

Entrevistas

Subjetividade, história e prática no Sistema Único de Saúde (SUS): uma conversa com Gastão Wagner sobre Apoio Matricial e Atenção Primária

Subjectivity, history and practice in the Brazilian National Health System (SUS): a conversation with Gastão Wagner about Matrix Support and Primary Health Care

Subjetividad, historia y práctica en el Sistema Brasileño de Salud (SUS): una conversación con Gastão Wagner sobre el Apoyo Matriz y la Atención Primaria

Isabela de Oliveira da Cunha^(a)

<isabelaocunha@gmail.com> 

Rubens Bedrikow^(b)

<bedrikow@unicamp.br> 

^(a) Pós-graduanda do Programa de Saúde Coletiva (Doutorado), Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Cidade Universitária. Campinas, SP, Brasil. 13083-887.

^(b) Departamento de Saúde Coletiva, FCM, Unicamp. Campinas, SP, Brasil.

Palavras-chave: Apoio matricial. Atenção primária à saúde. História do SUS. Nasf. PNAB.

Keywords: Matrix support. Primary health care. History of SUS. NASF. PNAB.

Palabras clave: Apoyo matriz. Atención primaria de la salud. Historia del SUS. NASF. PNAB.



Gastão Wagner de Sousa Campos
Fonte: Abrasco.

Introdução

Sabe-se que os movimentos sociais de luta pelo direito à saúde e pela democratização das instituições brasileiras são de fundamental importância para o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS)^{1,2}. No entanto, a participação ativa de pessoas e coletivos, capaz de tensionar e modificar os processos hegemônicos vigentes, seja na área da saúde seja no processo de democratização do Brasil, e os processos subjetivos produzidos nesses contextos ainda são pouco valorizados nos estudos dos processos históricos e culturais^{3,4}.

Desse modo, o presente artigo tem como objetivo apresentar o entrelaçamento entre teoria, política e experiências de vida por meio de um diálogo com Gastão Wagner de Sousa Campos sobre o processo de construção teórica do apoio matricial entrelaçado às suas experiências de vida e de implementação do SUS e da Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Campinas. Assim, busca-se resgatar a dimensão da subjetividade como qualidade das experiências humanas na constituição dos processos históricos, teóricos e institucionais, por vezes desvalorizados historicamente⁵.

Para isso, serão apresentados trechos de diálogos retirados de entrevistas com Gastão Wagner realizadas durante a pesquisa de mestrado da primeira autora deste artigo, que tinha como tema central de estudo os fenômenos do apoio matricial, a subjetividade, em uma perspectiva histórico-cultural, e as equipes multiprofissionais na APS. As entrevistas foram realizadas após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa^(c). As formulações teóricas desenvolvidas por Gastão Wagner, principalmente em relação ao apoio matricial, e as suas experiências como Secretário Municipal de Saúde, nos anos de 1990-1993 e 2001-2002 e no Ministério da Saúde (2003-2004), foram aspectos fundamentais para a organização das sessões de diálogos, bem como na construção deste artigo.

Entende-se que a Teoria Paideia, formulada por Gastão Wagner Campos, foi fundamental para a organização da APS no município de Campinas nos anos 2000⁶, e apresenta conceitos importantes para pensar o cuidado em saúde de forma ampliada e compartilhada, como o apoio matricial. Nesse sentido, o artigo percorre as vivências de Gastão do período da Graduação (1970-1975) até as experiências como Secretário de Saúde, destacando as influências para a construção do que posteriormente viria a ser o apoio matricial. Ainda serão apresentadas suas experiências e sua influência na construção das equipes multiprofissionais da APS, salientando o processo de implementação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) como política pública nacional, resgatando o apoio matricial como filosofia e postura constituinte do trabalho dessas equipes.

Entende-se que as equipes multiprofissionais da APS enfrentam desafios importantes desde o seu processo de implementação, principalmente caracterizados pelas disputas políticas e epistemológicas no SUS^{7,8}. Essas equipes se efetivam como política pública do SUS, em 2008, com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família⁹. Em setembro de 2017, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) passou por uma nova revisão com a Portaria n. 2.436, e essas equipes sofreram algumas modificações, passando a se chamar “Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção

^(c) Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Número do CAAE: 76239023.5.0000.5404. Número do Parecer: 6.676.570.

Básica (Nasf-AB)”, e algumas de suas características e diretrizes antes citadas nas normativas anteriores pareceram desaparecer¹⁰. Um exemplo disso é a retirada do apoio matricial como metodologia central de trabalho do Nasf, perdendo-se não somente no nome da equipe, mas nas próprias diretrizes descritas na portaria. Em 12 de novembro de 2019, no governo Bolsonaro (2018-2022) com a publicação da Portaria n. 2.979, os Nasf perderam seu financiamento e as normativas referentes a essa equipe foram revogadas, deixando de ser uma política de incentivo nacional e ficando a critério da gestão local optar ou não por sua manutenção^{11,12}.

Recentemente, com a publicação da Portaria GM n. 635, de 22 de maio de 2023, a proposta de uma equipe multiprofissional integrada a outras equipes da APS, nos “moldes Nasf”, retornou com incentivo financeiro federal para implementação, custeio e desempenho das eMulti¹³. Por mais que, com a nova portaria, tenhamos avanços importantes para o fortalecimento dessa política, ainda é possível identificar um distanciamento do apoio matricial como prática contínua e como postura transversal no trabalho das equipes multiprofissionais com as outras equipes da APS, adotando um caráter mais utilitarista.

Por essa razão, busca-se, com esse artigo, resgatar a função do apoio matricial como filosofia para o trabalho dessas equipes ao entrelaçar essa metodologia às experiências constitutivas de sua formulação, apresentando as vivências de Gastão Wagner Campos e sua relação íntima com a teoria e a prática desenvolvida.

A teoria entrelaçada aos processos de vida: (re)pensando o apoio matricial como um processo historicizado, prático e vivo.

IOC: Uma vez, em uma das disciplinas, você comentou sua formação em Medicina (1970-1975) na Universidade de Brasília (UnB), referindo ao modelo curricular do curso que se propunha de modo diferente ao tradicional. Ao comentar sobre sua formação, você falou que a proposta ‘matricial’ ficou na sua cabeça por um tempo. Como foi a sua Graduação? O que você viveu lá impactou na formulação do apoio matricial quando você desenvolveu a teoria?

GWSC: Sim. Eu tive muita sorte de ter entrado na Graduação na Universidade de Brasília. Ela foi fundada pelo Darcy Ribeiro, com Anísio Teixeira, o pedagogo.

Então, o tema da interprofissionalidade, interdisciplinaridade era muito forte. Não se falava em matriz (curricular), mas se falava em transversalidade, em combinação, integração de paradigmas, de referências.

Eu convivi com isso na minha formação na Graduação. Convivi com esse processo de misturar anatomia com clínica, no mesmo curso. Lá não tinha um curso de anatomia, um de Saúde Pública, um de histologia, de semiologia, de clínica. Eram cursos integrados e em blocos que eram integrados transversalmente, divididos em temas.

Eu comecei com “segurança alimentar, desnutrição e o aparelho digestivo”. Havia os professores e os coordenadores do curso que apresentavam a anatomia do aparelho

digestivo; tinha a patologia de todo o funcionamento humano; o povo da Saúde Pública falava de desnutrição, comércio, produção, acesso, desigualdade. E a gente já fazia semiologia. No segundo ano, você já atendia paciente, ia para o ambulatório. Cada bloco desses durava quatro meses, três meses.

Então, isso com certeza influenciou a minha cabeça. Eu sempre me autorizei a não ficar em uma escola só. Por isso pude pensar em psicanálise e clínica, pensar na visão social pelo marxismo junto com o indivíduo.

IOC: Como era a organização da Medicina na época, os cursos seguiam esse modelo?

GWSC: Era tradicional, como é hoje. Havia dois cursos, no Brasil, que fizeram essa reforma: o da UnB e a Medicina da Universidade de São Paulo (USP), e uma parte dos professores se convenceu dessa mudança. Isso vinha do Canadá, da Inglaterra, dos países que tinham sistema público de saúde. Não foi inventado aqui. Foi adaptado aqui, mas com essa ideia de interáreas, interdisciplina e muito vinculado à prática. [...]

(d)

Na Universidade de Brasília, esse modelo de curso durou 12 anos, e na USP, 10 anos. As entidades médicas fizeram uma campanha contra para voltar ao tradicional e conseguiram, porque (o modelo tradicional) se baseava em especialidades. Na UnB, eles já fizeram concurso (de professores) para compor esses blocos. Então, o professor era da Saúde Pública, mas ficava com mente, corpo, Saúde Mental; era da Saúde Pública, mas ficava com a parte de alimentação, nutrição; era da Saúde Pública, mas ficava com movimento, osso, cartilagem, que era a ortopedia ampliada. Nesse caso, o especialista era muito contra.

IOC: Quando você fala da sua formação nessa proposta interdisciplinar, em que se trabalhava com blocos temáticos e tinham outros profissionais além da Medicina, me faz lembrar a proposta dos Nasf e do apoio matricial que busca construir uma clínica ampliada e compartilhada por meio das trocas de saberes e desse trabalho interprofissional, além de tentar superar a burocratização dos processos em saúde e horizontalizar as relações e saberes, aspectos importantes para tensionar o modelo biomédico hegemônico na área da Saúde⁶. Quando foi que você começou a pensar na mudança dos modelos de atendimento e do funcionamento do sistema de saúde?

GWSC: Então, eu fui fazer Mestrado em Medicina Preventiva Social, na USP, mas eu já fazia essas misturas paradigmáticas. Na época, era muito forte o estruturalismo que analisava os problemas estruturais, em que o sujeito era carimbado pelo capitalismo, pelo mercado, pela Biomedicina.

Contudo, a minha influência era o Antonio Gramsci, que era um marxista italiano com uma proposta mais dialética, que olhava para os meios sociais, o sujeito, a história. Não há definição automática pelo estrutural, do dominante. Inclusive, ele denominou esse processo de hegemonia.

IOC: Quando foi que você começou a ler o Gramsci?

GWSC: Eu estava na Graduação. A gente fazia um movimento estudantil clandestino. A gente refundou, porque estava tudo proibido e fechado (por conta da Ditadura Militar).

^(d) Alguns trechos da entrevista realizada com Gastão foram suprimidos com o intuito de conferir maior fluidez à leitura. As conversações, com duração média de 60 a 70 minutos, apresentaram dinâmica orgânica e contínua; assim, determinadas passagens foram retiradas para evitar a excessiva extensão do texto, preservando-se o sentido geral das falas.

No movimento estudantil, a gente tinha formação política. Na época, havia grupos de guerrilha, de luta armada, mas eu me afastei, não quis. [...] Eu me aproximei dos dois grupos que propunham o movimento de massa, que eram os trotskistas, que depois seria a Liberdade e Luta. Havia vários grupos trotskistas e tinha o Partidão, que era o Partido Comunista (PC).

Então, o PC e o Davi Capistrano montaram cursos com gramscianos famosos. Eles davam curso para nós escondido, à noite, sábado, domingo. Foi quando eu comecei a estudar Gramsci e ele era muito crítico. Para ele, o marxismo não é ciência, é instrumento de interpretação. Não é porque usou o marxismo que você encontrou a verdade.

Mas, empiricamente, o que mexeu mais comigo foi logo que eu entrei aqui na Unicamp e vim trabalhar em um projeto comunitário de Atenção Primária, em Paulínia, fundado pelo Sérgio Arouca [...] Fiquei quatro anos em Paulínia e já fui para Secretário de Saúde de Campinas, em 1990, e fui implementar o SUS. Ao implementar o SUS, eu comecei a desenvolver uma crítica, influenciado pelos trotskistas.

Quando eu entrei aqui (Campinas), já estava preparando o que seria a minha tese de Doutorado. As diretrizes gerais que a gente estava construindo, que constavam em 1988, na Constituição, eram necessárias, mas não suficientes. Se não mudasse o modelo de gestão, o modelo de atenção, o modelo de cuidado, o SUS não garantiria integralidade, universalidade, efetividade, humanização.

O modelo de gestão era na linha da democratização institucional. Além dos conselhos, da conferência, que estavam propostos no SUS, a gente perguntava muito sobre a interdisciplinaridade, da formação de equipe. Então, essa foi a minha tese de Doutorado, o livro Reforma da Reforma (1991). A Reforma Sanitária era ‘universalidade, integralidade, rede, sistema’ e a Reforma da Reforma era acrescentar nesse processo a democracia institucional. Depois, isso se transformou em clínica do sujeito, clínica ampliada e compartilhada, trabalho interprofissional. Então eu tinha um desafio muito grande como secretário.

IOC: Você comenta a interdisciplinaridade e a formação de equipe, conte um pouco mais sobre esse processo enquanto estava como secretário.

GWSC: A gente conseguiu montar equipes e serviços novos. Criamos um Centro de Referência em HIV/AIDS em vez de um ambulatório tradicional, e nesse serviço tinha assistente social, infectologista, enfermeiro, alguém da Saúde Mental, alguém da saúde bucal. E também começamos a Saúde Mental, de influência italiana, com os Centros de Atenção Psicossocial (Caps).

O apoio matricial eu desenvolvi antes da tese, na própria prática, nos anos de 1990, 1991, 1992. O que me intrigou mais foi o serviço de AIDS daqui de São Paulo, porque a gente criou uma equipe multiprofissional que tinha 8 ou 10 pessoas, e inventamos as equipes de referência e a equipe de apoio matricial. Depois fizemos isso na Atenção Primária e na Saúde Mental.

Foi no Centro de Referência de HIV/AIDS que pensamos ‘quais são os núcleos profissionais de saberes, de prática, que todo mundo que vive com IST precisa ter?’ Infectologista, técnicos, enfermeiro e enfermeira. Nutricionista? Um terço dos

pacientes precisava de acompanhamento. Saúde bucal? Quem tinha problema grave de cárie, de comprometimento do canal, passava pelo dentista. Desequilíbrio, dificuldade de viver, transtornos intermediários, problemas de Saúde Mental? Um terço. Quem tinha problemas sociais, que ficou sem casa, sem emprego, que era mais ou menos um terço também, passava com assistente social. A equipe de referência é horizontal e ela vai ampliar a sua clínica para fazer a avaliação de risco bucal, nutricional, social e acionar o apoio matricial. Então, a enfermeira e o médico chamavam a nutricionista, por exemplo.

Já na Saúde Mental, em Campinas, a gente tinha dois grandes ambulatórios de Psiquiatria, com 12 psiquiatras no municipal, 18 no estadual, quatro ou seis psicólogos e um assistente social. Então, os psiquiatras estavam no centro.

Como secretário, fechei o ambulatório e remanejamos esses profissionais para compor equipes na Atenção Primária e no Caps. Nós os reunimos. Não vai ter ambulatório, Psiquiatria tradicional, sem efetividade, com uma terapia baseada em fármacos somente. Nós abrimos duas possibilidades, uma era ir para o Caps, caracterizado pelo trabalho territorializado, multiprofissional, com equipes de referência, de apoio; e a outra, a gente propôs montar uma equipe na APS.

Muitos trabalhos me inspiraram, como a Terapia Ocupacional Comunitária e a Psicologia Comunitária, em Osasco. Havia poucas experiências, mas era uma tendência nas associações de bairro, nos movimentos sociais, na igreja. Então, a gente juntou tudo isso e propusemos o que seria o nosso, por meio de núcleos temáticos, um grupo de Saúde Mental e o outro de reabilitação física.

A APS cresceu muito aqui na década de 1990. Veio muito recurso federal, que antes não vinha. Antes, havia 17 centros de saúde, juntando os estaduais, os da prefeitura e os comunitários. Construímos 16 centros de saúde e alugamos 18. Em um ano e meio passou para 40 centros de saúde. E nisso, esses núcleos de Saúde Mental e de reabilitação física começaram a trabalhar com as equipes de referência de Atenção Primária, apoiando mais de uma equipe.

IOC: As equipes de apoio matricial iniciais, como você narra, nas experiências do Centro de Referência de HIV/AIDS e depois na APS, com os núcleos de Saúde Mental e reabilitação física, foram bases do arranjo dos Nasf, criados em 2008. A gente poderia dizer que o apoio matricial se constituiu como política pública nacional com a criação dos Nasf?

GWSC: Antes disso tem a tal progressão capilar, como os Caps. Os Caps começaram na cidade de São Paulo, em Santos, Bauru, Campinas, Porto Alegre e a lei nacional de 2001 só chegou uns 10 anos depois. Isso também aconteceu com a Saúde da Família, que começou no Ceará e em algumas cidades do Rio Grande do Sul. Então, o Nasf é a nacionalização da política, em 2008, mas começou aqui em 1990.

A gente tinha uma relação forte de implementação do SUS junto com Belo Horizonte, na época. O pessoal ficou muito entusiasmado com esse negócio de fortalecer a Atenção Primária e levou para Belo Horizonte, com apoio do movimento antimanicomial. Lá cresceu mais do que em Campinas.

IOC: Em Belo Horizonte tem equipes de Saúde Mental dentro da Atenção Primária que também trabalham com o apoio matricial e coexistem, nessa função, com os Nasf¹⁴.

GWSC: Sim. E como o apoio matricial foi criado aqui, nessa época, eu ia dar curso em Belo Horizonte. A gente ia dar curso em Betinho, Belo Horizonte... Além disso, Florianópolis, Curitiba, Montes Claros e várias cidades médias e grandes começaram a implementar isso, implementar aquelas equipes de Saúde Mental e de reabilitação na Atenção Primária.

Em 2003, eu proponho incluir na agenda do Ministério e o pessoal aprovou. Foi criada uma comissão de trabalho, em 2003, para criar os Nasf. Mas como o controle era de outro grupo, não botaram ninguém de nós (do apoio matricial), nem eu, nessa comissão. A comissão propôs mudar a filosofia e a epistemologia do Nasf para chamar de equipes integrais de Atenção à Saúde e se concentrar em fazer Saúde Coletiva e Saúde Pública, mas eles acabaram perdendo espaço depois, com a chegada do pessoal do Humaniza-SUS, e acabaram saindo por causa de conflitos e uma série de coisas.

Depois voltou a filosofia de apoio matricial. Só que o Ministério propôs, para facilitar e ser multiprofissional, que a equipe tivesse vários núcleos temáticos e se juntassem em um serviço único. Então, há áreas de reabilitação física, Saúde Mental, nutrição, assistência farmacêutica, entre outras, que dependem de cada local.

O apoio matricial só vira política do SUS, nacional, em 2008. Antes eram políticas locais. Inclusive nenhum estado tinha adotado, saiu dos municípios direto para o Ministério da Saúde.

IOC: E o que facilitou esse processo de sair do município direto para o nível nacional?

GWSC: Porque estava dando muito certo, né? A gente tinha muita pesquisa, na época. Muitas pessoas vieram pesquisar, não só aqui, mas as equipes do Rio Grande do Sul, e de Curitiba. A gente fez muita pesquisa mostrando tanto os problemas do Nasf, mas os efeitos, os resultados, como a diminuição de filas, a aprovação da população, até os prefeitos perceberam isso além das pesquisas.

Quando eu fui secretário pela segunda vez (2001-2003), fiz uma pesquisa informal de diagnóstico junto com o pessoal só para orientar um dos programas de atenção. Trinta por cento das mulheres maiores de 30 anos estavam usando psicofármacos de forma crônica há mais de um ano. Quem receitava? O psiquiatra, nós, da Atenção Primária, as equipes de Saúde da Família. Uma medicalização absurda da ansiedade, da violência doméstica.

Outra pesquisa que fizemos, 100 mil campineiros que eram atendidos no SUS usavam mais de três meses seguidos de anti-inflamatório por ano. A cidade tinha 1 milhão de habitantes; de 600 mil adultos, 100 mil pegavam anti-inflamatórios no SUS durante 3 meses. Tudo com dor nas costas, no braço e usando anti-inflamatório. Essa era a prescrição do atendimento médico, de enfermagem, mas é com a fisioterapia, com o grupo, com alongamento, com o educador físico que você tem uma redução dessa medicalização. E isso outras pesquisas mostram, não é só em Campinas.

Eu acho que o Nasf é muito forte, por isso está voltando. É uma estratégia de aumentar a resolutividade de problemas crônicos reduzindo a centralidade do médico e do fármaco.

IOC: Quando você comenta a redução de medicalização me faz lembrar muito de um dos Nasf que acompanho na minha pesquisa. Lembro-me de algumas discussões de caso, nas reuniões de equipe em que o Nasf propõe algumas alternativas à medicalização, com grupos de fisioterapia, de Saúde Mental e nutrição, até mesmo nas discussões que eles fazem com as equipes de Saúde da Família. Nesse sentido, o Nasf pode ser um espaço potente para reflexão e mudança de práticas de cuidado hegemônicas. Você comentou sobre o apoio matricial ser a filosofia do Nasf, uma postura. Como é isso?

GWSC: A ideia é fazer uma cogestão, a metodologia de trabalho que a gente chamou de apoio matricial. É cuidar junto e com responsabilidades definidas. Então, uns casos ficam com a equipe de referência, com o médico e a enfermeira, mas ficam também com o Nasf durante algum tempo. Trocar ideias, conversar, fazer Educação Permanente uns com os outros.

Uma diretriz superimportante para o apoio matricial é a de crítica à burocratização. Então, a filosofia do apoio é aproximar. A gente quer encontros não informais, mas cotidianos, mais conversa, personalizados. Não personalizados no sentido da cultura brasileira, do clientelismo, mas de vínculo mesmo, de criar uma relação de vínculo. Conhecer o caso, conhecer a pessoa e ir mudando, isso vai mudando conforme o caso muda também.

A cogestão do apoio matricial propõe a proatividade dos dois lados (equipe de Saúde da Família e Nasf). A discussão conjunta dos casos é uma estratégia fundamental do apoio matricial, da clínica compartilhada, da cogestão na clínica e do trabalho em saúde.

IOC: Em alguns estudos sobre o Nasf é possível ver uma confusão com o conceito do apoio matricial, ora tendendo apenas ao processo de Educação Permanente em saúde, ora para os atendimentos técnicos apenas, com propensão à ambulatorização^{15,16}. Queria que você comentasse um pouco sobre essa confusão de conceito no apoio matricial, considerando sua experiência para implementar políticas públicas de saúde.

GWSC: Então, nos textos originais de fundação, a gente já colocava três dimensões do apoio, que é um trabalho compartilhado com três planos. O primeiro é compartilhar a clínica, compartilhar os casos que a equipe de referência não está conseguindo, que vieram com maior risco, com mais dificuldade, baixa adesão, enfim. Ao compartilhar essa clínica, você tem várias formas, faz visita conjunta, analisa prontuário conjunto, a história, a clínica, discute, faz consulta conjunta e produz um projeto terapêutico dividindo as funções de cada profissional.

A outra seria a dimensão de promoção de Saúde Coletiva, de trabalho comunitário, em que se elegem algumas prioridades do território, como epidemias, violência. Na área de promoção, as equipes escolhem algumas prioridades junto com a comunidade, com a vigilância e com a política do SUS, como trabalhar com a escola, com os temas de sexualidade, violência. Seria trabalhar com os sistemas que ainda trabalhamos pouco. Essa seria a segunda dimensão, fazer Saúde Pública junto, saúde comunitária, fazer a intersetorialidade.

A terceira dimensão é a Educação Permanente. Se os núcleos são diferentes, se é uma equipe interdisciplinar, essa convivência precisa trabalhar também na ampliação do conhecimento, na capacidade de diagnóstico, de avaliação de risco, de manejo de casos. Essa dimensão da Educação Permanente não precisa ser curso. Isso se dá principalmente na discussão de caso, na conversa, de ir levando para a equipe, discutir “como é que você faz quando chega alguém chorando? Como é que o psicólogo fala? O que você faz?”

Agora, respondendo à sua pergunta sobre a confusão de conceitos, a gente tem várias pesquisas que estudaram a forma de funcionamento dos Nasf^{17,18} e encontramos uma heterogeneidade de funcionamento dessas equipes, no Brasil, até mesmo na mesma cidade. Uma heterogeneidade muito grande em relação a esses planos de função, forma de trabalhar, comunicação. Tem desde o que se chama Nasf, mas é um ambulatório; tem o que só faz Educação Permanente, que se colocava como “consultor”; e outros que tentam fazer essas três dimensões.

É um jeito diferente de trabalhar, não é ambulatório, não é enfermaria, não é equipe de Atenção Primária, que tem muita orientação e formação. É novo, é diferente e não teve uma formação para o Nasf. Menos de 20% dos Nasf do Brasil tiveram alguma orientação sobre como trabalhar.

Então, eu acho que a implementação... sobreviveu! Porque resolve tanto problema, tem resultados tão palpáveis para o prefeito, para o secretário, para as equipes. Apesar de ter perdido o financiamento no governo Bolsonaro.

Nos quatro anos sem financiamento, ainda tivemos 4 mil Nasf. Em 2019, antes da portaria¹¹, tinha 6 mil Nasf, terminou com 4 mil. Em julho do ano passado voltaram a credenciar e financiar e já voltaram os 6 mil, agora com o nome de eMulti. Mudou o nome, mas não mudou a metodologia. Então, demonstra uma efetividade muito grande.

Ainda tem uma oposição grande de especialistas, vários artigos da Associação de Medicina de Família, principalmente do Sul, do Paraná, questionam os Nasf e centralizam as ações no médico, na equipe mínima. Tem essa oposição corporativa dos especialistas e tem esse jeito brutalizado de implementar, sabe? Sem orientação.

IOC: E ainda se fala pouco sobre a atuação no Nasf nas graduações das áreas da Saúde. Não tem muito estágio nessas equipes.

GWSC: Não, não tem. Tem orientação para ter agora, né? E há as residências multiprofissionais por que você passa no Nasf. Quando essa equipe começou, durante 10 anos não tinha nada, não tinha nem onde fazer isso.

Então, eu atribuo a confusão de conceitos a essa falta de Educação Permanente, de acolhimento dos novos trabalhadores, em que se explica a função, a metodologia; põe um trabalhador antigo para interagir com o novo antes de começar a trabalhar, passa os manuais, pensa a forma de fazer as coisas, os conceitos. Como não tem isso no SUS, em geral.

E o trabalho do Nasf é diferente. Se você vai trabalhar em enfermaria, todo mundo sabe como é; vai trabalhar em ambulatório...

IOC: E, no Nasf, aprende na prática. Isso é uma coisa que está aparecendo bastante na minha pesquisa, com os novos profissionais que chegam ao Nasf.

GWSC: Inventa! Inventa com as experiências do que eles já fazem.

IOC: Isso retoma nossa conversa sobre os processos de formação das equipes para uma metodologia de trabalho que é relativamente nova, comparada ao modelo ambulatorial, à enfermaria, como você comenta. Quando você foi secretário, você teve alguma experiência que remetia à formação e à Educação Permanente dos novos profissionais que chegavam ao Centro de Saúde?

GWSC: Tinha. Quem coordenava a Educação Permanente era a Jeanete Mufalo Silva Bueno. A gente criou o Centro de Educação do Trabalhador em Saúde (Cets). Investimos muito na Educação Permanente. Os médicos eram os que davam mais problemas. A gente fazia reunião com eles à noite, no centro de Campinas, na Academia Campineira de Letras que emprestavam pra nós, e eu fazia reunião com esses médicos, nós discutíamos, falávamos do modelo de atenção...

IOC: Você mesmo ia?

GWSC: Eu ia! Sentava, falava uns 20 minutos, meia hora e a gente debatia, eles traziam problemas. Criamos o colegiado de coordenadores com todos os centros de saúde, policlínicas e os Caps que estavam começando a aparecer.

Começamos o colegiado com 30 unidades, depois foram para 60, e era deliberativo. Eu considerava, nós (gestão) considerávamos, fizemos estatuto, e isso se manteve por muitos anos; agora parece que acabou. Era uma diretriz do Partido dos Trabalhadores (PT), essa forma participativa, de democratização do Estado, e as diretrizes do SUS eram interpretadas.

IOC: Considerando toda a sua experiência relatada aqui, de participar desse processo de formação das equipes, de implementação do SUS, fica evidente como a teoria não se encontra dissociada da pessoa, do sujeito que a escreve. Quais foram os desdobramentos dessas experiências para você como professor?

GWSC: Para mim, como professor, formar o pessoal da Atenção Primária, tanto a equipe de referência quanto o Nasf, [...] me obrigou a repensar a minha postura profissional como médico comunitário de família além de sanitaria; e a mesma coisa da cogestão, principalmente essa última discussão da subjetividade que você falou, que quanto mais encontros há, maior a possibilidade de aparecerem diferenças, conflitos, mal-entendidos, mal-estar, bem-estar, toda essa disputa egóica me obrigou a valorizar mais o tema da subjetividade (Freud, Balint, Ferenczi) [...] e das relações de poder. [...] Então, eu tratei de me aperfeiçoar como terapeuta, como pessoa. Observar mais, deduzir e interpretar isso pela escuta dos casos que as pessoas trazem e encontrar formas de aconselhamento, e isso em grupo. [...] E você aprende fazendo e refletindo com os outros. Então, eu mudei. No começo, eu já falei a você a origem, o que me levou à experiência, à prática. Mas, com o tempo, me mudou como professor também, de usar metodologias mais construtivistas, de fazer avaliação formativa na área da Saúde, sempre trazer discussão prática, mesmo que seja no primeiro ano de Graduação, você trazer algum grau de prática do que vai fazer; vamos tirar a história da família, vamos aprender a escutar, enfim, várias estratégias.

IOC: E na sua vida pessoal, o que mudou?

GWSC: Se eu mudo como professor e como clínico, faço uma mudança pessoal, o jeito pelo qual eu lido com meus filhos, com meus afetos, com a minha paixão, com o meu ódio, com a minha raiva, com o meu ego. Eu mudei como pessoa. Eu fiquei mais... é uma terapia, sabe? É a função que o Freud dizia da terapia (psicanálise), [...] ajudar os outros a trabalhar e a amar. Trabalhar é a interpessoalidade do adulto; ele podia escrever, brincar também, mas ele se preocupava com o adulto. E amar em todos os sentidos, fraterno, sexual, casal, parceria, colaboração. [...] A escola de Freud, filosófica alemã, vem de uma corrente que se chama de idealismo alemão, [...] que se envolve em um conceito pedagógico chamado formação. Não é nem capacitação, treinamento, eles chamam de formação. Só é formação se você cria um processo reflexivo que ajuda a pessoa a aprender o ofício, o conhecimento, as habilidades e mudar a si mesmo para exercer aquele ofício, lidar com os outros, conhecer a si mesmo, a circunstância, o contexto.

Disponibilidade de dados

Não se aplica.

Contribuição dos autores

Cunha IO participou da concepção e do delineamento do trabalho e da redação do manuscrito; Bedrikow R participou da discussão dos resultados e da revisão crítica do manuscrito. Ambos os autores participaram da aprovação da versão final do manuscrito.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pelo apoio à primeira autora por meio de bolsa de Mestrado.

Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editor

Antonio Pithon Cyrino 

Editor associado

Thereza Christina Bahia Coelho 

Submetido em

09/02/25

Aprovado em

28/10/25

Referências

1. Teixeira CF, Santos JS, Souza LEPF, Paim JS. Sistema Único de Saúde: a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. Saúde coletiva: teoria e prática. 2a ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2023. p. 124-42.
2. Vasconcelos CM, Pasche DF. O SUS em perspectiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond M Jr, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2017. p. 559-90.
3. González Rey F. A saúde na trama complexa da cultura, das instituições e da subjetividade. In: González Rey F, Bizerril J, organizadores. Saúde, cultura e subjetividade: uma referência interdisciplinar. Brasília: UniCEUB; 2015. p. 9-33.
4. Mitjáns Martínez A, González Rey F. Psicologia, educação e aprendizagem escolar: avançando na contribuição da leitura cultural-histórica. São Paulo: Cortez; 2017.
5. González Rey F. Subjectivity in debate: Some reconstructed philosophical premises to advance its discussion in psychology. *J Theory Soc Behav*. 2019; 49(2):212-34.
6. Campos GWS. Saúde Paidéia. 4a ed. São Paulo: Hucitec Editora; 2013.
7. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(2):399-407.
8. Cunha GT, Campos GWS. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saude Soc*. 2011; 20(4):961-70.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 154, de 24 de Janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. [citado 28 Out 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado 28 Out 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.979, de 12 de Novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação n° 6/GM/MS, de 28 de Setembro de 2017 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [citado 28 Out 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html
12. Brasil. Ministério da Saúde. Nota técnica n° 3/2020 DESF/SAPS/MS. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n° 635, de 22 de Maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.
14. Penido CMF, Castro BP, Coimbra JR, Baker VDSIS, Franco RF. Saúde mental na atenção básica: dividir ou somar apoios matriciais? *Rev Polis Psique*. 2018; 8(1):33-51.



15. Tesser CD. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. *Interface (Botucatu)*. 2016; 21(62):565-78. doi: 10.1590/1807-57622015.0939.
16. Lancman S, Gonçalves RMA, Cordone NG, Barros JDO. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev Saude Publica*. 2013; 47(5):968-75.
17. Anéas TV. O apoio Paidéia e o NASF no município de São Paulo [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2018.
18. Castro CP. Análise da estratégia de apoio matricial no SUS Campinas [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2015.