

Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil

Matrix support strategies: the experience of two Family Health Support Centers (NASFs) in São Paulo, Brazil

Juliana de Oliveira Barros ¹
Rita Maria de Abreu Gonçalves ²
Ronaldo Pires Kaltner ¹
Selma Lancman ¹

Abstract *The aim of Family Health Support Centers (NASFs) is to expand and qualify primary health care initiatives. Working together with Family Health Teams (EqSFs) they use matrix support strategies. This paper discusses how NASF professionals develop their work, emphasizing how matrix support approaches are appropriated and incorporated into daily working practices. The results that are presented are based on a case study of the work process of NASFs in a region of the city of São Paulo, Brazil. In order to investigate this issue, specific questions were introduced at different stages of the ergonomic work analysis. The implementation of the NASF, without a review of the guidance documents provided by the EqSF, created the following paradoxes: the different requirements of productivity and the working strategies between the NASF and the EqSF; the different demands of care for the population and different priorities for action, which were reflected in the division of tasks and the time allocated to each of them, etc. The practices that have been accumulated since the creation of the NASF suggests a review of these documents in order to transform the organization of planned work of these organizations in order to create better conditions for shared working practices.*

Key words *Matrix support, Family Health Support Center (NASF), Primary health care, Health work*

Resumo *Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) objetivam ampliar e qualificar as ações da Atenção Primária em Saúde. Para tanto, no trabalho junto às Equipes de Saúde da Família (EqSF), utilizam-se da estratégia do matriciamento. Este artigo buscou apresentar e discutir como os profissionais do NASF desenvolvem seu trabalho, com ênfase na apropriação e incorporação do matriciamento no cotidiano das práticas. Os resultados apresentados compõem estudo de caso sobre o processo de trabalho dos NASF de uma região de São Paulo. Para investigar esta temática foram introduzidas questões específicas nas diversas etapas da Análise Ergonômica do Trabalho. A implantação do NASF sem a revisão dos documentos norteadores das EqSF criou alguns paradoxos: as diferentes exigências de produtividade e de estratégias de trabalho entre NASF e EqSF; demandas distintas de atendimento populacional e diferentes prioridades de ação, com reflexos na divisão das tarefas e do tempo destinado a cada uma delas, etc. A prática acumulada desde a criação dos NASF pode favorecer uma revisão destes documentos no intuito de transformar as organizações de trabalho previstas para criar maiores condições para o trabalho compartilhado.*
Palavras-chave *Matriciamento, Núcleo de apoio à saúde da família, Atenção primária em saúde, Trabalho em saúde*

¹ Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo 455, Cerqueira César. 01246-903 São Paulo SP Brasil. juliana.obarros@usp.br
² Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Mooca, Prefeitura do Município de São Paulo.

Introdução

O objetivo deste artigo é o de apresentar, problematizar e discutir como os profissionais inseridos nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) desenvolvem seu trabalho, sobretudo no que tange a apropriação e incorporação do apoio matricial no cotidiano das práticas.

O NASF foi criado em 2008 visando integrar, fortalecer e ampliar as ações desenvolvidas na Atenção Primária em Saúde (APS). Ancorada nos princípios da integralidade, do acesso universal, da participação social e da equidade^{1,2}, a APS constitui-se como porta de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS). Caracteriza-se por “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange desde a promoção e a proteção da saúde até a prevenção de agravos, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”³.

Para responder a gama de necessidades dos usuários da APS, as equipes multiprofissionais são imprescindíveis. Assim, é a partir do trabalho desenvolvido pelas Equipes de Saúde da Família (EqSF), atualmente com o apoio das equipes do NASF, em parceria com a população e demais recursos sociais e de saúde, que torna-se possível materializar o processo de cuidado^{1,2,4}. Os profissionais inseridos neste cenário, alocados em Unidades Básicas de Saúde (UBS) responsáveis por uma população delimitada, com necessidades específicas, devem fomentar práticas de cuidado abrangentes e resolutivas.

As EqSF são compostas por, no mínimo, um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde⁵. Já dos NASF, a depender do tipo e da instituição contratante, o número e tipo de profissionais pode variar entre as distintas formações: serviço social, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, medicina, entre outros⁵.

O NASF, enquanto equipe de apoio, oferece retaguarda especializada às EqSF e utiliza o apoio matricial como a principal estratégia para o desenvolvimento do trabalho^{4,5}. As terminologias “matriciamento” e “apoio matricial” têm sido utilizadas na literatura, sobretudo nas publicações relacionadas à APS, desde o final da década de 90^{1,6-14}. Neste artigo, serão empregadas como sinônimos.

Em linhas gerais, *matriciar* significa compartilhar, apoiar, corresponsabilizar-se por determinada demanda de saúde apresentada por uma pessoa, uma família, ou uma comunidade. Trata-

se de uma estratégia vinculada ao modo de operar, ou seja, às formas de viabilizar e organizar o desenvolvimento do trabalho entre duas equipes: uma delas, constitui-se como referência para o sujeito (individual ou coletivo) que demanda o cuidado; já a outra, não tem, necessariamente, relação direta com os usuários, mas, quando solicitada, deve auxiliar a ampliar a compreensão do caso, bem como as possibilidades de ação e resolução do mesmo^{6-8,10-13}.

Tal processo pode ser materializado nas práticas de saúde de distintas formas: discussões de caso e de temáticas consideradas relevantes para as equipes; atendimentos individuais e grupais compartilhados; visitas e atendimentos domiciliares compartilhados; e, quando necessário, a equipe de apoio acolhe diretamente o sujeito em questão^{10-13,15}.

Esta proposta de organização do trabalho objetiva favorecer a orientação do cuidado em saúde enquanto processo contínuo, longitudinal e integrado de ações, que se torna mais resolutivo^{10,13}.

Campos¹⁶ e Merhy¹⁷ consideram que, para que os profissionais de saúde substituam ações epistemologicamente centradas no modelo biomédico por perspectivas nucleadas em modelos biopsicossociais, é imprescindível à transformação dos processos de trabalho, sobretudo a partir da incorporação da prática interdisciplinar. O apoio matricial constitui-se como estratégia fundamental para desterritorializar os profissionais de seu núcleo de saber específico e favorecer a busca de novas possibilidades de produção de saúde e a consolidação de um novo paradigma^{17,18}.

Assim, o trabalho entre o NASF e a EqSF depende da corresponsabilidade e do desenvolvimento de ações compartilhadas, que, por sua vez, devem ser planejadas a partir das demandas dos territórios sob a responsabilidade das duas equipes. Partilhar e construir reflexões e ações exige disponibilidade não apenas temporal, mas também subjetiva dos trabalhadores que integram as equipes^{10,13,16,19}.

O trabalho do NASF está relacionado diretamente ao da EqSF, fato que, necessariamente, interfere na dinâmica de funcionamento das duas equipes. O trabalho de ambas é norteado por diretrizes contidas em documentos ministeriais e municipais. Tais documentos são apenas um ponto de partida já que as práticas se delineiam de forma particular a depender das equipes (formação, experiência profissional, integração, etc.), do território de abrangência, dos recursos, das condições de trabalho disponíveis e das características da população atendida.

Como o período de implantação da EqSF é significativamente superior ao do NASF, essas possuem processos de trabalho mais consolidados. Desta forma, a proposta pioneira trazida pelo NASF e as estratégias de trabalho utilizadas estão em fase de reconhecimento e implantação para todos os profissionais envolvidos e para a população^{20,21}.

Destaca-se que, ainda que presentes na literatura nacional e em algumas experiências piloto em municípios de diversos Estados do país^{6,22,23}, as estratégias e demais formas de organização do trabalho propostas pelo NASF são inovadoras. É a partir do cotidiano dos Núcleos em funcionamento no país que tal experiência vem sendo melhor compreendida e aprimorada.

Este cenário disparou o interesse dos pesquisadores em conhecer melhor como se dá o trabalho do NASF, sobretudo em relação ao uso da estratégia do matriciamento e os possíveis desafios encontrados no cotidiano das práticas.

Contexto de Desenvolvimento do Estudo

Atualmente o município de São Paulo possui 11,4 milhões de habitantes. No tocante à gestão, é organizado em 32 subprefeituras que, por sua vez, são subdivididas em distritos administrativos^{24,25}. Por delegação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), existem cinco Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) que gerem o SUS em suas respectivas áreas de abrangência, por meio das Supervisões Técnicas de Saúde (STS), responsáveis pelos aspectos técnicos e operacionais do funcionamento dos serviços.

Em São Paulo, existem parcerias entre a SMS e algumas Organizações Sociais de Saúde (OSS), que são instituições do setor privado, sem fins lucrativos que atuam em parceria e de forma complementar com o município na gestão de serviços de saúde. Tais serviços, no entanto, continuam sendo públicos e pertencentes ao município²⁴.

Este estudo foi realizado no distrito administrativo do Butantã, que pertence a CRS Centro-Oeste, que responde pela saúde de 1.483.322 habitantes, dos quais estima-se que 44.4% seja exclusivamente usuário do SUS²⁵. A gestão dos principais serviços dessa região, assim como a contratação das equipes eram realizadas por uma OSS vinculada a uma Faculdade de Medicina. Em decorrência de tal parceria e também pelo fato da região estudada se constituir como uma plataforma de ensino e pesquisa, a presença de alunos, preceptores e docentes era constante nos distintos trabalhos realizados na região.

Método

Entre os anos de 2011 e 2012 foi desenvolvido um estudo de caso de natureza qualitativa, sobre o processo de trabalho das duas únicas equipes NASF da região estudada. Juntas, essas equipes totalizavam 30 trabalhadores de diferentes categorias profissionais. Todos eles foram convidados a participar da pesquisa. Ao longo do estudo, 22 profissionais estiveram envolvidos com, pelo menos, um dos procedimentos realizados.

A pesquisa “O processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e seus efeitos na saúde mental dos trabalhadores” contou com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e foi aprovada pelos comitês de ética da Faculdade de Medicina da USP e da Prefeitura de São Paulo. Todos os trabalhadores que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TLCE).

Nesse estudo buscou-se apreender o processo de trabalho do NASF em sua complexidade. Para tanto, utilizou-se os referenciais teórico metodológicos da Psicodinâmica do Trabalho²⁶, da Ergonomia²⁷ e da Organização do Trabalho em Serviços²⁸. Todos eles, apesar de utilizarem métodos e procedimentos distintos, estudam situações reais de trabalho e o “trabalhar”, ou seja, a relação indissociável entre o trabalho e quem o executa.

Neste artigo, a partir dos objetivos delineados, optou-se por se ater e se aprofundar em questões específicas advindas da Ergonomia e das diversas etapas e procedimentos utilizados pelo seu método - Análise Ergonômica do Trabalho (AET).

A busca fundamental de uma AET é a construção de um diagnóstico da atividade real de trabalho visando contribuir na elaboração de propostas de transformação do mesmo, no aprimoramento da sua qualidade, na melhoria da saúde de quem o executa e da produtividade. Para tanto, os principais pontos abordados são: relação entre trabalho prescrito e realizado; organização do trabalho e processos de produção; dificuldades operacionais; valorização do saber dos trabalhadores e de diferentes pontos de vista sobre o trabalho; dimensão coletiva do trabalho, entre outros aspectos²⁹.

O método da AET é composto por diversas etapas: análise e reformulação da demanda; levantamento e análise de dados da empresa e dos trabalhadores; análise de tarefas e de atividades; diagnóstico, validação e recomendações. Para tanto, utiliza-se de diferentes recursos e procedimentos tais como: análise de documentos; reali-

zação de reuniões, entrevistas, observações abertas, observações sistemáticas, fotos, filmagens, entre outros²⁷. Nesta pesquisa, devido ao recorte e característica do estudo, utilizou-se apenas de algumas etapas e procedimentos que compõem a AET.

A análise dos dados em Ergonomia configura-se como do tipo comparativa normativa, sendo realizada a partir das informações objetivas obtidas ao longo da coleta de dados, com vistas a compreensão do hiato entre o trabalho prescrito (diretrizes dos documentos ministeriais e municipais) e o trabalho real (aquele que os trabalhadores efetivamente realizam diante dos recursos que dispõem, da variabilidade e divisão das tarefas, das condições de execução, e do tempo destinado para o desenvolvimento das atividades). Verifica-se, ainda, neste contexto, se existem práticas que superam as diretrizes previstas e que podem se tornar referências para outros trabalhos semelhantes e, com isso, fazer o próprio trabalho prescrito avançar. A análise é concluída por meio de um processo de validação dos achados em reuniões com os trabalhadores envolvidos no estudo.

Para auxiliar o trabalho de campo e facilitar a comunicação entre os pesquisadores e as equipes, no início da pesquisa, foi constituído um grupo gestor formado por 4 representantes da equipe técnica e 4 da equipe de pesquisadores. Esse grupo se reunia quando necessário e auxiliava na aproximação entre pesquisadores e trabalhadores, no agendamento de entrevistas, observação do trabalho e participação dos pesquisadores em atividades selecionadas.

Para conhecimento do trabalho prescrito foi realizado um levantamento e análise de documentos Ministeriais e municipais, utilizados como norteadores para o trabalho dos NASF. Para a caracterização da região e da população de trabalhadores estudada foi realizado um levantamento documental da estrutura organizacional das UBS em que estavam inseridos os NASF e de dados do perfil dos trabalhadores tais como idade, sexo, escolaridade, tempo de trabalho no NASF, entre outros.

Para conhecimento do trabalho real, foram realizadas duas reuniões com a coordenação dos NASF e cinco com o grupo gestor da pesquisa. Tais reuniões tiveram como objetivo favorecer um primeiro contato com o trabalho e com a rotina dos trabalhadores, com as reuniões e grupos desenvolvidos junto à população e demais ações dos NASF. Foram realizadas ainda oito entrevis-

tas semiestruturadas com trabalhadores de diferentes categorias profissionais, sendo seis individuais e uma de grupo e, ainda, uma entrevista com a coordenação das equipes NASF. Tais entrevistas foram guiadas por roteiros que, em linhas gerais, versavam obter dados acerca do trabalho prescrito e realizado; gestão do tempo de cada profissional e da produção; divisão das tarefas e conteúdo das mesmas; relação e estratégias utilizadas pelo NASF para apoiar à EqSF; principais temáticas discutidas nas reuniões entre as duas equipes; distribuição da carga horária de trabalho, entre outros aspectos.

Posteriormente, de posse destas informações, foram feitas observações abertas de algumas tarefas (uma reunião da equipe NASF, duas reuniões entre NASF e EqSF, um grupo de gestantes). As tarefas observadas foram aquelas consideradas pela equipe como as menos invasivas para os usuários e de menor interferência na dinâmica do trabalho. Foram verificadas ainda as agendas de alguns profissionais, no intuito de observar o tipo e a natureza dos agendamentos realizados e demais atividades desenvolvidas.

Destacamos que, com exceção das observações, que foram apenas transcritas, os demais procedimentos foram gravados, transcritos e posteriormente analisados. As entrevistas individuais, grupais, reuniões e observações totalizaram, aproximadamente, 52 horas de trabalho de campo.

Após compilação e análise dos dados coletados, eles foram apresentados, discutidos, modificados e, finalmente validados com as equipes em duas reuniões. Posteriormente os NASF e a respectiva coordenação receberam o relatório final.

Resultados

A apresentação dos resultados será iniciada pela caracterização das equipes estudadas, seguida da análise de alguns aspectos do trabalho realizado, destacando o matriciamento como eixo central e irradiador das ações desenvolvidas. Por fim, para melhor compreender a abrangência do “apoio matricial” no contexto estudado, organizamos as práticas desenvolvidas pelos trabalhadores e sua representação em três grandes temas: concepção das equipes NASF acerca da estratégia do apoio matricial; vivência cotidiana do apoio matricial nas práticas de APS; e potencialidade e limites da utilização do apoio matricial no desenvolvimento das práticas do NASF.

Caracterização das Equipes Estudadas

As duas equipes NASF possuíam 30 trabalhadores, representantes de distintas profissões (médicos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogo, educador físico, nutricionista). Eram compostas, em sua maioria, por jovens (50% deles tinham entre 31 e 40 anos) e por mulheres (69%) que, em grande parte, já possuía experiência no campo da APS e, especificamente, com a estratégia do matriciamento em outros contextos de prática, principalmente em NASF²¹.

Com relação às jornadas semanais de trabalho, 62,5% trabalhavam 20 horas e os demais 40 horas, de segunda a sexta-feira, entre 7h e 17h. Na época os dois NASF apoiavam respectivamente, 9 e 10 EqSF, distribuídas em 4 UBS. Ambas estavam alocadas na mesma região de São Paulo e foram implantadas no ano de 2010: uma no mês de maio e a outra em outubro. Na primeira equipe, todos os profissionais participantes do estudo ingressaram juntos. Já na segunda, apenas metade deles estava desde o início das ações.

Assim, as duas equipes NASF possuíam perfis semelhantes e respondiam à mesma coordenação e OSS, que fazia também a gestão das UBS envolvidas. Os territórios de abrangência e as EqSF, para as quais eram referência, também eram análogos, permitindo o agrupamento e a generalização dos resultados obtidos.

O Trabalho Realizado e o Matriciamento como Eixo Central

Estar em equipe e/ou desenvolver atividades de caráter coletivo era uma das prioridades do trabalho realizado pelas equipes estudadas, o que exigia que pactuações também fossem feitas de forma coletiva. Assim, a maior parte da carga horária das equipes era destinada à participação em reuniões com cada um das EqSF referenciadas.

A partir do uso da estratégia do matriciamento (Figura 1) nessas reuniões, era possível:

- Identificar, coletivamente, as necessidades prioritárias para subsidiar o planejamento de ações subsequentes;
- Discutir casos considerados pela EqSF como de maior complexidade e definir atribuições e responsabilidades por meio da elaboração de projetos terapêuticos singulares (PTS), que contemplassem ações multiprofissionais e desenvolvessem, nos trabalhadores a ideia de corresponsabilidade;
- Identificar a necessidade de articular-se aos serviços sociais e de saúde do território e desen-

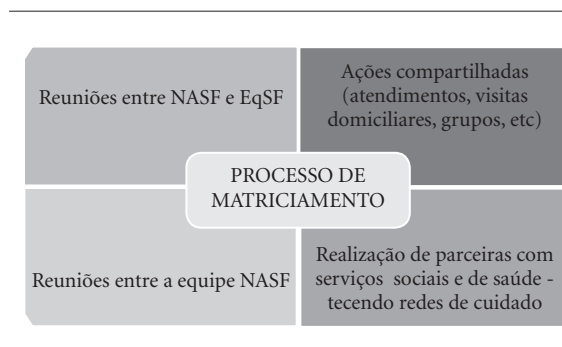


Figura 1. Estratégia do matriciamento.

volver ações e estratégias, com vistas à intersectorialidade;

- Discutir teoricamente, a partir da experiência prática, temas de interesse coletivo.

A dinâmica das reuniões variava a depender da relação entre as equipes, ao número de e a complexidade das situações a serem discutidas, etc. A Figura 2 sistematiza como as demandas de saúde da população e àquelas da EqSF chegavam até o NASF bem como as possibilidades de desdobramento.

Concepção das Equipes Nasf acerca da Estratégia do Apoio Matricial

Apesar de considerarem o apoio matricial uma estratégia recente no bojo das ações na APS, existia uma homogeneidade entre os trabalhadores do NASF em relação à compreensão conceitual da proposta, sua importância e a missão de implantá-la.

Para eles, tal estratégia tinha como base a troca de experiências e de conhecimentos teórico-práticos, que objetivavam a ampliação das possibilidades de compreensão e de atuação nos casos. Neste sentido, “matriciar” implicaria, necessariamente, democratização do conhecimento, discussão, reflexão e, por fim, pactuação de responsabilidades para continuidade das ações.

A partir da demanda do caso ou da situação, todos os atores envolvidos no processo trocariam conhecimentos específicos, fosse por meio de discussões de caso ou de atendimentos compartilhados.

Ao participar de atendimentos compartilhados, ao ver várias vezes um profissional fazendo uma orientação específica, o outro profissional pode reproduzir, posteriormente, não com a mesma especificidade e particularidade profissional. (ent.ind.3)

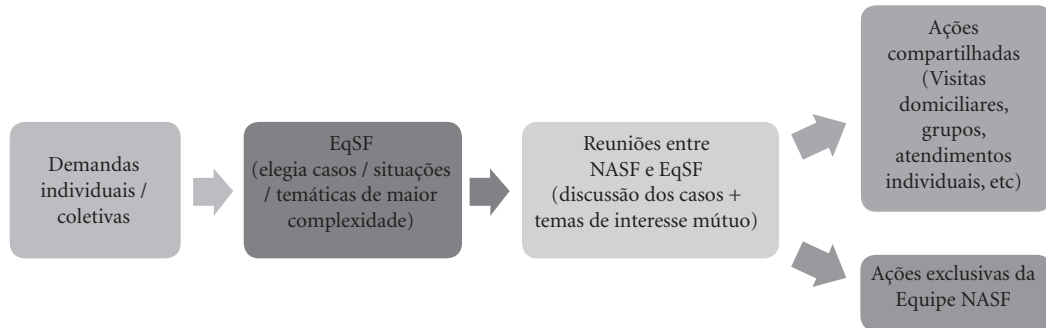


Figura 2. Fluxo da chegada das demandas ao NASF.

Esta estratégia fortalecia trocas interdisciplinares e a abordagem dos problemas sob novas perspectivas permitindo a construção de novas lógicas de trabalho entre profissionais e, sobretudo, entre equipes. Para tanto, era necessário que se trabalhasse simultaneamente com a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho.

Matriciamento é a lógica do compartilhar, é a desconstrução da lógica de referência e contra referência existente até então no serviço público. (ent. grupal 1)

Por fim, além das discussões de caso e dos atendimentos compartilhados, o chamado “apoio técnico-pedagógico” ou “apoio educativo”, que compõe o matriciamento, acontecia em todas as ações desenvolvidas pela parceria estabelecida entre EqSF e NASF.

Vivência Cotidiana do Apoio Matricial nas Práticas de APS

Para os NASF, todas as ações desenvolvidas, inclusive as assistenciais, se configuravam como matriciamento, não apenas com relação as EqSF ou entre os profissionais da equipe NASF, mas também com os profissionais inseridos em outros serviços de saúde parceiros.

... quando se discute um caso nos CAPS, estamos construindo uma ação, trocando saberes, você está matriciando o outro o tempo inteiro... tudo o que a gente faz é matriciamento, (ent.ind.4)

Segundo as equipes NASF, as EqSF também “matriciavam” o NASF, sobretudo a partir do conhecimento que possuíam acerca do território adstrito e da demanda das famílias e da comunidade.

Foi possível detectar algumas ações consideradas primordiais no desenvolvimento do trabalho do NASF e que, envolviam, o apoio matricial. Entre as principais, destacamos as reuniões que eram a fonte disparadora de toda e qualquer ação subsequente e onde eram realizados os pactos necessários para subsidiar a resolução dos problemas específicos de sujeitos ou de comunidades. Entre as principais reuniões destacamos as que aconteciam semanalmente entre os NASF e as EqSF e entre as próprias equipes de NASF, e as que aconteciam mensalmente, como as reuniões técnicas, com os profissionais de saúde das UBS e, especificamente, aquelas realizadas entre os médicos do NASF e médicos e enfermeiros das EqSF.

Nas reuniões realizadas entre representantes dos NASF e as EqSF, eram identificadas as demandas prioritárias para a construção de projetos de cuidados específicos, que contemplassem a singularidade de cada situação. Os desdobramentos destas discussões eram variados e podiam ser materializados de forma compartilhada entre NASF e EqSF, ou apenas por algum dos profissionais de cada equipe. Entre as principais ações pactuadas destacavam-se o desenvolvimento de: grupos terapêuticos e educativos; oficinas com temáticas específicas; atendimentos individuais e/ou avaliação de casos; visita ou consultas domiciliares.

Potencialidades e Limites da Utilização do Apoio Matricial como Estratégia Prioritária do Desenvolvimento das Práticas no NASF

No cotidiano de trabalho do NASF eram encontrados desafios para colocar em prática o matriciamento. Alguns deles, referiam-se a aspectos

objetivos, relacionados à organização do trabalho entre as duas equipes, NASF e EqSF; outros, referiam-se a aspectos subjetivos, vinculados a forma como cada profissional ou equipe conseguia expor suas necessidades sem sentir-se fragilizado ante seus pares.

Segundo os trabalhadores do NASF, a novidade trazida pelo matriciamento, ainda não estava totalmente assimilada por alguns profissionais das EqSF, o que dificultava a introdução e utilização desta lógica de trabalho. Para eles, muitas das EqSF sentiam-se fiscalizadas, vigiadas e consideravam que, quando demandavam alguma discussão com o NASF, de uma forma ou de outra, expunham falhas no desenvolvimento do trabalho e até uma certa incompetência. Neste contexto, *o Papel do NASF seria mostrar outras possibilidades de fazer matriciamento, mas a ESF tem dificuldade em fazer essa discussão e reflexão.* (ent. grupal 2)

Do ponto de vista da organização do trabalho, um dos principais dificultadores das ações de matriciamento referia-se ao trabalho previsto para ambas as equipes, baseado nos respectivos documentos norteadores e ao tempo que cada uma delas destinava às ações que realizavam. O que para o NASF era prioridade, como, por exemplo, as ações compartilhadas, para as EqSF não era, sobretudo frente a demanda da população por atendimentos individuais.

O que para uma equipe pode ser vivenciado como perda de tempo frente à imensa quantidade de demanda, para a outra é essencial para a concretização do seu trabalho (ent.ind.2)

Outro desafio era o diálogo para pactuação de ações que fossem consensuais e pautadas nas necessidades das equipes e na singularidade dos sujeitos e territórios atendidos. Porém, era justamente quando se borravam as fronteiras profissionais e todos sentiam-se responsáveis por determinada problemática que se construía práticas coletivas e mais adequadas à necessidade da população.

Através do matriciamento, com o tempo, o profissional vai deixando sua especificidade e sendo apenas mais um profissional do NASF... O matriciamento propicia isso. (ent.ind.2)

A diversidade de categorias profissionais que compunham a equipe NASF favorecia o diálogo, a reflexão e a ampliação da compreensão acerca da complexidade de cada caso e, consequentemente, melhoravam a efetividade e resolutividade dos mesmos.

O contato e aproximação com outros profissionais permitem a ampliação de olhares e reflexões. (ent.ind.6)

A discussão e o aprofundamento dos casos, favorecem a ampliação do olhar para a saúde individual e coletiva. (ent.ind.1)

Soma-se a isso o fato das equipes NASF e EqSF, após algum tempo de trabalho juntas, terem a possibilidade de acumular saberes que, futuramente, poderiam ser utilizados de forma autônoma no manejo de outros casos.

A forma sistemática com que ocorriam as reuniões para discussão dos casos favorecia a aproximação entre os profissionais e, consequentemente, o aprimoramento dos processos de trabalho e a ampliação do escopo das ações desenvolvidas.

A possibilidade de criar conjuntamente dispositivos que atendam a demanda da ESF, a fim de ampliar o olhar da assistência, visando também à prevenção, facilita o trabalho. (ent. ind. 6)

Para responder a complexidade de demanda dos usuários e da comunidade, o NASF, a partir do matriciamento, conseguia promover a articulação com a rede de serviços sociais e de saúde. Para eles, tal articulação e a autonomia para realizá-la eram fundamentais para o fortalecimento de uma rede mútua de apoio que, a médio e longo prazo, traria como resultado a melhora da condição de vida e de saúde do coletivo de usuários do serviço.

Poder fazer várias articulações com equipamentos fora das UBS sem ser questionado e/ou controlado. Poder sair da unidade durante o horário de trabalho para fazer articulações com a rede. (ent. ind.5)

Foi destacado também o caráter recente da criação do NASF, não apenas na região estudada, mas no país. Isso permitia que o trabalho pudesse ser construído de maneira longitudinal, a longo prazo, produzindo assim mudanças culturais importantes acerca do cuidado em saúde.

No caso específico da região estudada, pelo fato de se caracterizar como uma plataforma de ensino e pesquisa, a estratégia do matriciamento também contribuía para os processos de ensino e aprendizagem.

Discussão

Um dos principais desafios vivenciados pelos profissionais do NASF era fazer uso contínuo do matriciamento e incorporá-lo efetivamente às ações cotidianas junto as EqSF. Matriciar implica trocar ideias e informações, ajustar expectativas, pactuar decisões. Neste sentido, apropriar-se dessa proposta, além de expor dúvidas, dificultava

dades e desconhecimento tanto teórico quanto prático, exige dos profissionais disponibilidade, confiança e cooperação. De acordo com as equipes NASF, alguns profissionais da EqSF apresentavam pouca disponibilidade para este tipo de prática e, conseqüentemente, criavam limitações para a realização de ações conjuntas.

Uma das potencialidades do apoio matricial é promover a integração profissional, entretanto, para que isso ocorra é necessário que a hierarquia e as relações entre os profissionais sejam menos burocratizadas e mais horizontalizadas^{6,7,30}. Para a construção de uma postura profissional mais permeável a novos processos de trabalho é necessário que as práticas cotidianas estejam organizadas de modo que as relações de cooperação e confiança sejam favorecidas e subsidiem, inclusive, a compreensão e apropriação da proposta.

Cunha e Campos¹² destacam que os trabalhadores da área da saúde tendem a querer lidar apenas com os problemas para os quais seu núcleo de conhecimento é suficiente para intervir e, quando são dadas opiniões sobre suas condutas sentem como sendo inoportunas e invasivas. Assim, esses profissionais apresentam baixa capacidade para lidar com a incerteza e com a interdisciplinaridade, o que dificulta o trabalho intra e inter equipes. No entanto, é quando as fronteiras entre os diferentes núcleos de conhecimento ficam indefinidas que é possível constituir práticas coletivas, mais adequadas às necessidades da população e às características do território. Silva et al.²³ ressaltam a importância de se evitar a hierarquização, o especialismo e a fragmentação entre os diversos profissionais das equipes NASF e SF.

Matriciar exige mudança nas prioridades de ação das equipes: o que antes era oferecido apenas por um profissional a um sujeito ou a uma população, deve ser não apenas implantado, mas também planejado de forma compartilhada e coletiva. Entretanto, o presente estudo indica que, como as prioridades de ação para o NASF e para a EqSF eram distintas, havia dificuldades no desenvolvimento do trabalho compartilhado.

As questões apontadas se somam a orientação do trabalho das duas equipes, fruto de documentos norteadores distintos para cada uma delas, que determinavam diferenças e uma grande heterogeneidade do ponto de vista da organização do trabalho; no trabalho previsto; nas prioridades de ação; no tempo destinado para a realização das atividades; nas metas, na produtividade exigida, nos indicadores de desempenho utilizados; na coordenação técnica e na organização administrativa para cada equipe^{20,21}.

Destaca-se ainda que, a prioridade de ações coletivas, prevista nos documentos norteadores do NASF conflitava com as demandas da população por atendimentos específicos, como por exemplo, os de reabilitação, o que favorecia situações de sobrecarga de trabalho para os profissionais devido à inexistência de suporte para responder a essas demandas^{14,20,21}.

Entretanto, a introdução do apoio matricial na prática das EqSF, a partir da criação do NASF, possibilita instituir novos processos que facilitem o diálogo e a capacidade de assumir novos compromissos com a saúde dos usuários⁶. É importante destacar, neste sentido, que o uso do matriciamento pelas equipes fortalece a mudança de paradigmas no campo da APS, ao propor uma nova lógica de trabalho. Implica em transformar práticas profissionais já estabelecidas, desconstruir a lógica da referência e contra referência existente, bem como, favorecer mudanças importantes na organização do trabalho.

Campos e Domitti⁷ referem que o apoio matricial provoca uma reformulação na organização dos serviços, de forma que as áreas especializadas, outrora verticais, possam oferecer apoio técnico pedagógico horizontal às equipes da atenção primária. Afirmam que, para a utilização dessa estratégia é necessário mudanças ou mesmo uma transformação global na maneira como se organizam e funcionam os serviços de saúde.

Campos⁶ e Campos e Domitti⁷ asseguram que o matriciamento é um dispositivo importante para a clínica e para o trabalho transdisciplinar. Implica em um modo de operar dialógico e, em construir uma nova lógica da ação na APS. Porém, é importante destacar que, ao longo dessa pesquisa, foi percebida uma grande heterogeneidade teórico-prática com relação à compreensão e utilização da estratégia. Tal configuração acaba por banalizar o próprio termo “matriciamento”, que passa a ser utilizado de forma genérica para representar o desenvolvimento de toda e qualquer ação destes profissionais.

Considerações finais

O apoio matricial constitui-se como a principal estratégia das equipes NASF para a concretização do trabalho. Para que possa ser incorporado e tornar-se referência no cenário da APS, é necessário que todos os atores envolvidos, sobretudo o próprio NASF e as EqSF, fomentem espaços coletivos de reflexão, discussão e prática. Neste contexto, é fundamental que, no exercício cotidiano

do trabalho, haja investimento significativo nos processos comunicacionais intra e interequipes, para que os trabalhadores possam construir espaços de confiança e respeito, de forma que as parcerias necessárias ao desenvolvimento do trabalho se consolidem.

A implantação do NASF, sem a revisão dos documentos norteadores das práticas das EqSF criou alguns paradoxos que necessitam ser revisados, tais como as diferentes exigências de produtividade e de estratégias de trabalho entre NASF e EqSF; demandas distintas de atendimento populacional, já que a EqSF configura-se como porta de entrada da APS e o NASF não; diferentes prioridades de ação entre NASF e EqSF, com reflexos na divisão das tarefas e do tempo destinado a cada uma delas, etc. Assim, a prática acumulada desde a criação dos NASF pode favorecer uma revisão destes documentos, no intuito de criar maiores condições de entrosamento e confluências, sobretudo no tocante à organização do trabalho.

É importante destacar que, para se refletir sobre os limites e potencialidades do trabalho desenvolvido pelo NASF, muitos fatores devem ser

avaliados: 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. Entretanto, independente dos aspectos supracitados, o matriciamento constitui-se como central e deve, necessariamente, ser incorporado ao trabalho realizado por todas as equipes no país.

Desta forma, a partir dos objetivos iniciais apresentados na criação dos NASF, é importante a realização de novos estudos que busquem compreender, do ponto de vista das EqSF, quais foram os impactos da chegada dos NASF, quais eram suas expectativas iniciais, como foram incorporando as propostas apresentadas, sobretudo em relação a estratégia do matriciamento, para que possam ser implantadas mudanças positivas nos processos de trabalho das duas equipes. Tais transformações poderiam favorecer a melhoria do atendimento da população e também o avanço das políticas públicas brasileiras no campo da APS.

Colaboradores

JO Barros contribuiu na concepção e delineamento do artigo, bem como na análise e interpretação dos dados, redigiu e revisou o manuscrito. RMA Gonçalves contribuiu na redação, concepção e delineamento do artigo, bem como na análise e interpretação dos dados. RP Kaltner contribuiu na coleta e análise dos dados. S Lancman contribuiu na redação, concepção e delineamento do artigo, bem como na análise e interpretação dos dados e realizou a revisão crítica e redação conclusiva do mesmo.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo financiamento.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. 3ª ed. Brasília: MS; 2009 [acessado 2013 mar 23]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf
2. Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciênc. saúde coletiva* 2009; 14(Supl. 1):1325-1335.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Brasília: MS; 2006. [acessado 2013 mar 23]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da União* 2008; 25 jan.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2011; 24 out.

6. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Cien Saude Colet* 1999; 4(2):392-403.
7. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saude Publica* 2007; 23(2):399-407.
8. Figueiredo MD, Onocko-Campos RT. Saúde mental e atenção básica à saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. *Saude Debate* 2008;32(78-80):143-149.
9. Arona EC. Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. *Saude Soc* 2009; 18(Supl. 10):26-36.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica; n. 27. Brasília: MS; 2009. [acessado 2013 abr 11]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf
11. Miranda L, Onocko-Campos RT. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão clínica. *Cad Saude Publica* 2010; 26(6):1153-1162.
12. Cunha GT, Campos GWS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saude Soc* 2011; 20(4):961-970.
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva. *Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental*. Dulce Helena Chiaverini, organizadora. Brasília: MS; 2011. [acessado 2013 abr 10]. Disponível em: <http://issuu.com/luisfernandotofoli/docs/guia-pratico-de-matriciamento-em-saude-mental>
14. Pinto AGA, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Sampaio JJC, Lima GP, Bastos VC, Sampaio HAC. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Cien Saude Colet* 2012; 17(3):653-660.
15. São Paulo. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. *Estratégia de Saúde da Família. Diretrizes e Parâmetros Norteadores das Ações dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF*. São Paulo; 2009. [acessado 2013 abr 11]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/esf/diretrizes_nasf.pdf
16. Campos GWS. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Cien Saude Colet* 2000; 14(2):219-250.
17. Merhy EE. Engravitando as palavras: o caso da integralidade. In: *VI Congresso da Rede Unida. Belo Horizonte, MG*; 2005. Palestra. [acessado 2013 fev 26]. Disponível em: <http://www.circonteudo.com.br/stories/documentos/article/3387/EmersonEliasMerhy-Engravitando as palavras-setembro 2012.pdf>
18. Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães Júnior, HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WB, organizadores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 55-124.
19. Cecílio L. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na Atenção em Saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesc, Abrasco; 2006. p. 115-128.
20. Lancman S, Barros JO. Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* 2011; 22(3):263-269.
21. Lancman S, Gonçalves RMA, Cordone NG, Barros JO. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev Saude Publica* 2013; 47(5):968-975.
22. Moline-Avejonas DR, Mendes VLF, Amato CAH. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. *Rev Soc Bras Fonoaudiol* 2010; 15(3):465-474.
23. Silva ATC, Aguiar ME, Winck K, Rodrigues KGW, Sato ME, Grisi SJFE, Bretani A, Rios IC. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2012; 28(11):2076-2084.
24. São Paulo. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde de 2010 – 2013*. São Paulo; 2010 [acessado 2014 ago 12]. Disponível em: http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/planomunicipal/PlanoMunicipalSaudeSMS-PMSP_2010-2013.pdf
25. São Paulo. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). Portal de Estatísticas do Estado de São Paulo. São Paulo; 2013 [acessado 2014 ago 12]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>
26. Lancman S, Sznclwar LI, organizadores. *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*, Rio de Janeiro, Brasília: Ed. Fiocruz, Paralelo 15; 2004.
27. Guerin F, Laville A, Daniellou F, Duraffourg J, Keguelen A. *Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia*. São Paulo: Edgard Blücher; 2001.
28. Silva M, Lancman S, Alonso C. As consequências da intangibilidade na gestão dos novos serviços de saúde mental. *Rev Saude Publica* 2009; 43(Supl. 1):36-42.
29. Falzon P. *Ergonomie*. Paris: Presses Universitaires de France; 2004.
30. Santos APL, Lacaz CFA. Apoio Matricial em Saúde do Trabalhador: tecendo redes na Atenção Básica do SUS, o caso de Amparo/SP. *Cien Saude Colet* 2012; 17(5):1143-1150.

Artigo apresentado em 02/04/2014

Aprovado em 08/12/2014

Versão final apresentada em 10/012/2014