

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Giselle Ribeiro Mendes

APOIO MATRICIAL E AS POSSIBILIDADES DA PRÁTICA PEDAGÓGICA NA
GESTÃO DO CUIDADO: estudo de caso sobre a Área Programática 3.3 do Município do
Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2016

Giselle Ribeiro Mendes

APOIO MATRICIAL E AS POSSIBILIDADES DA PRÁTICA PEDAGÓGICA NA
GESTÃO DO CUIDADO: estudo de caso sobre a Área Programática 3.3 do Município do
Rio de Janeiro

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola
Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como
requisito parcial para obtenção do título de
mestre em Educação Profissional em Saúde.

Orientador: Dr. Francisco José da Silveira
Lobo Neto
Co-orientadora: Dr^a. Mônica de Rezende

Rio de Janeiro

2016

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

M538a Mendes, Giselle Ribeiro

Apoio matricial e as possibilidades da prática pedagógica na gestão do cuidado: estudo de caso sobre a Área Programática 3.3 do Município do Rio de Janeiro / Giselle Ribeiro Mendes. - Rio de Janeiro, 2016.

111 f.

Orientador: Francisco José da Silveira Lobo Neto

Co-orientador: Mônica de Rezende

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2016.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Apoio Matricial. 3. Práticas Pedagógicas. 4. Ensino-Aprendizagem. I. Lobo Neto, Francisco José da Silveira. II. Rezende, Mônica de. III. Título.

CDD 362.1

Giselle Ribeiro Mendes

APOIO MATRICIAL E AS POSSIBILIDADES DA PRÁTICA PEDAGÓGICA NA
GESTÃO DO CUIDADO: estudo de caso sobre a Área Programática 3.3 do Município do
Rio de Janeiro

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola
Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como
requisito parcial para obtenção do título de
mestre em Educação Profissional em Saúde.

Aprovada em 31/05/2016

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Francisco José da Silveira Lobo Neto – EPSJV/FIOCRUZ

Prof^ª. Dr^ª. Ana Margarida Barreto Campello – EPSJV/FIOCRUZ

Prof. Dr. Antonio Tadeu Cheriff dos Santos - INCA/MS

Prof. André Elias Fidelis Feitosa – EPSJV/FIOCRUZ (Suplente)

Prof^ª. Dr^ª. Eliane Chaves Vianna – ENSP/FIOCRUZ (Suplente externo)

*Por reconhecimento e honra, dedico ao meu eterno amigo
e companheiro de todas as horas,
meu irmão querido George Henrique Ribeiro Mendes (In memoriam)
que me estimulou e me encorajou nesta jornada da vida,
que nos surpreende a cada minuto.
Expressando até o último dia de sua vida,
a maior herança que eu poderia lhe dar: a fé.
Te amarei para sempre, meu Dodinho!*

AGRADECIMENTOS

São muitas as pessoas envolvidas em todo este processo. Porém a gratidão que tenho por cada uma é imensurável. Inicio agradecendo ao Autor da minha vida, o meu Deus, Único e Soberano. Para mim o desejo de cursar um mestrado era apenas um sonho, que o meu Deus o fez tornar realidade. Foram dois anos de muitas lutas e dificuldades. Pessoas importantes na minha vida partiram... aumentando o desafio de continuar nesta jornada que requer foco e determinação. Porém a dor só me fez experimentar o gosto da superação mesmo em meio à tantas lágrimas.

Neste tempo, fui presenteada com professores pacientes e dedicados que me compreendiam quando nem eu mesma me compreendia. Ao estimado professor Dr. Francisco José da Silveira Lobo Neto e à querida co-orientadora Dra. Mônica de Rezende, o meu muito obrigado e admiração eterna.

Agradeço à todos da turma do Mestrado 2014 pelo carinho e parceria em especial à minha amiga hoje mestre, Ariélly Fidelis, que a todo tempo me auxiliou nesta jornada. A cada trabalho realizado seu incentivo e por fim nos detalhes para a finalização deste pesquisa. Obrigada guria!

Agradeço em especial minha amada família por tudo. À minha querida mãe Cátia Regina e meu pai Ronaldo que me incentivaram à todo momento nos meus estudos, que acreditaram e continuam acreditando no meu potencial com muito carinho. Ao meu amado esposo Luiz Fernando que com muita paciência me acompanhou nas madrugadas em claro para finalização desta pesquisa.

Por fim agradeço à todos os amigos que fizeram e fazem parte da minha história!

*“Quero trazer à memória o que me pode dar
esperança.”
Lamentações 3 versículo 21*

Eu sou contigo

*A quem livreí, do abismo
Do lugar, mais longínquo da terra
Eu disse, Tu És Meu Servo, Eu Te escolhi
Não Tema porque não Te rejeitei*

*Eu Sou contigo, não temas, nem Te espantes
Eu Sou Teu Deus, Eu Sou o Teu Amigo
Te fortaleço e Te ajudo
E Te sustento com o Meu Poder*

*Eis que serão, envergonhados e confundidos
Todos os que Te perseguirem
Serão todos, reduzidos a nada
Aqueles que demandam contra Ti*

Estou contigo

(Compositor: Edir Macedo e Renato S)

RESUMO

O Apoio Matricial surge como uma ferramenta de gestão e compartilhamento de saberes na prática do cuidado em saúde. Atualmente apresenta-se como principal vertente do trabalho das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (EqNASF) atuantes na Atenção Básica. O NASF por sua vez, se insere por meio deste apoio na dinâmica de trabalho das unidades básicas de saúde, junto às demandas apresentadas pelas Equipes de Saúde da Família (EqSF), atuando tanto nas ações clínico-assistenciais (ação direta com o usuário), como no suporte técnico-pedagógico (apoio nas atividades de ensino). Esta pesquisa por sua vez configura-se como um estudo de caso sobre as possibilidades das práticas pedagógicas desenvolvidas pelas equipes NASF no município do Rio de Janeiro, especificamente a área programática 3.3 (A.P. 3.3). Configura-se metodologicamente como estudo qualitativo tendo como referência para análise dos dados a Hermenêutica Dialética ao considerar os sentidos da fala e todo contexto nela inserido. Foram realizadas 18 entrevistas individuais com os profissionais que compõe as equipes do NASF e da Saúde da Família (três de cada equipe) do Centro Municipal de Saúde Enfermeira Edma Valadão e a Clínica da Família Souza Marques (ambas unidades da A.P. 3.3). Elencamos com as equipes de saúde da família entrevistar um profissional de nível superior e dois de nível médio. Além disso acompanhamos por meio de observação participante: a) a rotina de apoio matricial da EqNASF nas consultas conjuntas com os profissionais das EqSF; b) a rotina de reuniões de EqSF, que acontecem semanalmente para discussão dos casos; c) e os espaços formais e informais de desenvolvimento de atividades de ensino-aprendizagem apoiados pelo NASF junto à EqSF. Das diversas contribuições que o Ministério da Saúde apresenta por meio do trabalho na lógica matricial, questiono-me então se o NASF tem sido ferramenta de ensino-aprendizagem ou tem sido atropelado pelas necessidades clínicas das EqSF, considerando a dinâmica de trabalho das equipes onde metas e indicadores sinalizam a todo tempo uma saúde em torno da produtividade, num território vulnerável.

Palavras-Chave: Apoio Matricial. NASF. Práticas Pedagógicas. Ensino-Aprendizagem.

ABSTRACT

The Matrix Support comes as a tool of management and sharing of knowledge in the health care practice. It is currently presented as the main part of the work of groups active in the Primary Care of the Núcleo de Apoio à Saúde da Família (EqNASF - Support Nucleus Family's Health). NASF, in turn, inserts itself through this support into the working dynamics of Primary Health Care Units, together with the demands presented by the Equipes de Saúde da Família (EqSF - Family Health Groups), acting in clinical care actions (user direct care), as well as in technical and pedagogical support (support in teaching activities). This research, therefore, is set as a case study about the possibilities of pedagogical practices developed by NASF groups at Rio de Janeiro city, specifically the programmatic area 3.3 (A.P. 3.3). It is configured methodologically as a qualitative study having as reference for data analysis Dialectic Hermeneutics for considering the meaning of speech and the entire context of it. 18 individual interviews were held with professionals from NASF and Family Health groups (three from each group) at Centro Municipal de Saúde Enfermeira Edma Valadão (Municipal Health Centre Nurse Edma Valadão) and Clínica da Família Souza Marques (Family Clinic Souza Marques) – both A.P. 3.3 units. We chose to be interviewed in the Family Health groups one professional with a higher education degree and two with a secondary education degree. Furthermore, through participant observation we followed: a) the matrix support routine of EqNASF in conjoint consultations with EqSF professionals; b) the routine of EqSF weekly meetings for case discussions; c) and the development of teaching-learning activities in formal and informal spaces by NASF and EqSF together. From the diverse contributions that the Health Ministry presents through the matrix logic work, I ask myself if NASF has been a teaching-learning tool or has been ran over by EqSF clinic necessities, considering the work dynamic of groups in which goals and indicators signal all the time health around productivity on a vulnerable territory.

Keywords: Matrix Support. NASF. Pedagogical Practices. Teaching-Learning.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Agente Comunitário de Saúde em ação (cadastrando e acompanhando as famílias adstritas do território).....	26
Figura 2 – Trabalho do NASF junto à EqSF: construindo Redes com o Território.	35
Figura 3 – Áreas Programáticas (APs) do Município do Rio de Janeiro.	38
Figura 4 – Oficina de Educação em Saúde: profissionais da Atenção Básica (A.P. 2.1).....	52
Figura 5 – Oficina de Qualificação das Fichas A.	53
Figura 6 – Oficina de Qualificação das Fichas B.	53
Figura 7 – Cursos ofertados ao profissionais da AB.	54
Figura 8 – Capacitação dos servidores da Atenção Básica para o combate e prevenção da dengue (Dengue – 15 minutos).....	55
Figura 9 – Capacitação para profissionais das Equipes de Saúde da Família da AP. 3.3 (Capacitação em Atendimento HIV).	55
Figura 10 – Grupo de Combate ao Tabagismo – educação em saúde sobre os malefícios do fumo.....	57
Figura 11 – Grupo de educação em saúde para Hipertensos e diabéticos.....	57
Figura 12 – Educação Permanente das Equipes de Atenção Básica – Clínica da Família bairro da Penha/RJ.	58
Figura 13 – Coordenadoria de Área de Planejamento 3.3 – Regiões Administrativas e Bairros.	62
Figura 14 – Bairro de Acari - Rio de Janeiro.	64
Figura 15 – Comércio locais: CEASA- RJ e Feira de Acari.....	65
Figura 16 – Hospital Municipal Ronaldo Gazolla – "Hospital de Acari".	66
Figura 17 – Enchente Complexo Acari/Fazenda Botafogo.	66
Figura 18 – Território adstrito do CMS Enfa Edma Valadão.	68
Figura 19 – Grupo Saúde do Adolescente - Atuação da Nutricionista do NASF junto à equipe de saúde da família.	69
Figura 20 – Bairro de Madureira-RJ.....	70
Figura 21 – Estação de Madureira -RJ	71
Figura 22 – Parque de Madureira-RJ.....	72
Figura 23 – Clínica da Família Souza Marques-Madureira –RJ.	74
Figura 24 – Grupo Meio quilo- Apoio da Nutricionista do NASF.....	74
Figura 25 - Grupo do Idoso.....	75

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Abordagem de Atenção Primária em Saúde na Declaração da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata (URSS, 6-12/09/1978).....	24
Quadro 2 – Comparativo entre NAISF e NASF.....	33
Quadro 3 – Modalidades de NASF, conforme a Portaria n 3. 124/2012.....	37
Quadro 4 – Histórico de Cobertura da Saúde da Família no município do Rio de Janeiro: Período de março/2014 à fevereiro/2016.	43
Quadro 5 – Quantidade de Profissionais do NASF no município do Rio de Janeiro – 2016...	45
Quadro 6 – Tipos de Apoio encontrados nos NASF analisados e suas principais características.....	49
Quadro 7 – Equipes de Saúde da Família - CMS Enf ^a Edma Valadão.	67
Quadro 8 - Equipes de Saúde da Família - CF Souza Marques.....	73
Quadro 9 – Carga Horária – Equipe NASF CMS Enfermeira Edma Valadão.....	79
Quadro 10 – Caracterização do Apoio Matricial do NASF Enfermeira Edma Valadão.	81
Quadro 11 – Solicitação de suporte matricial pelas Equipes de Saúde da Família.	82
Quadro 12 – Carga Horária – Equipe NASF CF Souza Marques	83
Quadro 13 – Caracterização do Apoio Matricial do NASF Souza Marques.....	84
Quadro 14 – Solicitação do Apoio Matricial – CF Souza Marques.	85
Quadro 15 – Atividades compreendidas pelos profissionais do NASF 1 como processos de ensino-aprendizagem.	86
Quadro 16 – Atividades de ensino-aprendizagem desenvolvidas pela EqSF do CM Enf ^a Edma Valadão.....	87
Quadro 17 – Atividades compreendidas pelos profissionais do NASF 2 como processos de ensino-aprendizagem.	88
Quadro 18 – Atividades de ensino-aprendizagem desenvolvidas pela EqSF da CF Souza Marques:	89

LISTA DE SIGLAS

ABS: Atenção Básica em Saúde
ACS: Agentes Comunitários de Saúde
AP: Áreas de Planejamento ou Área Programática
APS: Atenção Primária à Saúde
ASB: Auxiliar de Saúde Bucal
AVS: Agente de Vigilância em Saúde
BPC: Benefício de Prestação Continuada
CAP: Coordenação de Área Programática Planejamento
CAPS: Centro de Atenção Psicossocial
CEP: Comitê de Ética em Pesquisa
CMS: Centros Municipais de Saúde
CNS: Conferência Nacional de Saúde
DAB: Departamento de Atenção Básica
eCR: Equipe de Consultório de Rua
EqAB: Equipe de Atenção Básica
EqSF: Equipe de Saúde da Família
EqNASF: Equipe NASF
ESF: Estratégia de Saúde da Família
IDS: Índice de Desenvolvimento Social
INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS: Ministério da Saúde
MPAS: Ministério da Previdência e Assistência Social
NAISF: Núcleo Assistência Integral
NASF: Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS: Organização Mundial da Saúde
PACS: Programa Agentes Comunitários de Saúde
PIASS: Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNAB: Política Nacional da Atenção Básica
PSE: Programa Saúde na Escola
PSF: Programa Saúde da Família
RA: Região Administrativa

SES: Secretaria Estadual de Saúde

SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica

SUBPAV: Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

SUDS: Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

TSB: Técnico em Saúde Bucal

UBS: Unidade Básica de Saúde

USF: Unidade de Saúde da Família

VD: Visita Domiciliar

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1 O SUS, A ATENÇÃO BÁSICA E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	19
1.1 A CRIAÇÃO DO SUS	19
1.2 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE (ABS): ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DO SUS	22
1.3 PACS, PSF E ESF: AVANÇANDO EM BUSCA DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO	25
1.4 EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE SAÚDE DA FAMÍLIA	29
2 CONCEITOS, PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO NASF	32
2.1 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O NASF NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	38
2.2 ATUAÇÃO DO NASF: COMPARTILHAMENTO DE SABERES	45
2.3 O NASF E O DESENVOLVIMENTO DE ATIVIDADES EDUCATIVAS NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	51
3 ABORDAGEM METODOLÓGICA	61
3.1 O TERRITÓRIO ESTUDADO	61
3.2 TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO E DEFINIÇÃO DOS PARTICIPANTES	75
3.3 ANÁLISE DOS DADOS	77
3.4 FORMALIZAÇÃO DO ESTUDO E QUESTÕES ÉTICAS	78
4 RESULTADOS	79
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO DAS EQUIPES DE NASF DA 3.3 E A DEMANDA DE SUPORTE MATRICIAL: CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS E DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE	79
4.1.1 Centro Municipal de Saúde Enfermeira Edma Valadão	79
4.1.2 Clínica da Família Souza Marques	82
4.2 APOIO MATRICIAL E PROCESSOS DE ENSINO-APRENDIZAGEM: RELAÇÃO ENTRE A PRÁTICA DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O NASF NA A.P. 3.3	85
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS	97
ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	102
ANEXO 2 – Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada para as equipes de NASF	104
ANEXO 3 – Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada para as Equipes De Saúde Da Família	106

ANEXO 4 – Comitê de Ética e Pesquisa – EPSJV/ Fiocruz	108
ANEXO 5 – Comitê de Ética e Pesquisa – SMS Rio de Janeiro.....	110

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil, conhecido hoje como Estratégia de Saúde da Família (ESF), teve início em 1994 como um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios, a fim de implementar a lógica de cuidado proposto pela Atenção Primária à Saúde (APS) (SANTOS, 2012). Com esta medida, o Ministério da Saúde objetivava a reformulação do antigo modelo de saúde brasileiro, anterior à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), de cunho curativo, centrado no hospital, marcado pelo foco nas patologias, na fragmentação do indivíduo e com pouca integração com a comunidade.

Os princípios e diretrizes do SUS, como a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, a regionalização e a participação social, apontavam para uma nova concepção de cuidado à população, fundamentado na noção de Determinações Sociais da Saúde¹ e no conceito ampliado de saúde.

Segundo Batistella (2007, p. 64) “contrapondo-se à concepção biomédica, baseada na primazia do conhecimento anatomopatológico e na abordagem mecanicista do corpo, cujo modelo assistencial está centrado no indivíduo, na doença, no hospital e no médico”, o conceito ampliado de saúde, traz a necessidade da reformulação desta antiga visão sobre saúde e seus cuidados. Merhy e Queiroz (1993, p. 183) reforçam a perspectiva de um novo modelo quando expressam que “as ações de saúde, embora incorporassem a assistência médica, não poderiam mais estarem centradas na medicina”. Segundo estes autores, estas ações deveriam considerar questões que envolvem o meio ambiente, as vigilâncias sanitária e epidemiológica e uma perspectiva holística do ser humano e da saúde.

Neste contexto, a integralidade do cuidado passa a exigir, numa mesma situação, olhares diferenciados de distintos profissionais sobre as questões de saúde. A organização destes profissionais quanto ao cuidado ofertado, de forma a não “partilhar” o paciente em órgãos e sistemas, requer a construção de um plano terapêutico único e que o considere para além das referências clínicas. A construção deste saber, extrai de cada profissional a difícil tarefa que é o trabalho em equipe. Como afirma Ceccim (2005, p. 263), “um projeto terapêutico da integralidade e da resolutividade é muito mais complexo do que pode responder o recorte e circunscrição de uma profissão isolada, mesmo em face do concurso das diversas áreas de especialidade de uma profissão”.

¹ Determinações Sociais: são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.” Fonte: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/temas/determinantes-sociais-saude> 2015.

Ao pensarmos na dinâmica de um trabalho interdisciplinar, podemos nos reportar para um conjunto de articulações onde diversas ações, saberes e práticas se complementam. O prefixo “inter” indica movimento ou processo instalado tanto “entre” quanto “dentro” das disciplinas. A interdisciplinaridade envolve relações de interação dinâmica entre saberes, onde não se ensina, nem se aprende: vive-se, exerce-se. Ela deve ser entendida também como uma atitude de permeabilidade aos diferentes conhecimentos que podem auxiliar o processo de trabalho e a efetividade do cuidado num determinado momento e espaço (BRASIL 2010, p. 18).

A proposta do Ministério da Saúde de incorporar a interdisciplinaridade como um dos norteadores de trabalho das equipes de Saúde da Família (EqSF), torna-se válida à medida que a própria composição da equipe e o trabalho realizado incitam a integração multiprofissional. Dentro de uma lógica de cuidado integral em saúde, cabe pensarmos que vários profissionais que compõem uma mesma equipe precisam interagir a fim de produzir as ações do cuidado a serem ofertadas. Mas será isto uma realidade? Como os diferentes integrantes das equipes compreendem essa interação? Como ela acontece no dia a dia das equipes?

De acordo com o Ministério da Saúde, uma equipe multiprofissional de Saúde da Família deve ser composta por, no mínimo:

(I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. (DAB, 2016)

A fim de ampliar a resolutividade neste nível de atenção, o Ministério da Saúde instituiu os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 24 de janeiro de 2008, por meio da portaria GM nº 154 do mesmo ano.

Um NASF deve ser constituído por uma equipe, na qual, profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de Saúde da Família. Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de Saúde da Família, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações (BRASIL, 2010, p. 7).

A integração de ações entre as equipes de Saúde da Família e os profissionais do NASF tende a proporcionar muitos benefícios para os usuários, mas precisa enfrentar um conjunto grande de barreiras. A construção dessas barreiras passa pela formação fragmentada e pautada na concepção de especialidade dos profissionais de saúde e reflete na atitude de

médicos e de outros profissionais, reduzindo o usuário a mero sistema biológico, desconsiderando seu sofrimento e outros aspectos envolvidos na sua qualidade de vida.

Analisando os documentos do Ministério da Saúde que referenciam esta atuação, a exemplo dos Cadernos de Atenção Básica nº 27 e 39, verificamos os conceitos e orientações sobre a atuação dos profissionais do NASF de forma clara, de fácil compreensão e até mesmo motivadoras. Porém, nada como a realidade para tornar concreta a complexidade do trabalho neste nível de atenção.

A realidade desta integração se torna clara e ao mesmo tempo complexa, se a analisarmos por três aspectos fundamentais que fazem toda diferença nesta dinâmica: (1) o entendimento por parte das equipes de Saúde da Família sobre o que é e como se dá o trabalho na Atenção Básica; (2) o entendimento do profissional do NASF em relação ao seu papel nas unidades de saúde; (3) a compreensão por parte das equipes de Saúde da Família quanto ao papel dos profissionais do NASF.

A organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF, de acordo com suas diretrizes (BRASIL, 2010), dependem de um conjunto de ferramentas. Dentre elas, o Apoio Matricial, segundo o qual, os profissionais do NASF e das EqSF irão compartilhar seus saberes, ampliando a resolução dos problemas mais comuns. O Apoio Matricial tem duas dimensões: a dimensão assistencial, que vai originar uma ação clínica direta com os usuários e a dimensão técnico-pedagógica, que vai gerar uma ação e apoio educativo com e para a equipe de saúde da família.

É nesta segunda dimensão que se encontra o foco desta pesquisa. Por considerar: (a) que ‘a ação e apoio educativo com e para a EqSF’, realizados pelos profissionais do NASF, no entendimento de sua contribuição para o cuidado em saúde, tem o potencial de estabelecer diálogos e processos de ensino-aprendizagem; (b) que os diálogos e os processos de ensino-aprendizagem estabelecidos possuem a capacidade de ampliar não apenas o entendimento que os profissionais do NASF têm sobre o seu próprio trabalho, mas também o entendimento por parte das equipes de Saúde da Família sobre o que é e como se dá o trabalho na Atenção Básica e sobre o papel dos profissionais do NASF; e (c) que esses entendimentos ampliados facilitam a integração entre as equipes NASF e de Saúde da Família e, conseqüentemente, a atenção integral à saúde. Com isso, este estudo tem como objetivo geral analisar a contribuição pedagógica do apoio matricial da equipe NASF no suporte às Equipes de Saúde da Família da Área Programática (A.P.) 3.3 do município do Rio de Janeiro.

Para tanto, configuram-se como objetivos específicos:

- Discutir o conceito de Apoio Matricial e sua perspectiva de contribuição pedagógica para o trabalho das equipes de Saúde da Família;
- Caracterizar o trabalho de apoio matricial realizado pelo NASF da A.P. 3.3;
- Identificar os aspectos do trabalho das Equipes de Saúde da Família da A.P. 3.3 que demandam suporte matricial;
- Relacionar a prática do Apoio Matricial com o trabalho das equipes de Saúde da Família, analisando o potencial transformador dos processos de ensino-aprendizagem.

1 O SUS, A ATENÇÃO BÁSICA E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

1.1 A CRIAÇÃO DO SUS

A criação do SUS universalizou o Sistema de Saúde brasileiro trazendo assistência pública e gratuita à saúde de toda população, o que antes era delimitado apenas para trabalhadores com vínculo contributivo formal. O antigo sistema desfavorecia então os trabalhadores rurais, os profissionais liberais e todo trabalhador que não exercesse uma função não reconhecida pelo Estado. A “proteção previdenciária” era um privilégio de alguns profissionais, fazendo com que grande parcela da população principalmente os mais carentes, vítimas de uma injustiça social.

A fim de reverter esta situação de exclusão de boa parcela da população brasileira aos serviços de saúde e propor o desenvolvimento de uma política pública com acessibilidade e direitos, em 1986, o Ministério da Saúde convocou técnicos, gestores de saúde e usuários para uma discussão aberta sobre a reforma do sistema de saúde brasileiro, realizando assim, a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) (BAPTISTA, 2007).

Esta conferência foi um marco histórico da política de saúde brasileira, pois pela primeira vez, contava-se com a participação da comunidade e dos técnicos na discussão de uma política setorial e por aprovar por unanimidade a diretriz da universalização da saúde e o controle social efetivo com relação às práticas de saúde estabelecidas. Após 20 anos de ditadura, conquistava-se o direito à participação e também na construção da Política de Saúde (BAPTISTA, 2007).

O Relatório Final da VIII Conferência (BRASIL, 1986), trouxe como resultante, três eixos principais para desenvolvimento e discussão, como:

1) Saúde como Direito:

Trazendo a saúde em seu sentido ampliado, sendo

resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 4).

2) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde:

Propondo a “reestruturação do Sistema Nacional de Saúde resultando na criação de um Sistema Único de Saúde que efetivamente represente a construção de um novo arcabouço institucional separando totalmente a saúde de previdência, através de uma ampla Reforma Sanitária” (BRASIL, 1986).

3) Financiamento do setor Saúde:

Propõem-se

ser constituído um orçamento social que englobe os recursos destinados às políticas sociais dos diversos Ministérios e aos distintos fundos sociais. Este orçamento será repartido por setor, cabendo ao de saúde um parcela de recursos que constituirão o Fundo Único Federal de Saúde. Em nível estadual e municipal serão formados Fundos Únicos de Saúde de maneira análoga (BRASIL, 1986, p. 19).

Estas propostas colocadas na VIII Conferência Nacional não foram concretizadas de imediato. Por iniciativa do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS)/ Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), foi constituído o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), sendo uma estratégia ponte na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) (BAPTISTA, 2007).

Sendo assim, o SUS é definido pelo artigo 198 da Constituição de 1988 do seguinte modo:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III. Participação da comunidade; Parágrafo único – o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (BRASIL, 1988).

Segundo Giovanella et al. (2009a), além das referências legais para a organização do SUS, conforme cita a Constituição de 1988, (seguindo os princípios e diretrizes de universalidade, descentralização, integralidade da atenção, resolutividade, humanização do atendimento e participação social), sua regulamentação foi complementada com a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde (LOAS), referindo-se as Leis nº 8080 e nº 8142 de 1990, (que criaram o Fundo Nacional de Saúde, composto por recursos fiscais, e o Conselho Nacional de Saúde, que garante a participação social).

Com novos norteadores para o desenvolvimento de uma política pública de saúde, incluindo a população em todo este processo de reforma social, houve grande insatisfação e resistência por parte dos prestadores de serviço privado do setor saúde e da medicina autônoma, além de conflitos de interesses entre os reformistas atrelados ao Ministério da Saúde e os reformistas da previdência social (BAPTISTA, 2007).

As disputas de interesses não foram suficientes para resistir a aprovação do SUS e seus princípios, mas impediram a definição de algumas políticas importantes para o

processo de implementação da reforma que se propunha a regulação do setor privado, a estratégia para a descentralização e unificação do sistema, dentre outras. Neste fórum, houve a definição de uma nova Carta Constitucional para o Brasil com um contexto político de redemocratização e tinha a intenção explícita de afirmar o compromisso com políticas mais justas e igualitárias - Aprovada em 5 de outubro de 1988 - (BAPTISTA, 2007).

Segundo Vianna e Dal Poz (2005) desde o início da implantação do SUS, vários problemas se colocaram para sua operacionalização, dos quais se destacam: o financiamento das ações de saúde; a definição clara de funções para os três níveis governamentais (federal, estadual e municipal); as formas de articulação público/privado no novo modelo de organização dos serviços; e a resistência do antigo modelo assistencial – baseado na doença e em ações curativas individuais – a uma mudança mais substantiva nas práticas assistenciais.

De acordo com Polignano (2001, p. 22),

o texto constitucional demonstra claramente que a origem do SUS estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltada para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania.

Seguindo conjuntamente com a regulamentação do SUS, a descentralização marcou o desenvolvimento das políticas de saúde a partir da década de 1990, sendo justificada como mecanismo capaz de aproximar o governo das demandas da população e estimular a gestão eficiente, a responsabilização das autoridades e a direção das políticas (CARVALHO, 2006). O mesmo autor explica que “a descentralização era e continua sendo como um mecanismo essencial para dotar o sistema de saúde de integração e racionalidade, superando a superposição e a pulverização de funções e recursos” (CARVALHO, 2006, p. 71). É a marca do desenvolvimento do SUS e da direção da política setorial no país desde então.

Regulamenta-se o SUS no final de 1990, mas o processo de descentralização da saúde se inicia, de forma mais concreta, a partir de 1991, com a edição da Resolução nº 273 do INAMPS - a Norma Operacional Básica 1/91 (BRASIL, 1991) - à qual se seguiram a NOB 1/92, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/MS (BRASIL, 1992), a NOB 1/93 (BRASIL, 1993) e a NOB 1/96 (BRASIL, 1996), estas últimas emitidas pelo próprio Ministro da Saúde. A própria identificação dos atores e instâncias responsáveis pela elaboração e edição destas normas já dá indicações das distintas conjunturas, concepções e responsabilidades que vão se conformando no processo de construção deste sistema e mais particularmente da descentralização (SCATENA; TANAKA, 2001, p. 49).

Sendo assim, este novo modelo de atenção à saúde propõe, para os serviços de saúde a organização por níveis de atenção, com tecnologia adequada a cada nível, com mecanismos formalizados de referência e contra-referência, visando o atendimento integral da população,

caracterizando assim as redes de atenção à saúde², caracterizadas nos seguintes níveis: Atenção Básica, Nível Secundário e Nível terciário (REZENDE, 2007).

O SUS não nasceu da cabeça de alguns poucos; nasceu de um processo político complexo e que envolveu a sociedade civil, as instituições de ensino e pesquisa e o próprio Estado. São milhares de indivíduos hoje implicados nesse processo com muitos interesses em questão (BAPTISTA, 2007, p. 58).

1.2 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE (ABS): ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DO SUS

A Atenção Primária em Saúde (APS) correspondeu a um conjunto de práticas em saúde, individuais e coletivas, que no Brasil, a partir do processo de implementação SUS, passou a ser denominado de Atenção Básica à Saúde (ABS) (GIOVANELLA et al., 2009b). A mesma autora (2009a) também refere-se que o conceito de APS nos países da América Latina estava diretamente ligado à oferta de serviços em saúde de uma “cesta mínima de serviços, em geral de baixa qualidade”. Já no Brasil desde os anos 70, apresenta um diferencial em relação aos demais países, pois se fala em extensão de cobertura com a garantia de um leque abrangente de ações e serviços de saúde, com o repúdio à definição de mínimos caracterizando assim ABS (BAPTISTA et al., 2009).

Historicamente a Inglaterra trouxe este modelo de organização dos serviços de saúde através de suas experiências apresentadas no Relatório Dawson em 1920, onde relatava e contrapunha o modelo flexineriano americano

de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e por outro, constituir-se numa referência para a organização do modelo de atenção inglês, que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao alto custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade (MATTA; MOROSINI, 2008, p. 44).

O referido relatório organizava o modelo de atenção em centros de saúde de primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. Os centros de saúde primários e os serviços domiciliares deveriam estar organizados de forma regionalizada, onde a maior parte dos problemas de saúde deveriam ser resolvidos por médicos com formação em clínica geral. Os casos que o médico não tivesse condições de solucionar com os recursos disponíveis nesse âmbito da atenção deveriam ser encaminhados

² Redes de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. Fonte: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>.

para os centros de atenção secundária, onde haveria especialistas das mais diversas áreas, ou então, para os hospitais, quando existisse indicação de internação ou cirurgia. Essa organização caracteriza-se pela hierarquização dos níveis de atenção à saúde (MATTA; MOROSINI, 2008, p. 45).

Por meio da Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), realizada em 1978 em Alma-Ata –Cazaquistão- (GIOVANELLA et al., 2009b), foram estabelecidas propostas de organização dos serviços de saúde num contexto muito maior que os cuidados “básicos” anteriormente ofertados na APS, concebendo a saúde como direito humano, englobando questões sociais importantes como o excessivo investimento dos governos em materiais bélicos, valorizando as populações excluídas e sem acesso aos tratamentos e medicamentos, enfim, “trazendo a compreensão de que a saúde é o resultado das condições econômicas e sociais, e das desigualdades entre os diversos países” (MATTA; MOROSINI, 2008, p. 46).

Quadro 1 – Abordagem de Atenção Primária em Saúde na Declaração da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata (URSS, 6-12/09/1978).

A saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é direito humano fundamental.

O desenvolvimento econômico e social é de importância fundamental para a plena realização da meta de Saúde para Todos no Ano 2000.

A atenção primária em saúde:

- envolve, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, entre estes a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores;
- engloba cuidados essenciais; é baseada em métodos e tecnologias apropriadas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis;
- direciona-se aos principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, cura e reabilitação, conforme as necessidades;
- seu acesso deve ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação, a um custo que a comunidade e o país possam suportar;
- representa o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde as pessoas residem e trabalham;
- primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária, “inclui pelo menos: educação, no tocante a problemas prevaletentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais”;
- deve ser apoiada por sistemas de referência integrados, levando à progressiva melhoria da atenção integral à saúde para todos, dando prioridade aos que têm mais necessidade.

Fonte: Brasil, 2002.

No Brasil, as primeiras experiências em APS antecederam à Conferência de Alma-Ata e se desenvolveram nos anos 1960, e mais amplamente nos anos 1970, a partir dos programas de integração docente-assistencial dos Departamentos de Medicina Preventiva, vinculados às escolas de medicina (FAUSTO, 2005). Em meados dos anos 1970, as experiências começaram a ganhar maior expressão, influenciando na formulação de novas abordagens e formas de organização da atenção no país a exemplo do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Porém em 1980 junto as concepções da APS, objetivando a integralidade do cuidado, de forma descentralizada e acessível à toda população, somando-se aos ideários reformistas do movimento sanitário e seus desdobramentos (constituição do SUS – Brasil, 1988 – e sua regulamentação – Brasil, 1990) possibilitaram a construção de uma política de ABS que priorizasse a reorientação do modelo assistencial, tornando-se o contato prioritário da população com o sistema de saúde. Assim, “a concepção da ABS desenvolveu-

se a partir dos princípios do SUS, principalmente a universalidade, a descentralização, a integralidade e a participação popular” (MATTA; MOROSINI, 2008, p. 48).

1.3 PACS, PSF E ESF: AVANÇANDO EM BUSCA DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO

Em junho de 1991, um primeiro embrião desta nova proposta de cuidado em saúde com base nos princípios da Atenção Básica, concretizou-se com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Desde 1987, o PACS foi desenvolvido por mulheres objetivando realizar ações emergenciais básicas de saúde em detrimento da seca no estado e no combate à mortalidade materno-infantil nas áreas críticas do norte e do nordeste do país (Carvalho, 2006). Após duas semanas de treinamento, estas ações foram realizadas em 118 municípios do sertão cearense com recursos financeiros dos fundos especiais de emergência destinados pelo governo federal (BRASIL, 2005a).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a) coloca que em 1988, o PACS abandonou o caráter emergencial do início, adquirindo características de extensão da cobertura e de interiorização das ações de saúde (visitas domiciliares regulares às famílias, onde cada Agente Comunitário de Saúde -ACS- ficou responsável por 50 a 100 famílias na área rural e 150 a 250 famílias nas áreas urbanas) colocando assim o ACS como grande protagonista das ações de saúde (conforme figura 21). Em detrimento desta expansão, fora exigido:

a definição do perfil do ACS e de suas atribuições, além de supervisão especializada, o que condicionou a presença de um profissional de saúde de nível superior, o enfermeiro, na base operacional de todo o processo de trabalho dos agentes. Desse modo, promoveu-se inicialmente uma mudança das práticas/ações de saúde, espacial e técnico-administrativa, ao se desenvolverem ações de saúde extramuros, não mais centradas na figura do médico (GIOVANELLA et al., 2009b, p. 601).

Figura 1 – Agente Comunitário de Saúde em ação (cadastrando e acompanhando as famílias adstritas do território).



Fonte: Portal de Inovação na Gestão do Sus. Disponível em: <<http://apsredes.org/os-agentes-comunitarios-de-saude-como-defensores-do-interesse-da-sociedade/>>. Acesso em: 14 abr. 2016.

Seguindo esta proposta de reorientação do modelo assistencial e em conformidade com os princípios do SUS (BRASIL, 1997), no final de 1993, o Ministério da Saúde elabora o primeiro documento sobre o Programa Saúde da Família e o divulga em 1994, tendo como critério para funcionamento nos municípios a necessidade de ter um Conselho Municipal de Saúde e o Fundo Municipal de Saúde. “A partir daí começou-se a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão-somente) o indivíduo, e foi introduzida a noção de área de cobertura (por família)” (VIANA; DAL POZ, 2005, p. 230), com isso tanto o PACS como o PSF tornaram-se “estratégias de reorientação do modelo na rede pública de Saúde no Brasil” (BAPTISTA et al., 2009).

A formulação do Programa Saúde da Família foi estimulada por esses antecedentes e se materializou com a Portaria MS n. 692, de dezembro de 1993. Na primeira fase, o programa foi implementado principalmente em pequenos municípios e guardou o caráter restrito de APS, com condições de absorver a demanda reprimida de atenção primária, mas com baixa capacidade para garantir a continuidade da atenção (GIOVANELLA et al., 2009b, p. 601).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2012, p. 20-25) ressalta ainda que em concordância com as diretrizes da Atenção Básica, o PSF vem a considerar o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, estruturando suas ações junto às unidades de Saúde da Família pelas seguintes diretrizes:

- Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e

intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade;

- Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde.
- Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico.
- Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção.
- Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.

Com a Portaria Ministerial, de dezembro de 1997, ficou estabelecido, no Plano de Metas do Ministério da Saúde, prioridade para o PACS e PSF e foram aprovadas as normas e diretrizes para os programas. Em 1998, com a implantação da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – 1996 (NOB-SUS 96), que estabeleceu o Piso de Atenção Básica

(PAB), os programas ganharam novo impulso. Neste mesmo ano, foi criado o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) (BRASIL, 2005a).

Segundo Carvalho (2006), a mudança verificada mais tarde no nome – de **programa** para **estratégia** – aponta não apenas para a construção de um novo modelo assistencial que venha a mostrar, de maneira exemplar, o processo de construção de uma política pública, mas sim a consolidação deste como referência de saúde em todo território nacional. Além disso, com a criação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006, foi ampliado o escopo da atenção básica e reafirmada a Saúde da Família como “estratégia” prioritária para organização da atenção básica e não mais um programa como inicialmente, passando assim de programa para Estratégia de Saúde da Família - ESF - (GIOVANELLA et al., 2009a).

Um dos objetivos da ESF é de substituir ou converter o modelo tradicional de assistência à saúde, caracterizado pelo atendimento da demanda espontânea, pela assistência curativa, hospitalocêntrico, pelo alto custo sem instituir redes hierarquizadas por complexidade, pela baixa resolutividade e, pela ausência de vínculos de cooperação e co-responsabilidade da EqSF com a comunidade (BRASIL 2005a, p. 16).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a) a Estratégia Saúde da Família (ESF) não representava uma proposta de substituição do PACS e sua implantação privilegiava áreas de maior risco social, inicialmente, população residente nas localidades delimitadas no Mapa da Fome do IPEA e posteriormente, municípios inseridos no Programa de Redução da Mortalidade Infantil. Esta Estratégia tem como característica ser também um serviço. Ou seja, é um programa normativo que objetiva cuidar de populações alvo segundo uma série de normas e atividades a serem seguidas, como qualquer programa de saúde do Ministério da Saúde (MS). Mas, também, tem que ser um serviço semelhante a uma Unidade de Atenção Básica de Saúde (ABS) tradicional, na qual, vários programas são administrados num espaço físico comum, com uma equipe maior e mais diversificada, atentando para agravos padronizados por ações programáticas verticais. Esta era a prática do modelo de atenção básica vigente (CAZELLI, 2003).

De acordo com Souza (apud REZENDE, 2007), o produto do novo modelo de atenção proposto pela implantação da estratégia Saúde da Família é resultado da substituição do processo de trabalho, representado pela transformação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) em Unidade de Saúde da Família (USF). A USF é considerada como a porta de entrada e o primeiro nível de atenção, devendo estar integrada a uma rede de serviços dos diversos níveis de complexidade, estabelecendo um sistema de referência e contra-referência que garanta resolutividade e possibilite o acompanhamento dos pacientes (BRASIL, 2005a).

Para o Ministério da Saúde, outros objetivos são essenciais na implantação da ESF como, por exemplo (COSTA; CARBONE, 2009):

- Prestar assistência integral, de boa qualidade e de forma contínua a todos os usuários e de acordo com suas necessidades;
- Através da Humanização do cuidado, criar um vínculo com o usuário favorecendo as práticas em saúde;
- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde-doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão de qualidade de vida;
- Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social;
- Estabelecer parcerias pelo desenvolvimento de ações intersetoriais.

1.4 EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O trabalho das Equipes da Saúde da Família (EqSF) é o elemento-chave para a construção permanente de conhecimento nas Unidades de Saúde da Família. A troca de vivências entre os integrantes da equipe, justamente por haver uma grande diversificação de saberes envolvidos nestes processos, além de escolaridades diferentes, atrelados ao conhecimento popular e do território, trazem a esta dinâmica um meio rico de experiências. De acordo com o Departamento de Atenção Básica (Brasil, 2012), estas equipes são compostas, no mínimo, por um **médico generalista**, um **enfermeiro**, um **auxiliar de enfermagem** e **6 agentes comunitários de saúde**. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, 4 mil habitantes, sendo a média recomendada de 3 mil habitantes de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde.

Sua atuação ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012):

- Como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde;
- Por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade;

- Por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta;
- Por prestar assistência integral, permanente e de qualidade;
- Por realizar atividades de educação e promoção da saúde;
- Por estabelecer vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população;
- Por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde;
- Por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões;
- Por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade.

O resultado das atividades desenvolvidas pelas equipes em todo o país compõe a base de dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), criado para agregar e processar essas informações, realimentando o sistema e permitindo o monitoramento e avaliação contínua do programa pelos gestores municipais (CARVALHO, 2006).

Segundo Castro, Cipriano Junior e Martinho (2006), todo processo de adoecimento da população abrange múltiplos determinantes dos fenômenos da saúde-doença, onde fatores biopsicológicos, socioeconômicos e culturais são essenciais para a determinação dos problemas de saúde, por formarem uma rede multicausal e multifatorial no processo saúde-doença. Sendo assim, a prevenção e o tratamento das doenças requerem a disponibilidade de uma equipe multidisciplinar, capaz de entender a saúde na sua dimensão coletiva, ampla, facilitando a resolução de problemas à medida que somaria saberes de diferentes áreas com o mesmo objetivo. Neste sentido, Costa e Carbone (2009), propôs que as EqSF deverão estar capacitadas para:

- Identificar a realidade epidemiológica e sócio-demográfica das famílias adscritas.
- Reconhecer e identificar os problemas prevalentes e os riscos a que a população está exposta.
- Planejar o enfrentamento dos fatores desencadeantes do processo saúde-doença.
- Atender à demanda programada ou espontânea.
- Utilizar corretamente o sistema de referência e contra-referência.
- Promover educação à saúde e melhorar o autocuidado dos indivíduos.
- Incentivar ações intersetórias para enfrentar os problemas identificados.

Mesmo com toda esta proposta de uma equipe multidisciplinar visando a maior abrangência no atendimento, cuidado, sensíveis às questões do território e da população adstrita, nada garante a total ruptura com a hegemonia médico-centrada conforme afirmam Franco e Merhy (1999, p. 4):

Sobre a organização do trabalho em equipe, embora o trabalho esteja direcionado para práticas multiprofissionais, nada garante nas estratégias do PSF que haverá ruptura com a dinâmica médico-centrada, do modelo hegemônico atual. Não há dispositivos potentes para isso, porque o que o programa posta em uma mudança centrada na estrutura, ou seja, o desenho sob qual opera o serviço, mas não opera de modo amplo nos microprocessos do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional, que em última instância é o que define o perfil da assistência.

2 CONCEITOS, PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO NASF

Tendo por objetivo apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da ABS no Brasil, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008 (BRASIL, 2010).

Porém, anteriormente à esta proposta, o Ministério da Saúde publica em 2005 um primeiro escopo da atuação de novos especialistas atuando conjuntamente na atenção básica, com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade, sendo assim o Núcleo de Atenção Integral de Saúde da Família (NAISF).

Supõem-se também que, impulsionado por essas experiências e atendendo às reivindicações de gestores e entidades de profissionais de saúde até então não incorporados na ESF, o Ministério da Saúde publicou, em 2005, uma portaria propondo o que reconhecemos como a primeira iniciativa de NASF. No entanto, a proposta veio denominada de NAISF, abreviatura de Núcleo de Atenção Integral de Saúde da Família. Importante destacar que foram poucos os municípios que implantaram o NAISF; o destaque maior ficou por conta de Sobral-CE, que o implantou em maior escala a partir da ampliação da função de sua equipe de preceptoria do curso de residência em saúde da família para a qualificação da organização do NAISF (GUTIÉRREZ, 2014, p. 21).

As ações prioritárias dos NAISF's relatadas no Diário Oficial da União (BRASIL, 2005b), objetivavam maior resolutividade na Atenção Básica, priorizando algumas áreas estratégicas para planejamento e ações em saúde, como:

- I - alimentação/nutrição e atividade física;
- II - atividade física;
- III - Saúde Mental;
- IV – Reabilitação;

Quadro 2 – Comparativo entre NAISF e NASF.

	NAISF	NASF
ÁREAS DE ATUAÇÃO	Alimentação e nutrição, atividade física e práticas corporais, saúde mental, serviço social e reabilitação;	Atividade física: práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança/adolescente/adulto jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica.
MECANISMOS ORGANIZATIVOS	Não valoriza a função Apoio e não define, de modo claro, os mecanismos organizativos, dando margem a ser porta de entrada do usuário ou ainda seguir o modelo tradicional de ambulatório.	Valoriza substancialmente a função Apoio, definindo claramente os mecanismos organizativos, tais como a recomendação de não ser porta de entrada ou ambulatório tradicional.
DIRETRIZ NORTEADORA	Integralidade.	Apoio Matricial.
CRITÉRIOS PARA IMPLANTAÇÃO	O gestor possui autonomia para composição do perfil dos profissionais do NAISF; no entanto, é restrita essa escolha na medida em que a oferta se limita a quatro grandes áreas de atuação.	O gestor possui autonomia para composição do perfil dos profissionais do NASF; no entanto, a oferta da escolha é mais ampla, uma vez que são disponibilizadas nove grandes áreas de atuação.

Fonte: Gutiérrez, 2014.

Segundo Gutiérrez (2014) e com base no quadro acima, é possível afirmar que a proposta do NASF é mais aprimorada, pois valoriza a função Apoio proposta por Campos (1999), com destaque para o apoio matricial: “os arranjos organizacionais de equipe de referência, campo e núcleo propostos por Campos (1999) merecem destaque por se apresentarem como método possível de organização do trabalho das equipes do NASF”.

Além disso, o NASF:

deve buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais

e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc (BRASIL, 2012, p. 70).

Ao analisarmos a composição do NASF, verificamos que este é constituído por uma equipe definida pelos próprios gestores municipais e/ou pela Equipe de Saúde da Família, analisando prioridades identificadas a partir das necessidades locais. Devemos ressaltar que o NASF, não se constitui como porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim como apoio às EqSF. O NASF atua sempre sob encaminhamento das equipes básicas, sendo as tarefas desenvolvidas de forma articulada com estas equipes e outros setores interessados (BRASIL, 2010). Podem então ser estabelecidos como pontos de síntese na missão do NASF os seguintes aspectos (BRASIL, 2010):

- a) O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às equipes de Saúde da Família;
- b) Vincula-se a um número de equipes de Saúde da Família em territórios definidos, conforme sua classificação;
- c) A equipe do NASF e as Equipes de Saúde da Família criarão espaços de discussões para gestão do cuidado: reuniões e atendimentos compartilhados constituindo processo de aprendizado coletivo;
- d) O NASF deve ter como eixos de trabalho a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende pela Saúde da Família.

Deverá também seguir alguns princípios básicos da Atenção Primária à Saúde (APS) como (BRASIL, 2010):

- a) Ação interdisciplinar e intersetorial;
- b) Educação Permanente em Saúde dos profissionais e da população;
- c) Desenvolvimento da noção de território;
- d) Integralidade, participação social, educação popular;
- e) Promoção da saúde e humanização;

É importante ressaltar que a integração com as equipes é fundamental no processo de trabalho do NASF. Proporcionando a troca de saberes, colaborando para a resolutividade dos casos, gerando experiências para a própria Equipe NASF e os profissionais envolvidos. O profissional que compõe esta equipe deve perceber que suas ações terão que ser integradas

com as de outros profissionais, não poderá analisar os casos recebidos somente na sua ótica profissional. Este profissional terá que desenvolver um “olhar” que vá além de sua especialidade, pois “o NASF deve buscar superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsabilizada com a ESF” (BRASIL, 2010, p. 8).

Além disso o NASF atua junto às Equipes de Saúde da Família (EqSF) na construção de redes de apoio junto ao território (a exemplo da figura 2) procurando assim aumentar seu escopo de ação, lembrando que os usuários adstritos de uma Unidade de Saúde da Família, além de residirem ou trabalharem no local, acessam muitos dos pontos de acesso do território abrangente, por isso torna-se necessário entender o território e incluí-lo no projeto de cuidado em saúde de qualquer que seja o usuário.

Figura 2 – Trabalho do NASF junto à EqSF: construindo Redes com o Território.



Fonte: Brasil, 2014, p. 23.

Atualmente o NASF atua em nove áreas estratégicas sempre em conjunto com às EqSF, sendo elas:

1. Saúde da Criança/do Adolescente e do Jovem;
2. Saúde Mental;

3. Reabilitação/Saúde integral da pessoa Idosa;
4. Alimentação e Nutrição;
5. Serviço Social;
6. Saúde da Mulher;
7. Assistência Farmacêutica;
8. Atividade Físicas/Práticas Corporais;
9. Práticas Integrativas e Complementares.

De acordo com a portaria GM nº. 154/2008 (BRASIL, 2010) existiam duas modalidades de NASF atuantes nos municípios do Brasil com as seguintes características:

- **NASF 1:** composto por no mínimo cinco profissionais com formação universitária, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico-acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional. Cada um destes NASF deverá estar vinculado a um mínimo de oito e máximo de 20 EqSF, exceto nos estados da Região Norte, onde o número mínimo passa a ser cinco.
- **NASF 2:** deverá ter no mínimo três profissionais, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista e terapeuta ocupacional; e se vincular a no mínimo três EqSF. Lembrando que a definição dos profissionais que irão compor cada tipo de NASF é de responsabilidade do gestor municipal, seguindo critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações.

Com a criação da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), pelas portarias nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 e a de nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, houveram a redefinição dos parâmetros de vinculação das modalidades de NASF 1 e 2, além da criação da modalidade NASF 3 (BRASIL, 2014). A partir desta última portaria, temos hoje três modalidades de NASF financiados e reconhecidos formalmente pelo MS como verificamos no quadro abaixo:

Quadro 3 – Modalidades de NASF, conforme a Portaria n 3. 124/2012.

Modalidades	Nº de Equipes Vinculadas	Somatório das Cargas Horárias Profissionais
NASF 1	5 a 9 EqSF e/ou EqAB para populações específicas (eCR, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 200 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 80h de carga horária semanal.
NASF 2	3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 120 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal.
NASF 3	1 a 2 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR ³ , equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 80 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal.

Fonte: Brasil, 2014, p. 16.

Segundo o Ministério da Saúde (2013), esta nova modalidade do NASF (NASF 3) deverá estar vinculada a no mínimo uma e no máximo duas EqSF e/ou Equipes de Atenção Básica (EqAB) para populações específicas (Consultórios na Rua⁴, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao processo de trabalho delas, configurando-se como uma equipe ampliada. Devem ser formadas por profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições:

- (1) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 80 (oitenta) horas semanais;
- (2) nenhum profissional deve ter carga horária semanal menor do que 20 (vinte) horas;
- (3) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter, no mínimo, 20 (vinte) horas e, no máximo, 40 (quarenta) horas de carga horária semanal.

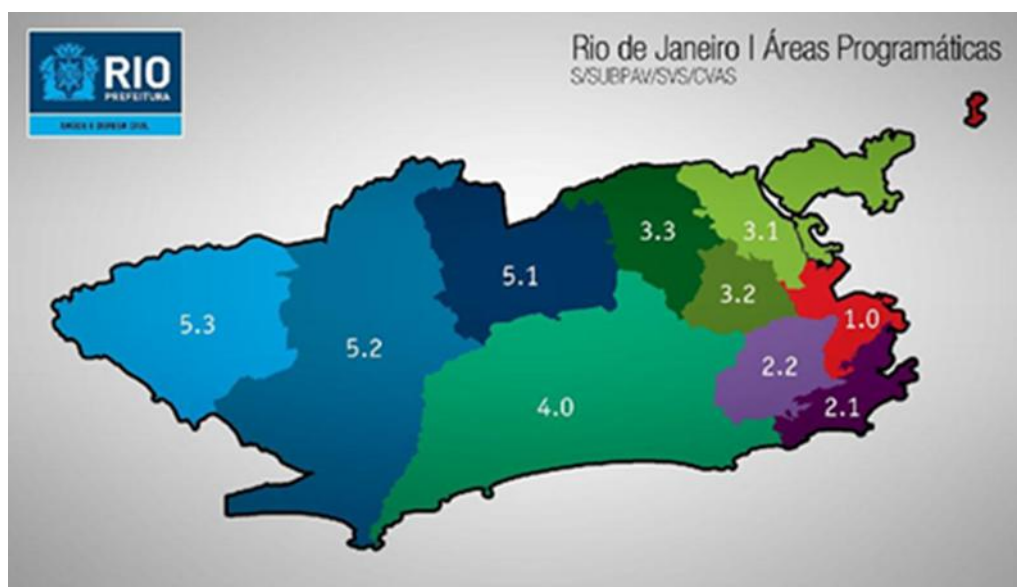
Quanto à definição dos profissionais que atuam e que irão compor a equipe de NASF será preciso um olhar atento às informações levantadas na análise do território e da rede de serviços, que servirão como subsídios para a tomada de decisão (BRASIL, 2014, p. 33).

³ Equipes de Consultório de Rua (eCR): poderão ser compostas pelos seguintes profissionais de saúde: Enfermeiro, Psicólogo, Assistente social, Terapeuta ocupacional, Médico, Agente Social, Técnico ou auxiliar de enfermagem e Técnico em saúde bucal. Fonte: Brasil, 2013. Passo a Passo das Ações de Departamento de Atenção Básica. O Consultório na Rua foi instituído pela Política Nacional de Atenção Básica, em 2011, e visa a ampliar o acesso da população de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, o qual se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados. Ressalta-se que a responsabilidade pela atenção à saúde da população de rua é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde, mesmo que ele não seja componente de uma Equipe de Consultório na Rua (eCR). Desta forma, em municípios ou áreas em que não haja eCR, a atenção deverá ser prestada pela Atenção Básica, incluindo os profissionais de Saúde Bucal e os NASF do território onde essas pessoas estão concentradas. Fonte: DAB 2015 – Departamento de Atenção Básica

2.1 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O NASF NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

A fim de organizar as ações de saúde, viabilizando a regionalização e a expansão da cobertura do SUS no município do Rio de Janeiro em 14 de abril de 1993, a Secretaria Municipal de Saúde por meio da Resolução n.º 431, criaram neste município as Áreas de Planejamento Sanitário ou Áreas Programáticas (A.P's). Nesta proposta e pela extensão territorial e concentração populacional foram criadas dez áreas de planejamento (referenciadas na figura 3), constituídas por 32 regiões administrativas, que agregam 157 bairros do município do Rio de Janeiro (BRASIL, 2005a).

Figura 3 – Áreas Programáticas (APs) do Município do Rio de Janeiro.



Fonte: Coordenação de Vigilância Ambiental em Saúde – CVA, 2015.

Para Cazelli (2003, p. 66), o município do Rio de Janeiro teve seu projeto inicial do PSF na Ilha de Paquetá, implementado em 1995 e “simultaneamente, entre 1996 e 1997, na Secretaria Municipal de Saúde, houve a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no Complexo da Maré e na Comunidade de Vigário Geral”. Em 1999, houve a expansão do programa para mais cinco comunidades de baixa renda do município, localizadas em diferentes bairros como: comunidade de Vila Canoas (São Conrado, Zona Sul, AP 2.1), comunidade do Borel (Tijuca, Zona Norte, AP 2.2), comunidade do Royal (Ilha do Governador, Zona Norte, AP 3.1), comunidade do Canal do Anil (Jacarepaguá, Zona Oeste,

AP 4) e comunidade de Vilar Carioca (Campo Grande, Zona Oeste, AP 5.2). A consolidação da ESF se deu, contudo no ano de 2000 quando houveram a inclusão de novas áreas com sua ampliação para outras áreas, tais como: Antares (Santa Cruz, Zona Oeste, AP 5.3), Parque João Goulart e Mandela de Pedra (Manguinhos, Zona Norte, AP 3.1) e Curicica (Jacarepaguá, Zona Oeste, AP 4) (CAZELLI, 2003).

Continuando a expansão da ESF por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), houveram novas áreas de inclusão. Áreas estas que representavam um grande “vazio demográfico” em relação à cobertura assistencial como as comunidades: Complexo da Mangueira (Mangueira, Centro, AP 1.0), Complexo de São Carlos (Estácio/Catumbi/Rio Comprido, Centro, AP 1), Complexo do Turano (Tijuca, Zona Norte, AP 2.2) e Tijuquinha (Alto da Boa Vista, Zona Norte, AP 2.2), Vila Vintém (Padre Miguel, Zona Oeste, AP 5.1.), D. Jaime Câmara (Realengo, Zona Oeste, AP 5.1), Parques João Wesley e Esperança (Campo Grande, Zona Oeste, AP 5.2) e Woodrow Pimentel (Campo Grande, Zona Oeste, AP 5.2).

Cazelli (2003) ainda ressalta que outras AP's foram acrescentadas ao modelo da ESF a partir de 2001, a exemplo do PSF Portus (Costa Barros, Zona Norte, AP 3.3) e outras que já existiam foram ampliadas, como o caso de Vilar Carioca, adicionando duas novas equipes, totalizando cinco EqSF em atividade (Campo Grande, Zona Oeste, AP 5.2), e o caso do PSF Lapa, iniciado em 2002 em parceria com a Universidade Estácio de Sá (Centro, Lapa, AP 1).

Carvalho (2006) ressalta que os técnicos da Secretaria Estadual de Saúde (SES) responsáveis pelo acompanhamento da implementação nos municípios do Estado, constataram que havia uma situação comum aos municípios do Estado do Rio de Janeiro e que dificultaram o processo de implantação da ESF:

Processo de descentralização em andamento; infraestrutura de saúde precária; poucos recursos financeiros disponíveis, sendo a adesão dos municípios ao PSF pautada pelo caráter pragmático das decisões, ligado ao repasse de recursos fundo a fundo. O atrativo financeiro foi o motor exclusivo dos processos de implementação. Tal motivação ocasionou uma série de problemas e distorções na implementação do PSF nos municípios, que tiveram que ser enfrentadas (CAZELLI, 2003, p. 95).

A mesma autora (2003), também descreve que para superar o desconhecimento local sobre o programa, os técnicos da Secretaria Estadual de Saúde iniciaram um processo de **sensibilização** de técnicos municipais, para que estes pudessem compreender os objetivos e meios empregados na implantação do programa, que incluía aspectos técnicos e financeiros implicados na decisão de aderir ou não ao PSF.

Foi observado que o perfil dos profissionais, em destaque os médicos, não se mostravam adequados ao desempenho das funções solicitadas pelo programa. Segundo

Carvalho (2006, p. 7) “escassez e alta rotatividade constituíam as principais características dos recursos humanos locais”. O autor ainda mostra através de sua pesquisa, que o PSF no município do Rio de Janeiro, foi implantado sem que ocorresse uma apresentação e discussão prévia sobre o programa com a população, como na citação à seguir:

Uma coisa que faltou, que escorregou entre os dedos, quando começou o PSF, foi não ir à comunidade explicar como é o programa, qual a função dele, o que compete, o que não compete a ele. A impressão que eu tenho é que jogaram as equipes lá, jogaram médicos, jogaram enfermeiros, passou a ter médico no bairro todo santo dia, mas esqueceram de avisar que a equipe do PSF não é só para ficar sentada atrás de uma mesa esperando o paciente chegar, não é só esse o trabalho deles. Acho que com isso eles [a população] tiveram uma certa dificuldade (...), eles queriam um médico sentado atrás de uma mesa, desde a hora em que eles chegavam e atendendo [à demanda espontânea]. (CARVALHO, 2006, p. 97).

O relato acima descreve a real dificuldade da população em compreender o papel do profissional médico na Saúde da Família. Dificuldade esta que se estende também para os próprios profissionais que, na sua formação, e de forma limitada, tiveram aulas sobre o SUS e suas legislações, resumindo desta forma a disciplina de saúde pública. O modelo da atenção primária e seu desenvolvimento no Brasil por meio da Atenção Básica, incluindo ações de prevenção e promoção da saúde dificilmente eram abordados. Enfim, a visão da assistência integral à saúde neste novo modelo de cuidado não eram explorados nas universidades.

Outra importante questão no processo de implantação da Saúde da Família no município foi a ausência de análise sobre a priorização de áreas com grupos populacionais que mais necessitavam de uma Unidade de Saúde da Família (USF), como afirma Cazelli (2003, p. 32):

Os serviços de saúde do município do Rio de Janeiro ainda são oferecidos ou de forma aleatória, com a concentração em determinados bairros privilegiados da cidade, como o Centro e Zona Sul ou segundo uma distribuição que segue as divisões regionais oficiais da Prefeitura, sem um diagnóstico prévio das demandas da população (seja epidemiológico, demográfico ou sócio-econômico), gerando vazios assistenciais.

Com isso, para amenizar esta deficiência, a Secretaria Estadual de Saúde sugeriu que fossem alugadas casas nos locais onde o programa seria instalado, porém mesmo assim, não consideraram as reais necessidades de saúde entre os grupos que poderiam ser beneficiados no primeiro momento da implementação (CARVALHO, 2006).

Segundo Cazelli (2003, p. 45), a ESF no município do Rio de Janeiro, que é um grande centro urbano, está sujeito a uma mistura de várias influências, onde “seus usuários recebem muitos tipos de serviços, com diferentes tratamentos, no mesmo local gerando efeitos diversos para uma mesma intervenção”. Estas “formas diferentes de tratamento”, como

aponta o autor, sinaliza para o período de implantação do novo modelo de atenção que a ESF propunha, conflitando com as ações em saúde desenvolvidas pelo antigo modelo de atenção realizado nas Unidades de Saúde do município, denominadas unidades tipo C. Com isso, as unidades de saúde passariam a ser classificadas da seguinte maneira (SMS, 2013, p. 50):

- Unidades tipo A - unidades de saúde onde todo o território é coberto por equipes da Estratégia de Saúde da Família;
- Unidades tipo B - unidades de saúde tradicionais, com incorporação de uma ou mais equipes da ESF, que cobrem parcialmente o território;
- Unidades tipo C - unidades básicas de saúde tradicionais, sem a presença de equipes de Saúde da Família;

Neste período de transição, muitos profissionais de saúde estatutários que já atuavam há anos na dinâmica dos programas básicos de saúde, receberam em suas unidades novos profissionais a fim de desenvolverem a lógica de trabalho da ESF. Com isso em muitas unidades do tipo B passaram a ter:

- Profissionais do antigo modelo de saúde (“posto de saúde”) atuando no mesmo espaço que as EqSF, com a divisão do território adstrito. Muitas das especialidades do antigo modelo não “dialogavam” com as EqSF, então se formavam nas unidades de saúde duas demandas: usuários assistidos pelo modelo tradicional e usuários assistidos pelas EqSF;
- Duas gerências: um diretor (representando o antigo modelo) e um gerente das equipes de saúde da família (geralmente contratado pelas Organizações Não Governamentais (ONG’s) e Organizações Sociais (OSS) que iniciaram sua atuação frente à contratação de profissionais para as EqSF.

A contratação dos profissionais das equipes dos PACS/PSF para 1999 foi realizada mediante o estabelecimento de convênios com ONG ou Associação de moradores, sendo os recursos repassados pela SMS, que ficava responsável pela gerência técnica. Os profissionais eram contratados pelo regime CLT, a exceção da cooperativa que só contratava no regime CLT os ACS (CAZELLI, 2003, p. 80).

- Ampliação do horário das unidades de saúde (pois com a inserção da ESF as unidades ampliaram sua atuação com carga horária estendida – 07:00 às 20:00 e também aos sábados – 08:00 às 12:00), entre outras mudanças.

As Clínicas da Família são serviços de saúde implantados pela SMS-Rio, mediante contratos de gestão com organizações sociais. Estas são unidades de saúde com estrutura ideal de atendimento na ESF, equipadas adequadamente, incluindo suporte diagnóstico: raios-x, ultrassom e posto de coleta para exames laboratoriais, e também dispõem de inovações tecnológicas, consultórios informatizados, prontuário

eletrônico, e acesso à banda larga. Essas condições, todavia, não se restringem aos aspectos estruturais, incluem também a valorização dos profissionais de saúde, passando pela forma e pelo valor de contratação, chegando à incorporação da residência médica para garantir a oferta de profissionais especialistas em medicina de família frente ao crescimento das Clínicas da Família (OPAS, 2013, p. 49).

Cazelli (2003) ainda ressalta que por ter o programa iniciado de forma improvisada, caracterizado pela ausência de conhecimento, fundamentos sobre a ESF, houveram muitas dificuldades na compreensão por parte dos profissionais nas EqSF quanto ao seu papel neste novo contexto. Mesmo com toda sensibilização realizada pelos técnicos da Secretaria Estadual de Saúde (SES) a fim de capacitar os implementadores municipais, sobre a importância da ESF, não foi de forma eficiente, para que a instalação ocorresse respeitando critérios técnicos importantes.

Na expansão deste modelo no município do Rio de Janeiro, segundo o Departamento de Atenção (DAB, 2016) houve aumento de 6,21% na cobertura da ESF no município entre os anos de 2014 a início de 2016. Foram 115 novas equipes de Saúde da Família implantadas no município do Rio de Janeiro neste período de março de 2014 à fevereiro de 2016 (data da última atualização). Anos estes de grande relevância para a Atenção Básica justamente por se tratarem da consolidação da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB- 2012) que estabelecia a revisão das diretrizes e normas para a organização da AB, para a ESF e o PACS.

Com a nova PNAB, além do aumento de recursos passados fundo a fundo para Atenção Básica, proporcionou também o reconhecimento de outros modelos de equipes de saúde para as diferentes populações e realidades do Brasil, como a Equipe de Atenção Básica para a população de rua (Consultórios de Rua³), ampliação do número de municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), simplificou e facilitou as condições para que sejam criadas UBS Fluviais e ESF para as Populações Ribeirinhas (BRASIL, 2012, p. 10).

Quadro 4 – Histórico de Cobertura da Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. Período de março/2014 à fevereiro/2016.

ANO	MÊS	POPULAÇÃO	EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA			
			Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Implantados	Estimativa da População Coberta	Proporção da Cobertura populacional estimada (%)
2014	03	6.390.290	971	786	2.711.700	42,43
2014	04	6.390.290	971	772	2.663.400	41,68
2014	05	6.390.290	971	757	2.611.650	40,87
2014	06	6.390.290	971	801	2.763.450	43,24
2014	07	6.390.290	971	810	2.794.500	43,73
2014	08	6.390.290	971	824	2.842.800	44,49
2014	09	6.390.290	971	834	2.877.300	45,03
2014	10	6.390.290	971	833	2.873.850	44,97
2014	11	6.390.290	971	836	2.884.200	45,13
2014	12	6.390.290	971	831	2.866.950	44,86
2015	01	6.390.290	971	832	2.870.400	44,92
2015	02	6.390.290	971	838	2.891.100	45,24
2015	03	6.390.290	971	828	2.856.600	44,70
2015	04	6.390.290	971	806	2.780.700	43,51
2015	05	6.390.290	971	812	2.801.400	43,84
2015	06	6.390.290	971	821	2.832.450	44,32
2015	07	6.390.290	971	824	2.842.800	44,49
2015	08	6.390.290	971	843	2.908.350	45,51
2015	09	6.390.290	971	841	2.901.450	45,40
2015	10	6.390.290	971	852	2.939.400	46,00
2015	11	6.390.290	971	856	2.953.200	46,21
2015	12	6.390.290	971	855	2.949.750	46,16
2016	01	6.390.290	971	855	2.949.750	46,16
2016	02	6.390.290	971	901	3.108.450	48,64

Fonte: DAB, 2016. Departamento de Atenção Básica - MS/SAS/DAB e IBGE 2016.

Com a expansão da ESF no município do Rio de Janeiro, houve a necessidade de incorporar outros profissionais como forma de ampliar a resolutividade dos casos que chegam às USF. Para isso a EqSF necessitaria de profissionais que atuassem junto às necessidades que a população adstrita apresentava, sendo a equipe de referência a melhor indicada para identificá-las a partir do perfil epidemiológico de sua área.

Com isso a ESF objetivou também “implementar um novo modelo de atenção à saúde com mudança da prática sanitária, no entanto ele entra como complemento do modelo de atenção primária vigente. Modelo este majoritário, existindo numa situação onde as outras profissões relacionadas com a saúde, tais como Nutrição, Serviço Social, Psicologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Profissionais de terapias alternativas, que já absorvem uma demanda específica, independentemente das demandas médicas. Isso sem contar com a odontologia que vem sendo absorvida oficialmente pelo Ministério da Saúde no PSF desde 2001” (CAZELLI, 2003, p. 45).

Estes profissionais especialistas atuantes neste período realizavam suas práticas por meio de atendimento ambulatorial, encaminhamentos e olhar fragmentado focado na sua especialidade, além de agendas com grande demanda, diminuindo assim a acessibilidade dos usuários.

No município do Rio de Janeiro a implantação do NASF está em expansão, porém existem algumas A.P.s que possuem NASF há mais de 4 anos, atuando junto às EqSF. Contudo outras A.P.s do município estão em processo de implantação de novas EqNASF e consolidação e estruturação dos NASF's existentes. De acordo com a Coordenação de NASF do Ministério da Saúde (2016) o município do Rio de Janeiro apresenta 75 equipes de NASF atuantes, sendo a predominância maior profissionais Fisioterapeutas (71 atuantes), Educadores Físicos (87 atuantes) e Psicólogos (94 atuantes). Porém não sabemos precisar se estes estão dentro do padrão exigido pelo Ministério da Saúde que para manutenção da qualidade do apoio sugere que uma equipe de NASF matricie 9 EqSF.

Muitas equipes de NASF, de acordo com a antiga diretriz proposta no Caderno nº 27 de Atenção Básica (BRASIL, 2010), estavam vinculadas a mais de 15 EqSF, com isso todo trabalho pautado na lógica do Apoio Matricial, compartilhamento de saberes e construção de redes de cuidado apresentou-se comprometida, principalmente pelo esgotamento dos profissionais do NASF, com isso tornou-se necessário retificar o número de equipes vinculadas.

Quadro 5 – Quantidade de Profissionais do NASF no município do Rio de Janeiro – 2016

AP	1.0	2.1	2.2	3.1	3.2	3.3	4.0	5.1	5.2	5.3	Total
Nº de Equipes de NASF por A.P.	2	7	3	11	8	7	6	12	10	9	75
Assistente Social	3	6	2	10	2	8	5	9	8	8	61
Educador Físico	2	6	1	13	15	9	5	11	10	15	87
Farmacêutico	1	8	0	6	0	0	6	11	5	10	47
Fisioterapeuta	2	6	2	12	8	11	0	17	6	7	71
Fonoaudiólogo	0	2	1	1	0	5	2	11	5	7	34
Nutricionista	1	3	2	6	7	8	5	9	5	2	48
Psicólogo	3	10	5	20	8	8	9	10	10	11	94
Terapeuta Ocupacional	0	3	0	6	2	0	0	4	6	1	22
Psiquiatra	1	7	3	2	6	0	3	2	6	6	36

Fonte: Coordenação de NASF, 2016, adaptado pela autora.

2.2 ATUAÇÃO DO NASF: COMPARTILHAMENTO DE SABERES

De acordo com as diretrizes do NASF (BRASIL, 2010), a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF dependem de algumas ferramentas já amplamente testadas na realidade brasileira, como é o caso do Apoio Matricial, da Clínica Ampliada, do Projeto Terapêutico Singular (PTS), do Projeto de Saúde no Território (PST) e a Pactuação do Apoio descritos abaixo:

- **CLINICA AMPLIADA:** proporciona um olhar sobre o processo saúde-doença de uma forma ampliada, não favorecendo nenhum núcleo profissional. O somatório destes olhares (cada sinal e sintoma analisado de acordo com a especialidade profissional) contribuirá de forma integrada para o favorecimento do usuário.
- **PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR:** trata-se de um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário.
- **PROJETO DE SAÚDE NO TERRITÓRIO:** pretende ser uma estratégia das equipes de SF e do NASF para 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.

- **PACTUAÇÃO DO APOIO:** ocorre em duas dimensões. Uma, pela Construção do Projeto do NASF em conjunto com os gestores, EqSF e Controle Social; Outra, por pactuação do processo de trabalho do NASF entre gestores, EqSF, NASF e a participação social.
- **APOIO MATRICIAL:** os profissionais (NASF e EqSF) irão compartilhar seus saberes, ampliando a resolução dos problemas mais comuns. O Apoio tem duas dimensões:
 - Dimensão assistencial: é aquela que vai originar uma ação clínica direta com os usuários;
 - Dimensão técnico-pedagógica: é aquela que vai gerar uma ação e apoio educativo com e para a equipe;

No termo apoio matricial podemos identificar dois conceitos principais: matricial e apoio. Segundo Campos e Domitti (2007), o termo **Matriz** refere-se a mãe, aquela que gera e cria, e também foi utilizado para indicar um conjunto de números que guardam relação entre si. O mesmo autor (2007), explica que o termo **Matricial** pressupõe que profissionais de referência e especialistas mantenham uma relação entre si e campos de conhecimento de modo horizontal, de forma a gerar novos saberes e possibilidades de atuação, diminuindo a fragmentação do cuidado. Já **Apoio**, define-se por amparo, suporte, auxílio. É uma maneira de se operacionalizar a relação horizontal entre os profissionais, construindo linhas de transversalidade, baseado em procedimentos dialógicos.

Com isso o conceito de Apoio Matricial em saúde, surge como uma ferramenta de gestão utilizada nos serviços de saúde a fim de assegurar retaguarda especializada às equipes coordenadoras do cuidado (Equipes de Saúde da Família), garantindo suporte clínico-assistencial e técnico-pedagógico. Inicialmente Gastão Wagner Campos trouxe a proposta de estudo e desenvolvimento dos conceitos de apoio matricial e equipe de referência⁵ dentro da linha de pesquisa voltada para a reforma das organizações e do trabalho em saúde entre os anos de 1998 a 2003 (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

A composição da equipe de referência e a criação de especialidades em apoio matricial buscam criar possibilidades para operar-se com uma ampliação do trabalho clínico e do sanitário, já que se considera que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral. Essa metodologia pretende assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, mas também investir na construção de autonomia dos usuários (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 400).

Contudo esta metodologia de gestão do cuidado foi adotada posteriormente em serviços de saúde mental, de atenção básica e da área hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) de Campinas, além de alguns programas do Ministério da Saúde – Humaniza-SUS, Saúde Mental e Atenção Básica/ Saúde da Família (CAMPOS; DOMITTI, 2007). A exemplo da prática do apoio matricial, referimo-nos a um especialista (a exemplo da EqNASF) que apoia especialistas com outro núcleo de formação (a exemplo das EqSF), objetivando a ampliação da eficácia de sua atuação junto aos casos acompanhados nas UBS. Segundo Cunha e Campos (2011), esta atuação poderá ser da seguinte forma:

- por meio de atendimento conjunto (ou Interconsulta);
- participação em discussões de projetos terapêuticos;
- análise de estratégias para lidar com demanda reprimida;
- análise de encaminhamentos que chegam às EqSF, entre outras solicitações que surgem durante o dia-dia das equipes de Saúde da Família.

As ferramentas de atuação do NASF proposta pelo Ministério da Saúde (como Apoio Matricial, Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular, do Projeto de Saúde no Território e a Pactuação do Apoio) somadas às atividades diárias desenvolvidas junto às EqSF (por meio de interconsultas, discussões de caso, reuniões de equipe entre outras), apresentam-se como formas de compartilhamento de saberes entre a equipe NASF e a EqSF. Esta construção poderá intervir tanto na qualidade do cuidado ofertado nas Unidades de Saúde da Família, quanto na produção de novas formas de aprendizagem dentro das unidades de saúde.

Dimensão pedagógica do apoio matricial

Segundo Souza et al. (1991), as atividades educativas nos serviços de saúde caracterizam-se principalmente, por fragilidade de inserção institucional e modismos pedagógicos dependentes das idiosincrasias dos dirigentes políticos ou de normas institucionais acríticas, ou seja, há uma insuficiência dos trabalhadores neste processo, colocando-os como grupo “sujeitado” aos processos pensados por uma instância diretiva (MS, Coordenação etc.), gerando propostas educacionais limitadas.

Segundo Franco (2007), há um senso comum de não reconhecimento do conhecimento gerado com base nas vivências cotidianas na atividade de trabalho e os rótulos dos processos educativos são muitos, tais como as ideias de “educação continuada”, onde a continuidade da “transferência de conhecimento” é necessária para suprir uma formação suposta como deficitária para os serviços de saúde.

O Apoio Matricial em saúde aborda o desenvolvimento de práticas educativas nas Unidades Básicas como uma das possibilidades de atuação da equipe matriciadora a exemplo do NASF. Como uma ferramenta inovadora de gestão, o apoio matricial e sua forma de atuação a fim de problematizar, levantando questões sobre o cuidado ofertado, analisando novas possibilidades de ampliação deste (formação de redes de cuidado), sendo assim poderá desenvolver novas práticas pedagógicas nas UBS?

Primeiramente para desenvolvimento de tais práticas e suporte pedagógico pelas equipes de NASF há de se compreender inicialmente sobre a prática do matriciamento nas unidades de saúde, para que por meio dos profissionais envolvidos neste processo haja abertura para construção de novas metodologias e práticas pedagógicas.

Algumas questões se colocam, desde sempre, por exemplo: por que, apesar de todo esforço em educação, na maioria das vezes as práticas assistenciais permanecem as mesmas, estruturadas por um processo de trabalho que opera com base em relações hierárquicas, os atendimentos continuam sumários e os trabalhadores abrigam-se no seu pequeno espaço de saber-fazer, demonstrando grande dificuldade de interagir e conformar uma prática multiprofissional? (FRANCO, 2007, p. 428)

Para Souza et al. (1991), a construção de uma proposta metodológica alternativa para o desenvolvimento de processos educativos nos serviços de saúde deverá enfatizar previamente, algumas questões principais como: o processo de produção de serviços de saúde, seus agentes e as relações entre os processos educativos e produtivos.

Sendo já compreendido que o apoio matricial nos traz inicialmente duas vertentes principais referindo-se à dimensão assistencial, que vai demandar uma ação clínica direta com os usuários e a dimensão em destaque neste estudo, tratando-se da técnico-pedagógica: que vai demandar uma ação de apoio educativo com e para a equipe (CUNHA; CAMPOS, 2010). Sampaio et al. (2013) coloca ainda que o apoio matricial poderá atuar também no suporte Gerencial-administrativo, Político-institucional e Político-comunitário como o quadro abaixo expõe:

Quadro 6 – Tipos de Apoio encontrados nos NASF analisados e suas principais características.

APOIO				
GERENCIAL-ADMINISTRATIVO	POLÍTICO-INSTITUCIONAL	TÉCNICO-PEDAGÓGICO	TÉCNICO-ASSISTÊNCIAL	POLÍTICO-COMUNITÁRIO
Solucionar problemas estruturais e administrativos;	Operar os direcionamentos políticos da gestão na condução das ações de saúde no território;	Educação Permanente;	Ampliar escopo de intervenção das ESF;	Projetos de saúde no território;
“Representantes da gestão” para fiscalizar o processo de trabalho;	Disparar processos específicos de políticas setoriais;	Saber compartilhado com as ESF na resolução conjunta;	Atendimentos direto ao usuário, com cada profissional apoiador desempenhando criticamente sua profissão	Fortalecimento de conselhos locais;
Equipe descentralizada do grupo de comando gerencial		Qualificar os encaminhamentos;		Identificar lideranças e favorecer a articulação intersetorial

Fonte: Sampaio et al.,2013, p. 49.

Cunha e Campos (2010, p. 41) ainda colocam que

o momento de maior disponibilidade de uma equipe para aprender determinado tema, é exatamente quando tem um caso sob sua responsabilidade e estes expõem a necessidade de receberem o apoio de uma equipe especializada (neste caso os profissionais do NASF) sobre o tema gerando um momento educativo com e para a equipe.

Esta troca de saberes e discussão dos casos acontecem geralmente em reunião. Tanto da Equipe de Saúde da Família, onde o profissional do NASF adapta sua agenda semanal para participar no maior número de reuniões possíveis para desenvolvimento e suporte aos casos, quanto na reunião do NASF, que após o conhecimento do caso abordado pela equipe de referência⁴, compartilha com os demais profissionais do NASF a fim de ampliar o olhar sobre as formas de assistência sobre os casos.

Com isso, no mesmo texto, os autores afirmam que o conceito de apoio matricial é sinérgico à proposta de Educação Permanente, visto que é um momento privilegiado para o

⁴ Equipe de Referência: A equipe ou profissional de referência são aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Objetiva ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários. O termo responsabilidade de condução refere-se à tarefa de encarregar-se da atenção ao longo do tempo, ou seja, de maneira longitudinal, à semelhança do preconizado para equipes de Saúde da Família na atenção básica. Fonte: (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

aprendizado tanto para equipe NASF, como para a Equipe de Saúde da Família. Com isto a “proposta da EPS parte do reconhecimento de que é no trabalho que o sujeito põe em prática a capacidade de autoavaliação, de investigação, de trabalho colaborativo em equipe, de identificação da necessidade de conhecimentos complementares. Considera, ainda, que é no cotidiano que o trabalhador formula temas para os quais necessita de aperfeiçoamento ou atualização, em uma perspectiva de transformação do seu saber e do seu fazer” (FARIAS et al., 2009, p. 25-26).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), o trabalho do NASF junto às equipes de Saúde da Família apresenta algumas ferramentas para operacionalizar o Apoio Matricial na prática, são elas:

- Trabalho com Grupos de Educação em Saúde;
- Projeto Terapêutico Singular (PTS) – definido anteriormente;
- Genograma: O genograma permite visualização rápida e abrangente da organização familiar e suas principais características, constituindo um mapa relacional onde são registrados dados relevantes ao caso. Possibilita analisar a estrutura da família, sua composição, problemas de saúde, situações de risco e padrões de vulnerabilidade. Retrata a história familiar, identificando sua estrutura, funcionamento, relações e conflitos entre os membros;
- Ecomapa: O ecomapa é instrumento de avaliação familiar bastante útil no mapeamento de redes, apoios sociais e ligações da família com a comunidade. Costuma ser utilizado em associação ao genograma tanto para fins diagnósticos, quanto em planejamento de ações em saúde. Ambos os instrumentos retratam graficamente constituição e dinâmicas relacionais de um grupo social, com foco na família.
- Visita Domiciliar ou Atendimento domiciliar compartilhado;
- Atendimento ou consulta individual compartilhada;
- Atendimento Individual específico.

Todas estas ferramentas são meios em que o desenvolvimento de práticas pedagógicas e troca de saberes poderá ser potencializado, a exemplo:

- Trabalho com Grupos de Educação e Saúde: Neste, o profissional do NASF poderá trabalhar inicialmente com a equipe de saúde da família, temas que poderão ser abordados nos grupos educativos na UBS. Através destes momentos, tanto de

planejamento com as equipes, como no apoio para realização dos grupos poderão surgir momentos reflexivos e de ensino-aprendizagem.

- Projeto Terapêutico Singular, Genograma e Ecomapa: Ao se apropriar dos casos recebidos nas unidades de saúde e que requerem apoio especializado do NASF, há a possibilidade do despertar de saberes sobre: os usuários da unidade, suas questões de saúde, conhecimento abrangente do território –onde este paciente reside, sua rede de acesso (escolas, igrejas, praças hospitalares e etc..), os vínculos que este paciente possui entre outros elementos que formará uma rede de cuidado e descobertas, sendo assim um processo de aprendizagem constante. Neste momento, um dos profissionais que se destaca sobre esta rede de apoio, informações sobre o paciente coloca em evidência o ACS. Além de morador do território e apresentam nestes momentos de discussão sobre o caso, elementos essenciais, além do olhar técnico do processo saúde-doença.
- Visita Domiciliar, consulta individual compartilhada e Atendimento Individual específico: Neste caso o contato direto com o paciente, quer seja em sua residência, ou na UBS, sendo a consulta compartilhada com outro profissional de referência da equipe ou no individual, apresenta um momento rico para troca de saberes, experiências, muitas delas não científicas, mas que fazem parte da rotina do paciente e que deve ser considerada. Nesta rotina, o profissional da equipe de referência, quer seja médico, ACS ou enfermeiro, ao participar da consulta, partilha seu saber com o profissional do NASF e vice-versa, onde o profissional do NASF mesmo dentro do seu saber nuclear, proporciona momentos educativos.

2.3 O NASF E O DESENVOLVIMENTO DE ATIVIDADES EDUCATIVAS NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Ao nos reportamos à dinâmica das unidades básicas de saúde, nos deparamos com intenso fluxo de atendimentos, agendamentos, solicitações das secretarias municipais, a fim de abranger as “**encomendas**” feitas pelo Ministério da Saúde: Campanha da Influenza, Campanha para Saúde da Mulher, para a Saúde do Homem, Ações de combate à dengue, entre outras.

Com isso, surgem as capacitações direcionadas para cada profissional, por meio da Coordenação e Gestão de saúde local, a fim de estarem “aptos” para as ações delegadas. São

ofertadas então aos profissionais capacitações, cursos e oficinas para atuação, a exemplo, capacitações para atendimento com pacientes soro-positivo (HIV+), oficinas de ação para combate à Tuberculose, Manejo do paciente em Sofrimento Mental, Gravidez de alto-risco, Estimulação precoce nos bebês com microcefalia e etc.

Estes processos pedagógicos normalmente acontecem atravessando todo processo de trabalho destes profissionais de saúde, porém na maioria das vezes, direcionados para a prática de trabalho e funções específicas de cada categoria (conforme figuras 4, 5 e 6). Elencamos alguns exemplos mais comuns de práticas pedagógicas desenvolvidas nas UBS, sendo elas:

- **Oficinas de Educação Permanente:** Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b), a Educação Permanente trata-se de um processo de aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais.

A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Estas oficinas se baseiam justamente na política de Educação Permanente, sendo separadas uma hora na semana ou um momento da reunião da equipe onde são pautados as dificuldades apresentadas em relação ao processo de trabalho, à exemplo da figura 12 (p. 58). Assim, são elencados temas de discussão para aperfeiçoamento.

Figura 4 – Oficina de Educação em Saúde: profissionais da Atenção Básica (A.P. 2.1)



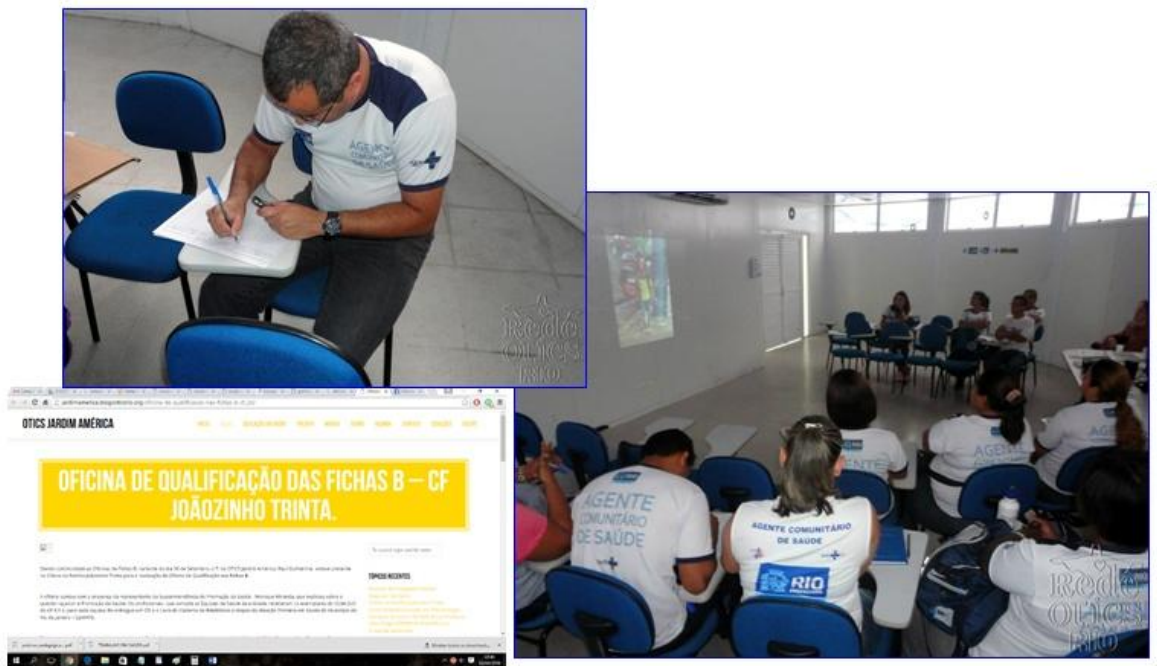
Fonte: CAP. 2.1. Disponível em: <<http://cap21.blogspot.com.br/2013/12/curso-educacao-em-saude-para.html>>. Acesso em: 03 abr. 2016

Figura 5 – Oficina de Qualificação das Fichas A.



Fonte: Otics Centro. Disponível em: <http://centro.blogoticsrio.org/2013/03/07/oficinas-de-qualificacao-das-fichas-dos_8/>. Acesso em: 03 abr. 2016.

Figura 6 – Oficina de Qualificação⁵ das Fichas B.

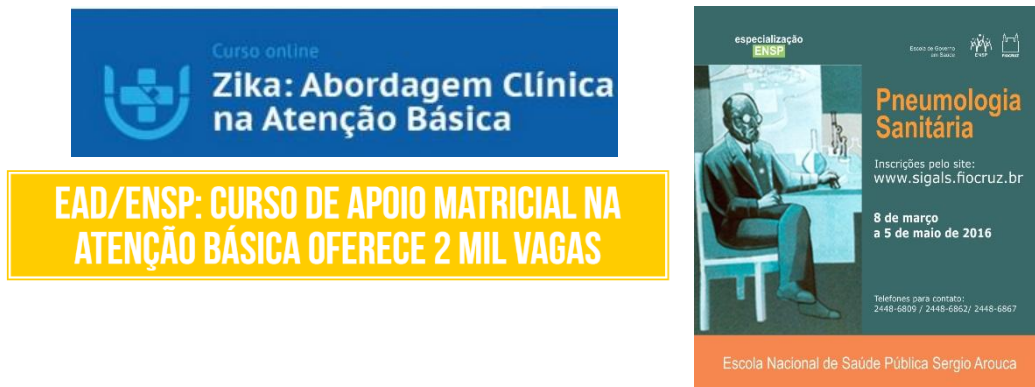


Fonte: Otics Jardim América. Disponível em: <http://jardimamerica.blogoticsrio.org/oficina-de-qualificacao-nas-fichas-b-cf_30/>. Acesso em: 03 abr. 2016.

⁵ O objetivo da Oficina de Educação Permanente foi estimular os profissionais da ESF da A.P. 2.1 a refletirem sobre a saúde dos Adolescentes e Jovens, instrumentalizar os participantes em metodologias educativas e auxiliar as equipes de Saúde da Família no atendimento as condicionalidades do cartão Família Carioca. E das Oficinas de Qualificação das Fichas A e B foram de capacitar os ACS no cadastramento das famílias do território, sendo a Ficha B para acompanhamento dos cadastrados dentro das linhas de cuidado do Ministério da Saúde, a saber os hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças, pacientes com hanseníase e etc. Fonte: Brasil (2009a).

- **Cursos** – ofertados pelo Ministério da Saúde e universidades (especializações, atualizações nas práticas de saúde); Os gestores da UBS recebem da Coordenadoria de Atenção Primária (CAP) os cursos que algumas universidades com ênfase na Atenção Básica e Saúde Pública ofertam aos funcionários da SMS (fig. 7). Este gestor, por sua vez, divulga internamente para os profissionais da unidade, considerando a carga horária do curso e o período de ausência destes profissionais durante sua jornada semanal. No próprio edital de alguns cursos, já vem em anexo, o termo “liberação do gestor da unidade”.

Figura 7 – Cursos ofertados ao profissionais da AB.



Fonte: Disponível em: <<http://manguinhos.blogspoticsrio.org/>>. Acesso em: 04 abr. 2016.

- **Capacitações** – geralmente focada na urgência de saúde populacional como nos casos de surtos endêmicos e epidêmicos. Algumas destas capacitações são direcionadas pela CAP, a fim de “prepararem” os profissionais das UBS para as situações de emergência da população, a exemplo de capacitações para prevenção e combate à Dengue.

Figura 8 – Capacitação dos servidores da Atenção Básica para o combate e prevenção da dengue (Dengue – 15 minutos).



Fonte: Disponível em: <<http://smsdc-csf-mariasebastianadeoliveira.blogspot.com.br/2012/03/capacitacao-dengue.html>>. Acesso em: 04 abr. 2016.

Figura 9 – Capacitação para profissionais das Equipes de Saúde da Família da AP. 3.3 (Capacitação em Atendimento HIV).



Fonte: Disponível em: <<http://i1.wp.com/madureira.blogsocticsrio.org/wp-content/uploads/2016/03/FOTO-5-1.jpg>>. Acesso em: 02 abr. 2016

- **Grupos de Educação em Saúde** – Estas atividades são realizadas pelas equipes de Saúde da Família direcionadas aos usuários da unidade, sendo estas, anteriormente planejadas em reunião de equipe (fig. 10 e 11), focando os grupos prioritários para planejamento das ações de saúde, a exemplo das gestantes, crianças, idosos, hipertensos, diabéticos e etc. De acordo com Ministério da Saúde (Brasil, 2009a), o desenvolvimento de atividades educativas faz parte do processo de trabalho de todos

os membros da equipe. Para o desenvolvimento de atividades educativas, recomenda-se:

- ✓ Divulgar – uma etapa que não deve ser esquecida. Espalhar a notícia para o maior número de pessoas, elaborar cartazes com letras grandes, de forma criativa, e divulgar a reunião nos lugares mais frequentados da comunidade fazem parte desse processo;
- ✓ Realizar dinâmicas que possibilitem a apresentação dos participantes e integração do grupo, quebrando a formalidade inicial;
- ✓ Apresentar o tema que será discutido, permitindo a exposição das necessidades e expectativas de todos. A pauta da discussão deve ser flexível, podendo ser adaptada às necessidades do momento;
- ✓ Estimular a participação de todos;
- ✓ Identificar os conhecimentos, crenças e valores do grupo, bem como os mitos, tabus e preconceitos, estimulando a reflexão sobre eles. A discussão não deve ser influenciada por convicções culturais, religiosas ou pessoais;
- ✓ Discutir a importância do autoconhecimento e autocuidado, que contribuirão para uma melhor qualidade de vida;
- ✓ Abordar outros temas segundo o interesse manifestado pelo grupo;
- ✓ Facilitar a expressão de sentimentos e dúvidas com naturalidade durante os questionamentos, favorecendo o vínculo, a confiança e a satisfação das pessoas;
- ✓ Neutralizar delicada e firmemente as pessoas que, eventualmente, queiram monopolizar a reunião, pedindo a palavra o tempo todo e a utilizando de forma abusiva, além daqueles que só comparecem às reuniões para discutir seus problemas pessoais;
- ✓ Utilizar recursos didáticos disponíveis como cartazes, recursos audiovisuais, bonecos, balões etc.;
- ✓ Ao final da reunião, apresentar uma síntese dos assuntos discutidos e os pontos-chave, abrindo a possibilidade de esclarecimento de dúvidas.

Figura 10 – Grupo de Combate ao Tabagismo – educação em saúde sobre os malefícios do fumo.



Fonte: Disponível em: <<http://smsdc-cf-aloyisioaugustonovis.blogspot.com.br/search?updated-max=2014-11-05T14:00:00-02:00&max-results=11&start=36&by-date=false>>. Acesso em: 04 abr. 2016.

Figura 11 – Grupo de educação em saúde para Hipertensos e Diabéticos

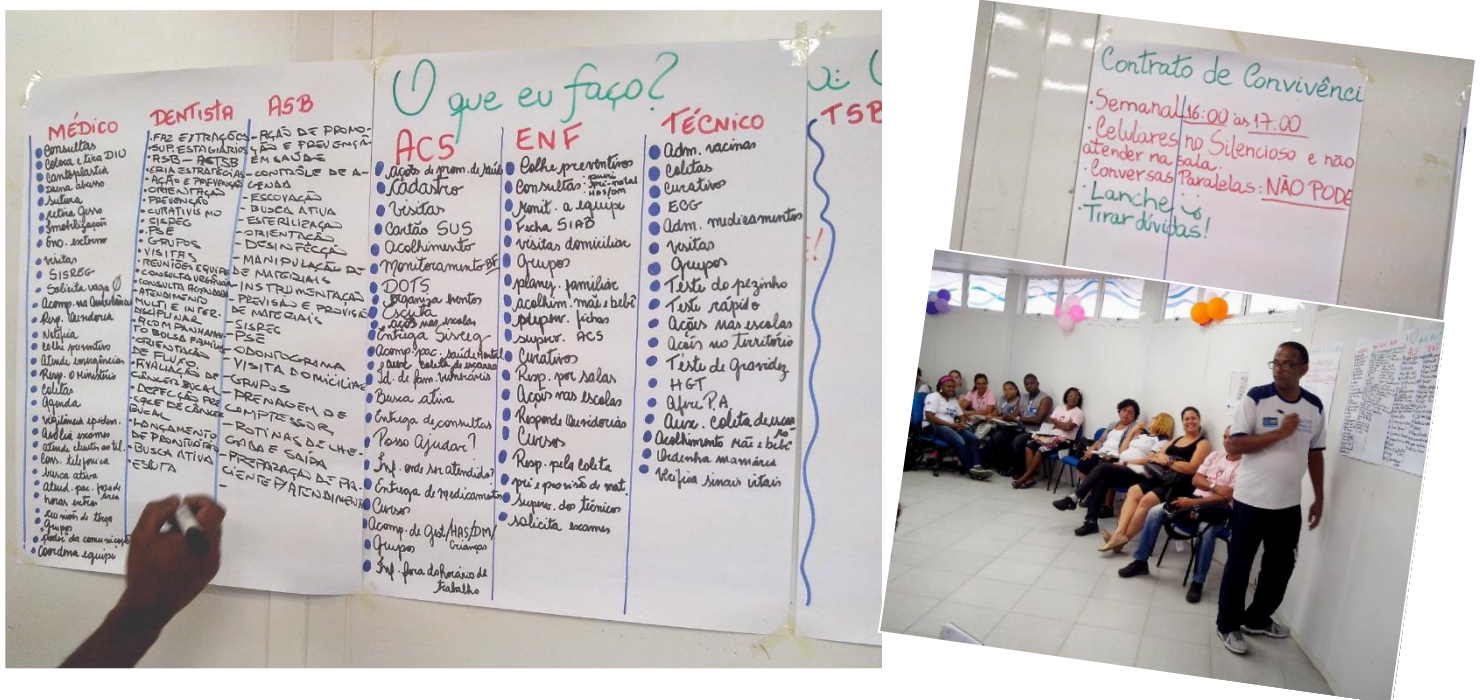


Fonte: Disponível em: <<http://smsdc-cf-aloyisioaugustonovis.blogspot.com.br/2012/08/grupo-de-diabeticos-e-hipertensos-da.html>>. Acesso em: 03 abr. 2016.

Esta pluralidade de capacitações e oficinas tanto acontecem de forma pontual (para ações específicas) como ao longo do ano, no calendário de programações das secretarias municipais de saúde. Segundo Souza et al. (1991), um número expressivo de dirigentes destas capacitações e cursos, acreditam que o aprimoramento destes trabalhadores de saúde, implicam diretamente na melhoria dos níveis de saúde, ou seja, uma relação direta entre preparação dos trabalhadores e resultados na prática laboral. Seria este o único objetivo dos processos educativos, nos seus diversos formatos, sendo exclusivamente o retorno direto no processo de trabalho?

Segundo Faria et al. (2009), para o desenvolvimento de práticas pedagógicas dentro das unidades básicas de saúde que pretendem desenvolver tanto reflexões, como resultados na organização do trabalho, deverá considerar todo contexto histórico e social do trabalho em saúde e não pontuar as capacitações na resolução de problemas.

Figura 12 – Educação Permanente das Equipes de Atenção Básica – Clínica da Família bairro da Penha/RJ.



Fonte: Disponível em: <<http://smsdc-cf-aloyisioaugustonovis.blogspot.com.br/2014/10/educacao-permanente-das-equipes-de.html>>. Acesso em: 03 abr. 2016.

Lima (2007) reafirma que o desenvolvimento e a reorganização do trabalho em saúde, ou, se preferirmos, a reestruturação produtiva desse trabalho, só pode ser compreendida quando se descobre a própria natureza da realidade social na qual se inscreve e que a redefine historicamente. Com isso não desconsiderando as capacitações propostas pelo Ministério da Saúde, porém há de se relevar as questões que estes trabalhadores, a UBS e a população assistida estão inseridas, para que haja um melhor planejamento dos processos educativos e consequentemente o aprimoramento das formas de produzir e ofertar serviços de saúde.

Franco (2007) traz um questionamento relevante a toda esta dinâmica, indagando a persistência nos serviços de saúde, de um processo de trabalho fragmentado, nos moldes tayloristas, com saberes que se isolam uns dos outros. A dificuldade de interação entre membros de uma mesma equipe sobretudo, sob os valores e a cultura de uma clínica que tem,

por referência, o velho modelo de assistência à saúde (flexneriano⁶), agrava ainda mais a construção conjunta de atividades educativas nas unidades de saúde.

Os inúmeros apelos feitos nas diversas estratégias de educação (capacitações, revisões/atualizações etc.) para os trabalhadores da saúde podem neste momento trazer mais um “desconforto”, como sendo mais uma tarefa a ser desenvolvida, do que um espaço de construção e desenvolvimento (FRANCO, 2007).

Quando se pretende reverter a situação prevalente é necessário tentar chegar à essência das questões, percorrendo os desvios necessários para abstrair a realidade e compreender os fenômenos e sua totalidade concreta. Assim, para construir uma proposta metodológica alternativa para o desenvolvimento de processos educativos nos serviços de saúde torna-se importante enfatizar previamente, como questões principais, o processo de produção de serviços de saúde, seus agentes e as relações entre os processos educativos e produtivos (SOUZA et al., 1991, p. 247).

O documento que refere-se à Política de Educação Permanente (BRASIL, 2009b), nos aponta que as práticas educativas nas unidades de saúde deverão ser:

- inseridas no próprio contexto social, sanitário e do serviço, a partir dos problemas da prática na vida cotidiana das organizações;
- reflexivas e participativas, voltada à construção conjunta de soluções dos problemas, uma vez que eles não existem sem sujeitos ativos que os criam;
- perene, na qual os diversos momentos e modalidades específicas se combinem em um projeto global de desenvolvimento ao longo do tempo;
- orientada para o desenvolvimento e a mudança institucional das equipes e dos grupos sociais, o que supõe orientar para a transformação das práticas coletivas;
- estratégica que atinja uma diversidade de atores, como os trabalhadores dos serviços, os grupos comunitários e os tomadores de decisão político-técnicos do sistema.

Há de se identificar se as capacitações realizadas por estes profissionais têm reproduzido um modelo fragmentado de saúde, sem considerar a subjetividade do sujeito e suas formas de expressão durante todo processo de trabalho. O que nos desperta interesse é compreender como estes momentos educativos estão sendo planejados e realizados. Quais os conteúdos, metodologias e se estes têm trazido somente questões para necessidade imediata do processo de trabalho ou se têm abordado outras questões importantes para o desenvolvimento do sujeito ali presente: o trabalhador da saúde.

⁶ O chamado modelo flexneriano refere-se ao modelo de ensino médico implementado a partir do Relatório Flexner (EUA-1910), que sugeria uma formação que tivesse como eixo “a necessidade de enlaçar o ensino com a investigação nas ciências biomédicas”, decorrendo disso um modelo de prática médica centrada no corpo anátomo-fisiológico e tendo como principal referência o hospital (Nogueira, 1994 *apud* Franco (2007)).

Porém, além das questões do trabalho, as práticas de ensino e aprendizagem nas unidades básicas de saúde apresentam grande potencial reflexivo e transformador, já que as situações de saúde de uma população poderá ser um critério para análise das condições de vida desta e se assim ser um reflexo das condições políticas daquela região.

3 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Esta pesquisa, qualitativa, caracteriza-se como um estudo de caso da Área Programática 3.3 (AP 3.3) do município do Rio de Janeiro.

A pesquisa qualitativa é uma modalidade de pesquisa na qual os dados são coletados através de interações sociais e analisados subjetivamente pelo pesquisador. Preocupa-se com fenômenos, que é a interpretação subjetiva de um fato (APPOLINÁRIO, 2004). Sendo assim, o resultado da pesquisa nunca expressará a verdade, a realidade do campo em si, mas o que o pesquisador foi capaz de apreender daquela realidade estudada, ou seja, a neutralidade é um mito.

De acordo com Minayo et al. (2004, p. 81), a abordagem qualitativa, “preocupa-se com a compreensão interpretativa da ação social (...) atua levando em conta a compreensão, a inteligibilidade dos fenômenos sociais e o significado e a intencionalidade que lhes atribuem os atores”. Para Flick (2004, p. 28), “a pesquisa qualitativa é orientada para análise de casos concretos em sua particularidade temporal e local, partindo das expressões e atividades das pessoas em seus contextos locais”.

Na pesquisa qualitativa o estudo de caso assume, dentre outras, as seguintes características: enfatiza a interpretação do contexto, busca retratar a realidade de forma abrangente e profunda e procura representar os diferentes e, às vezes, conflitantes pontos de vista que estão presentes em uma situação social (LÜDKE, 1998, apud REZENDE, 2007).

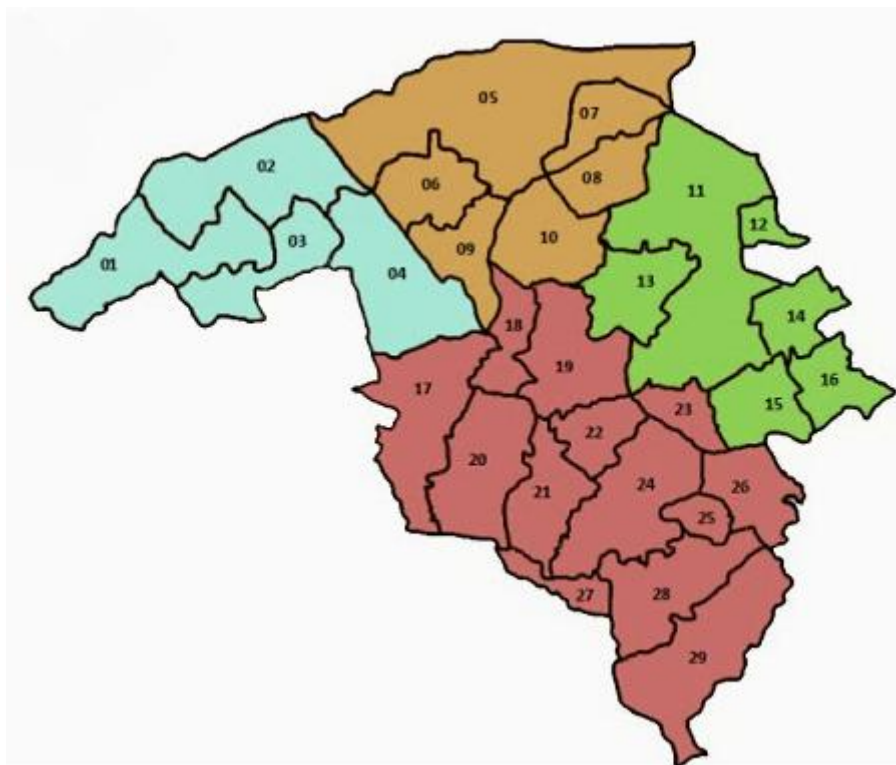
Devemos analisar o processo de matriciamento e da própria atuação das equipes de saúde (EqSF e equipes de NASF) diante de toda a complexidade de cenário, sendo influenciadas diretamente pelas condições que o território apresenta. Condições estas, favoráveis ou não, que percorrem a todo o momento este estudo, trazendo à luz os determinantes sociais e seus fatores como parte de todo o processo de trabalho em saúde e prática pedagógica como elementos que não podem ser desprezados.

3.1 O TERRITÓRIO ESTUDADO

Segundo a Coordenação de Vigilância Ambiental (CVA 2015), a AP 3.3 refere-se à área que contempla os seguintes bairros da zona norte (fig. 13): Acari, Anchieta, Barros Filho, Bento Ribeiro, Campinho, Cascadura, Cavalcanti, Coelho Neto, Colégio, Costa Barros, Engenheiro Leal, Guadalupe, Honório Gurgel, Irajá, Madureira, Marechal Hermes, Oswaldo

Cruz, Parque Anchieta, Parque Columbia, Pavuna, Quintino Bocaiuva, Ricardo de Albuquerque, Rocha Miranda, Turiacu, Vaz Lobo, Vicente de Carvalho, Vila da Penha, Vila Kosmos e Vista Alegre.

Figura 13 – Coordenadoria de Área de Planejamento 3.3 – Regiões Administrativas e Bairros.



Fonte: Coordenadoria de Atenção Primária – CAP 3.3. Disponível em: <<http://smsdcap33.blogspot.com.br/p/territorios-onde-atuamos.html>>. Acesso em: 17 abr. 2016.

Legenda:

01-Parque Anchieta/ 02- Anchieta/ 03- Ricardo de Albuquerque/ 04- Guadalupe/ 05- Pavuna/ 06- Costa Barros/ 07- Parque Colúmbia/ 08- Acari/ 09- Barros Filho/ 10-Coelho Neto/ 11- Irajá/ 12-Vista Alegre/ 13- Colégio/ 14- Vila da Penha/ 15- Vicente de Carvalho/ 16- Vila Kosmos/ 17- Marechal Hermes/ 18- Honório Gurgel/ 19- Rocha Miranda / 20- Bento Ribeiro / 21- Oswaldo Cruz/ 22-Turiacu/ 23- Vaz Lobo / 24- Madureira/ 25- Engenheiro Leal/ 26- Cavalcanti/ 27- Campinho/ 28- Cascadura / 29- Quintino Bocaiúva

Antes de 2009, ano em que foi estabelecido o acordo entre a Organização Social Viva Rio e a Secretaria de Saúde do município do Rio de Janeiro, existiam apenas 29 equipes de Saúde da Família na A.P. 3.3. Atualmente na área são 119 equipes de Saúde da Família, uma equipe de Consultório na Rua, 48 equipes de Saúde Bucal e 7 Núcleos de Apoio à Saúde da Família, implantados em 24 unidades da região (VIVA RIO, 2015).

A escolha de analisar as equipes de NASF e Saúde da Família da AP 3.3 tem como ponto principal a minha experiência profissional no território e a familiaridade com as unidades de saúde de áreas com grande vulnerabilidade social. Durante um ano e meio atuei

na AP. 3.3 nos diversos Centros Municipais de Saúde e Clínicas da Família, contemplando alguns bairros, como Acari/Fazenda Botafogo, Costa Barros, Guadalupe e Pavuna, nas seguintes unidades: CMS Fazenda Botafogo, CMS Portus/Quitanda/Tom Jobim, CMS Dr Nascimento Gurgel e Clínica da Família Maestro Celestino, respectivamente.

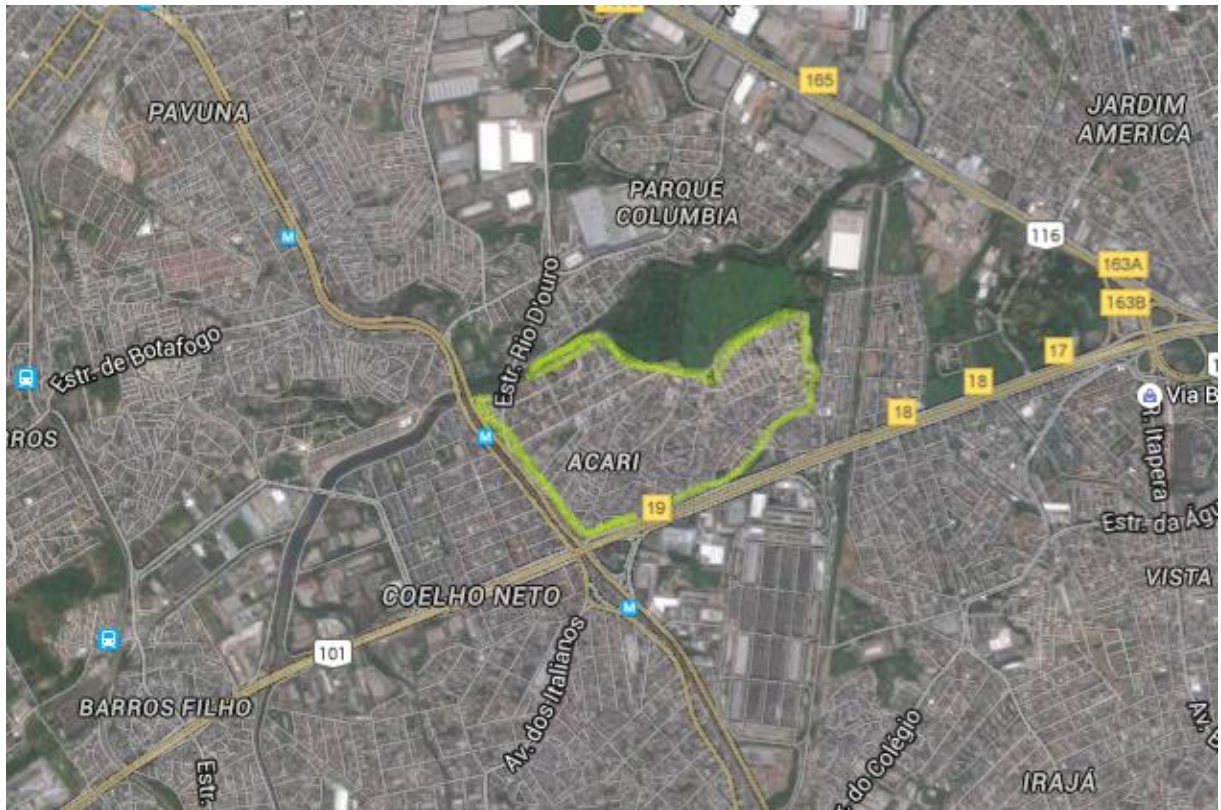
Neste estudo, daremos preferência às Unidades nas quais eu não trabalhei diretamente, a fim de olhar outras formas de desenvolvimento do apoio matricial adotadas na área. Vamos trabalhar com as equipes do CMS Enfermeira Edma Valadão (situado no bairro de Acari) e da Clínica da Família Souza Marques (situado no bairro de Madureira).

O Bairro de Acari

Segundo o portal GEO RIO (2016a), Acari é um bairro localizado na Zona Norte do município do Rio de Janeiro pertencente à sua vigésima quinta região administrativa (RA) (XXV RA-Pavuna – fig.14). Vizinho aos bairros de Fazenda Botafogo, Barros Filho, Coelho Neto, Costa Barros, Parque Colúmbia e o próprio bairro da Pavuna, Acari possui no total 24.650 habitantes, sendo a maior parte desta composta de adultos e jovens com faixa etária de 15 a 59 anos -totalizando 15.382 habitantes (INSTITUTO PEREIRA PASSOS, 2016). Em relação ao Índice de Desenvolvimento Social (IDS), o bairro de Acari apresenta um dos mais baixos do município do Rio de Janeiro, ficando na 153^a posição (IDS 0,433) dentre os 158 bairros analisados pelo IBGE em 2000 (CAVALLIERI; LOPES, 2008, p. 10).

A história do bairro inicia pela peculiaridade de seu nome, que segundo o portal GEO RIO (2016a), foi inspirado no nome do rio pertencente à região, o rio Acari, e também no nome do peixe mais comum que este rio possuía (da espécie Acari). Com isso tanto o rio que corta seu território e faz divisa com o bairro vizinho (Parque Colúmbia), como a comunidade foram batizadas com o mesmo nome. (Rio Acari e a conhecida Favela de Acari). Esta por último é a junção do Conjunto Amarelinho, construído no final dos anos 50 às margens da Avenida Brasil, e mais quatro localidades: Parque (Proletário) Acari, Vila Rica de Irajá, Coroado e Vila Esperança. Segundo o portal GEO RIO (2016a), o Complexo Acari iniciou seu processo de ocupação no ano de 1946 com habitações predominantemente rurais, apresentando um dos maiores índices de pobreza no Estado do Rio de Janeiro.

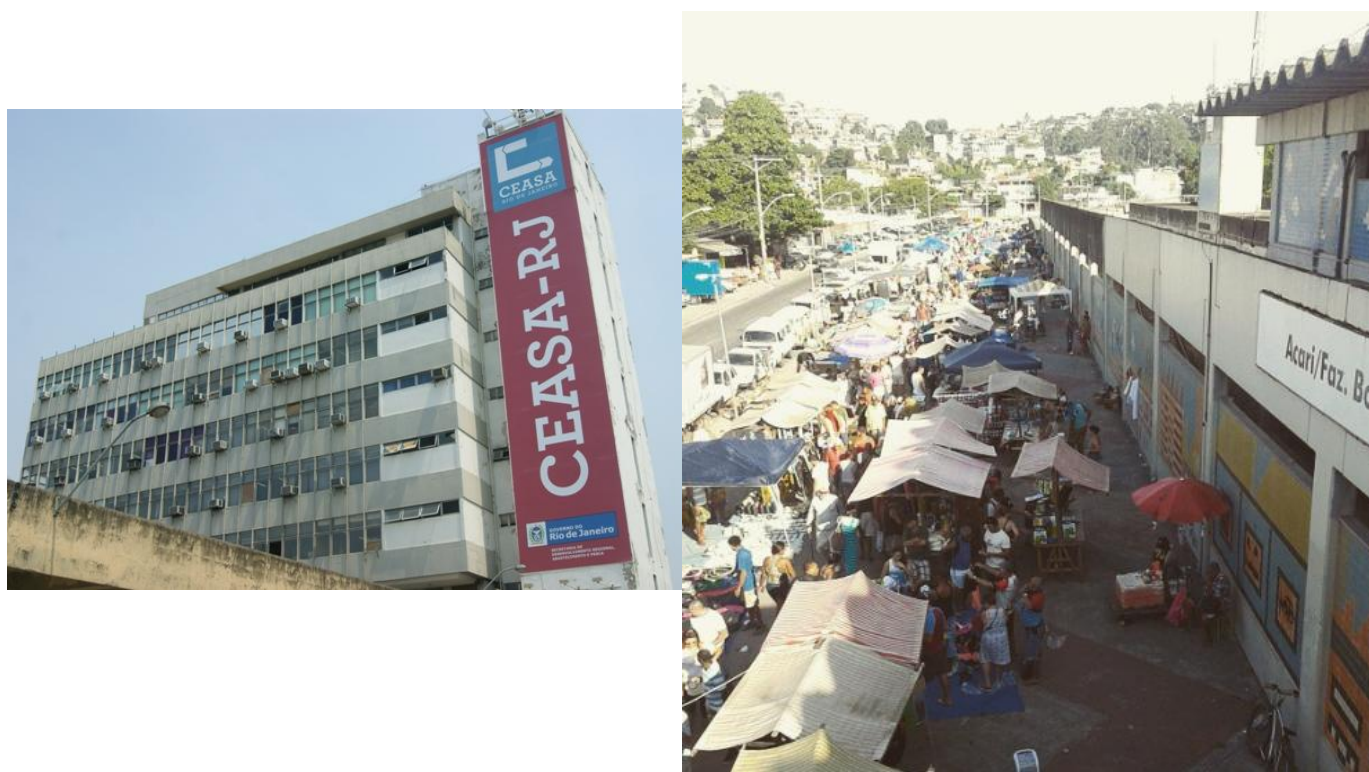
Figura 14 – Bairro de Acari - Rio de Janeiro.



Fonte: Disponível em: <<https://www.google.com/maps/place/Acari,+Rio+de+Janeiro+-+RJ,+Brasil/@-22.8212067,-43.3504304,2941m/data=!3m1!1e3!4m2!3m1!1s0x9964bb211494e3:0x14c34af46a483762?hl=pt-BR>>. Acesso em: 23 abr. 2016.

Segundo o Instituto Pereira Passos (2016) atualmente, a população residente apresenta renda nominal média (incluindo os sem rendimentos) de R\$ 390,00 mensais por habitantes, e o que ainda caracteriza uma região pobre do município. Hoje o bairro é formado pelas favelas de Acari, Vila Rica de Irajá e Vila Esperança. Possui comércio importantes ao seu redor como as Centrais de Abastecimento do Estado do Rio de Janeiro (CEASA-RJ) e a Feira de Acari, onde moradores locais atuam no comércio com preços populares para os moradores da Favela de Acari e das comunidades adjacentes (Figura 15).

Figura 15 – Comércios locais: CEASA- RJ e Feira de Acari.



Fonte: Disponível em: <<http://zonanorteetc.com.br/tag/feira-de-acari/#.VxwMHTArLIU>> e <http://www.ceasa.rj.gov.br/ceasa_portal/view/Noticia.asp?idNoticia=697>. Acesso em: 23 abr. 2016.

Segundo o último levantamento realizado pelo Instituto Pereira Passos no ano de 2002, o bairro de Acari apresenta maior número de homicídios do município do Rio de Janeiro, somado aos bairros da Pavuna e Santa Cruz, parte desta violência diretamente ligada ao tráfico de drogas local (CEZAR; CAVALLIERI, 2002). Mesmo se passando 14 anos, Acari não possui nenhum programa do governo atuante no combate à violência. Nem ao menos há previsão para implantação de um dos projetos mais conhecidos do governo como é o caso das Unidades de Polícia Pacificadora (UPP), atuantes em algumas comunidades do município do Rio de Janeiro. O que verificamos nos noticiários por parte do governo atual, são as operações policiais com término em grande confronto armado e morte de moradores.

Com a implantação da Linha 2 do Metrô (A partir de 1875, sendo a antiga estrada de Ferro Rio d'Ouro) ganhou a estação Acari-Fazenda Botafogo. Nele foi construído o Hospital Municipal Ronaldo Gazolla, conhecido como Hospital de Acari (fig. 16), o segundo maior do município (PORTAL GEO RIO, 2016a).

Figura 16 – Hospital Municipal Ronaldo Gazolla – "Hospital de Acari".



Fonte: Disponível em <<http://www.rafarquitetura.com.br/projetos/hospital/>>. Acesso em: 23 abr. 2016.

Ao final de dezembro de 2013 os moradores da região de Acari e Fazenda Botafogo sofreram com uma das piores enchentes da última década (fig.17). A estação de metrô Acari/Fazenda Botafogo foi totalmente interditada. A população estava sofrendo com um surto de dengue neste período e com as inundações só agravaram em todos os sentidos o estado da população, tanto em moradia, alimentação e saúde. Muitos moradores perderam tudo que tinham. As unidades de Saúde da Família também ficaram destruídas à exemplo do Centro Municipal de Saúde (CMS) Fazenda Botafogo, à margem do Rio Acari, porém disponibilizaram profissionais para ajudaram a população junto ao estado de emergência do Complexo Acari junto à outras unidades de saúde local, a exemplo do CMS Enfermeira Edma Valadão.

Figura 17 – Enchente Complexo Acari/Fazenda Botafogo.



Fonte: O DIA RIO. Disponível em: <<http://goo.gl/XfQbO1>>. Acesso em: 24 abr. 2016.

Centro Municipal de Saúde Enfermeira Edma Valadão

A fim de expandir a cobertura Programa Saúde da Família, a secretaria Municipal de saúde, além de criar um hospital de referência no bairro (Hospital de Acari), implantou em

dezembro de 2010 o CMS Enfermeira Edma Valadão (fig. 18), sendo referência da atenção básica no bairro (Guia SUS – RIO 2013). O Centro de saúde fica localizado às margens da Avenida Brasil no número 18.476, possui como referência a CEASA-RJ (do outro lado da Avenida Brasil) e a passarela da mesma avenida de número 26. Praticamente beirando o Conjunto do Amarelinho, o CMS Edma Valadão é uma unidade de saúde do tipo A, com 105 profissionais onde sua população adscritas (24.926 pessoas) possui cobertura de sete equipes de saúde da família da unidade sendo elas:

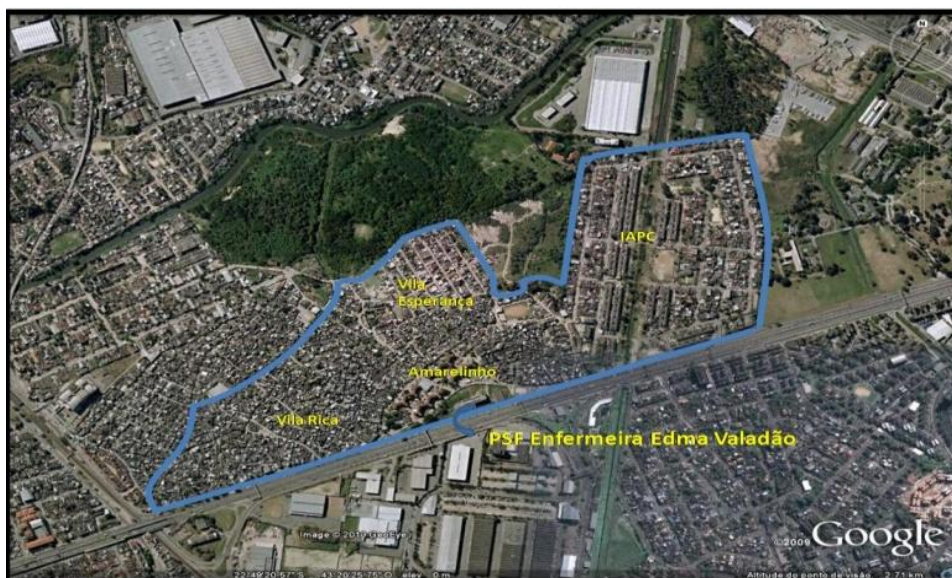
Quadro 7 – Equipes de Saúde da Família - CMS Enf^a Edma Valadão.

Equipes	Território
Equipe Vila Rica	Comunidades do Complexo de Acari: (Comunidades da Vila Rica, Vila Esperança, Conjunto Amarelinho, Fim do Mundo e IAPC)
Equipe Projetada	
Equipe União	
Equipe Vila Esperança	
Equipe Fim do Mundo	
Equipe Amarelinho	
Equipe Principal	

Fonte: CMS Edma Valadão – Regimento Interno (2013).

Estas sete equipes de saúde da família são compostas de 1 Médico, 1 Enfermeiro, 1 Técnico de Enfermagem e 6 ou 7 agentes comunitários de saúde e 4 equipes de Saúde Bucal inseridas nas ESF composta por 1 Dentista, 1 Auxiliar de Saúde bucal, e 1 técnico em saúde bucal. As equipes estão divididas de 6 a 7 micro-áreas dependendo do tamanho de cada território (CMS EDMA VALADÃO 2013, p. 5).

Figura 18 – Território adstrito do CMS Enfa Edma Valadão.



Fonte: CMS Edma Valadão – Regimento interno (2013, p. 9.)

Segundo o Regulamento interno da unidade (2016), no CMS Enfermeira Edma Valadão são oferecidos à comunidade os seguintes serviços

acolhimento, assistência médica de família, consultas de enfermagem e acompanhamento pela odontologia. Além de vacinas, curativos, medicações injetáveis, teste do pezinho, preventivos, procedimentos de enfermagem, atendimento e manejo clínico da dengue e distribuição de medicamentos pela rede de atenção básica. Os profissionais de saúde desenvolvem programas de cuidados com a saúde da criança, saúde da mulher, acompanhamento de hipertensos e diabéticos, antitabagismo, tratamento da tuberculose e hanseníase, entre outros (CMS EDMA VALADÃO, 2016, p. 21)

Além destes serviços, a unidade disponibiliza grupos de Educação em Saúde para população priorizando as ações preventivas e o trabalho em grupo como estratégia essencial no cuidado dos usuários da área (fig. 19). Com isso, a unidade disponibiliza aos cadastrados: Grupo de acolhimento mamãe bebê (mensalmente), Grupo de planejamento familiar (toda 3ª feira, das 9:00 as 12:00), Grupo do idoso (4ª feira, as 14:00h) e o Grupo Sementinha (grupo de crianças - mensal) (BLOG CMS EDMA VALADÃO, 2016).

A fim de ampliar a cobertura de serviços ofertados e apoiar as ações junto às equipes de saúde da família, a equipe de NASF atua desde 2011 no CMS Enfª Edma Valadão. Composta por 2 Fisioterapeutas, 2 Assistentes Sociais, 1 Psicóloga, 1 Educador Físico e 1 Nutricionista.

Figura 19 – Grupo Saúde do Adolescente - Atuação da Nutricionista do NASF junto à equipe de saúde da família.



Fonte: Blog CMS Edma Valadão. Disponível em: <<http://goo.gl/G5CXJG>>. Acesso em: 24 abr. 2016.

O Bairro de Madureira

Madureira é um bairro localizado na zona Norte do município do Rio de Janeiro, conhecido por seu grande comércio e por ser referência cultural para a população carioca (fig 20 e 21). Cortada por duas linhas férreas, Madureira possui transporte abundante para população que queira desfrutar de sua diversidade comercial.

Na virada do século XIX para o século XX, Madureira já tinha se tornado um importante eixo ferroviário com a inauguração das estações de Madureira (1890), na antiga Estrada de Ferro Dom Pedro II, e de Inharajá (1908) – atual estação Mercado de Madureira ou Magno -, na antiga Estrada de Ferro Melhoramentos do Brasil (linha auxiliar). Em 1958, com a inauguração do viaduto Negrão de Lima, foram interligadas as áreas do bairro separadas pelos ramais da linha férrea. Madureira se consolidaria como centro comercial dos subúrbios com a construção do Mercado de Madureira (1914), que, durante boa parte do século XX, foi o maior centro de distribuição de alimentos da região (PORTAL GEO RIO, 2016b)

Figura 20 – Bairro de Madureira-RJ.



Fonte: Google Maps – Bairro de Madureira. Disponível em: <<https://goo.gl/BmxUrc>>. Acesso em: 24 abr. 2016.

Pertencente à décima quinta RA do município do Rio de Janeiro e vizinha aos bairros de Cascadura, Oswaldo Cruz, Cavalcanti, Vaz Lobo, Engenheiro Leal, Turiaçu, Campinho e Oswaldo Cruz (O Rio de Janeiro – Guia de bairros 2016), Madureira possui o índice de Desenvolvimento Social de 0,586, ficando na 82ª posição de 158 bairros pesquisados no município (CAVALLIERI; LOPES, 2008, p. 9). Segundo o Instituto Pereira Passos (2016), Madureira possui 51.410 habitantes, sendo quase 10% da sua população entre a faixa etária de 15 a 59 anos, com rendimento nominal médio de R\$ 907,00 (incluindo toda população).

Figura 21 – Estação de Madureira -RJ



Fonte: Guia de Bairros: Madureira. Disponível em: <<http://www.oriodejaneiro.com/madureira-htm/>> Acesso em: 24 abr. 2016.

Algumas referências são importantes ao se caracterizar o bairro além das que citamos. O Mercado de Madureira e o Parque de Madureira (fig.22) são locais importantes e de grande acessibilidade para população em geral. O Mercado de Madureira, inicialmente era uma grande quitanda de hortifrutigranjeiros, onde ganha visibilidade e maior estrutura comercial quando em 1959 o presidente Juscelino Kubistchek o inaugura como grande polo comercial. Porém com a abertura do CEASA-RJ houve uma diversificação nos produtos comercializados -além do hortifrutigranjeiros- (O Rio de Janeiro – Guia de bairros 2016). No ano 2000 o Mercado de Madureira sofreu com grande incêndio, destruindo boa parte de suas lojas, porém posteriormente foi reconstruído de forma modernizada (PORTAL GEO RIO, 2016b).

O Parque de Madureira inaugurado em 2012, apresenta-se como o terceiro maior parque do município com grande estrutura para atividades esportivas, de lazer e culturais. Possui diversas quadras poliesportivas de futebol e tênis de mesa, além de ciclovia e pista de skate Recentemente ganhou uma arena para apresentações culturais batizada de Arena Fernando Torres e por se tratar de ano olímpico, ganhou uma escultura gigantesca dos arcos olímpicos.

Hoje, Madureira destaca-se como um importante centro funcional dos subúrbios, com intensa área comercial nas ruas Carvalho de Souza, Carolina Machado e Estrada do Portela, destacando-se shoppings como o “Tem Tudo”, Polo 1, o Shopping São Luiz e o moderno Madureira Shopping Rio (PORTAL GEO RIO, 2016b).

Figura 22 – Parque de Madureira-RJ.



Fonte: Disponível em: <<http://www.cidadeolimpica.com.br/parque-madureira/>>. Acesso em 24 fev. 2016.

Clínica da Família Souza Marques

Com intuito de expandir a cobertura da ESF no município do Rio de Janeiro, em 28 de março de 2012, no bairro de Madureira foi inaugurada a Clínica da Família (CF) Souza Marques, sendo referência da Atenção Básica na região. Esta unidade de saúde é caracterizada pelo modelo A, onde as equipes de saúde da família cobrem pela ESF os seguintes bairros: Cascadura, Madureira, Campinho, Oswaldo Cruz e comunidade Fubá Campinho, atendendo a

uma população de aproximadamente 35 mil pessoas (CF Souza Marques – Regimento Interno 2016).

No prédio da CFMS também funcionam Centro de Referência da Obesidade (CRO), um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), o serviço de Saúde do Trabalhador da CAP 3.3 e alguns serviços do Centro Municipal de Saúde Alberto Borgerth, como fisioterapia, ginecologia, clínica médica, dermatologia, pediatria, infectologia, hepatologia, nutrição e serviço social (CF SOUZA MARQUES, 2016).

Esta unidade de saúde da família possui como Hospital de referência o Hospital Municipal Ronaldo Gazzola (Hospital de Acari) e Hospital Francisco da Silva Telles. Como Unidade de Pronto-atendimento da população local a UPA de Irajá e de Madureira são referências. O Hospital Maternidade Herculano Pinheiro e a policlínica CMS Alberto Borgerth formam uma rede junto à CF Souza Marques para a cobertura da população em todos níveis de atenção. (GUIA SUS – RIO, 2013, p. 27). Atualmente, 10 equipes de saúde da família atuam no território, sendo elas:

Quadro 8 – Equipes de Saúde da Família-CF Souza Marques

Equipes		Território
EQUIPE FUBÁ	EQUIPE PADRE MANSO	Cascadura, Madureira, Campinho, Oswaldo Cruz Comunidade Fubá- Campinho
EQUIPE CAMPINHO	EQUIPE COMENDADOR PINTO	
EQUIPE PADRE DEHON	EQUIPE BARÃO DO AMPARO	
EQUIPE TENENTE LIRA	EQUIPE DIVINO	
EQUIPE DONA CLARA	EQUIPE INÁCIO DO CANTO	

Fonte: CF Souza Marques – Regimento Interno 2016. Disponível em: <<http://goo.gl/5Nb6AS>>. Acesso em: 24 fev. 2016.

A peculiaridade de cada área coberta pelas 10 equipes de saúde da família, faz da CF Souza Marques uma unidade com grande diversidade de usuários (fig. 23). São notórias as diferenças socio-econômicas entre as áreas adstritas a exemplo dos territórios das equipes Fubá, Campinho e Divino, apresentando territórios de maior vulnerabilidade social (maior proporção de crianças e gestantes). Já o território das equipes Dona Clara, Padre Manso, Comendador Pinto e Inácio do Canto apresentam áreas de população mais idosa com predomínio de doentes crônicos (CF Souza Marques – Regimento Interno 2016).

Figura 23 – Clínica da Família Souza Marques-Madureira –RJ.



Fonte: CAP 3.3. Disponível em <<http://smsdccap33.blogspot.com.br/2012/03/inaugurada-clinica-da-familia-souza.html>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

Além dos serviços básicos ofertados comuns às unidades básicas de saúde do município, em 2011 houve a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família para apoio nas ações. Atualmente a equipe NASF é composta por 1 Assistente Social, 1 Educadora Física, 1 Fisioterapeuta, 1 Fonoaudióloga, 1 Nutricionista e 1 Psicóloga (CF Souza Marques – Regimento Interno 2016). Com esta equipe especializada a CF Souza Marques possui apoio técnico para as atividades já ofertadas a exemplo os grupos de promoção à saúde da unidade e planejamento de novas ações em saúde (fig 24 e 25).

Figura 24 – Grupo Meio quilo- Apoio da Nutricionista do NASF.



Fonte: Disponível em: <<http://smsdc-cf-souzamarques.blogspot.com.br/search/label/Grupo%20Meio%20Quilo>>. Acesso em: 24 abr. 2016.

Figura 25 – Grupo do Idoso. Participação da Ed. Física nas atividades (recordações, histórias e cuidado à pressão arterial).



Fonte: Disponível em: <<http://smsdc-cf-souzamarques.blogspot.com.br/2013/01/grupo-do-idoso-21012013.html>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

3.2 TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO E DEFINIÇÃO DOS PARTICIPANTES

Optamos pela entrevista semi-estruturada e a observação participante enquanto técnicas, “por ser tratarem de importantes componentes para realização da pesquisa do tipo qualitativa”, a fim de captar as peculiaridades e “riquezas” deste processo que é a pesquisa de campo (MINAYO et al., 1994, p. 57).

Para Minayo (2004), a entrevista semi-estruturada combina perguntas fechadas (estruturadas) e abertas, onde o entrevistado não possui respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador, tendo a possibilidade de discorrer livremente sobre o tema proposto. De acordo com a autora (1994), o objetivo da entrevista não é captar uma simples conversa sem objetivo, acreditando na neutralidade desta, e sim mostrar a realidade do meio em que o entrevistado está submetido.

Foram realizadas 18 entrevistas individuais com os profissionais que compõe as equipes do NASF e da Saúde da Família.

Das EqNASF foram escolhidos três profissionais de cada equipe, totalizando seis participantes, independente da especialidade. Foram entrevistadas quatro EqSF: duas do CMS Enfermeira Edma Valadão e duas da CF Souza Marques. De cada equipe, foram escolhidos

um profissional de nível superior (médico ou enfermeiro) e dois de nível médio, referindo-se aos Agentes Comunitários de Saúde, totalizando 12 participantes (seis de cada unidade).

Os roteiros utilizados nas entrevistas estão nos Anexos 1 e 2.

A observação participante é uma “parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa” (MINAYO, 2004, p. 134). Segundo a autora (1994, p. 59), a observação participante

realiza-se através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos, onde o observador enquanto parte do contexto de observação, estabelece uma relação face a face com os observadores.

Para Minayo et al. (1994), a modalidade “observador como participante”, refere-se a uma observação quase formal, em curto espaço de tempo e proveniente de um contato bastante superficial com o campo. Neste estudo, seu uso se justifica pelo potencial de coletar dados de situações presenciadas, importantes para a compreensão da realidade estudada, que não foram capturadas pelas questões e roteiros das entrevistas individuais.

Através deste tipo de observação, acompanhamos:

1. A rotina de apoio matricial da EqNASF nas Consultas Conjuntas (ou Interconsultas)⁷ com os profissionais das EqSF;
2. A rotina de reuniões de EqSF, que acontecem semanalmente para discussão dos casos, solicitação de apoio matricial para os profissionais do NASF, metas e necessidades da equipe entre outras;
3. Rotina dos profissionais na unidade, independente de espaços formais de reunião ou consultas agendadas.

Além das duas técnicas apresentadas acima, utilizamos, também, a análise documental da literatura relacionada ao tema. Buscamos nas bases de dados (SciELO e BVS) trabalhos científicos, tais como: dissertações de mestrado, teses de doutorado e artigos científicos que abordassem o Matriciamento, a Saúde da Família e Atenção Básica em Saúde. Foram coletados também dados nas bases do Departamento de Atenção Básica (DAB) e da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV) do Município do Rio de Janeiro.

⁷ A Consulta Conjunta ou Interconsulta caracteriza-se pela presença de dois profissionais ou mais e de especialidades diferentes no momento de uma mesma consulta. O objetivo desta é que através da contribuição do saber específico de cada profissional, além da participação do paciente, haja um planejamento diferenciado e resolutivo em relação ao seu plano de cuidado, objetivando assim a integralidade deste.

3.3 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados, buscamos nos aproximar da abordagem hermenêutica dialética proposta por Minayo, justamente por considerar a fala dos atores sociais e o contexto que a mesma está inserida (MINAYO et al., 1994, p. 77). Este tipo de análise leva em consideração a compreensão e os sentidos da fala do entrevistado, do diálogo e suas expressões linguísticas, sendo esta técnica adequada para estudos que abordam interações “com comunidades e grupos socioculturalmente heterogêneos em termos de época, culturas, classes como também para análise das relações no interior de grupos homogêneos” (MINAYO, 2004, p. 220). Neste sentido, o método hermenêutico dialético:

Busca a compreensão do texto nele mesmo “entender-se na coisa”. Ela se distingue do saber técnico que quer fazer da compreensão um conjunto de regras disciplinadoras do discurso. Distingue-se também da linguística, cujo principal objeto é a reconstrução do sistema abstrato de regras de uma linguagem natural, toma como seu campo as experiências fundamentais de “um falante comunicativamente competente, (MINAYO, 2004, p. 223).

Portanto, a hermenêutica dialética torna-se adequada para análise de dados de uma pesquisa qualitativa, apresentando-se como a “mais capaz de dar conta de uma interpretação da realidade, colocando a fala dos atores da entrevista em seu contexto a fim de entendê-la a partir do seu interior e no campo da especificidade histórica e totalizante em que é produzida” (MINAYO, 2004, p. 231), além de contemplar justamente questões muito particulares do sujeito em todo seu contexto.

A pesquisa qualitativa se preocupa, nas ciências sociais, com níveis de realidade que não podem ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO et al., 1994, p. 21-22).

A linguagem por sua vez se apresenta como instrumento de comunicação entre os seres humanos, fazendo uma ponte de interação entre as expressões que se colocam durante o diálogo. Este por sua vez acontece num determinado tempo e espaço, entre duas pessoas ou mais, com histórias e contextos de vidas parecidos ou diferenciados, por isso, ao analisarmos os dados da pesquisa e a fala dos sujeitos, torna-se importante perceber que esta linguagem está diretamente influenciada por todos estes fatores inerentes aos atores desta comunicação. Toda bagagem que o sujeito trás de suas vivências determinará sua expressão e linguagem durante a entrevista, sendo válido também para a posição de entrevistador.

A autora (2004) observa ainda que esta linguagem por vezes não é única e suficiente para compreensão da fala destes sujeitos. Justamente por considerar a diversidade de experiências vividas pelos atores trazemos esta possibilidade de estranhamento para com a fala do outro (o que seria familiar para um poderá ser estranho à realidade do outro).

Por isso é nesta direção que esta pesquisa elenca a hermenêutica dialética como método de análise, justamente por considerar esta possibilidade de interpretação dos sentidos da fala dos sujeitos, trazendo esta possibilidade de estranhamento durante este diálogo, onde neste movimento de “compreensão-convencimento” traz a importância de se considerar a práxis social e toda as contradições existentes, “considerando esta como resultado de condições anteriores e exteriores ao sujeito. Isto é, o ato humano que atravessa o meio social conservando as determinações, mas também transformando o mundo sobre as condições dadas” (MINAYO, 2004, p. 232).

Contudo, por exigüidade de tempo, não me foi possível aplicar totalmente esta metodologia que, porém, inspirou a análise das falas como reforço à cuidadosa explicitação descritiva deste estudo e suas conclusões .

3.4 FORMALIZAÇÃO DO ESTUDO E QUESTÕES ÉTICAS

Este estudo, foi submetido à dois Comitês de Ética e Pesquisa (CEP). O primeiro foi o Comitê da Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), onde estou cursando este Mestrado Profissional. Foi submetido para avaliação do CEP em 31/07/2015 (n. 47813115.9.0000.5241) e, por conta de uma-greva na instituição, ficou aguardando análise por 2 meses, sendo aprovada em 01/10/2016 (parecer no Anexo 4).

Após aprovação por meio da plataforma Brasil, o CEP da Secretaria Municipal de Saúde (RJ) teve acesso à proposta de pesquisa sendo submetido para avaliação no mesmo dia 01/10/2016 (n. 47813115.9.3001.5279), porém com aprovação em 15/01/2016 (anexo 5).

Em seguida, entramos em contato com o Centro de Estudos da Coordenação da área Programática 3.3, comunicando a liberação da pesquisa (que tiveram acesso por e-mail a todo projeto e pareceres dos CEP's) e, por fim, acionamos as gerências das unidades CMS Enfermeira Edma Valadão e Clínica da Família Souza Marques para apresentação da proposta às equipes de NASF e as equipes de Saúde da Família, participantes da pesquisa.

Todos os contactados aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1).

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO DAS EQUIPES DE NASF DA 3.3 E A DEMANDA DE SUPORTE MATRICIAL: CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS E DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

4.1.1 Centro Municipal de Saúde Enfermeira Edma Valadão

Durante a pesquisa de campo por meio da observação participante, elenquei observar a rotina dos profissionais do NASF e sua dinâmica de trabalho junto às equipes de saúde da família e me deparei com algumas questões importantes sobre o processo de trabalho da EqNASF no Centro Municipal de Saúde Edma Valadão. Nesta unidade, a equipe do NASF (que denominaremos NASF 1) é composta por sete profissionais, sendo um Educador Físico, dois Fisioterapeutas, uma Nutricionista, dois Assistentes Sociais e uma Psicóloga. A carga horária semanal destes profissionais são divididas entre duas unidades de saúde. Uma é o CMS Enfermeira Edma Valadão, onde matriciam 7 EqSF e a outra é a CF Epitácio Soares onde matriciam 4 EqSF, localizada no bairro da Pavuna, no município do Rio de Janeiro.

Quadro 9 – Carga Horária – Equipe NASF CMS Enfermeira Edma Valadão.

PROFISSIONAIS	CARGA HORÁRIA
2 Fisioterapeutas	20 horas cada profissional
1 Nutricionista	40 horas
2 Assistentes Sociais	20 horas cada profissional
1 Psicóloga	40 horas
1 Educador Físico	40 horas

Fonte: Elaborado pela autora, 2016 (com base na coleta de dados).

Com o somatório das cargas horárias dos profissionais, totaliza 200 horas semanais, com isto este NASF é caracterizado como modalidade tipo 1. Observamos também que a quantidade de EqSF que esta EqNASF está vinculada (11 no total), excede o número determinado pela portaria 3.124/2012 do Ministério da Saúde, que limita o número em nove a serem matriciadas por cada equipe de NASF (BRASIL, 2014). Isto demonstra o excesso de equipes de saúde e, conseqüentemente, de demandas que o NASF recebe quando acionado.

No CMS Enfermeira Edma Valadão, cada EqSF possui seu consultório onde os profissionais médicos e enfermeiros dividem escalas de atendimento. Os ACS's em número de seis por equipe não atuam com frequência nos consultórios, mas sim no acolhimento dos pacientes que chegam à unidade de saúde, por meio do guichê de acolhimento ou do “⁸ posso ajudar”, e no território adstrito (realizando visitas domiciliares e ações de educação em saúde na escola e na comunidade). Observamos também que as reuniões das EqSF são semanais (um turno de reunião) com a presença de todos os profissionais das EqSF.

O acolhimento é composto por sete guichês no *hall* principal da unidade de saúde, com os respectivos nomes das equipes sendo elas: equipe Vila Rica, equipe Projetada, equipe União, equipe Vila Esperança, equipe Fim do Mundo, equipe Amarelinho e equipe Principal. Os profissionais do NASF possuem agenda pelo prontuário eletrônico (VITACARE) pré-agendadas sendo algumas consultas por demanda livre (onde os usuários são acolhidos sem estarem agendados).

A equipe de NASF não possui uma sala fixa, porém na maioria das consultas que presenciei com a psicóloga e os fisioterapeutas, os mesmos utilizaram a “sala anexo”, referindo-se à sala extra que a unidade possui ao lado dos consultórios das equipes. As reuniões da equipe NASF acontecem quinzenalmente, mas é frequente a participação nas reuniões das equipes de saúde da família, de acordo com as entrevistas realizadas são frequente. Porém, há um revezamento dos profissionais do NASF nas reuniões das EqSF, estando em maior frequência os que estão escalados no dia na unidade.

Considerando a disponibilidade dos profissionais, elencamos as equipes Projetada e Amarelinho como participantes desta pesquisa junto à equipe do NASF. Ao verificarmos o trabalho de apoio matricial realizado pela EqNASF junto às respectivas equipes por meio da observação participante e das nove entrevistas realizadas (três com profissionais da equipe Projetada, três da equipe Amarelinho e três da Equipe de NASF) elencamos os seguintes pontos:

- ✓ Os profissionais entrevistados (EqSF e EqNASF) são celetistas, por meio da Organização Social Viva Rio;
- ✓ Os profissionais das EqSF entrevistados, possuem faixa etária entre 30 à 45 anos e atuam na Estratégia de Saúde da Família há mais de um ano; Entrevistamos nas

⁸ Posso Ajudar: ACS é escalado para ficar na recepção da unidade de saúde direcionando os usuários para os guichês de acolhimento de cada equipe além de orientar sobre a rotina da unidade de saúde no dia em que está escalado.

duas EqSF, dois Agentes Comunitários de Saúde e um Enfermeiro, totalizando três profissionais de cada equipe;

- ✓ Da EqNASF entrevistamos um fisioterapeuta, uma psicóloga e uma nutricionista.

Quadro 10 – Caracterização do Apoio Matricial do NASF Enfermeira Edma Valadão.

CARACTERIZAÇÃO DO NASF ENF^a EDMA VALADÃO
Nesta unidade de saúde, o NASF atua desde 2012. Os profissionais entrevistados do NASF atuam neste mesmo NASF há mais de dois anos.
Os profissionais entrevistados possuem mais de seis anos de graduação com especializações em: Acupuntura; Estratégia de Saúde da Família; Residência em Saúde da Família e Comunidade; Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social; Gestão da Atenção Básica; Residência Multiprofissional em Saúde da Família;
Compreendem o Apoio Matricial como ferramenta base para o trabalho do NASF junto às EqSF e o definem como: Nutricionista: Acompanhamento das equipes; Compartilhar e adquirir conhecimento; Fisioterapeuta: Conversa com as equipes; Expor dificuldades; Psicóloga: Trabalho de fazer junto; Construção de espaço de saber comum;
Atuação comum dos profissionais do NASF junto às equipes: Grupos de educação em saúde, Programa Saúde da Escola (PSE), Visitas domiciliares, Consultas conjuntas (ou interconsultas), discussão de casos, participação nas reuniões das EqSF, planejamento de ações dentro do calendário de atividades do Ministério da Saúde e oficinas de educação permanente para as EqSF. Atuação específica por categoria profissional (prática diária): Nutricionista: Grupo de Adolescentes, Grupo de hipertensos e diabéticos, Grupo de Alimentação Saudável, consultas individuais, suporte para os usuários com encaminhamento para cirurgia bariátrica, Grupo de Gestantes e etc. Fisioterapeuta: capacitação de auriculoterapia para as EqSF, Reflexologia podal, Grupo de Pilates, Grupo de capacitação em reabilitação para as EqSF, Tutor na capacitação em auriculoterapia na Coordenação de Atenção Primária da 3.3, encaminhamento para rede de reabilitação quando necessário, gerenciamento de encaminhamentos pelo Sistema de Regulação (SISREG) da unidade, acompanhamentos casos junto às equipes (pacientes amputados, traqueostomizados, que tiveram AVC, bebê de alto risco etc.). Psicóloga: acompanhamento dos casos de Saúde Mental que chegam por meio de discussão de caso, suporte nas emergências de saúde mental que chegam à unidade de saúde (inclusive casos de álcool e drogas), qualificação para encaminhamentos para os CAPS, CAPSI, participação nos fóruns e supervisão de saúde mental para construção de projeto terapêutico, articulação com a rede psicossocial e etc.

Fonte: Elaborado pela autora, 2016 (com base na coleta de dados).

Pautada nas entrevistas realizadas e na observação nos dias em que estive na unidade de saúde, presenciei as demandas que as EqSF apresentam e para o que solicitam o apoio da

Equipe de NASF. Observei que o espaço formal utilizado pelas EqSF para acionar os profissionais do NASF, apresentando suas demandas e solicitando suporte são as reuniões da própria EqSF. Porém este não é o único espaço que acionam à EqNASF. Observei por diversas vezes os profissionais das EqSF solicitando este apoio nos corredores da unidade, principalmente nos casos emergenciais que chegam à unidade de saúde. Identificamos, então, os seguintes aspectos que as EqSF mais demandam suporte matricial das EqNASF:

Quadro 11 – Solicitação de suporte matricial pelas Equipes de Saúde da Família.

Equipes do CMS Enf ^a Edma Valadão	Solicitação/Ações	Profissionais acionados
Amarelinho	Visitas Domiciliares (VD) e Grupos de Educação em Saúde	Psicóloga, Assistente Social, Educador Físico e Fisioterapeuta
Projetada	Visitas Domiciliares (VD), Grupos de Educação em Saúde, Programa Saúde na Escola (PSE)	Nutricionista, Psicóloga, Fisioterapeuta e Educador Físico.

Fonte: Elaborado pela autora, 2016 (com base na coleta de dados).

4.1.2 Clínica da Família Souza Marques

Na Clínica da Família Souza Marques, a EqNASF (denominaremos NASF 2), é composta por seis categorias profissionais: uma Fisioterapeuta, uma Fonoaudióloga, uma Educadora Física, uma Nutricionista, uma Assistente Social e uma Psicóloga. A EqNASF atua desde 2011 na CF Souza Marques porém houveram modificações, como inclusão de novos profissionais pela OSS Viva Rio e a relocação de profissionais estatutários que atuavam na unidade anexa à CF Souza Marques, referindo-se ao CMS Alberto Borgerth (Fisioterapeuta e Fonoaudióloga). Esta EqNASF matricula 10 equipes de Saúde da Família nesta única unidade de saúde, porém como no NASF 1, extrapola o número sugerido pelo Ministério da Saúde.

Quadro 12 – Carga Horária – Equipe NASF CF Souza Marques.

PROFISSIONAIS	CARGA HORÁRIA	VÍNCULO
Fisioterapeutas	20 horas	Estatutário
Nutricionista	40 horas	OSS Viva Rio
Assistentes Sociais	20 horas	OSS Viva Rio
Psicóloga	40 horas	OSS Viva Rio
Educador Físico	40 horas	OSS Viva Rio
Fonoaudióloga	20 horas	Estatutário

Fonte: Elaborado pela autora, 2016 (com base na coleta de dados).

A CF Souza Marques atualmente reformada possui muitos consultórios, além dos 10 das EqSF (dispostos no segundo andar) a equipe de NASF possui sua própria sala, com estrutura informatizada no mesmo andar do consultório das equipes. As reuniões da equipe do NASF acontecem semanalmente às quintas-feiras no turno da tarde.

Considerando também a disponibilidade das equipes, selecionei duas equipes de saúde da família (equipe Tenente Lira e equipe Dona Clara) para realização desta pesquisa além da equipe NASF 2. Atuei observando a rotina de matriciamento das respectivas equipes e verificamos os seguintes pontos:

- ✓ Todos os profissionais entrevistados (do NASF e das EqSF) são celetistas, por meio da OSS Viva Rio;
- ✓ Os profissionais das EqSF entrevistados, possuem faixa etária entre 27 e 53 anos e atuam na Estratégia de Saúde da Família há mais de um ano; Entrevistamos nas duas EqSF, dois Agentes Comunitários de Saúde e um Enfermeiro, totalizando três profissionais de cada equipe;
- ✓ Da EqNASF entrevistamos uma assistente social, uma psicóloga e uma nutricionista.

Quadro 13 – Caracterização do Apoio Matricial do NASF Souza Marques.

<p>Os profissionais entrevistados do NASF possuem mais de três anos de formado com especializações: Residência em Saúde da Família e Comunidade; Responsabilidade Social e Gestão Estratégica de Projetos Sociais, Residência Multiprofissional em Saúde da Família;</p>
<p>Compreendem o Apoio Matricial como ferramenta base para o trabalho do NASF junto às EqSF e o definem como:</p> <p>Assistente Social: não definiu o apoio matricial sobre seu entendimento, porém citou os atores do processo de matriciamento (ACS, Enfermeiro, NASF e população);</p> <p>Nutricionista: Transversal ao trabalho das EqSF; Capacitações;</p> <p>Psicóloga: Compartilhamento de casos junto com as EqSF; Profissional do NASF como capacitador das EqSF (dimensão de ensino); “<i>Estar junto</i>”.</p>
<p>Atuação comum dos profissionais do NASF junto às equipes: Grupos de educação em saúde, Visitas domiciliares, Ações internas trabalhando as questões de relação entre os profissionais das EqSF; Consultas conjuntas (ou interconsultas), discussão de casos, participação nas reuniões das EqSF, Oficinas de educação permanente e capacitações para as EqSF.</p> <p>Atuação específica por categoria profissional (prática diária):</p> <p>Nutricionista: Grupo de hipertensos e diabéticos, Grupo de Alimentação Saudável, consultas individuais, suporte nutricional aos usuários e profissionais das EqSF e etc.</p> <p>Assistente Social: Grupos temáticos sobre garantia e direitos (idoso, gestante, criança e etc.), Ações junto à EqSF voltados para os beneficiários do Bolsa Família e Cartão Família Carioca; Orientações quanto à segunda via de documentos; Matriciamento das EqSF quanto aos benefícios ofertados à população (exemplo, Benefício de Prestação Continuada – BPC) e retirada do Rio Card especial;</p> <p>Psicóloga: acompanhamento dos casos de Saúde Mental que chegam por meio de discussão de caso, qualificação para encaminhamentos para os CAPS, CAPSI, participação nos fóruns e supervisão de saúde mental para construção de projeto terapêutico, articulação com a rede psicossocial e etc.</p>

Fonte: Elaborado pela autora, 2016 (com base na coleta de dados).

Identificando as demandas da EqSF para a equipe NASF na lógica do apoio matricial identificamos:

Quadro 14 – Solicitação do Apoio Matricial – CF Souza Marques.

Equipes do CF Souza Marques	Solicitação/Ações	Profissionais acionados
Dona Clara	Visitas Domiciliares (VD), Grupos de Educação em Saúde, Reuniões da EqSF e Interconsultas	Psicóloga, Assistente Social, Nutricionista, Educador Físico e Fisioterapeuta
Tenente Lira	Visitas Domiciliares (VD), Grupos de Educação em Saúde	Nutricionista, Psicóloga e Fisioterapeuta.

Fonte: Elaborado pela autora, 2016 (com base na coleta de dados).

4.2 APOIO MATRICIAL E PROCESSOS DE ENSINO-APRENDIZAGEM: RELAÇÃO ENTRE A PRÁTICA DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O NASF NA A.P.

3.3

É nesta segunda dimensão do apoio matricial (ensino-aprendizagem) que se encontra o foco desta pesquisa. Durante a pesquisa de campo, verificamos a dinâmica dos processos educativos que acontecem nas unidades de saúde, (como já exemplificados na página 53), porém apresentaremos junto às categorias de análise, os resultados quanto à estes processos entre as equipes de NASF e as equipes de Saúde da Família da A.P. 3.3.

Centro Municipal de Saúde Enfermeira Edma Valadão

Analisando à EqNASF 1 referindo à EqNASF do CMS Enfermeira Edma Valadão, encontramos os processos de ensino-aprendizagem sendo desenvolvidos junto às EqSF da seguinte forma:

Quadro 15 – Atividades compreendidas pelos profissionais do NASF 1 como processos de ensino-aprendizagem.

Para os profissionais participantes da pesquisa, os processos de ensino-aprendizagem acontecem de forma contínua, durante todo processo de trabalho na unidade de saúde, entre os próprios profissionais do NASF (considerando saberes específicos de sua categoria profissional que devem ser compartilhados) e entre as EqNASF e as EqSF.

Espaços considerados pelos entrevistados como potenciais para o processo de ensino-aprendizagem: Todos os profissionais entrevistados do NASF consideram os seguintes espaços (formais ou informais) como potencializadores dos processos educativos no seu dia-dia de trabalho, sendo eles:

- Reuniões da EqSF: durante a reunião além do planejamento das ações conjuntas entre os profissionais do NASF e das EqSF, a *discussão de caso*, torna-se importante meio que os profissionais do NASF encontram para colocar seu saber técnico, frente à situação problema apresentada, a fim de contribuir para resolutividade dos casos.
- Grupos de Educação em Saúde: neste processo com a participação dos profissionais da EqSF, os profissionais do NASF citam como um espaço rico para apresentar temas específicos e o conteúdo educativo proposto. À exemplo do grupo realizado pela psicóloga do NASF intitulado “Do que tira o Sono”. Neste grupo a psicóloga aborda junto aos usuários e os participantes da EqSF temas como ansiedade, depressão, medicalização em Saúde Mental entre outros temas da área.
- Atividades da rotina conjunta da EqSF e EqNASF como VD’s e consultas conjuntas também são mencionadas como processo de trabalho onde há troca de saberes. Durante estas atividades os profissionais do NASF citam como meio importante para o processo de ensino para as EqSF.

Principais temas abordados pelas EqNASF nos espaços formais de ensino-aprendizagem (nos grupos educativos e reuniões de equipe): capacitação em auriculoterapia e reflexologia podal; Palestras sobre saúde bucal, alimentação saudável, bolsa família e cartão família carioca. Discussão de caso sobre situações do território adstrito (à exemplo da violência contra a mulher) e outros temas sugeridos pelo Ministério da Saúde (no calendário da saúde).

Fonte: Elaborado pela autora, 2016 (com base na coleta de dados).

Quanto às EqSF o desenvolvimento das práticas pedagógicas são desenvolvidas da seguinte forma:

Quadro 16 – Atividades de ensino-aprendizagem desenvolvidas pela EqSF do CM Enf^a Edma Valadão.

Equipes do CMS Enf ^a Edma Valadão	Compreensão das atividades de ensino-aprendizagem pelas equipes	Profissionais de referência nos processos de ensino-aprendizagem nas equipes
Amarelinho	Profissionais citam os grupos de educação em saúde, reuniões da equipe Amarelinho (semanal) e as Visitas Domiciliares, como espaços para desenvolvimento de atividades educativas junto à EqNASF e a própria EqSF.	*EqNASF: Educador Físico, Nutricionista e Fisioterapeuta; *EqSF: ACS: principal contribuinte com informações do território;
Projetada	Profissionais citam os grupos de educação em saúde, reuniões da equipe Projetada (semanal), como espaços para desenvolvimento de atividades educativas junto à EqNASF e a própria EqSF.	*EqNASF: Educador Físico, Nutricionista e Fisioterapeuta; *EqSF: Enfermeiro: como mentor da equipe em relação às demandas d a CAP e do MS. ACS: principal contribuinte com informações do território;

Fonte: Elaborado pela autora, 2016 (com base na coleta de dados).

Clínica da Família Souza Marques

Quanto à EqNASF 2 (EqNASF da CF Souza Marques) encontramos os seguintes pontos quanto aos processos de ensino-aprendizagem:

Quadro 17 – Atividades compreendidas pelos profissionais do NASF 2 como processos de ensino-aprendizagem.

Atividades compreendidas pelos profissionais como processos de ensino-aprendizagem: Os profissionais do NASF 2 entrevistados (Assistente Social, Nutricionista e Psicóloga) compreendem que o processo educativo que acontece também durante o processo de trabalho junto às equipes. Diferenciam seu olhar ao considerarem este processo em via-de-mão-dupla, descaracterizando o profissional do NASF como mentor e único provedor do conhecimento (um dos entrevistados do NASF menciona como profissional capacitador das EqSF, porém não considera como único responsável por este processo).

Consideram a vivência, a experiência e o aprender na prática;

Espaços considerados pelos entrevistados como potenciais para o processo de ensino-aprendizagem: Todos os profissionais entrevistados do NASF consideram os seguintes espaços (formais ou informais) como potencializador dos processos educativos no seu dia-dia de trabalho, sendo eles:

- Grupos de Educação em Saúde: mesmo sendo estes grupos direcionados para os usuários, pela participação dos profissionais as EqSF, os profissionais do NASF consideram também um espaço importante de troca de saberes.
- Reuniões das Equipes de Saúde da Família: citam como espaço de troca e aprendizagem (por meio das discussões de casos, planejamento de futuras ações e elaboração de projetos terapêuticos singulares) junto às EqSF;
- Consideram também as atividades da rotina conjunta da EqSF e EqNASF (VD's e consultas conjuntas) como espaços para troca de saberes.

Principais temas abordados pelas EqNASF nos espaços formais de ensino-aprendizagem (nos grupos educativos e reuniões de equipe): Grupos de gestantes, de saúde bucal, garantia de direitos, planejamento familiar, alimentação saudável, bolsa família e cartão família carioca. Discussão de caso sobre situações do território adstrito e outros temas sugeridos pela Coordenação de Atenção Primária;

Fonte: Elaborado pela autora, 2016 (com base na coleta de dados).

Quanto às EqSF o desenvolvimento das práticas pedagógicas são desenvolvidas da seguinte forma:

Quadro 18 – Atividades de ensino-aprendizagem desenvolvidas pela EqSF da CF Souza Marques:

Equipes do CF Souza Marques	Compreensão das atividades de ensino-aprendizagem pelas equipes	Profissionais de referência nos processos de ensino-aprendizagem nas equipes
Dona Clara	Profissionais citam os grupos de educação em saúde, reuniões de equipe (semanal) e as VD's como espaços para desenvolvimento de atividades educativas junto à EqNASF e a própria EqSF.	*EqNASF: Educador Físico, Nutricionista, Psicóloga, Assistente Social e Fisioterapeuta; *EqSF: toda equipe;
Tenente Lira	Profissionais citam os grupos de educação em saúde, reuniões da equipe (semanal) e como espaços para desenvolvimento de atividades educativas junto à EqNASF e a própria EqSF.	*EqNASF: Nutricionista e Fisioterapeuta e Psicóloga; *EqSF: Enfermeira: como mentora da equipe em relação às demandas da CAP e processo de organização do trabalho da EqSF;

Fonte: Elaborado pela autora, 2016 (com base na coleta de dados).

Ainda em discussão, analisando as entrevistas e os resultados colocados acima, foi possível verificar, em relação aos pressupostos deste estudo.

I. AÇÃO e apoio educativo com e para a EqSF, realizados pelos profissionais do NASF, no entendimento de sua contribuição para o cuidado em saúde, tem o potencial de estabelecer diálogos e processos de ensino-aprendizagem:

Antes mesmo do profissional do NASF compreender-se como um educador e que contribui no cuidado em saúde por meio deste apoio educativo, há de considerar sua compreensão inicialmente como um profissional da saúde e o seu papel como profissional do NASF. O papel diferenciado de um especialista atuante na básica na lógica do apoio matricial, exige um trabalho constante de conhecimento sobre a atenção básica, suas potencialidades e dificuldades, do território em que atua, além da construção passo-passo de um trabalho de apoio às equipes. Esta tentativa de diálogo com as EqSF a fim de conhecer o processo de

trabalho e seu campo de atuação não se apresenta como um trabalho simples de desenvolver. A própria chegada da equipe NASF nas unidades de Saúde da Família apresenta algumas dificuldades como relata os trechos das entrevistas a seguir:

“O NASF progrediu muito, pois quando ele veio ficou um pouco assim....estacionado né? Sem muito pra oferecer. Mas, assim, nos dois anos pra cá ele cresceu muito, tem ajudado a gente em questão de... na área de psicologia, questão de saúde mental...fisioterapia...nutrição...e parte do educador físico.” (Fala de membro da Equipe Projetada).

“Olha hoje em dia acho que o NASF está funcionando melhor...tá tendo mais resolutividade pois não tinha. Hoje em dia a gente tem mais... eles são mais abertos pra gente! Antes não era resolutivo não!” Fala do ACS 2 – (Fala de membro da Equipe Projetada).

Estas dificuldades iniciais apontadas tornam-se importante à medida que para se construir qualquer processo educativo torna-se essencial o diálogo das equipes de Saúde da Família com os profissionais da EqNASF. Percebemos nestas falas que este processo está em construção constante. Porém, é importante ressaltar que estas falas ao se referirem inicialmente a EqNASF como uma “equipe estacionada e sem resolutividade”, remete à seguinte questão: os profissionais das EqSF não compreenderam o papel do profissional do NASF no início de sua implantação na UBS ou, por desconhecer o processo de trabalho na atenção básica e como seria sua atuação nesta, a EqNASF não soube contemplar as expectativas das EqSF?

II. Os diálogos e os processos de ensino-aprendizagem estabelecidos possuem a capacidade de ampliar não apenas o entendimento que os profissionais do NASF têm sobre o seu próprio trabalho, mas também o entendimento por parte das equipes de Saúde da Família sobre o que é e como se dá o trabalho na Atenção Básica e sobre o papel dos profissionais do NASF:

Por meio das entrevistas, é possível verificar elementos importantes da relação EqNASF-EqSF. Nos dois NASF's, onde atuam há mais de 1 ano e meio junto às EqSF, percebe-se que este processo construção de diálogo vem resultando no planejamento das ações conjuntas entre as EqSF e as EqNASF, inclusive resultando nas ações educativas (formais e informais) nas UBS. Verificamos participação das EqNASF nos grupos educativos das unidades e nas reuniões das equipes no planejamento das ações junto às EqSF.

Com esta abertura há o desenvolvimento de algumas funções dos profissionais do NASF e dos profissionais da EqSF:

- Os profissionais da EqNASF 1 se posicionam como profissionais educadores: assumem o papel de *quem ensina*, durante os processos de ensino mencionados, já os profissionais da EqNASF 2 consideram como um processo que acontece em via de mão-dupla. Tanto os profissionais do NASF aprendem e ensinam, como os profissionais das EqSF, independente da categoria, aprendem e ensinam. Ambos as EqNASF pontuam que a maioria dos processos educativos realizados abordam temas do processo de trabalho na ESF. Isso de alguma forma traz a discussão do trabalho realizado nas UBS. Alguns profissionais colocam que gostariam de desenvolver outros temas além do processo de trabalho das EqSF, conteúdos problematizadores e amplos, porém no momento estes espaços se resumem nas atividades de trabalho de ambas equipes.

“Ainda não...acho que a gente está engatinhando com relação à isso (abordar nos momentos educativos temas mais amplos, fora do processo de trabalho, ampliar discussões). A oportunidade que a gente tem, a gente acaba falando mesmo ali do processo de trabalho, do dia-dia na unidade, de uma coisa mais diretamente ligada ao processo de trabalho. Seria ótimo se a gente conseguisse ter uma oportunidade de discutir e conversar sobre estas coisas, eu acho que enriquece muito né...é um processo mesmo. Acho que temos que começar da base e evoluindo para coisas mais complexas, mais abrangentes”. (Fala de membro da EqNASF 2).

- Dois profissionais tanto da Equipe Projetada (CMS Enfa Edma Valadão) como da Equipe Tenente Lira, (CF Souza Marques) enfatizam o reconhecimento de seu papel como educadores na EqSF. Colocam-se também como responsáveis pelo desenvolvimento de práticas de educação permanente na equipe.

“A gente tem que tá em constante estudo o tempo todo né... porque num é fácil você falar né...você tem que ter propriedade do que está falando...você tem que sabe o que está falando...porque senão você orienta eles errado(ACS’s e outros profissionais da EqSF) e eles orientam outras pessoas errado (população), isso vira uma cadeia né e você não tá... você vai acabar não estando apto né a falar aquilo ali, você tá passando um conhecimento que é irreal, então assim..., eu procuro tá sempre estudando, sempre lendo né!”. (Fala de membro da Equipe Projetada – CMS Enfa Edma Valadão)

“Eu gosto muito porque na verdade...eu digo pra eles que o trabalho é muito em equipe então não adianta o conhecimento estar comigo se eles não conseguem multiplicar. Eu me sinto uma multiplicadora. No momento que eu consigo estar em reunião de equipe e consigo multiplicar com eles (ACS's e demais profissionais da EqSF) o conhecimento novo e perceber que este conhecimento novo modificou a conduta deles como profissional... né... eu pra mim é de grande alegria...saindo com os olhos mais alegres... tendo a oportunidade e não cai na rotatividade (rotina) vejo eles exercendo esta educação permanente que eu tento fazer com eles de forma simples, de forma não com caráter de escola e sim com caráter de troca”. (Fala de membro da Equipe Tenente Lira - CF Souza Marques).

- Consideram também o ACS como profissional que contribui com grandes informações sobre o território e de grande importância para todo trabalho da ESF (multiplicador).

“A gente está implantando, nós começamos esta semana agora fazendo educação continuada com os ACS's, né que, a equipe entende que eles têm parte importante do processo de trabalho e fazendo a educação extra-muros aqui, então assim... eu acho necessário, na verdade a palavra acho que é essa...necessário que os ACS's ele tenham essa a qualificação por parte da equipe técnica, da equipe, é....orientando, direcionando eles o que eles devem fazer lá fora. Que a gente só acaba tendo contato com o usuário quando a gente vai em VD ou quando o usuário vem aqui, mas ele está em constante movimento dentro do território e ele tem que tá apto a fazer as orientações adequadas a cada usuário dentro de cada linha de cuidado” Fala do profissional da Equipe Projetada (CMS Enf^a Edma Valadão).

III. Esses entendimentos ampliados facilitam a integração entre as equipes NASF e de Saúde da Família e, conseqüentemente, a atenção integral à saúde:

A compreensão dos papéis do profissional da EqNASF sobre seu processo de trabalho, tendo como norteador o apoio matricial; A compreensão por parte da EqNASF das atividades das EqSF e a dinâmica da Atenção Básica; A compreensão do papel do profissional das EqSF sobre o papel dos profissionais das EqNASF e seu papel diferenciado na Atenção Básica; E a própria compreensão do seu papel como profissional de uma EqSF atuante neste universo do SUS. Já seria um bom começo se estas equipes atuantes na Atenção Básica procurassem compreender seus papéis. Neste momento os espaços criados para a prática de processos de

ensino-aprendizagem, somado às atividades conjuntas das EqSF e as EqNASF são grande potencializadores destas reflexões.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos nesta pesquisa diversos entendimentos sobre a prática do apoio matricial, tanto por parte das EqSF como pelas EqNASF. A associação do apoio matricial com o desenvolvimento de práticas pedagógicas estão diretamente ligadas ao analisarmos a fala dos participantes durante a entrevista. O apoio ofertado pelas equipes de NASF da A.P. 3.3 e sua participação conjunta no processo de trabalho das EqSF aparece como um meio de troca de saberes, reflexões e construção de novos conhecimentos. Isto amplia o olhar para o trabalho das EqNASF além do suporte clínico-assistencial.

Observamos também que a maioria das práticas de ensino-aprendizagem desenvolvidas são mencionadas tanto pela EqNASF como pela EqSF como parte do processo de trabalho, através dos Grupos de Educação em Saúde para o usuário do SUS, nas visitas domiciliares (VD's) e nas Reuniões das EqSF. Nos casos dos grupos, estes são destinados para a população que usufrui dos serviços da unidade de saúde. Estes grupos normalmente são organizados pelos profissionais da EqSF tendo como alvo a população adstrita do território ou em alguns casos os grupos são abertos para população de toda unidade de saúde (e não dividido por equipe). A EqNASF é acionada para dar suporte na ação dos grupos e apresentou-se durante esta pesquisa desenvolvendo palestras, dinâmicas, rodas de conversas, filmes temáticos entre outros. Um ou mais profissionais do NASF são convidados a apoiarem o grupo, porém o responsável pelo mesmo é a EqSF, com isso consideram o trabalho conjunto como um momento de troca e aprendizado importante, acontecendo neste primeiro momento o processo educativo no trabalho e para o trabalho.

Ambas as EqNASF mencionaram suas participações nas questões internas das EqSF. Um dos exemplos foi a solicitação da intervenção das EqNASF's no momento em que uma das EqSF atravessou dificuldades de relacionamento interpessoal e dificuldade de comunicação entre os profissionais. Na unidade CMS Enfa Edma Valadão o profissional do NASF que atuou neste caso foi o Educador Físico e na CF Souza Marques a psicóloga e a nutricionista foram referências. Nesta segunda unidade os profissionais do NASF aproveitaram esta debilidade da equipe para desenvolver uma Oficina de atividades, com dinâmicas e roda de conversa a fim de trabalhar a comunicação entre a equipe.

Quanto à troca de saberes, ambas as EqSF apresentaram maior familiaridade com os temas relacionados à nutrição, orientações fisioterapêuticas e de atividades físicas. Em ambas as unidades os psicólogos do NASF colocaram que alguns profissionais das EqSF apresentam certo receio em orientar e acolher casos de saúde mental sozinhos, demonstrando durante o

processo de trabalho grande dependência dos profissionais de saúde mental para atuar nestes casos. Mesmo com esta maior dependência, pude presenciar uma ação conjunta entre o ACS e a psicóloga (da equipe NASF 1) ao receber um paciente do território em crise na unidade de saúde. Verifiquei também que a psicóloga do NASF 1 desenvolveu formas de receber outros pacientes de saúde mental em conjunto com a EqSF através do Grupo “Do que tira o sono” sendo um espaço de desenvolvimento sobre o cuidado em saúde mental além da medicalização associando outros espaços e grupos da unidade (como nos casos do grupo de atividade física e de reeducação nutricional para estes usuários). Com percebi que o profissional da ESF participa deste processo de apropriação e discussão de certos termos comuns do universo da saúde mental como depressão, esquizofrenia entre outros.

Percebi também que os profissionais das duas EqNASF mencionam estes momentos de ensino-aprendizagem durante o processo de trabalho como espaços com grande potencial para desenvolver autonomia das EqSF frente aos casos do território adstrito. Porém esta autonomia apresentou-se limitada à medida que para se acionar o NASF os ACS's principalmente da unidade CMS Enfa Edma Valadão, informaram haver uma “barreira” por meio da hierarquização na sua EqSF. Os ACS's de ambas as unidades questionaram em algumas entrevistas esta burocratização ao acessarem o NASF para expor os casos mais complexos que surgem, sendo orientados primeiro discutirem os casos com o médico ou enfermeiro da equipe de referência. Compreendo isto como uma forma de organizar o processo de trabalho já que segundo o Ministério da Saúde o NASF é uma equipe de apoio e não porta de entrada para os casos das equipes.

Porém há de se considerar que para haver diálogo há necessidade de haver acesso e formação de vínculo, por isso a EqNASF não deverá apresentar-se “engessada” e sim flexível às questões apresentadas pelas equipes de Saúde da Família. O desenvolvimento de práticas pedagógicas deverá considerar os tipos de saberes envolvidos (inclusive o popular) e a abertura das equipes para tal atividade, considerando estas práticas além dos espaços com horários e momentos formais. Mesmo que o desenvolvimento destas práticas inicialmente se resume em discussões e reflexões dos casos que chegam à unidade de saúde.

Por considerar nesta pesquisa a fala dos sujeitos e seus sentidos como forma de análise por meio da hermenêutica dialética proposta por Minayo (2004), proponho às equipes de NASF que queiram implantar ou fortalecer o desenvolvimento das atividades de ensino-aprendizagem nas UBS que atentem aos seguintes pontos:

- ✓ considerar o real cenário (território e suas peculiaridades) somada à dinâmica das UBS, frente às propostas de práticas pedagógicas ofertadas pela EqNASF, para

que haja adesão, desenvolvimento do processo (aproveitar os espaços já existentes como reuniões semanais das EqSF, grupos educativos e outras atividades conjuntas com profissionais das equipes);

- ✓ considerar que toda produção de conhecimento e desenvolvimento de práticas ensino-aprendizagem deverá dar devida importância aos saberes dos sujeitos da pesquisa (incluindo a cultura) e como estes compreendem este processo de ensino (Como uma imposição? Sendo mais uma tarefa a ser executada; Ou uma oportunidade de aperfeiçoamento e/ou descobertas? Espaço para fala, expor dificuldades e reflexões, inquietações?).
- ✓ aproveitar as demandas que esta equipe apresenta como forma inicial de contato, com o NASF como forma de aproximação e vínculo com a realidade das equipes. A fim de trazer das questões específicas de trabalho (micro) uma ponte para ampliar as discussões e processos de troca para questões “macro” da realidade social.
- ✓ Frente às estas considerações posso eu afirmar que o NASF da A.P. 3.3 tem sido ferramenta de ensino-aprendizagem? Suas contribuições me mostraram que sim, considerando as dificuldades de um território vulnerável que por anos fora esquecido pelo Estado. Considero o trabalho nas/com as comunidades estimulador no desenvolvimento de reflexões sobre as questões sociais junto à EqSF, sendo estas reflexões o início para novas formas de pensar e fazer saúde e por isso um embrião de idéias promotoras de mudança.

REFERÊNCIAS

APPOLINÁRIO, Fábio. **Dicionário de metodologia científica**: um guia para a produção do conhecimento. São Paulo: Atlas, 2004.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura. **Políticas de saúde**: organização e operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

_____ et al. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 19, v. 4, p. 1007-1028, 2009.

BATISTELLA, Carlos. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BLOG CMS ENFERMEIRA EDMA VALADÃO. **Atividades na unidade de saúde**. Disponível em: <<http://smsdc-clinicadafamilia-edmavaladao.blogspot.com.br/p/nossos-grupos.html>>. Acesso em: 24 abr. 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/index.shtm>. Acesso em: 10 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. 2 ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde; 2005a.

_____. Portaria nº 1.065, de 4 de Julho de 2005. Cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família (NAISF). **Diário Oficial da União**, Brasília; 2005b.

_____. Ministério da Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 84 p.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 64 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família** (Cadernos de Atenção Básica, n. 27). Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** (PNAB). Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

_____. Ministério da Saúde. **Passo a passo das Ações do Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.

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

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

CAP 3.3. **Coordenadoria de Atenção Primária da A.P. 3.3**. Regiões administrativas e bairros. Disponível em: <<http://smsdccap33.blogspot.com.br/p/territorios-onde-atuamos.html>>. Acesso em: 17 abr. 2016.

CARVALHO, Eliane Hollanda. **Programa de Saúde da Família**: estudo sobre o processo de implementação em município do Rio de Janeiro a partir do modelo Ambigüidade – Conflito. 132 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Professor Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2006.

CASTRO, S. S; CIPRIANO JUNIOR, G.; MARTINHO, A. Fisioterapia no Programa de Saúde da Família: Uma revisão e discussões sobre a inclusão. **Revista Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 19, n. 4, p. 55-62, out./dez., 2006.

CAVALLIERI, Fernando; LOPES, Gustavo Peres. **Índice de Desenvolvimento Social - IDS**: comparando as realidades microurbanas da cidade do Rio de Janeiro. Abril/2008. Disponível em: <<http://goo.gl/GWGLmG>>. Acesso em: 23 abr. 2016.

CAZELLI, Carla Moura. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro**. 173 f. 2003. Dissertação (Mestrado em Ciência na Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2003.

CEASA-RJ. **Centrais de Abastecimento do Estado do Rio de Janeiro**. Disponível em: <http://www.ceasa.rj.gov.br/ceasa_portal/view/Noticia.asp?idNoticia=697>. Acesso em: 24 abr. 2016.

CECCIM, Ricardo. Burg. Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens Araujo de. (org). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005. p. 259-278.

CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE ENFERMEIRA EDMA VALADÃO. **Regimento Interno**. Prefeitura Municipal da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde/SUBPAV–CAP3.III. 2013. Disponível em:

<<https://docs.google.com/file/d/0B6q96ZZCFxnXcXBfWkw5RWRmQVk/edit>>. Acesso em: 24 abr. 2016.

CEZAR, Paulo Bastos. CAVALLIERI, Fernando. **Como andam as taxas de homicídios no Rio e em outros lugares**. Coleção Estudos Cariocas. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Urbanismo. Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos, 2002. Disponível em: <<http://goo.gl/wm7qHW>>. Acesso em: 24 abr. 2016.

CLÍNICA DA FAMÍLIA SOUZA MARQUES. **Regimento Interno**. Prefeitura Municipal da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde/SUBPAV–CAP3.III. 2013. Disponível em: <<http://smsdc-cf-souzamarques.blogspot.com.br/2015/08/regimento-interno-clinica-da-familia.html#>>. Acesso em: 24 abr. 2016.

COSTA, Elisa Maria Amorim; CARBONE, Maria Herminda. **Saúde da Família** – Uma abordagem multidisciplinar. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Método Pandéia para Co-gestão. **Org & Demo**. Marília, v. 11, n. 1, p. 31-46, jan./jun., 2010.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Sociedade**, 2011, v. 20, n.4, pp. 961-970.

CVA. Coordenação de Vigilância Ambiental em Saúde. **Áreas Programáticas do Município do Rio de Janeiro**. 2015. Disponível em <<http://cvasrio.blogspot.com.br/2012/02/areas-programaticas-bairros.html>>. Acesso em: 24 abr. 2016.

DAB. Departamento de Atenção Básica. **Consultório de Rua**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_consultorio_ rua.php>. Acesso em: 28 jul. 2015.

DAB. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia de saúde da Família**. 2016. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php>. Acesso em 07 abr. 2016.

FARIA, Horácio Pereira et al. Unidade didática I: organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde – Seção 1: Práticas Educativas em Saúde. **Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família**. - Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2009. 4 v. 72p. il. + 1 DVD (Educação a Distância).

FAUSTO, Marcia Cristina Rodrigues. **Dos Programas de Medicina Comunitária ao Sistema Único de Saúde**: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira. 261 f. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – UERJ, Rio de Janeiro, 2005.

FLICK, Uwe. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. trad. Sandra Netz. 2. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FRANCO, Túlio Baptista; MERHY, Emerson Elias. **PSF: contradições e novos desafios**. Campinas, mar. 1999. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-17.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2016.

FRANCO, Túlio Baptista. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Revista Interface - Comunic., Saúde, Educação**, v. 11, n. 23, p.427-38, set./dez. 2007.

GIOVANELLA, Lígia et al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, mai/jun. 2009a.

_____. (org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009b. 1100 p.

GOOGLE MAPS. **Bairro de Acari** – Município do Rio de Janeiro. Disponível em: <<https://goo.gl/js16R5>>. Acesso em 24 abr. 2106.

GUIA SUS – RIO. **Região de Madureira e Adjacências** – A.P. 3.3 (versão preliminar). Prefeitura Municipal da Cidade do Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde 2013.

GUTIÉRREZ, Adriana Coser. **Núcleo de apoio à saúde da Família do Território Escola Manguinhos**: análise sob a perspectiva do apoio matricial. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.

INSTITUTO PEREIRA PASSOS. **Armazém de dados**: Tabelas 3151 e 492 – bairros de Acari e Madureira. Disponível em: <<http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/>>. Acesso em: 24 fev. 2016.

LIMA, Júlio César França. Bases Histórico-Conceituais para a Compreensão do Trabalho em Saúde IN: FONSECA, Angélica Ferreira; STAUFFER, Anakeila de Barros. **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção Primária à Saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2008. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

MERHY, Emerson Elias; QUEIROZ, Marcos. Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. **Revista Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 177-184, abr./jun., 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. **Pesquisa Social**: Teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 17ª edição, 1994.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hubitec, 8ª edição, 2004.

O RIO DE JANEIRO. **Guia de bairros**: MADUREIRA. Disponível em: <<http://www.oriodejaneiro.com/madureira-htm/>>. Acesso em: 24 abr. 2016.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro** – avaliação dos três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre: OPAS, 2013.

POLIGNANO, Marcos Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil, uma pequena revisão** – Biblioteca Virtual. Internato Rural. Faculdade de Medicina da UFMG. 2001. Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo23p.pdf>>. Acesso em 29 jul. 2015.

PORTAL GEO RIO. **Bairros Cariocas: ACARI**. 2016a. Disponível em: <http://portalgeo.rio.rj.gov.br/armazenzinho/web/BairrosCariocas/main_bairro.asp?area=111>. Acesso em: 24 abr. 2016a.

_____. **Bairros Cariocas: MADUREIRA**. 2016b. Disponível em: <http://portalgeo.rio.rj.gov.br/armazenzinho/web/BairrosCariocas/main_bairro.asp?area=083>. Acesso em: 24 abr. 2016b.

RENAST on-line. **Determinantes Sociais da Saúde**. Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ. Disponível: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/temas/determinantes-sociais-saude>. Acesso em 31 jul. 2015.

REZENDE, Mônica de. **Avaliação da inserção do Fisioterapeuta na saúde da Família de Macaé/RJ**: A contribuição deste profissional para a acessibilidade da população idosa às ações de saúde das equipes. 145 f. 2007 Um estudo de caso. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2007.

SAMPAIO, Juliana et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Refletindo sobre as Acepções Emergentes da Prática. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. V. 17, n. 1, p. 47-54, 2013. Disponível: <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/viewFile/15932/9404>>. Acesso em 03 abr. 2016.

SANTOS, Soledade Maria de Oliveira. **O Apoio Matricial e a Mudança das Práticas de Saúde**: a Intervenção em Unidades de Saúde da Família. 33 f. 2012. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços em Saúde) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

SMS, Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (PMS) 2014-2017**, publicado em 2013. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf>. Acesso em 17 abr. 2016

SCATENA, João Henrique Gurtier; TANAKA, Oswaldo Yoshim. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Revista Saúde e Sociedade**. V. 10, n. 2, p. 47-74, 2001.

SOUZA, Aline Maria de Almeida et al. **Processos educativos nos serviços de saúde**. 1991. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0182.pdf>>. Acesso em 17 mar. 2016

VIANNA, Ana Luiza D'Ávila; DAL POZ, Roberto Mário. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15 (Suplemento), p. 225-264, 2005.

VIVA RIO. **Área Programática 3.3**. Disponível em: <<http://vivario.org.br/saude/unidades-de-saude-da-familia/area-programatica-3-3-2/>>. Acesso em: 25 jul. 2015:

ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa: “APOIO MATRICIAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: ESTUDO DE CASO SOBRE AS POSSIBILIDADES DA PRÁTICA PEDAGÓGICA NA GESTÃO DO CUIDADO”.

Pesquisador responsável: Giselle Ribeiro Mendes

Instituição: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ

Prezado(a) Senhor(a),

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada *Apoio Matricial no município do Rio de Janeiro: Estudo de caso sobre as possibilidades da prática pedagógica na gestão do cuidado*. Esta pesquisa objetiva analisar a contribuição pedagógica do trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) – por meio do apoio matricial - atuante nesta unidade básica de saúde da Área Programática (AP) 3.3 do município do Rio de Janeiro.

Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador. Você deverá assinar este documento e devolvê-lo junto às respostas do questionário.

Você será submetido à aplicação de um questionário por um entrevistador. Nesta entrevista, que também será gravada em áudio, em nenhum momento será divulgará seu nome, dados profissionais ou outras informações pessoais em qualquer fase do estudo que lhe comprometa. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada, uma vez que os dados serão divulgados em conjunto abrangendo outras equipes de Saúde da Família e outras equipes de NASF, nunca individualmente. Os dados coletados serão utilizados nesta pesquisa, cujos resultados poderão ser divulgados em eventos e/ou revistas científicas, como também subsidiarão as ações de cooperação técnica da EPSJV, Coordenação da Área Programática (A.P. 3.3) e Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro (SMS).

O benefício decorrente da sua participação será evidenciar o desenvolvimento de práticas pedagógicas nas unidades básicas de saúde do presente município junto à equipe NASF. Além de identificar quais e como estas práticas pedagógicas estão sendo desenvolvidas,

considerando as ações educativas e de aprendizagem, como possibilidade de ação direta ou indireta no cuidado à saúde das famílias.

Caso venha a se sentir constrangido em responder as perguntas e não quiser participar ou desejar retirar sua autorização, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo para você. Também poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, durante ou após a realização desta. Este estudo não oferece riscos significativos à sua saúde ou bem estar.

Neste documento constam meus telefones, com quem você poderá esclarecer ou tirar dúvidas sobre a pesquisa e a sua participação a qualquer momento. Também constam os da Secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro, para denúncias ou questões éticas.

Agradeço a sua colaboração, ela é muito importante para pesquisa.

Autorizo as informações obtidas nesta entrevista para fins acadêmicos, recebendo assim uma cópia assinada deste termo. Foram esclarecidas as dúvidas e objetivos desta pesquisa pela pesquisadora.

Nome _____

Assinatura _____

Local: _____ Data _____

Nome da Unidade de Saúde _____

Orientador: Francisco José da Silveira Lobo Neto/ Tel do orientador: (55)21 99700-7104. E-mail: lobo@fiocruz.br / sloboneto@gmail.com

Telefone do pesquisador responsável 55(21)2580-4728/55(21)99272-

1314 E-mail: gise.mendes@ig.com.br

Assinatura do Pesquisador *Gisele Ribeiro Mendes* _____

Local: _____ Data _____

**Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola Politécnica em Saúde
Joaquim Venâncio - EPSJV/Fiocruz**
Avenida Brasil, 4365 – Manguinhos –
EPSJV, sala 316. Rio de Janeiro /RJ –
Brasil. Tel.:55(21) 3865-9710
Email: cep@epsjv.fiocruz.br

**Comitê de Ética em Pesquisa da
Secretaria Municipal de Saúde**

Rua Evaristo da Veiga 16, sobreloja –
Centro – Rio de Janeiro/RJ/Brasil.

Tel.:55(21) 2215-1485

Email: cepsms@rio.rj.gov.br/
cepsmsrj@yahoo.com.br

ANEXO 2 – Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada para as equipes de NASF**1) PERFIL DO PROFISSIONAL**

1.1. Sexo: Feminino Masculino

1.2. Idade (anos): _____

1.3. Há quanto tempo atua no NASF (anos/meses): _____

2) PERFIL ACADÊMICO

2.1. Formação (graduação): _____

2.2. Tempo de Formação (anos/meses): _____

2.3. Titulação:

Especialização Residência

Mestrado Doutorado

Outro

3) FORMA DE CONTRATAÇÃO:

3.1. Vínculo empregatício:

Estatutário Celetista

Outro

3.2. Carga horária semanal:

20 horas

30 horas

40 horas

3.3. Unidade de Saúde que está vinculado:

Tipo A (Clínica da Família)

Tipo B (Centro Municipal de Saúde)

3.4. Número de equipes de Saúde da Família que está vinculado: _____

4) PROCESSO DE TRABALHO

4.1 O que você compreende por Apoio Matricial ou matriciamento?

4.2 Como você realiza este matriciamento?

4.3 Você consegue identificar na prática das Equipes de Saúde da Família a contribuição do Apoio Matricial ofertado pela sua equipe NASF?

(Se SIM) De que forma? Em quais aspectos?

5) ENSINO – APRENDIZAGEM

5.1 Sua equipe NASF desenvolve alguma atividade educacional de ensino-aprendizagem na unidade de saúde que matricula?

(Se SIM) Qual (is)? De que maneira? Com que frequência?

5.2 Que temas são abordados nas práticas educativas?

5.3 Os temas fora da rotina de trabalho são abordados?

5.4 Você consegue identificar na prática das equipes de Saúde da Família a contribuição das práticas de educação ofertadas pela sua equipe NASF?

(Se SIM) De que forma? Em quais aspectos?

ANEXO 3 – Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada para as Equipes De Saúde Da Família

1) PERFIL DO PROFISSIONAL

1.1 Sexo: Feminino Masculino

1.2 Idade (anos): _____

2) PERFIL ACADÊMICO

2.1 Formação _____

2.2 Tempo de Formação (anos/mese): _____

2.3 Titulação:

Auxiliar

Técnico

Especialização

Residência

Mestrado

Doutorado

Outro _____

3) FORMA DE CONTRATAÇÃO:

3.1 Vínculo empregatício:

Estatutário

Celetista

Outro

3.2 Profissão que atua na Equipe de Saúde da Família:

ACS

Auxiliar de Enfermagem

Técnico de Enfermagem

Enfermeiro

Médico

ASB

TSB

Dentista

Agente de Vigilância em Saúde (ou de Endemias)

3.3 Por quanto tempo (anos/meses): _____

4) PROCESSO DE TRABALHO

4.1 Como funciona o NASF em sua unidade?

4.2 Como deveria funcionar?

4.3 Alguma vez você solicitou ou participou de alguma ação junto com o NASF?

(Se SIM)

- Qual?
- Como relata esta experiência?
- Em quais ações você solicita mais o apoio do NASF? Por que?

4.4 Desde que o NASF chegou em sua unidade você percebeu se a equipe somou algo no seu conhecimento que você utiliza no seu dia-dia ou no seu trabalho?

4.5 Você considera importante o trabalho da equipe NASF junto ao trabalho da Equipe de Saúde da Família? Por quê?

5) ENSINO APRENDIZAGEM:

5.1 São realizados momentos educativos/ de ensino-aprendizagem como parte de seu processo de trabalho?

(Se SIM)

- Que tipo de atividades são desenvolvidas?
- Como você vivenciou estas experiências?
- Essas experiências transformaram sua prática profissional de alguma forma?

5.2 Todos os profissionais da EqSF participam destes momentos?

(Quem participa?)

5.3 A equipe NASF participa deste processo de alguma forma?

ANEXO 4 – Comitê de Ética e Pesquisa – EPSJV/ FIOCRUZ



ESCOLA POLITÉCNICA DE
SAÚDE JOAQUIM
VENÂNCIO/FIOCRUZ/RJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: APOIO MATRICIAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: ESTUDO DE CASO SOBRE AS POSSIBILIDADES DA PRÁTICA PEDAGÓGICA NA GESTÃO DO

Pesquisador: GISELLE RIBEIRO MENDES

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 47813115.9.0000.5241

Instituição Proponente: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.254.418

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa desenvolvido no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde da EPSJV/Fiocruz. A pesquisa visa analisar uma das formas de Apoio Matricial em Saúde, o apoio técnico-pedagógico, que objetiva o suporte educativo junto as equipes de saúde da família. Caracterizado como um estudo de caso, a proposta nesta pesquisa é acompanhar a dinâmica de equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (EqNASF) e de equipes de Saúde da Família (EqSF) da área de planejamento 3.3 do município do Rio de Janeiro. A metodologia do projeto prevê a realização de entrevistas com profissionais vinculados a essas equipes, bem como observação participante.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto tem como objetivo geral analisar a contribuição pedagógica do apoio matricial da equipe NASF no suporte às Equipes de Saúde da Família da Área Programática (A.P.) 3.3 do município do Rio de Janeiro e trabalho das equipes de saúde da família, analisando o potencial transformador dos processos de ensino-aprendizagem. Como objetivos específicos: 1. Discutir o conceito de Apoio Matricial e sua perspectiva de contribuição pedagógica para o trabalho das equipes de Saúde da Família; 2. Caracterizar o trabalho de apoio matricial realizado pelo NASF da A.P. 3.3; 3. Identificar os aspectos do trabalho das Equipes de Saúde da Família da A.P. 3.3 que demandam

Endereço: Avenida Brasil, 4365

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.040-900

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3865-9710

Fax: (21)3865-9729

E-mail: cep@fiocruz.br



ESCOLA POLITÉCNICA DE
SAÚDE JOAQUIM
VENÂNCIO/FIOCRUZ/RJ



Continuação do Parecer: 1.254.418

Outros	Declaração negativa de custos.pdf	31/07/2015 20:45:40		Aceito
Outros	orçamento detalhado.pdf	31/07/2015 20:43:54		Aceito
Outros	Roteiro entrev NASF.pdf	31/07/2015 20:42:16		Aceito
Outros	ROTEIRO DE ENTR EQSF.pdf	31/07/2015 20:38:43		Aceito
Outros	autorização CMS Edma Valadão.pdf	31/07/2015 20:33:10		Aceito
Outros	autorização CF Souza Marques.pdf	31/07/2015 20:32:14		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	31/07/2015 20:18:54		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 01 de Outubro de 2015

Assinado por:
Daniel Groisman
(Coordenador)

Endereço: Avenida Brasil, 4365

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.040-900

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3865-9710

Fax: (21)3865-9729

E-mail: cep@fiocruz.br

ANEXO 5 – Comitê de Ética e Pesquisa – SMS Rio de Janeiro

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: APOIO MATRICIAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: ESTUDO DE CASO SOBRE AS POSSIBILIDADES DA PRÁTICA PEDAGÓGICA NA GESTÃO DO

Pesquisador: GISELLE RIBEIRO MENDES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 47813115.9.3001.5279

Instituição Proponente: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.389.020

Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto de dissertação apresentado para a banca de exame de qualificação como requisito parcial para o Curso de Mestrado Profissional em Educação Profissional do Programa de Pós-Graduação da EPSJV com dados levantados pela pesquisadora através de entrevista semi-estruturada para duas equipes diferentes: equipe do NASF e equipe de Saúde da Família. O capítulo "O desenvolvimento de práticas pedagógicas nas Unidades de Saúde" estava em fase de conclusão por ocasião da submissão da pesquisa à PLATBR. Foca a observação do apoio matricial como uma das principais e inovadoras ferramentas de gestão dos profissionais do NASF para a compreensão da problematização da saúde no campo do estudo. Parece ser também uma consistente forma de apoio na solução de situações cuja complexidade demanda para além das funções tradicionais das equipes de saúde da família, reportando-se, de maneira ampliada, à defesa dos princípios e diretrizes do SUS como a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, a regionalização e a participação social. Por fim, pretende analisar a contribuição pedagógica do apoio matricial da equipe NASF no suporte às Equipes de Saúde da Família da Área Programática (A.P.) 3.3 do município do Rio de Janeiro.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos específicos apontados pela pesquisadora são:

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 1.389.020

Outros	carta de apesent orientador.pdf	31/07/2015 21:02:27		Aceito
Outros	Declaração negativa de custos.pdf	31/07/2015 20:45:40		Aceito
Outros	orçamento detalhado.pdf	31/07/2015 20:43:54		Aceito
Outros	Roteiro entrev NASF.pdf	31/07/2015 20:42:16		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto CEP - GISELLE MENDES.pdf	31/07/2015 20:40:05		Aceito
Outros	ROTEIRO DE ENTR EQSF.pdf	31/07/2015 20:38:43		Aceito
Outros	cronograma.pdf	31/07/2015 20:35:31		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE 2ª parte.pdf	31/07/2015 20:34:30		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE 1ª parte.pdf	31/07/2015 20:34:00		Aceito
Outros	autorização CMS Edma Valadão.pdf	31/07/2015 20:33:10		Aceito
Outros	autorização CF Souza Marques.pdf	31/07/2015 20:32:14		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	31/07/2015 20:18:54		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 15 de Janeiro de 2016

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja
Bairro: Centro CEP: 20.031-040
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br
Telefone: (21)2215-1485