientado pelo saber biomédico e unidirecional (Bispo Júnior & Moreira, 2017); a percepção de insuficiência desses momentos de formação, quando as discussões foram consideradas, por exemplo, superficiais (Oliveira et al., 2017); implantação dos NASF a partir de reuniões

periódicas para a organização dos trabalhos, mas, uma vez implantados os núcleos, os profissionais que foram sendo inseridos nas equipes não tiveram mais acesso a capacitações regulares (Nakamura & Leite, 2016). Portanto, a realidade local precisa também ser tensionada mediante o que se identifica em outros contextos do país.

Os levantamentos quantitativos realizados junto às EqSF, sobre os processos de trabalho do NASF-AB, como apresentado na tabela 17, retratou a educação permanente como a área de menor satisfação em relação às demais. Refletir sobre quais são os motivos dessa certa insatisfação tornam-se urgentes para se identificar estratégias que atendam melhor as demandas das equipes referenciadas.

Quando se considera a educação permanente está se referindo a uma prática coerente com a atuação colaborativa entre as equipes envolvidas e que não se restringe a espaços burocráticos e unidirecionais de aprendizagem, em que apenas a equipe apoiadora tem algo a ensinar àquela que é apoiada, desconsiderando, portanto, a realidade e as necessidades dessa equipe. Por isso,

os processos educativos precisam proporcionar a articulação do saber conhecer e do saber fazer como dois momentos da mesma experiência humana e que promovem a superação da padronização, da falsa divisão entre teoria e prática, estimulando a criatividade e o espírito inventivo. Devem também estimular o saber conviver numa relação solidária, por meio da ação cooperativa e não individualista entre os vários atores envolvidos, e favorecer a ética da identidade, que pressupõe o saber ser, objetivo máximo da ação que educa e não se limita apenas a transmitir conhecimentos prontos (Brasil, 2014b, p. 8).

Entre os usuários foi observada que a educação permanente é viabilizada, por exemplo, através das intervenções em salas de espera, tendo sido abordada uma diversidade de temas relacionados à prevenção de doenças e à promoção de saúde.

Em relação ao acesso dos profissionais do NASF-AB ao território rural essa era uma dificuldade apontada pela Gestora nos anos iniciais do NASF-AB e que, no presente contexto da pesquisa, se manteve como um ponto de limitação, conforme os dados apresentados. Por outra perspectiva, há o desafio do camponês em acessar os serviços. Contudo, há indicativos de que essa seja uma realidade vivenciada em outros territórios do país.

A pesquisa de mestrado de Sousa Filho (2019), cujo objetivo foi conhecer a atuação das EqSF junto a indivíduos diagnosticados com transtornos mentais severos e persistentes, tendo como base o apoio matricial, no município de Poços de Caldas (MG), traz

apontamentos relevantes sobre a zona rural. A dificuldade de transporte aparece como condição sensível no espaço rural, implicando na restrição da mobilidade da sua população.

De acordo com Sousa Filho (2019) há uma limitação, na realidade pesquisada, quanto ao acesso da população rural aos serviços ofertados, sobretudo, daqueles que são urbanos, como o CAPS, a educação e a assistência social. Da mesma forma observou-se uma atuação diferenciada do NASF-AB, quando comparado ao que se desenvolvia no espaço urbano, “[...] deixando assim uma lacuna no cuidado com a clientela, que tem um percurso dificultado para ter suas demandas atendidas, quando não as deixa negligenciadas pelo caminho dificultoso que tem de percorrer” (p. 93).

No entanto, essas realidades locais da população rural retratam dificuldades que se apresentam numa esfera maior, nacional. A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (Brasil, 2013) apresenta o seguinte trecho do Plano Nacional de Saúde (2005): “[...] no campo brasileiro são encontrados os maiores índices de mortalidade infantil, de incidência de endemias, de insalubridade e de analfabetismo, caracterizando uma situação de enorme pobreza decorrente das restrições ao acesso aos bens e serviços indispensáveis à vida”.

Apesar de Pessoa et al. (2018) mencionarem o que prevê a Declaração de Delhi (2018), quanto a necessidade de priorização desse público de usuários dos serviços de saúde, observa-se que há dificuldades estruturais que podem servir de obstáculos para o maior acesso a essas localidades. A fala da Enfermeira EqSF 1, por exemplo, foi muito ilustrativa sobre o fato de que o universo rural tem singularidades e especificidades que não podem ser ignoradas no processo de produção da saúde e, conseqüentemente, na organização dos serviços ofertados.

Percebe-se que a zona rural agrega diversos aspectos que a particulariza em relação aos espaços urbanos, como a dispersão física, os problemas socioeconômicos, a ausência ou a insuficiência de políticas públicas de saúde e de saneamento e a escassez de recursos aplicados nessas comunidades (Brasil, 2013). Essas peculiaridades precisam ser consideradas quando se pretende compreender os modos de construção do apoio matricial, uma vez que as condições de vida implicam nas formas de vinculação entre as equipes e os seus usuários.

Os modos de se fazer o apoio matricial, nos *três casos* estudados, parte de estratégias e de metodologias comuns. No entanto, considera-se que o território do *caso 1* seja o mais diferenciado em relação aos outros NASF-AB e mesmo que algumas dificuldades possam ser semelhantes ao encontrado nos outros dois contextos, essas parecem ser mais sensíveis

quando se pensa na construção do apoio matricial nos territórios rurais, em função das próprias características destes. Além disso, este núcleo foi o que apresentava o maior número de EqSF referenciadas.

Por fim, ressalta-se o que Mângia e Lancman (2008) ponderam quanto ao caráter ambicioso e utópico da proposta do núcleo, ao considerarem que o processo de formação dos profissionais de saúde nem sempre são compatíveis com essas diretrizes de trabalho, o que reitera a relevância de se investir em espaços de educação inicial e continuada dos trabalhadores.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O problema de pesquisa aqui tratado, a construção do apoio matricial a partir do NASF-AB junto às suas EqSF, teve sua origem nas experiências oriundas do mestrado e da prática profissional da pesquisadora em interface com a atenção básica. Contudo, entende-se que a presente investigação, ao mesmo tempo em que cumpre com os objetivos elencados, serviu para realçar o ineditismo que representa o núcleo e a existência de um campo que ainda precisa ser mais bem explorado, abrindo-se para novas possibilidades de estudos. Neste sentido, apesar da pesquisa oferecer respostas para os anseios iniciais, permanece o intento em buscar conhecer melhor o dispositivo estudado, mesmo porque o seu processo de construção está em pleno curso e isso precisa ser acompanhado.

Em relação aos modos de construção do apoio matricial a pesquisa conseguiu vislumbrar que há procedimentos ou metodologias comuns no município estudado, entre os três núcleos acompanhados, e que correspondem ao que a literatura nacional também indica como possibilidades de atuação. Por consequência das especificidades territoriais de cada equipe, observou-se a necessidade de que tais metodologias de apoio matricial sejam adequadas a cada uma das EqSF referenciadas e, em relação às de zona rural, essas indicam requerer especial atenção dos profissionais e da gestão local. A análise dos dados revela falas que apontam para a possível dificuldade de acesso dos usuários aos serviços ofertados e dos profissionais da atenção básica em chegar até aqueles que residem em pontos mais distantes. Portanto, a construção do apoio matricial e da atuação, de modo geral, do NASF-AB e das EqSF, ganham contornos específicos em função do local em que estão estabelecidos.

O que se pode concluir é que existem modos plurais de apoio matricial, transpondo o que, a princípio, está previsto no plano conceitual. As realidades de trabalho são complexas e exigem a todo o momento certa flexibilidade, pois nem todas as questões vivenciadas no cotidiano são inteiramente atendidas pelo que está prescrito.

Na perspectiva da pesquisadora, quando se delineava os primeiros passos do projeto de pesquisa, esperava-se encontrar um apoio matricial demarcado de modo unidirecional, ou seja, do NASF-AB para as EqSF. Contudo, a realidade estudada desconstruiu essa hipótese, ao evidenciar que o apoio matricial depende de uma relação de reciprocidade, de cooperação, onde não apenas o apoiador ensina, mas também aprende. Em algumas passagens da análise dos dados depara-se com a menção de alguns profissionais ‘nasfianos’ sobre a necessidade de ser apoio e de ter suporte, o que retira qualquer possibilidade de pensar o apoio matricial a

partir de uma relação vertical entre as equipes envolvidas. O suporte também aparece na figura do gestor local dos NASF-AB, sobretudo, quando colabora no planejamento e na avaliação dos trabalhos.

O que os resultados evidenciam é que o apoio matricial deriva de condições materiais e subjetivas do trabalho, destacando-se o importante papel que as relações, os sentidos e as expectativas construídas pelos profissionais exercem nesse processo. As leituras que uma equipe faz da outra são ingredientes essenciais para a construção de uma relação verdadeira de apoio e de reciprocidade. Só se pode buscar apoio quando se entende que o outro pode fornecer esse apoio esperado, seja pedagógico ou assistencial, e os resultados são ilustrativos de como funciona esse mecanismo. Portanto, quanto maior o grau de sinergia entre apoiadores e referenciados, maior a probabilidade de êxito. No entanto, o campo revela que essa sinergia varia conforme o contexto e determinados profissionais.

Sobre a atuação do profissional de psicologia, tanto a literatura quanto a pesquisa de campo contribuem para a percepção de que a atenção básica, através do NASF-AB, tem se consolidado como um novo e importante espaço de absorção desse profissional que, não raramente, em função do surgimento recente do núcleo, tem aprendido em ato como é atuar num dispositivo como esse. O psicólogo demonstrou-se comprometido com intervenções de diferentes naturezas, tanto coletivas quanto individuais, estando entre as categorias mais demandadas no núcleo.

Neste sentido, essas novas possibilidades de atuação podem colaborar para a construção de uma nova identidade profissional, bem diferente daquela oriunda do modelo clínico privado. Outra repercussão que não se pode ignorar é sobre a sua formação, como a dos demais profissionais que integram o NASF-AB, que precisa contemplar esses novos espaços de atuação.

As demandas direcionadas ao NASF-AB não apenas são muito diversificadas como se caracterizaram pelo aspecto da natureza multidisciplinar. Aquelas relativas à saúde mental, por exemplo, não se mostraram como sendo campo de intervenção exclusiva e privada do psicólogo, mas multidisciplinar, sendo observadas situações potenciais para a atuação de assistente social, educador físico, nutricionista etc. Nos três NASF-AB estudados não se evidenciou a figura de um psicólogo ‘fechado’ em seu consultório, mas atuante em visitas domiciliares, grupos temáticos e intervenções em salas de espera, por exemplo, e, em muitas circunstâncias, em parceria com outros profissionais do núcleo ou das EqSF.

Os aspectos históricos investigados, tanto os marcos legais quanto a entrevista da gestora local, permitiram compreender como tem sido esse percurso de construção do NASF-AB. Aliás, a pesquisa se situa em um momento interessante que é a transição para um novo texto da PNAB no ano de 2017, não sendo possível, neste instante, fazer ponderações quanto às repercussões específicas para o NASF-AB. Nos marcos legais evidenciou-se uma tentativa, a cada novo direcionamento, de dar mais clareza aos trabalhos do núcleo e de delimitar melhor seu escopo de atuação. Como um grande avanço considera-se a redução do número de EqSF para referenciar, o que pode contribuir para a maior vinculação entre as equipes.

Na realidade local observou-se o quanto se teve de avanço na consolidação do NASF-AB e na qualificação dos trabalhos, contudo, desafios importantes ainda precisam ser cotejados para o maior fortalecimento da função do apoio matricial. O grande marco desse avanço está na criação de uma coordenação específica, que indica sistematizar os trabalhos, e na criação de mais duas equipes de NASF-AB. Sobre essa criação deposita-se a expectativa de que haja uma capilaridade ainda maior do dispositivo nos territórios referenciados e uma maior vinculação com as EqSF.

Diante das dificuldades e das potencialidades identificadas para a construção do apoio matricial, a discussão reitera o que outros estudos apresentam sobre a importância do investimento contínuo em educação permanente. Acredita-se que aliando melhorias progressivas das condições de trabalho e qualificação profissional é que será possível pensar na efetivação plena dos objetivos que motivaram a criação do NASF-AB.

O percurso da pesquisa de campo se caracterizou por um contexto amplo de análises, na medida em que compreendeu todos os NASF-AB até então existentes no município e suas EqSF, exigindo fôlego para que a pesquisadora pudesse cumprir com as definições metodológicas e seus compromissos profissionais. Considera-se que, embora desafiadora, as definições metodológicas foram todas concretizadas. Em alguns momentos do percurso, a ansiedade e o receio de não se conseguir cumprir com o planejado foram inevitáveis, dada a magnitude do objeto de estudo.

Como forma de contribuição para o avanço do conhecimento científico, sugere-se três eixos de análises para pesquisas futuras: a condução de entrevistas com atores que tenham participado no âmbito federal do processo de construção do NASF-AB, ampliando, assim, a discussão para o contexto nacional; o estudo do cenário criado a partir da ampliação dos NASF-AB no município investigado, estabelecendo análises comparativas com o que foi apresentado neste estudo para, assim, revelar em que medida as expectativas aqui colocadas

foram efetivadas ou não e; por fim, a investigação sobre a atuação do psicólogo em municípios com porte populacional semelhante a este, pois se verifica uma carência de estudos nos municípios de médio porte.

Durante a pesquisa houve a preocupação quanto aos cuidados éticos, resguardando-se todos os participantes da pesquisa, de modo que se pudesse alcançar os objetivos pretendidos sem a exposição de qualquer um deles a situações constrangedoras ou desconfortáveis. Há a consciência da complexidade que representa o objeto de estudo, permanecendo como um campo promissor para demais investigações.

O fenômeno estudado deve ser contextualizado mediante a circunstância local e temporal específica e embora a generalização dos resultados não seja a principal meta de um estudo de caso, acredita-se que o que foi observado também possa ser válido para outros contextos.

Como forma de retribuição aos profissionais e às instituições participantes do estudo, espera-se que os resultados desta pesquisa possibilitem o melhor conhecimento das suas condições de trabalho, fomentando, quando necessário, novas práticas e novas gestões. E, ainda, realçando aquelas variáveis que se apresentam como pontos fortes das equipes e favoráveis ao apoio matricial. Deseja-se que a pesquisa reverbere de modo positivo no cotidiano de trabalho, ensejando reflexões sobre os sentidos do NASF-AB na atenção básica e, com isso, corroborando para a demarcação e o fortalecimento de sua identidade.

REFERÊNCIAS

- Alves, G. G. & Aerts, D. (2011). As práticas educativas em saúde e a estratégia saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1), 319-325. doi: 10.1590/S1413-81232011000100034
- Alves, M. G. M., Casotti, E., Oliveira, L. G. D., Machado, M. T. C., Almeida, P. F., Corvino, M. P. F., . . . Montenegro, L. A. A. (2014). Fatores condicionantes para o acesso às equipes da estratégia saúde da família no Brasil. *Saúde em Debate*, 38(nº especial), 34-51. doi: 10.5935/0103-1104.2014S004
- Antunes, A. (2017a, agosto). Política Nacional de Atenção Básica: retrocessos a caminho? *Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio*. Recuperado a partir de <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/politica-nacional-de-atencao-basica-retrocessos-a-caminho>.
- Antunes, A. (2017b, setembro). A nova PNAB é uma volta ao passado. *Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio*. Recuperado a partir de <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-nova-pnab-e-uma-volta-ao-passado>.
- Araújo, C. B. (2014). *Centro de referência de assistência social [CRAS], estratégia saúde da família [ESF] e educação básica: como vai a intersectorialidade?* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de São João del Rei, Programa de Pós-graduação em Psicologia.
- Azevedo, N. S. (2012). *Núcleo de apoio à saúde da família: o processo de implantação em Belo Horizonte*. (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica Minas Gerais, Programa de Pós-graduação em Psicologia.
- Azevedo, N. S. & Kind, L. (2013). Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Belo Horizonte. *Psicologia: ciência e profissão*, 33(3), 520-535. doi: 10.1590/S1414-98932013000300002
- Barros, J. O., Gonçalves, R. M. A., Kaltner, R. P. & Lancman, S. (2015). Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(9), 2847-2856. doi: 10.1590/1413-81232015209.12232014
- Batalha, E. & Lavor, A. (2017, dezembro). Toda atenção que o SUS e a população merecem. *Revista Radis*, (183), 10-14.
- Biblioteca Virtual em Saúde. *Pesquisa*. Recuperado a partir de <http://brasil.bvs.br/?lang=pt>.
- Bispo Júnior, J. P., Moreira, D. C. (2017). Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(9), 1-13. doi: 10.1590/0102-311x00108116

- Bonfim, I. G., Bastos, E. N. E., Góis, C. W. L. & Tófoli, L. F. (2013). Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 17(45), 287-300. doi: 10.1590/S1414-32832013005000012
- Brasil. (2010). *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica* (número 27, 152p.). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica.
- Brasil. (2013). *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta*. (48p.). Brasília, DF: Ministério da saúde. Departamento de Apoio à Gestão Participativa.
- Brasil. (2014a). Núcleo de Apoio à Saúde da Família: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. *Cadernos de Atenção Básica* (número 39, 116p.). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica.
- Brasil. (2014b). *Educação permanente em saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: agenda 2014*. (120p.). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2017). *Instrumento de Avaliação externa do saúde mais perto de você – acesso e qualidade. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ) – Terceiro ciclo*. (110 p.) Brasília, DF: Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica.
- Braghini, C. C.; Ferretti, F.; Ferraz, L. (2016). Physiotherapist's role in the NASF: perception of coordinators and staff. *Fisioterapia em Movimento*, 29(4), 767-776. doi:10.1590/1980-5918.029.004.AO13
- Brocardo, D., Andrade, C. L. T., Fausto, M. C. R. & Lima, S. M. L. (2018). Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. *Saúde em Debate*, 42(1), 130-144. doi: 10.1590/0103-11042018s109
- Campos, G. W. S. (1998). O anty-taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(4), 863-870. doi: 10.1590/S0102-311X1998000400029
- Campos, G. W. S. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), 393-403. doi: 10.1590/S1413-81231999000200013
- Campos, G. W. S. & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 399-407. doi: 10.1590/S0102-311X2007000200016
- Cela, M. & Oliveira, I. F. (2015). O psicólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: articulação de saberes e ações. *Estudos de Psicologia*, 20(1), 31-39. doi: 10.5935/1678-4669.20150005
- Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. *Publicações*. Recuperado a partir de <http://crepop.pol.org.br/>.

- Cohn, A. (2009). A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(7), 1614-1619. doi: 10.1590/S0102-311X2009000700020
- Cohn, A., Nakamura, E. & Gutierrez, K. A. (2009). De como o PSF entrecruza as dimensões pública e privada da vida social. In A. Cohn (Org.). *Saúde da família e SUS: convergências e dissonâncias*. (pp. 141-167). São Paulo: CEDEC.
- Creswell, J. W. (2014). Análise e representação dos dados. In J. W. Creswell. *Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre as cinco abordagens*. (3a ed.). (pp. 148-170). Porto Alegre: Penso.
- Cunha, G. T. & Campos, G. W. S. (2011). Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde e Sociedade*, 20(4), 961-970. doi: 10.1590/S0104-12902011000400013
- Departamento de Atenção Básica. *Notícias*. Recuperado a partir de <http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo>.
- Dimenstein, M., Galvão, V. M. & Severo, A. K. S. (2009). O apoio matricial na perspectiva de coordenadoras de equipes de saúde da família. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 4(1), 37-48.
- Fausto, M. C. R., Giovanella, L., Mendonça, M. H. M., Seidl, H. & Gagno, J. (2014). A posição estratégica da saúde da família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, 38(nº especial), 13-33. doi: 10.5935/0103-1104.2014S003
- Fernandes, J. M.; Rios, T. A.; Sanches, V. S. & S.; M. L.M. (2016). As ferramentas do NASF nas práticas em saúde de fisioterapeutas. *Fisioter. mov.*, 29(4), 741-750. doi: 10.1590/1980-5918.029.004.ao10
- Ferreira Neto, J. L. (2011). *Psicologia, políticas públicas e o SUS*. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fapemig.
- Ferreira Neto, J. L., Oliveira, G. L., Viana, N. O. & Duarte, L. G. M. F. (2016). Integralidade, condições de oferta de serviços e processos de trabalho de Equipes de Saúde da Família em Belo Horizonte. *Saúde em Debate*, 40(111), 179-192. doi: 10.1590/0103-1104201611114
- Ferri, S. M. N., Pereira, M. J. B., Mishima, S. M., Caccia-Bava, M. C. G. & Almeida, M. C. P. (2007). As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. *Interface: comunicação, saúde, educação*, 11(23), 515-529. doi: 10.1590/S1414-32832007000300009
- Ferro, L. F., Silva, E. C., Zimmermann, A. B., Castanharo, R. C. T. & Oliveira, F. R. L. (2014). Interdisciplinaridade e intersetorialidade na estratégia saúde da família e no núcleo de apoio à saúde da família: potencialidades e desafios. *O Mundo da Saúde*, 38(2), 129-138. doi: 10.15343/0104-7809.20143802129138

- Florindo, A. A. (2009). Núcleos de apoio à saúde da família e a promoção das atividades físicas no Brasil: de onde viemos, onde estamos e para onde vamos. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 14(1), 72-73. doi: 10.12820/rbafs.v.14n2p72-73
- Fonseca Sobrinho, D., Machado, A. T. G. M., Lima, A. M. L. D., Jorge, A. O., Reis, C. M. R., Abreu, D. M. X., . . . Santos, A. F. (2014). Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/hipertensão e saúde mental. *Saúde em Debate*, 38(nº especial), 83-93. doi: 10.5935/0103-1104.2014S007
- Formiga, N. F. B. & Ribeiro, K. S. Q. S. (2012). Inserção do fisioterapeuta na atenção básica: uma analogia entre experiências acadêmicas e a proposta dos núcleos de apoio à saúde da família (NASF). *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 16(2), 113-122. doi: 10.4034/RBCS.2012.16.02.01
- Furtado, M. E. M. F. & Carvalho, L. B. (2015). O psicólogo no NASF: potencialidades e desafios de um profissional de referência. *Revista Psicologia e Saúde*, 7(1), 09-17.
- Gil, A. C. (2009). Como planejar um estudo de caso. *Estudo de caso*. São Paulo: Atlas.
- Gonçalves, R. M. A., Lancman, S., Sznclwar, L. I., Cordone, N. G. & Barros, J. O. (2015). Estudo do trabalho em Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 40(131), 59-74.
- Haesbaert, R. (2011). O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade. (6a Ed.). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Haesbaert, R. & Limonad, E. (2007). O território em tempos de globalização. *Revista Eletrônica de Ciências Sociais Aplicadas e Outras Coisas*, 1(4), 39-52.
- Hori, A. A. & Nascimento, A. F. (2014). O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. *Ciência & saúde coletiva*, 19(8), 3561-3571. doi:10.1590/1413-81232014198.11412013.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *O Brasil em síntese*. Recuperado a partir de <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg>.
- Klein, A. P. & d'Oliveira, A. F. P. L. (2017). O “cabo de força” da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o apoio matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(1), 1-10. doi: 10.1590/0102-311X00158815
- Lancman, S., Gonçalves, R. M. A., Cordone, N. G. & Barros, J. O. (2013). Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, 47(5), 968-975. doi: 10.1590/S0034-8910.2013047004770
- Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 (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, DF.

- Leite, D. C., Andrade, A. B. & Bosi, M. L. M. (2013). A inserção da psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 23(4), 1167-1187. doi: 10.1590/S0103-73312013000400008
- Leite, D. F., Nascimento, D. D. G. & Oliveira, M. A. C. (2014). Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 24(2), 507-525. doi: 10.1590/S0103-73312014000200010
- Lima, J. G., Giovanella, L., Fausto, M. C. R., Bousquat, A., & Silva, E. V. (2018). Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, 42(1), 52-66. doi: 10.1590/0103-11042018s104
- Macedo, M. A. V., Ximenes-Guimarães, J. M., Coelho-Sampaio, J. J., Pereira-Morais, A. P. & Carneiro, C. (2016). Análise do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em município do nordeste brasileiro. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 15(30), 194-211. doi: 10.11144/Javeriana.rgyps15-30.aptn
- Machado, M. F. A. S., Monteiro, S. M. L. M., Queiroz, D. T., Vieira, N. F. C. & Barroso, M. G. T. (2007). Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 335-342. doi: 10.1590/S1413-81232007000200009
- Mângia, E. F. & Lancman, S. (2008). Núcleos de apoio à saúde da família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. *Revista de Terapia Ocupacional Universidade de São Paulo*, 19(2), p. i.
- Martinez, J. F. N, Silva, M. S. & Silva, A. M. (2016). O Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Goiânia (GO): percepções dos profissionais e gestores. *Saúde em Debate*, 40(110), 95-106. doi: 10.1590/0103-1104201611007
- Martiniano, C. S., Sampaio, J., Magalhães, F. C., Souza, F. F., Marcolino, E. C., & Rocha, A. M. O. (2013). Avaliação do processo de implantação das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Revista de Enfermagem*, 7(1), 53-61. doi: 10.11606/s1518-8787.2018052000122
- Melo, E. A., Mendonça, M. H. M., Oliveira, J. R., & Andrade, G. C. L. (2018). Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate*, 42(1), 38-51. doi: 10.1590/0103-11042018s103
- Melo, E. A., Miranda, L., Silva, A. M. & Limeira, R. M. N. (2018). Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): problematizando alguns desafios. *Saúde em Debate*, 42(1), 328-340. doi: 10.1590/0103-11042018S122
- Mielke, F. B. & Olchowsky, A. (2010). Saúde mental na estratégia saúde da família: avaliação de apoio matricial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 900-907. doi: 10.1590/S0034-71672010000600005
- Minayo, M. C. S. (2009). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. In S. F. Deslandes, R. Gomes & M. C. S Minayo (orgs.). *Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta*. (28a ed., pp. 61-77). Rio de Janeiro: Vozes.

- Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (2018). *Dez anos NASF-AB – Apoio Matricial*. [YouTube]. Recuperado a partir de: <https://www.youtube.com/watch?v=4I4AIDRTPno>
- Minozzo, F. & Costa, I. I. (2013). Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e saúde da família: trilhando caminhos possíveis. *Psico-USF*, 18(1), 151-160. doi: 10.1590/S1413-82712013000100016
- Moura, R. H. & Luzio, C. A. (2014). O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da família (NASF): para além das diretrizes. *Interface: comunicação, saúde, educação*, 18(1), 973-986. doi: 10.1590/1807-57622013.0333
- Nakamura, C. A. & Leite, S. N. (2016). A construção do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: a experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5), 1565-1572. doi: 10.1590/1413-81232015215.17412014
- Nascimento, D. P. G. & Oliveira, M. A. C. (2010). Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O Mundo da Saúde*, 34(1), 92-96. doi: 10.15343/0104-7809.201019296
- Norman, A. H. & Tesser, C. D. (2015). Acesso ao cuidado na estratégia saúde da família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. *Saúde e Sociedade*, 24(1), 165-179. doi: 10.1590/S0104-12902015000100013
- Oliveira, C. B. & Ramos, M. C. (2007). O grau de satisfação da usuária gestante na assistência pré-natal nas unidades de saúde da família no município de Vitória. *Cadernos Saúde Coletiva*, 15(2), 241-256.
- Oliveira, I. C., Rocha, R. M., & Cutolo, L. R. A. (2012). Algumas palavras sobre o NASF: relatando uma experiência acadêmica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36(4), 574-580. doi: 10.1590/S0100-55022012000600019
- Oliveira, I. F., Amorim, K. M. O, Paiva, R. A., Oliveira, K. S. A., Nascimento, M. N. C. & Araújo, R. L. (2017). Atuação dos psicólogos nos NASF: desafios e perspectivas na atenção básica. *Temas em Psicologia*, 25(1). doi: 10.9788/TP2017.1-17
- Oliveira, M. M. & Campos, G. W. S. (2015). Apoio matricial e institucional: analisando suas construções. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1), 229-238. doi: 10.1590/1413-81232014201.21152013
- Panizzi, M., Lacerda, J. T., Natal, S. & Franco, T. B. (2017). Reestruturação produtiva na saúde: atuação e desafios do núcleo de apoio à saúde da família. *Saúde em Debate*, 41(112), 155-170. doi: 10.1590/0103-1104201711213
- Patrocínio, S. S. S. M., Machado, C. V. & Fausto, M. C. R. (2015). Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e implementação em municípios do Rio de Janeiro. *Saúde em Debate*, 39, 105-119. doi: 10.5935/0103-1104.2015S005373

- Perrela, A. C. (2015). A experiência da psicologia no NASF: capturas, embates e invenções. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 8(2), 443 – 452.
- Pessoa, V. M., Almeida, M. M. & Carneiro, F. F. (2018). Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? *Saúde em Debate*, 42(1), 302-314. doi: 10.1590/0103-11042018s120
- Pinto, A. G. A., Jorge, M. S. B., Vasconcelos, M. G. F., Sampaio, J. J. C., Lima, G. P., Bastos, V. C. & Sampaio, H. A. C. (2012). Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para a resolutividade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 653-660. doi: 10.1590/S1413-81232012000300011
- Portaria nº 336* (2002, 19 de janeiro). Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional e dá outras diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Portaria nº 1.065* (2005, 04 de julho). Cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da Atenção à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Portaria nº 154* (2008, 24 de janeiro). Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Portaria nº 2.843* (2010, 20 de setembro). Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 - NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Portaria nº 2.488* (2011, 21 de outubro). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica.
- Portaria nº 3.124* (2012, 28 de dezembro). 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, DF: Ministério da Saúde.
- Portaria nº 2.436* (2017, 21 de setembro). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica.
- Reis, M. L.; Medeiros, M.; Pacheco, L. R. & Caixeta, C. C. (2016). Avaliação do trabalho multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Texto contexto - enferm.*, 25(1). doi:10.1590/0104-070720160002810014

- Sampaio, J.; Sousa, C. S. M.; Marcolino, E. C.; Magalhães, F. C.; Souza, F. F.; Rocha, A. M. O.; Souza Neto, A. A. & Oliveira Sobrinho, G. D. (2012). O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 16(3), 317-324.
- Sampaio, J.; Martiniano, C. S.; Rocha, A. M. O.; Souza Neto, A. A.; Oliveira Sobrinho, G. D.; Marcolino, E. C.; Magalhães, F. C. & Souza, F. F. (2013). Núcleo de Apoio à Saúde da Família: refletindo sobre as aceções emergentes da prática. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 17(1), 47-54.
- Sampaio, J.; Melo, M. C.; Grigório, M. C. & Soares, R. S. (2015). Processos de trabalho dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família junto a atenção básica: implicações para a articulação de redes territoriais de cuidados em saúde. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 19(1), 41-48.
- Santana, J. S., Azevedo, T. L., Reichert, A. P. S., Medeiros, A. L., Soares, M. J. G. O. (2015). Núcleo de Apoio a Saúde da Família: atuação da equipe junto à estratégia saúde da família. *J. res.: fundam. care*, 7(2), 2362-2371. doi: 10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2362-2371
- Santos, W. T. M. & Mandelbaum, B. P. H. (2016). Entre o potencial e o precário: a inserção in(tensa) de profissionais da psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Barbarói*, 48, 168-184. doi: 10.17058/barbaroi.v0i48.9028
- Santos, S. F. S., & Benedetti, T. R. B. (2012). Cenário de implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a inserção do profissional de Educação Física. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 17(3), 188-194. doi: 10.12820/rbafs.v.17n3p188-194
- Santos, S. F. S., Benedetti, T. R. B., Sousa, T. F. & Fonseca, S. A. (2017). Apoio matricial e atuação do profissional de educação física do núcleo de apoio à saúde da família. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 22(1), 54-65. doi: 10.12820/rbafs.v.22n1p54-65
- Santos, R. A. B. G., Uchôa-Figueiredo, L. R. & Lima, L. C. (2017). Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e NASF. *Saúde em Debate*, 41(114), 694-706. doi: 10.1590/0103-1104201711402
- Scabar, T. G., Pelicioni, A. F. & Pelicioni, M. C. F. (2012). Atuação profissional de educação física no sistema único de saúde: uma análise a partir da política nacional de promoção da saúde e das diretrizes do núcleo de apoio à saúde da família – NASF. *Journal of the Health Sciences Institute*, 30(4), 411-418.
- Shimizu, H. E. & Fragelli, T. B. O. (2016). Competências Profissionais Essenciais para o Trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev. bras. educ. med.*, 40(2), 216-225. doi: 10.1590/1981-52712015v40n2e02702014
- Silva, A. T. C.; Aguiar, M. E.; Winck, K.; Rodrigues, K. G. W.; Sato, M. E.; Grisi, S. J. F. E.; Brentani, A. & Rios, I. C. (2012). Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(11), 2076-2084.

- Silva, I. C. B., Silva, L. A. B., Lima, R. S. A., Rodrigues, J. A., Valença, A. M. G. & Sampaio, J. (2017). Processo de trabalho entre a equipe de atenção básica e o núcleo de apoio à saúde da família. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 12(39), 1-10. doi: 10.5712/rbmfc12(39)1433
- Soleman, C. & Martins, C. L. (2015). O trabalho do fonoaudiólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) - especificidades do trabalho em equipe na atenção básica. *Revista CEFAC*, 17(4), 1241-1253. doi: 10.1590/1982-0216201517417114
- Sousa, D., Oliveira, I. F. & Costa, A. L. F. (2015). Entre o especialismo e o apoio: psicólogos no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Psicologia USP*, 26(3), 474-483. doi: 10.1590/0103-656420140059
- Sousa Filho, C. (2019). *A atuação de equipes de saúde da família com as pessoas com transtornos mentais severos e persistentes*. (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Programa de Pós-graduação em Psicologia.
- Stevanim, L. F. (2017, dezembro). Quem banca o essencial. *Revista Radis*, (183), 22-25.
- Sundfeld, A. C. (2010). Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 20(4), 1079-1097. doi: 10.1590/S0103-73312010000400002
- Teixeira, M. B., Casanova, A., Oliveira, C. C. M., Ensgtrom, E. M. & Bodstein, R. C. A. (2014). Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saúde em Debate*, 38 (nº especial), 52-68. doi: 10.5935/0103-1104.2014S005
- Tesser, C. D. & Norman, A. H. (2014). Repensando o acesso ao cuidado na estratégia saúde da família. *Saúde e Sociedade*, 23(3), 869-883. doi: 10.1590/S0104-12902014000300011
- Tesser, C. D. (2017). Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. *Interface – comunicação, saúde, educação*, 21(62), 565-578. doi: 10.1590/1807-57622015.0939
- Vannucchi, A. M. C., Carneiro Junior, N. (2012). Modelos tecnoassistenciais e atuação do psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do sistema único de saúde, Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 22(3), 963-982
- Volponi, P. R. R., Garanhan, M. L. & Carvalho, B. G. (2015). Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades como dispositivo de mudança na atenção básica em saúde. *Saúde em Debate*, 39, 221-231. doi: 10.5935/0103-1104.2015S005418
- Yin, R. K. (2016). Analisando dados qualitativos I: compilando, decompondo e recompondo. In R. K. Yin. *Pesquisa qualitativa do início ao fim*. (pp. 157-182). Porto Alegre: Penso.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista aplicado aos profissionais do NASF-AB

Nome:

Idade:

Profissão:

Instituição de ensino superior em que se formou:

Tempo de conclusão da graduação:

Titulação máxima:

Tempo em que trabalha no NASF:

Trabalha em outro local além do NASF:

- 1) Como se deu a sua entrada no NASF?
- 2) Em seu cotidiano de trabalho, quais são as principais demandas que são dirigidas às EqSF e que exigem o apoio do NASF?
- 3) Você pode me contar quais são as formas de apoio mais utilizadas pelo NASF em relação às EqSF?
- 4) Você se lembra de algo que tenha facilitado estes apoios entre o NASF e as EqSF?
- 5) E que tenha dificultado estes apoios?
- 6) Há diferenças no apoio às diferentes equipes?
- 7) Como é a relação do NASF com a coordenação da EqSF?
- 8) Como é feita a avaliação das ações implementadas junto à EqSF?
- 9) Como é essa experiência de trabalhar como equipe volante, sem ter um espaço fixo?
- 10) Como se dá a organização/planejamento da agenda de trabalho do NASF?
- 11) Como as demandas da atenção básica chegam até o NASF?
- 12) Na sua percepção, quais são as expectativas que as EqSF têm sobre o NASF?
- 13) Você pode citar um exemplo de algum caso que a EqSF tenha atendido e que o NASF tenha participado como apoiador? Como foi esse apoio?

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista para o coordenador da EqSF

Nome:

Idade:

Profissão:

Instituição de ensino superior em que se formou:

Tempo de conclusão da graduação:

Titulação:

Tempo em que trabalha na EqSF:

Trabalha em outro local além da EqSF?

- 1) Como se deu a sua entrada na EqSF?
- 2) Para você como é atuar na EqSF?
- 3) Em seu cotidiano de trabalho, quais são as principais demandas que são dirigidas à esta EqSF?
- 4) Como você percebe o trabalho do NASF?
- 5) Quais são as principais demandas que exigem o apoio do NASF?
- 6) Você me contar quais são as formas de apoio mais utilizadas pelo NASF em relação à EqSF?
- 7) De que forma você acredita que o NASF pode colaborar com o trabalho desta EqSF?
- 8) Você se lembra de algo que tenha facilitado estes apoios entre o NASF e a EqSF?
- 9) E que tenha dificultado estes apoios?
- 10) Em sua experiência profissional, como você percebe a articulação entre a EqSF e o NASF?
- 11) Há alguma forma de avaliação conjunta com o NASF quanto às ações implementadas?
- 12) Como é essa experiência de trabalhar com uma equipe apoiadora que é volante, sem um espaço fixo?
- 13) Você pode citar um exemplo de algum caso/situação que a EqSF tenha atendido e que o NASF tenha participado como apoiador? Como foi esse apoio?

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista para o gestor local sobre processo de construção do NASF-AB no âmbito municipal

Nome:

Idade:

Área de formação profissional:

Instituição de ensino superior em que se formou:

Tempo de conclusão da graduação:

Titulação máxima:

Local em que atua no momento:

- 1) Você pode me contar sobre a sua história de atuação no contexto das políticas públicas?
- 2) Como ocorreu no município o processo de construção do NASF?
- 3) Como se deu a definição dos profissionais que iriam compor cada equipe de NASF?
- 4) Entre os profissionais de saúde mental que podem compor a equipe do NASF, qual a razão da escolha pelo profissional de psicologia em todas as equipes?
- 5) Quais as expectativas que você percebia nas EqSF em relação à construção do NASF?
- 6) Na sua opinião, qual foi o principal impacto trazido pela criação do NASF para o município?
- 7) Como o município compreendia a proposta do NASF como apoiador dos trabalhos das EqSF?
- 8) No processo de implantação do NASF, como você percebia a tensão atendimento individual versus grupal? E atualmente, como você percebe essa tensão?
- 9) Como foram tratadas as diferenças no apoio prestado pelo NASF às EqSF em função da localização destas últimas (central, periférica e rural)?
- 10) Como se construiu o plano de ação de cada NASF junto às suas EqSF?
- 11) Como eram avaliados os trabalhos das equipes do NASF e das EqSF pela gestão? Havia algum instrumento de avaliação?
- 12) Como você avalia o contexto da atenção básica de saúde após a criação do NASF?

ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE MINAS GERAIS -
PUCMG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA [NASF]: estudo de casos múltiplos sobre o apoio matricial na atenção básica em uma cidade de médio porte de Minas Gerais

Pesquisador: CRISTIANE BELO DE ARAUJO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 66301417.0.0000.5137

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - PUC-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.060.583

Apresentação do Projeto:

Este estudo pretende investigar o apoio matricial na atenção básica em uma cidade de médio porte de Minas Gerais. Será utilizado o estudo de caso. Contar-se-á com a fala de diferentes sujeitos através de diferentes instrumentos de coleta de dados (entrevista, análise de documentos e observação participante). Para a realização da entrevista será realizado um recorte no universo de EqSF do município, sendo selecionada uma EqSF para cada equipe do NASF. Na ESF, será entrevistado um profissional (coordenador, enfermeiro) de cada uma das três EqSF selecionadas. Quanto aos NASF, serão entrevistados dois profissionais de cada uma das equipes. Um desses profissionais será o de psicologia, por se tratar de uma pesquisa vinculada a um programa de pós-graduação em psicologia. O outro será aquele que se encontra há mais tempo no núcleo. Serão realizadas entrevistas com outros atores como, por exemplo, gestores, que tenham participado do processo de criação do NASF, tanto no âmbito local quanto federal. Portanto, será feita a identificação de sujeitos que possam trazer esclarecimentos acerca de aspectos históricos aqui investigados. A partir dessa identificação, será feita a seleção de um sujeito em cada esfera (municipal e federal) e estes serão convidados para participar da entrevista. A entrevista com o participante do âmbito federal ocorrerá pela internet, por meio de programa de vídeo-chamadas, em data e horário previamente agendados.

Endereço: Av. Dom José Gaspar, 500 - Prédio 03, sala 228
Bairro: Coração Eucarístico **CEP:** 30.535-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3319-4517 **Fax:** (31)3319-4517 **E-mail:** cep.propgg@pucminas.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE MINAS GERAIS -
PUCMG



Continuação do Parecer: 2.060.583

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Compreender como o NASF tem construído o seu apoio matricial às EqSF de um município de médio porte do estado de Minas Gerais.

Objetivos Secundários:

- Analisar os aspectos históricos e os marcos legais da criação do NASF.
- Discutir quais são os principais fatores que atuam como dificultadores e como facilitadores para a articulação do NASF às EqSF.
- Compreender como os profissionais da atenção básica de saúde percebem a articulação do NASF às EqSF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A pesquisadora garante que em caso de constrangimentos o participante poderá interromper sua participação sem qualquer dano ou prejuízo. Também garante o sigilo e o anonimato, além de outras medidas que visem reduzir a possibilidade de constrangimento.

Benefícios: os resultados dessa pesquisa poderão contribuir na reflexão das políticas públicas de saúde estabelecidas, sobretudo, no município estudado, indicando pontos fortes e frágeis da atenção básica que precisam ser considerados para o contínuo avanço e fortalecimento da saúde pública. Além disso, são através de estudos como este que o campo de conhecimento se fortalece e novas práticas podem ser refletidas com vistas ao desenvolvimento social e à melhoria da qualidade de vida da população e dos profissionais das políticas públicas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de doutorado, metodologicamente adequado e extremamente relevante para a Estratégia de Saúde da Família e NASF.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados e estão de acordo com as normas vigentes.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Dom José Gaspar, 500 - Prédio 03, sala 228
Bairro: Coração Eucarístico CEP: 30.535-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3319-4517 Fax: (31)3319-4517 E-mail: cep.proppg@pucminas.br

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE MINAS GERAIS -
PUCMG**



Continuação do Parecer: 2.060.583

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_876162.pdf	28/04/2017 16:26:21		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEpsicologoNASF.docx	28/04/2017 16:24:00	CRISTIANE BELO DE ARAUJO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEprofissionalmaisantigoNASF.docx	28/04/2017 16:23:10	CRISTIANE BELO DE ARAUJO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEgestorlocal.docx	28/04/2017 16:22:15	CRISTIANE BELO DE ARAUJO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEgestorfederal.docx	28/04/2017 16:21:56	CRISTIANE BELO DE ARAUJO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEdemaisprofissionaisdaEqSFedoNASF.docx	28/04/2017 16:21:44	CRISTIANE BELO DE ARAUJO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEcoordenadorEqSF.docx	28/04/2017 16:20:10	CRISTIANE BELO DE ARAUJO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetopesquisa.doc	26/03/2017 09:46:03	CRISTIANE BELO DE ARAUJO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	26/03/2017 09:41:10	CRISTIANE BELO DE ARAUJO	Aceito
Outros	Termodecompromisso.pdf	26/03/2017 09:40:20	CRISTIANE BELO DE ARAUJO	Aceito
Outros	ROTEIROENTREVISTA.doc	18/03/2017 18:28:05	CRISTIANE BELO DE ARAUJO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Dom José Gaspar, 500 - Prédio 03, sala 228
 Bairro: Coração Eucarístico CEP: 30.535-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3319-4517 Fax: (31)3319-4517 E-mail: cep.propgg@pucminas.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE MINAS GERAIS -
PUCMG



Continuação do Parecer: 2.060.583

BELO HORIZONTE, 12 de Maio de 2017

Assinado por:
CRISTIANA LEITE CARVALHO
(Coordenador)

Endereço: Av. Dom José Gaspar, 500 - Prédio 03, sala 228
Bairro: Coração Eucarístico CEP: 30.535-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3319-4517 Fax: (31)3319-4517 E-mail: cep.propgg@pucminas.br