

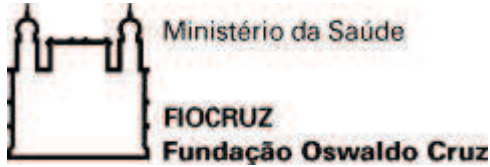
“Apoio Matricial nas ações de Alimentação e Nutrição: visão dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família de Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ”

por

Ana Lúcia de Magalhães Fittipaldi

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Denise Cavalcante de Barros



Rio de Janeiro, outubro de 2013.

Esta dissertação, intitulada

“Apoio Matricial nas ações de Alimentação e Nutrição: visão dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família de Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ”

apresentada por

Ana Lúcia de Magalhães Fittipaldi

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Mirian Ribeiro Baião

Prof. Dr. Carlos Eduardo Aguilera Campos

Prof.^a Dr.^a Denise Cavalcante de Barros – Orientadora

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

F547 Fittipaldi, Ana Lúcia de Magalhães
Apoio matricial nas ações de alimentação e nutrição: visão
dos profissionais da estratégia de saúde da família de
Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ. / Ana Lúcia de Magalhães
Fittipaldi. -- 2013.
viii,92 f.

Orientador: Barros, Denise Cavalcante de
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

1. Saúde da Família. 2. Programas e Políticas de Nutrição e
Alimentação. 3. Equipe de Assistência ao Paciente. 4. Pesquisa
Qualitativa. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.12098153

À minha filha, Giovana. Constante inspiração e motivação
para continuar sempre.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Denise Cavalcante de Barros, pela sua generosidade e disponibilidade em dividir comigo sua experiência e visão crítica sobre o campo da alimentação e nutrição. Sua trajetória profissional demonstra o comprometimento, a dedicação e seriedade com que vem contribuindo com a saúde coletiva no Brasil.

À Prof.^a Valéria Romano que me incentivou a mergulhar no universo da pesquisa qualitativa. Como iniciante foi com curiosidade e prazer que me aventurei por esse caminho de novas descobertas. Obrigada por estar sempre disponível e por me apresentar uma nova perspectiva para pensar o cuidado em saúde.

À minha irmã Isabel, meu exemplo e incentivo, amiga e revisora.

À amiga Flávia Cardoso, minha tradutora e revisora. Sempre disposta a ajudar nos detalhes que parecem intermináveis.

À minha família e amigos que me ajudaram de tantas formas, às vezes apenas com sua presença. Pela paciência com minhas ausências constantes.

Aos colegas de turma do mestrado, que me ajudaram nas dúvidas, dando sugestões, relaxando nos momentos de tensão e formando uma rede de apoio fundamental para a realização do trabalho.

Agradecimento especial aos profissionais da Estratégia de Saúde da Família de Manguinhos que cederam um espaço do seu precioso tempo para colaborar com este estudo, sempre me recebendo de forma amiga e acolhedora.

"Há um tempo em que é preciso abandonar
as roupas usadas, que já tem a forma do
nosso corpo e esquecer os caminhos que nos
levam sempre aos mesmos lugares. É o
tempo da travessia; e se não ousarmos fazê-
la, teremos ficado, para sempre, à margem
de nós mesmos."

Fernando Teixeira de Andrade

RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o modelo de reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. Para aumentar a abrangência de suas ações, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), formado por profissionais de diversas especialidades, cujas ações são baseadas nos conceitos de Apoio Matricial e Equipe de Referência. O presente estudo teve por objetivo conhecer os significados que os profissionais da ESF de Manguinhos atribuem ao Apoio Matricial, em especial na área de Alimentação e Nutrição, através de uma pesquisa qualitativa. A técnica de coleta de dados selecionada foi a entrevista semi-estruturada e para tratamento dos dados, a análise de conteúdo. Como vertente de análise e interpretação optou-se pelo Interacionismo Simbólico o qual estuda a construção dos significados atribuídos pelos sujeitos às suas atividades como produto da interação com seus pares. Os profissionais entenderam que o Apoio Matricial potencializa as ações da ESF e aumenta a resolutividade da APS. Destacaram dificuldades iniciais como desconhecimento das competências dos apoiadores e profissionais das equipes de referência. O excesso de atribuições apareceu como limitante da ampliação do olhar sobre o processo saúde-doença. Como consequência, influenciou a forma como acionavam o apoio matricial, sendo o maior enfoque nas consultas conjuntas e esporádicas as ações coletivas e de prevenção. Ficou evidente a ênfase das ações nos núcleos de conhecimento, dificultando assim a interdisciplinaridade no cuidado à saúde. Apontaram que a prática do apoio tem sido uma construção coletiva no cotidiano de trabalho. As expectativas para o apoio nas ações de Alimentação e Nutrição foram: educação em saúde, ações intersetoriais e qualificação das equipes da ESF. Como considerações finais destaca-se que pensar e falar sobre o processo de trabalho é uma estratégia para propor coletivamente ações que potencializem o trabalho do apoio matricial na Atenção Básica. Propõe-se que o nutricionista desempenhe o papel de facilitador na organização da atenção nutricional priorizando a construção de uma agenda integrada e intersetorial, a partir das necessidades das equipes e comunidades. Espera-se contribuir com o processo de trabalho do apoio matricial das equipes de Manguinhos e de outras Unidades Básicas de Saúde.

Palavras-chave: Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Alimentação e Nutrição, apoio matricial, equipe de referência, pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

The Family Health Strategy is the model of Primary Health Care reorganization in Brazil. In order to increase the comprisement of health care, the Ministry of Health created the Family Health Support Center which is compose of several specialties and its activities are based on the Matrix Support and Reference Team concepts. The aim of the present study to perform a qualitative research about the impressions of the Family Health Strategy of Manguinhos professionals concerning the Matrix Support, especially in Food and Nutrition area. Data collection was conducted through semi-structured interviews and content analysis for data processing. The analysis and interpretation of data was accomplished by symbolic interactionism, which studies the creation of the assigned meanings by the subject to his activities as a result of the social interaction. The interview professionals understood that the Matrix Support potentialize the actions of the Family Health Strategy and increase the Primary Health Care resolutivity but reported initial difficulties such as the unfamiliarity of the competence of the supporters and professionals of the reference team. The excess of attributions appeared as limiting the expansion of the look over the health-disease process and consequently influenced the way they used the matrix support, being the greater focus on joint consultations and occasional, the collective actions and preventive. Became evident the emphasis of the shares in the nuclei of knowledge, thus hindering the interdisciplinary in health care. They pointed that the practice of support has been a collective construction in daily work. The expectations for support in the actions for Food and Nutrition were: health education, intersectoral actions and qualification of the Family Health Strategy teams. As final considerations stands out think and to talk about the work process is a strategy to collectively propose actions that strengthen the work of the matrix support in Primary Health Care. It is proposed that the nutritionist plays the role of facilitator in the organization of nutritional care prioritizing the construction of an integrated and intersectoral schedule, based on the needs of teams and communities. Is expected to contribute to the work process of matrix support teams Manguinhos and other Primary Care Units.

Key words: Family health support center, food and nutrition, matrix support, reference team, qualitative research.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<p>AB: Atenção Básica</p> <p>ACS: Agente Comunitário de Saúde</p> <p>AMAQ-AB: Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica</p> <p>APS: Atenção Primária em Saúde</p> <p>CEP: Comitê de Ética em Pesquisa</p> <p>CFVV: Clínica de Família Victor Valla</p> <p>CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde</p> <p>CNSAN: Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional</p> <p>CSEGSF: Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria</p> <p>CSE Manguinhos: Centro de Saúde Escola Manguinhos</p> <p>DCNT: Doenças Crônicas não transmissíveis</p> <p>DHAA: Direito Humano à Alimentação Adequada</p> <p>DSS: Determinantes Sociais da Saúde</p> <p>EAN: Educação Alimentar e Nutricional</p> <p>ENSP: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca</p> <p>ESF: Estratégia de Saúde da Família</p> <p>FIOCRUZ: Fundação Oswaldo Cruz</p> <p>FIOTEC: Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde</p> <p>IDH: Índice de Desenvolvimento Humano</p> <p>LOSAN: Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional</p> <p>MS: Ministério da Saúde</p> <p>NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família</p> <p>OMS: Organização Mundial da Saúde</p> <p>OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde</p>	<p>PAC: Programa de Aceleração do Crescimento</p> <p>PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde</p> <p>PMAQ - AB: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.</p> <p>PNAB: Política Nacional de Atenção Básica</p> <p>PNAN: Política Nacional de Alimentação e Nutrição</p> <p>PNH: Política Nacional de Humanização</p> <p>PNPS: Política Nacional de Promoção da Saúde</p> <p>PRODERJ: Centro de Tecnologia da Informação e Comunicação do Estado do Rio de Janeiro</p> <p>PSF: Programa Saúde da Família</p> <p>PTS: Projeto Terapêutico Singular</p> <p>PST: Projeto de Saúde no Território</p> <p>RAS: Rede de Atenção à Saúde</p> <p>SADT: Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia</p> <p>SAN: Segurança Alimentar e Nutricional</p> <p>SUS: Sistema Único de Saúde</p> <p>SUBPAV/SMSDC: Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde - Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro</p> <p>TEIAS: Território Integrado de Atenção à Saúde</p> <p>UBS: Unidade Básica de Saúde</p> <p>UNICEF: Fundação das Nações Unidas para a Infância</p> <p>UPA: Unidade de Pronto Atendimento</p> <p>UPP: Unidade de Polícia Pacificadora</p>
---	---

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Modalidades de NASF e suas características	13
Quadro 2: Categorias e subcategorias de análise	35
Quadro 3: Número de profissionais entrevistados segundo categoria profissional	37

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
OBJETIVOS	5
Capítulo 1 - MARCO TEÓRICO	
1.1 Atenção Primária à Saúde (APS)	6
1.2 A Estratégia de Saúde da Família como política para reorganização do sistema de saúde	8
1.3 O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	12
1.4 O contexto das ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica	18
Capítulo 2 - METODOLOGIA	23
2.1 Cenário da pesquisa	23
2.2 Participantes da pesquisa	27
2.3 Técnica de coleta de dados	28
2.4 Plano de análise e interpretação dos dados	31
Capítulo 3 - RESULTADOS E DISCUSSÃO	
3.1 Identificação geral dos participantes	37
3.2 Análise e interpretação dos depoimentos	37
CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS	71
ANEXO 1 - PARECER DO CEP/ENSP	79
APÊNDICE 1 – TERMO DE ANUÊNCIA DAS UNIDADES DE SAÚDE	81
APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	84
APÊNDICE 3 – ENTREVISTA INDIVIDUAL	85
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
APÊNDICE 4 – ROTEIRO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL	86
APÊNDICE 5 – PERCURSO DA ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	87

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária em Saúde (APS) tem como antecedente teórico o Relatório Dawson, divulgado em 1920 na Grã-Bretanha. O relatório traz como proposta a organização de um primeiro nível de atenção à saúde representado pelos centros de saúde primários, além dos centros de saúde secundários e hospitais-escola, com vínculos formais entre si. Esta proposta foi a base para o conceito de regionalização e para a reorganização dos serviços de saúde em diversos países ¹.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, realizada em 1978, representou um importante marco histórico para a APS. Nela foram abordadas propostas para a reorientação da organização dos serviços de saúde com ênfase na prevenção de doenças e na intersectorialidade. A APS seria direcionada aos principais problemas de saúde da comunidade, com garantia de acesso aos indivíduos e às famílias bem como representando o primeiro nível de contato com o sistema de saúde².

No Brasil, as discussões acerca das proposições da APS entraram no cenário do debate pela Reforma Sanitária Brasileira na década de 1970, onde no processo pela democratização do país, foram propostas a unificação do sistema de saúde e a valorização do primeiro nível de atenção. Tais ideais refletiram-se na VIII Conferência Nacional de Saúde e no desenho do Sistema Único de Saúde (SUS)³.

A organização do SUS foi instituída pela Constituição Federal de 1988, que definiu como seus princípios: a universalidade, a descentralização, a integralidade da atenção, a resolutividade, a humanização e a participação social⁴.

O debate político atual tem sido direcionado para a mudança do modelo de atenção à saúde através de propostas e estratégias que objetivam superar as limitações do modelo vigente e contribuir com o processo de construção do SUS. Pode-se observar uma diversidade de abordagens e propostas alternativas baseadas em diferentes contextos, fundamentos teóricos-conceituais, mudanças nas práticas existentes nas unidades de saúde a partir de experiência locais, distritais e municipais ⁵.

Segundo Paim (2008, p.554-5)⁶ modelo de atenção é assim definido:

“[...] uma espécie de lógica que orienta a ação e organiza os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas de saúde. Indicam um determinado modo de dispor os meios técnicos-científicos existentes para intervir sobre riscos e danos à saúde”.

Uma concepção ampliada de modelos de atenção inclui três dimensões: uma gerencial relativa ao processo de organização das ações e dos serviços; uma

organizativa relacionada às relações entre as unidades prestadoras de serviços, considerando-se os níveis de complexidade do sistema de saúde e uma técnico-assistencial ou operativa relativa às relações estabelecidas entre os sujeitos e seus objetos de trabalho. Para que uma mudança no modelo de atenção à saúde seja concretizada é preciso que as propostas sejam abrangentes no sentido de propiciar uma sinergia entre as três dimensões apresentadas⁵.

Historicamente no Brasil identificamos dois modelos de atenção à saúde predominantes: o modelo médico hegemônico e o modelo sanitarista, que convivem de forma contraditória ou complementar. O primeiro é centrado na clínica, tem como objeto de trabalho a doença, e é caracterizado pelo individualismo, pela medicalização dos problemas, pela valorização do ambiente hospitalar, pelo privilégio da medicina curativa, pela participação passiva dos usuários e pelo foco nos especialistas. Esse modelo tem como referência a chamada medicina flexneriana, uma reforma na saúde que ocorreu nos Estados Unidos em 1911 a partir do relatório Flexner, de caráter predominantemente curativo, com pouco comprometimento com a integralidade da atenção e com o impacto sobre a saúde da população⁶.

O modelo sanitarista busca atender às necessidades da população por meio de intervenções adotadas pela saúde pública convencional, mediante campanhas de vacinação, controle de epidemias e erradicação de endemias. Assim como através de programas voltados para populações e/ou doenças específicas como controle da tuberculose, controle do tabagismo, saúde da mulher, saúde da criança, saúde mental e, ainda, para as ações da vigilância sanitária e da vigilância epidemiológica⁶.

O modelo de atenção à saúde baseado na Estratégia de Saúde da Família (ESF) surgiu a partir da década de 1990, como fruto da construção histórica das experiências dos modelos assistenciais alternativos ao modelo hegemônico no Brasil e das discussões de Atenção Primária à Saúde no mundo. Assim, o principal propósito desse novo modelo foi superar as limitações encontradas no modelo vigente que são caracterizadas pela baixa efetividade no enfrentamento dos problemas de saúde da população, principalmente relativas às desigualdades de acesso aos serviços de saúde, à insatisfação na qualidade da atenção e à ausência da integralidade das ações⁶.

Cabe destacar que um dos principais princípios norteadores das mudanças nos modelos de atenção à saúde refere-se à integralidade. A Reforma Sanitária Brasileira concebeu quatro perspectivas para a definição de integralidade: a articulação das ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde; a garantia da continuidade da atenção nos três níveis de complexidade dos sistemas de saúde; a

abordagem integral do indivíduo e das famílias e a articulação de políticas públicas que atuem sobre os determinantes sociais da saúde mediante ação intersetorial⁶.

Em 2008, com objetivo de ampliar a abrangência e a resolutividade das ações da ESF no Brasil, o Ministério da Saúde criou uma nova estrutura de apoio denominada Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Constituída por profissionais de diversas áreas do conhecimento, tem como objetivo atuar no apoio especializado às equipes da ESF com foco nas ações de saúde no território de responsabilidade das mesmas⁷.

As ações do NASF são pautadas nas diretrizes da Atenção Primária em Saúde: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde; educação popular; promoção da saúde; humanização; integralidade; participação social; e territorialização. Estas ações são baseadas nos conceitos de Apoio Matricial e Equipe de Referência, representando uma mudança nas relações de trabalho entre os profissionais das equipes da ESF e os profissionais especialistas⁷.

A organização do processo de trabalho do NASF conta com algumas ferramentas tecnológicas de apoio à atenção que permitem ampliação do cenário de atuação: o Apoio Matricial, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular e o Projeto de Saúde no Território⁷.

Dentre as nove áreas estratégicas que compõem o NASF e que representam os diversos campos de saberes específicos na área da saúde, destaca-se a área de Alimentação e Nutrição, pelo aumento das demandas relacionadas à problemática alimentar e nutricional e suas repercussões na saúde da população brasileira.

As motivações pessoais para realização deste estudo partem da vivência da pesquisadora como apoiadora matricial nas ações de Alimentação e Nutrição das equipes de Saúde da Família de Manginhos, bairro do município do Rio de Janeiro. A pesquisadora experimenta na prática a mudança das relações entre os profissionais da ESF e os profissionais especialistas, assim como identifica na sua rotina de trabalho as dificuldades que justificam o presente estudo.

As políticas públicas são necessárias para institucionalizar os procedimentos e normatizar competências, ações e processos na área específica de sua abrangência. No entanto, estas demandam uma reflexão de como concretizá-las diante das diversidades de formações técnicas, olhares subjetivos e características pessoais dos profissionais nelas contemplados.

A elaboração das referidas políticas públicas nem sempre representa uma construção coletiva. Os atores envolvidos na sua aplicação muitas vezes não recebem apoio ou preparo prévio, deparando-se com mudanças que vão de encontro à sua prática

profissional cotidiana, modificando as rotinas de trabalho e representando uma ruptura ou desconstrução do modo habitual de executar as ações em saúde.

O Apoio Matricial e Equipe de Referência são exemplos de conceitos incorporados às políticas públicas, especificamente à Política de Atenção Básica (PNAB)⁸, conceitos esses que modificaram as relações entre os profissionais e destes com os usuários dos serviços de saúde. As diferentes concepções de cada profissional da equipe sobre o processo de trabalho e sobre estes conceitos irão influenciar diretamente a execução e a viabilidade dessa proposta.

Toda e qualquer mudança de paradigmas prevê um período de transição, onde tanto profissionais quanto usuários são compelidos a conviver com realidades distintas até que uma substitua a outra por completo.

O modo como os profissionais de saúde estão lidando com essa mudança nas relações de trabalho ainda é pouco compreendido assim como as suas concepções sobre os novos conceitos apresentados pela PNAB e os reflexos no cotidiano de trabalho das equipes. A ampliação do conhecimento sobre o tema pode colaborar no sentido de potencializar o Apoio Matricial nas ações de Alimentação e Nutrição.

Por tratar-se de uma nova metodologia de gestão do trabalho em saúde e dada sua relevância no cenário das políticas e dos processos, é de fundamental importância conhecer os significados que os profissionais das equipes de Saúde da Família de Manguinhos atribuem ao Apoio Matricial.

Assim, a partir desse cenário pretende-se responder a principal pergunta do presente estudo: “Qual o significado que os profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Manguinhos atribuem ao Apoio Matricial nas ações de Alimentação e Nutrição?”.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Analisar os significados que os profissionais da Estratégia de Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família atribuem à prática do Apoio Matricial em Alimentação e Nutrição na comunidade de Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ.

Objetivos específicos

- Conhecer os significados que os profissionais da ESF, do NASF e gerentes das Clínicas da Família atribuem ao Apoio Matricial;
- Conhecer os significados que os profissionais da ESF, do NASF e gerentes das Clínicas da Família atribuem ao Apoio Matricial nas ações de Alimentação e Nutrição;
- Identificar as demandas das equipes da ESF para o Apoio Matricial nas ações de Alimentação e Nutrição;
- Conhecer as relações no cotidiano de trabalho entre os profissionais da ESF e do NASF.

Capítulo 1 - MARCO TEÓRICO

1.1 Atenção Primária à Saúde

As críticas ao modelo de atenção à saúde biomédico hegemônico, incapaz de dar conta dos problemas de saúde da população, bem como os questionamentos aos programas verticais de intervenção da Organização Mundial da Saúde (OMS) de combate às endemias nos países em desenvolvimento durante a década de 1960 deram destaque a APS como alternativa a esse modelo².

Durante a Assembleia Mundial de Saúde em 1977, foi elaborada a declaração conhecida como “Saúde para todos no ano 2000”. A sua meta principal foi propiciar um nível de saúde a todos os cidadãos do mundo que permitisse uma vida ativa social e econômica até o ano 2000¹.

A divulgação dessa declaração impulsionou as discussões da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, em 1978, e a construção dos princípios da APS. A Declaração de Alma-Ata reafirmou a saúde como direito humano fundamental, sendo esta uma das metas sociais mundiais mais importantes. Destacou o envolvimento de outros setores além do setor saúde e afirmou a responsabilidade dos governos sobre a saúde de sua população².

Segundo a Assembleia Mundial de Saúde (1979 apud Starfield 2002, p.30) os princípios traçados em Alma-Ata foram reiterados e a APS foi assim definida:

“Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde”.

A proposta defendida na Declaração de Alma-Ata foi a de uma atenção à saúde integral e abrangente. No entanto, as tentativas iniciais de implementação da APS contaram com um pacote básico de intervenções para as populações rurais de extrema pobreza, concentrados na saúde materno-infantil e focalizados em doenças infecciosas e agudas.

A proposta difundida por agências internacionais como o Banco Mundial e a Fundação das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), foi a de uma APS focalizada

em programas seletivos, de baixo custo e baixa resolutividade, sem possibilidade de acesso aos demais níveis de atenção, secundário e terciário².

Os atributos da APS abrangente foram definidos por Barbara Starfield em 2002, reconhecidos e difundidos desde então também no Brasil. Na sua abordagem, os atributos essenciais dos serviços de atenção primária foram: primeiro contato com o sistema de saúde; cuidado longitudinal com o paciente representando continuidade da relação médico-paciente; garantia da integralidade da atenção, coordenação das ações de saúde; orientação das ações voltadas para as necessidades da comunidade; centralidade na família e reconhecimento das diferenças culturais dos diferentes grupos populacionais².

Em 2003 a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) impulsionaram um movimento pela renovação da APS, propondo uma concepção mais abrangente, através da divulgação de um documento: “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas”⁹. O documento explicita a necessidade de ampliar a abrangência da APS para um cuidado universal, orientado para a qualidade, com ênfase na promoção e prevenção, intersetorialidade, participação social e responsabilização dos governos.

Estudos mostram que sistemas de saúde baseados na APS abrangente apresentam melhores resultados de saúde. Há melhora nos indicadores de mortalidade por todas as causas e mortalidade precoce por doenças respiratórias e cardíacas, além de menor custo e maior eficiência, menor número de médico/habitantes, menor número de contatos médico/habitantes, menor número de exames de alto custo, e menor uso de medicamentos^{10,11}.

No sistema de saúde brasileiro o primeiro nível de atenção à saúde é denominado Atenção Básica (AB) e definido na Política Nacional de Atenção Básica como termo equivalente à APS⁸. Essa diferenciação do termo tem sua origem nas discussões pela reforma sanitária brasileira, na década de 1980, que buscou distanciar suas propostas dos programas da APS seletiva, difundidos na mesma época pelas agências internacionais².

Segundo a PNAB (2012, p.19) a Atenção Básica é assim definida:

“A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades”.

1.2 A Estratégia de Saúde da Família como política de reorganização do sistema de saúde

A ESF, anteriormente chamada Programa de Saúde da Família (PSF), foi criada em 1993 pelo Ministério da Saúde e tem sua origem no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O PACS tinha por objetivo ampliar a cobertura do SUS às populações mais vulneráveis, especialmente à população materno-infantil, principalmente na região Nordeste do Brasil. As ações prioritárias eram: incentivo ao aleitamento materno, controle da diarreia através da terapia de reidratação oral e imunização com foco na redução da mortalidade infantil ².

O PACS era desenvolvido pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que eram moradores das áreas vulneráveis selecionados e capacitados para desenvolver as ações de saúde entre 100 a 250 famílias. A sua atuação era supervisionada por um enfermeiro, responsável por até trinta ACS ².

A repercussão positiva das ações do PACS, com destaque para a redução da mortalidade materno-infantil nas áreas de abrangência do programa, levou a uma mobilização nacional para a sua expansão em áreas de maior concentração urbana e semelhante vulnerabilidade social ².

O PSF a princípio se constituiu um programa especial vinculado ao modelo sanitário, sendo posteriormente redefinido pela Política Nacional de Atenção Básica como estratégia de reorganização do modelo da atenção básica, em caráter substitutivo da rede básica tradicional ¹².

Em 2006, no sentido de consolidar e qualificar a ESF e o fortalecimento da AB, foi estabelecido o Pacto pela Saúde, que incluiu o Pacto pela Vida e o Pacto em defesa do SUS, que foi um compromisso firmado entre os gestores do SUS para garantir ações prioritárias para a saúde da população brasileira ¹³.

A Estratégia de Saúde da Família tem como princípios a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social. Ela caracteriza-se como porta de entrada aberta e o primeiro nível de acesso preferencial ao sistema de saúde e tem como fundamentos coordenar o cuidado e ordenar a Rede de Atenção à Saúde (RAS). A sua função de resolutividade se dá pelo cuidado individual e coletivo por meio da clínica ampliada, construindo vínculos na perspectiva de gerar autonomia dos indivíduos e da comunidade⁸.

A proposta para que os sistemas de saúde se tornem mais efetivos e eficazes está baseada na implantação de um novo arranjo, baseado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), garantindo a integralidade do cuidado. Assim as RASs devem estar prontas para dar respostas tanto às condições de doenças agudas da população, como para dar seguimento contínuo e proativo aos portadores de doenças crônicas¹⁶.

Segundo a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, p.4, RAS é assim definida:

“A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.

As Redes de Atenção à Saúde são organizações poliárquicas formadas pelo conjunto de serviços de saúde que apresentam objetivos comuns e ações cooperativas e interdependentes entre os níveis primários, secundários e terciários. Os níveis se relacionam em igualdade de importância, prestando uma atenção integral com intervenções de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação coordenada pela atenção primária à saúde¹⁷.

Para que a ESF possa exercer suas atribuições na Atenção Básica, é preciso compreender como ocorre o seu processo de trabalho e como as equipes de profissionais são formadas para atender às demandas do primeiro nível de atenção.

O processo de trabalho da ESF envolve algumas características próprias como: definição precisa do seu território de atuação; diagnóstico, programação e implementação de atividades segundo classificação de critérios de risco à saúde; prática do cuidado familiar ampliado; trabalho interdisciplinar e em equipe; promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais; promoção e estímulo à participação da população no controle social entre outros¹².

O conceito de processo de trabalho em saúde foi formulado por Mendes Gonçalves (1979,1992 apud Pereira 2009) a partir do estudo da teoria marxista do trabalho e sua aplicação no campo da saúde, identificando três elementos componentes do processo de trabalho: a atividade adequada a um fim, ou seja, o próprio trabalho, o objeto de trabalho, ou seja, a matéria a que se aplica o trabalho e os instrumentos ou meios do trabalho.

Para Mendes Gonçalves (1979,1992,1994 apud Pereira 2009) o estudo do processo de trabalho prevê a análise articulada, através de uma relação recíproca, dos seguintes componentes: o objeto do trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes, que, quando relacionam-se, configuram um processo de trabalho específico.

No campo da saúde, o objeto do trabalho representa o que será transformado, a matéria-prima, ou seja, as necessidades de saúde da população. No entanto, esse objeto não existe por si só. Ele é delimitado, recortado por um “olhar” dos sujeitos com uma finalidade. Representa a intencionalidade do processo de trabalho ¹⁴.

Os instrumentos de trabalho utilizados no processo de trabalho em saúde podem ser materiais e não-materiais. Os materiais são representados pelos medicamentos, equipamentos, materiais de consumo entre outros. Já os não-materiais são os saberes, os conhecimentos que produzem arranjos entre os agentes do processo de trabalho e os instrumentos materiais. O agente do trabalho confere uma finalidade aos instrumentos de trabalho e sua presença torna possível a dinâmica entre objeto, instrumentos e atividades ¹⁴.

Dessa forma, entendemos que o conceito de processo de trabalho em saúde refere-se à dimensão microscópica do cotidiano da prática dos profissionais de saúde, ou seja, o dia-a-dia na produção e no consumo dos serviços de saúde.

Segundo Merhy (1998) a produção do cuidado em saúde envolve atos tecnológicos que são atos produtivos governados por uma finalidade. Dentro do ato produtivo do cuidado identificamos três elementos tecnológicos fundamentais para que o cuidado possa ocorrer: o primeiro é formado pelos conhecimentos dos profissionais de saúde, como o saber clínico, epidemiológico, pedagógico entre outros, e é designado de dimensão tecnológica leve-dura. O segundo diz respeito aos equipamentos como máquinas para realização de exames e procedimentos mais estruturados, sendo chamado de dimensão tecnológica dura. E o último elemento refere-se ao que se produz no encontro com o outro, como acontecimento que ocorre em decorrência da ação na presença do outro, como na prática de acolhimento, por exemplo, chamada de dimensão tecnológica leve/relacional¹⁵.

O processo de trabalho das equipes da ESF envolve a composição de equipes multiprofissionais, formadas por, no mínimo, um médico generalista ou especialista em saúde da família ou um médico de família e comunidade; um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família; um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, acrescentando à equipe multiprofissional os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, técnico em saúde bucal e auxiliar em saúde bucal¹².

As definições de equipe mais comumente encontradas na literatura destacam o caráter técnico dos profissionais que a compõe, como um conjunto de atribuições, tarefas ou atividades que devem ser desenvolvidas, específicas de cada área, não

discutindo a articulação e integração entre as disciplinas especializadas que formam a equipe. Três concepções de trabalho em equipe podem ser identificadas e evidenciam os seguintes elementos: os resultados, as relações e a interdisciplinaridade. Na concepção de equipe enquanto recurso para a maior produtividade e racionalidade do serviço é ressaltado o resultado do seu trabalho. Os aspectos das relações interpessoais e dos processos psíquicos são ressaltados nos estudos com referencial teórico na psicologia e o foco na interdisciplinaridade no trabalho em equipe ressalta a discussão, o compartilhamento de saberes técnicos e a divisão do trabalho em saúde¹⁸.

Outra maneira de distinguir o trabalho em equipe na ESF é por meio de duas ideias: a equipe enquanto agrupamento de agentes (profissionais) e a equipe como integração de trabalhos. A partir desta distinção foram criadas duas modalidades de equipe: equipe agrupamento e equipe integração. Na primeira ocorre a justaposição das ações e o agrupamento dos agentes de forma fragmentada, caracterizando um grupo de profissionais que trabalham e dividem o mesmo espaço. Já na segunda, existe uma articulação das ações e uma interação entre os agentes que dialoga com a proposta de integralidade da atenção à saúde, no caminho para a recomposição do trabalho em saúde com foco na interdisciplinaridade.

Apesar das diferenças claramente apresentadas, ambas as modalidades possuem em comum a presença das diferenças técnicas entre os especialistas, o valor desigual atribuído aos diferentes saberes específicos, além de tensões entre as concepções do exercício da autonomia técnica, no que diz respeito à independência dos trabalhos técnicos ou sua complementaridade enquanto objetivo comum para o trabalho em equipe. Fica clara a necessária análise crítica sobre as concepções de equipe no sentido de superar o isolamento das especialidades, articular as diversas ações no serviço e na rede de atenção e incentivar a comunicação entre os profissionais como forma de potencializar o trabalho em equipe na realização de objetivos comuns¹⁸.

Segundo Fortuna (2005, p.264), trabalho em equipe é definido como “[...] uma rede de relações entre pessoas, relações de poderes, saberes, afetos, e desejos, onde é possível identificar processos grupais”. Uma relação recíproca, de mão-dupla¹⁹.

A rede de relações dentro de uma equipe é formada por uma trama de poder que, historicamente, determina que quem “sabe mais” pode mais e exerce poder sobre quem “sabe menos” e, portanto, pode menos. Essa configuração tende a reproduzir a equipe agrupamento, onde cada profissional faz seu trabalho individualmente. Dificulta a integração necessária para que haja um trabalho em equipe que valorize a interdisciplinaridade, que considere cada sujeito com seus conhecimentos prévios,

vivências e expectativas como parte do todo, onde o conjunto do trabalho em equipe seja maior que a soma do trabalho individual de cada membro da equipe¹⁹.

A Política Nacional de Atenção Básica estabelece as competências profissionais dos integrantes das equipes, bem como as diretrizes que definem a Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica (AB), configurando-se um novo modelo de atenção à saúde⁸.

1.3 O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

A Portaria Ministerial nº 154, de 24 de janeiro de 2008²⁰ criou o NASF e definiu duas modalidades para sua implantação: NASF 1 e NASF 2.

Segundo a Portaria, o NASF 1 deverá ser composto por no mínimo cinco profissionais de nível superior entre eles: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional.

Já o NASF 2 deverá ser formado por no mínimo três profissionais de nível superior entre as seguintes especialidades: Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional.

No ano de 2012, uma nova Portaria²¹ redefiniu os parâmetros de vinculação dos NASF às equipes da ESF e criou a modalidade NASF 3.

Segundo essa Portaria, o NASF 1 passou a ficar vinculado a no mínimo cinco e a no máximo nove equipes da ESF e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e o NASF 2 vinculado a no mínimo três e a no máximo quatro equipes.

A modalidade NASF 3, criada por essa Portaria, ficará vinculada a no mínimo uma e a no máximo duas equipes, configurando-se como uma equipe ampliada.

Através do quadro abaixo sintetizamos os aspectos que definem as três modalidades de NASF.

Quadro 1: Modalidades de NASF e suas características.

Características	NASF 1	NASF 2	NASF 3
Soma da carga horária de todos os profissionais	Mínimo 200 h/ semana	Mínimo 120 h/ semana	Mínimo de 80h/ semana
Carga horária de cada ocupação	De 20 a 80 h	De 20 a 40h	De 20 a 40h
Vinculação às equipes da ESF e/ou AB	5 a 9 equipes	3 a 4 equipes	1 a 2 equipes

Fonte: elaborado pela autora com base nas Portarias nº 154 de 2008 e nº 3.124 de 2012 ^{20,21}.

As atividades do NASF são baseadas nos conceitos de Apoio Matricial (ou matriciamento) e Equipe de Referência que são arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde.

A proposta de Apoio Matricial e Equipe de Referência foi desenhada por Campos (1999) dentro da linha de pesquisa: “Política, modelo de atenção e de gestão: investigação teórica e metodológica”, com o objetivo de contribuir para a reforma das organizações e do trabalho em saúde ²².

O objetivo foi superar a limitação imposta pela organização tradicional dos serviços de saúde. Ao ordenar a divisão dos diversos profissionais em departamentos, dentro da lógica das profissões ou especialidades, o modelo tradicional contribui para a fragmentação do trabalho e para a diluição da responsabilidade sanitária, dificultando a formação de vínculo entre profissionais e usuários.

Essa proposta de mudança está embasada nas discussões dos autores da chamada escola matricial (Neuhauser 1972, Motta1987 apud Campos 1999)²³. Esses autores propõem que a utilização de dispositivos matriciais transitórios como reuniões e a elaboração de programas e projetos de forma compartilhada seriam suficientes para propiciar maior integração e comunicação entre os profissionais, não sendo necessário alterar a estrutura organizacional dos sistemas de saúde.

Campos (1999) propõe a inversão dessa lógica através de uma mudança na organização tradicional da gestão do trabalho em saúde. O autor considera que a equipe de referência na Atenção Básica deve ser composta por profissionais considerados essenciais para conduzir os problemas de saúde mais comuns da população, sendo representada pela equipe de Saúde da Família e passando a ser a estrutura nuclear dos sistemas de saúde. Esta equipe tem responsabilidade sanitária por uma determinada população em um território (possibilitando a construção de vínculo), sendo um rearranjo

organizacional que reforça o poder do trabalho em equipe multidisciplinar, deslocando o poder das profissões e corporações de especialistas²³.

Nessa lógica organizacional, o Apoio Matricial tem por objetivo promover retaguarda assistencial e suporte técnico pedagógico de profissionais especialistas às equipes de referência. Enquanto metodologia de trabalho pretende ser complementar aos mecanismos de referência e contra referência, protocolos e centros de regulação, representando uma mudança nas relações de trabalho entre os profissionais das equipes da ESF e os profissionais especialistas²³.

Segundo Cunha (2011) o profissional que atua como apoiador matricial é um especialista que, dentro do seu núcleo de conhecimento, é capaz de agregar recursos de saber que irão contribuir para a capacidade da equipe de referência intervir sobre os problemas de saúde da população. Ele deverá ampliar o cenário de atuação, criar espaços de comunicação e compartilhamento de conhecimentos entre os profissionais²².

O termo matricial é considerado polissêmico e tem sua origem no latim, significando o lugar onde se geram coisas. No campo da matemática é utilizado para indicar um conjunto de números que podem ser analisados na horizontal, na vertical ou nas transversais, representando relações entre si. Assim, a sua utilização na AB expressa à mesma ideia nos remetendo a possibilidade de profissionais de referência e especialistas se relacionarem, particularmente em uma perspectiva horizontal, de troca de saberes e de igual valorização profissional. Esta seria diferente da relação estritamente vertical, de poder e hierarquização, encontrada tradicionalmente nos sistemas de saúde²³.

O termo apoio se refere a uma metodologia que ordene essa relação horizontal, baseada no diálogo e não mais na autoridade de determinadas classes profissionais sobre as demais. Está referenciada no método “Paidéia”, que através da criação do apoiador institucional, sugere que a gestão do trabalho em equipe seja construída de forma dialogada, propiciando uma relação de troca entre sujeitos com saberes, valores e papéis distintos dentro do sistema de saúde²⁴.

A função de apoiador está prevista na Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS²⁵, definindo que sua tarefa é realizada em ato, um fazer “com”, uma experimentação no campo de práticas, com as interferências mútuas esperadas, produzindo novos sujeitos em processo de mudança.

Para os coordenadores do curso de apoiadores da PNH, Brasil (2006, p.14):

“[...] o apoiador não é simplesmente um consultor, que palpita sobre o trabalho e diz das mazelas do grupo; nem tampouco sua ação se resume à assessoria, indicando caminhos a partir de um suposto saber externo que atua sobre o grupo. Sem negar estas especificidades, o apoiador é alguém que penetra no grupo para acioná-lo como dispositivo, apresentando como um “fora dentro incluído”, alguém que atravessa o grupo não para feri-lo, ou para anunciar suas debilidades, mas para operar junto com o grupo em um processo de transformação na própria grupalidade e nos modos de organizar o trabalho e de ofertar ações e estratégias de saúde”.

Os conceitos de núcleo e campo complementam os conceitos de Apoio Matricial e Equipe de Referência e contribuem para a transformação do processo de trabalho na lógica do compartilhamento de saberes. Eles são fundamentais para lidar com o dilema entre a burocratização das corporações profissionais e a diluição que a interdisciplinaridade pode provocar ²⁴.

O núcleo constitui um conjunto de conhecimentos e tarefas específicos atribuídos a cada especialidade profissional, representando a identidade e a especificidade das diversas disciplinas. O campo representa um conjunto eventual de tarefas e de conhecimentos que uma especialidade deve adquirir para garantir a eficácia e efetividade de suas ações, representando uma abertura ao mundo da interdisciplinaridade ²⁴.

A interdisciplinaridade, e, mais ainda a transdisciplinaridade, é um objetivo difícil de ser alcançado uma vez que representa um rompimento dos limites de disciplinas com saberes e responsabilidades tão diversos, profundamente enraizados nas formações básicas profissionais. Implica em tensionar saber e prática e lidar com a tendência que existe de encerrar em si mesmo os saberes²³.

A gestão do trabalho em saúde através do Apoio Matricial e da Equipe de Referência depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias. Ela permite ampliar as possibilidades de se realizar a Clínica Ampliada e a integração dialógica entre profissionais de diferentes especialidades ²².

A Clínica Ampliada pode ser destacada como uma abordagem que caracteriza o novo modelo de atenção à saúde que tem como perspectiva mudar o foco da clínica da doença para o sujeito enfermo. A Clínica Ampliada centraliza suas ações no sujeito, nas pessoas reais, no contexto de sua existência concreta, mas sem desconsiderar a doença, ampliando e não substituindo o objeto da clínica de modo a propor uma síntese dialética entre o sujeito e sua doença ²⁶.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de condutas terapêuticas para um sujeito ou coletividade, traçadas de forma articulada entre equipe multiprofissional e o próprio usuário. Em geral é dedicado aos casos mais complexos e

envolve a distribuição de responsabilidades, cronograma para realização das ações e avaliação do processo. É fundamental a participação do usuário e sua família na formulação do PTS. É uma das ferramentas de apoio à atenção do NASF, junto com a Clínica Ampliada e o Projeto de Saúde no Território (PST)⁷.

Enquanto ferramenta do NASF, o PST se propõe a desenvolver ações de saúde em um determinado território, buscando estabelecer redes de cogestão e corresponsabilização num processo de parceria entre os atores sociais presentes no território. É uma estratégia das equipes da ESF e do NASF para investir na qualidade de vida e no desenvolvimento da autonomia das comunidades⁷.

Para que o processo de matriciamento seja implementado é necessária a reestruturação de novas tecnologias, como a interconsulta. Essa é uma prática interdisciplinar, colaborativa, considerada o principal instrumento do Apoio Matricial. Tem sua origem no trabalho integrado entre profissionais da área de saúde mental com outros especialistas. Pode ser realizada de diversas maneiras, como por meio de discussão de casos com todos os integrantes da equipe de referência ou parte deles ou através de consultas conjuntas e visitas domiciliares²⁷.

As ações do NASF são distribuídas entre nove áreas estratégicas: saúde da criança e do adolescente; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/ práticas corporais; práticas integrativas e complementares e Alimentação e Nutrição⁷.

As experiências com Apoio Matricial encontradas na literatura nacional são recentes. Torna-se essencial conhecê-las para compreender possíveis mecanismos que possam facilitar sua implantação no cotidiano de trabalho das equipes da ESF.

A maioria dos estudos encontrados refere-se à atuação dos profissionais de saúde mental junto às equipes da ESF. No entanto, observamos que cresce o número de experiências relatadas por outras especialidades, como fisioterapia, fonoaudiologia, educação física e nutrição.

Os referidos estudos relatam as dificuldades e potencialidades da inserção dos profissionais especialistas na AB, através de equipes de NASF, bem como a efetividade das ações do Apoio Matricial às equipes da ESF. Os mesmos sugerem, ainda, propostas para melhor viabilizar a atuação do NASF na AB.

As dificuldades encontradas nestes estudos foram relacionadas à efetividade das ações interdisciplinares; a sobrecarga de trabalho; a alta rotatividade de profissionais; a formação profissional insatisfatória para as práticas em saúde coletiva; às barreiras de integração entre a equipe de NASF e as equipes da ESF; ao predomínio das ações

clínicas individuais sobre as ações coletivas de prevenção e promoção da saúde; e a deficiente comunicação entre os níveis de atenção à saúde^{28,29,30}.

Os avanços positivos do Apoio Matricial relatados foram relacionados à maior aproximação entre especialistas e generalistas e entre ambos com a comunidade, além de melhor efetividade na corresponsabilização pelo cuidado entre os diversos profissionais das equipes de saúde^{29, 31,32}.

As sugestões encontradas tiveram por objetivo propiciar a viabilidade do Apoio Matricial, e foram elaboradas com base nos relatos de profissionais atuantes na AB. São elas: articular as ações de assistência e vigilância; incorporar estratégias de prevenção de doenças e promoção da saúde; propiciar mudanças na abordagem do processo saúde-doença; estabelecer reuniões de equipe e espaços de discussão regulares; incentivar a formação profissional coerente com a atuação no SUS, e desenvolver mecanismos de fixação dos profissionais na AB^{29,33,34,35}.

Os estudos reforçam a necessidade de destacar o papel do NASF como dispositivo inovador, potencializador das ações da ESF, atuando na gestão compartilhada do cuidado e organizando seu processo de trabalho a partir das necessidades e prioridades identificadas no território.

Encontramos na literatura internacional vasta nomenclatura referente à integração entre APS e atenção especializada, destacada por Saraiva e Zepeda (2012), principalmente na área de saúde mental e cuidado às doenças crônicas. Os autores identificaram os seguintes termos: cuidados colaborativos, atenção compartilhada ou cuidados compartilhados, cuidados progressivos, modelo de cuidados crônicos e ligações entre os serviços¹. Conhecer a definição desses termos é importante para comparação entre os resultados dos estudos disponíveis. No entanto, a avaliação desses estudos ainda é um desafio, uma vez que seus elementos são de difícil comparação e a classificação dos termos imprecisa³⁶.

Cuidados colaborativos são definidos como intervenções complexas que envolvem treinamento das equipes e interconsultas além da definição de novos papéis para as equipes, como gerenciamento dos casos², estratégias de seguimento, reforço à adesão ao tratamento e aproximação entre profissionais de APS e especialistas de outros níveis de atenção. São intervenções que envolvem o manejo de doenças crônicas através

¹No original em inglês em ordem de aparição: collaborative care, shared care, stepped care, chronic care model e service linkages.

²No original em inglês: case management.

do rastreamento de casos, educação em saúde, mudanças nas rotinas e uso de sistemas de informação³⁶.

Cuidados compartilhados ou atenção compartilhada são definidos como planejamento conjunto da atenção à saúde por médicos de família e especialistas. Envolve uma troca de informações que não se restringe ao motivo do encaminhamento. Acontece com base nas mudanças de relações entre médicos de família, especialistas e usuários, utilizando tecnologias de informação e comunicação como prontuários comuns. Os autores relatam como vantagens desse cuidado compartilhado, maior acesso ao cuidado especializado, menor tempo de espera para consultas e maior satisfação dos usuários³⁶.

Os modelos de cuidados crônicos relatados na literatura são direcionados principalmente à saúde mental. A interação de serviços de saúde mental à APS tem sido recomendada pela OMS no sentido de superar o déficit de tratamento nessa área. Esse cuidado é feito através de estratégias baseadas nos cuidados colaborativos e modelos de organização que envolvem coordenação continuada, retaguarda secundária adequada, educação e apoio especializado aos profissionais da APS³⁶.

Finalmente, as ligações entre serviços são definidas como conexões entre os profissionais e serviços da APS e os da saúde mental, de dupla via e de forma contínua³⁶.

1.4 O contexto das ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica

Uma das estratégias de organização da gestão e das práticas em saúde que orientam as ações desenvolvidas pelas diversas áreas do NASF, incluindo a área de Alimentação e Nutrição, é a Promoção da Saúde⁷.

Inicialmente utilizado para designar um nível de atenção da medicina preventiva, ao longo do tempo foi adquirindo novas concepções, representando atualmente um enfoque político e técnico que envolve o processo saúde-doença-cuidado³⁶.

A Carta de Ottawa, produto da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde no Canadá em 1986 se tornou a principal referência nos conceitos e ideias da Promoção da Saúde. Para a Carta de Ottawa, Brasil (2002, p.19) a Promoção da Saúde é assim definida: “[...] o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”³⁷.

Nela são propostos cinco campos principais de ações estratégicas combinadas: elaboração e implementação de “políticas públicas saudáveis”; criação de “ambientes

favoráveis à saúde”; reforço da “ação comunitária”; desenvolvimento de “habilidades pessoais”; reorientação do sistema de saúde.

A Promoção da Saúde representa uma estratégia para enfrentar os múltiplos problemas de saúde da população a partir de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes sociais. Propõem a responsabilização múltipla pelo enfrentamento e resolução dos problemas de saúde através da articulação de saberes técnicos e populares, da mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados ³⁸.

Atualmente o que caracteriza a Promoção da Saúde é o papel protagonista dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) sobre as condições de vida das populações.

Segundo Buss (2009, p.23), esse enfoque baseia-se no seguinte entendimento:

“[...] a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de Alimentação e Nutrição, de habitação e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo de toda a vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde; suas atividades estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido, num sentido amplo, por meio de políticas públicas e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades (*empowerment*)”.

Os princípios da Promoção da Saúde embasam as ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica que têm por objetivos principais qualificar a APS e garantir a integralidade do cuidado prestado à saúde da população brasileira⁷.

A situação epidemiológica no Brasil tem sido definida a partir de uma tripla carga de doenças: a presença concomitante de doenças infecciosas e parasitárias, que reduziram sua incidência, mas ainda persistem; das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e seus fatores de risco como tabagismo, sobrepeso e obesidade, inatividade física e alimentação inadequada; além do aumento da violência e causas externas. O perfil nutricional acompanha esse cenário, refletindo um fenômeno chamado de “transição nutricional” onde ocorrem a redução da desnutrição grave e deficiência de micronutrientes e o aumento do sobrepeso e da obesidade. No entanto, essas duas condições coexistem na população, em uma mesma comunidade e ainda em uma mesma família, configurando um paradoxo da saúde pública atual ^{17,39}.

A partir desse quadro epidemiológico decorrem crescentes demandas de ações em Alimentação e Nutrição. Os agravos como obesidade, diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e alguns tipos de câncer, além de carências nutricionais como desnutrição e anemia ferropriva, estão associados a hábitos de alimentação e estilo de vida. Acometem todos os ciclos de vida e demonstram a importância das ações de Alimentação e Nutrição na AB.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição⁴⁰ passou recentemente por uma revisão de suas diretrizes com o objetivo de atender as novas demandas e fortalecer sua interface com o SUS e com a PNAB. A PNAN orienta que as ações de Alimentação e Nutrição devam ser norteadas pelas seguintes diretrizes, a saber: Organização da Atenção Nutricional; Promoção da Alimentação Adequada e Saudável; Vigilância Alimentar e Nutricional; Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição; Participação e Controle Social, Qualificação da Força de Trabalho; Controle e Regulação dos Alimentos, Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição; Cooperação e articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional.

Contextualizando as ações de Alimentação e Nutrição na AB, encontramos as seguintes estratégias para sua efetivação: Promover práticas alimentares saudáveis individuais e coletivas em todos os ciclos de vida; contribuir com respostas às demandas assistenciais nos agravos nutricionais; desenvolver projetos terapêuticos focados nas DCNT; realizar diagnóstico alimentar e nutricional da população identificando grupos de risco; e promover a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) com vistas a assegurar o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA)⁴¹.

O DHAA está previsto na Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948. No Brasil o debate em torno do fortalecimento do princípio da alimentação como direito de cidadania cresceu durante a Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição (1986) e das Conferências Nacionais de Segurança Alimentar e Nutricional (II CNSAN 2004 e III CNSAN 2007), como desdobramentos específicos da Constituição Federal de 1988⁴².

Um importante marco na legislação brasileira foi a sanção da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional em 2006⁴³. Segundo a LOSAN, Brasil (2006, artigo 2º), DHAA é assim definida:

“A alimentação adequada é um direito fundamental do ser humano, inerente à dignidade da pessoa humana e indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal, devendo o poder público adotar as políticas e ações que se façam necessárias para promover e garantir a segurança alimentar e nutricional da população”⁴¹.

Há uma estreita relação e interdependência entre o DHAA e a SAN. Segundo a LOSAN, Brasil (2006, artigo 3º):

“A segurança alimentar e nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras da saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis”⁴¹.

As ações de atenção nutricional na AB (que compreende cuidados voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos), devem estar em consonância com a SAN e com o DHAA, integrar às demais ações de atenção à saúde do SUS e fazer parte da RAS. Devem, ainda, ter o princípio da integralidade como norteador de suas ações ⁴¹.

O conceito de integralidade, como um dos princípios do SUS, prevê três sentidos principais: relacionado à abordagem integral dos sujeitos, à integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura e a garantia de acesso a todos os níveis de atenção à saúde. Nesse sentido, as ações de Alimentação e Nutrição na AB devem estar direcionadas para: articular as ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura dos agravos nutricionais; participar da RAS, articulando com outros pontos de atenção à saúde; se integrar às demais ações de saúde; promover a intersetorialidade; ampliar o olhar dos sujeitos para as famílias e comunidades e considerar os aspectos sociais, econômicos, psicossociais e culturais, além da dimensão biológica relacionada aos distúrbios nutricionais ⁴¹.

Cabe destacar que, respaldado pela Lei 8.234/91, que regulamenta a atuação profissional, compete ao nutricionista, no exercício de suas atribuições na área de Saúde Coletiva, prestar assistência e educação nutricional a indivíduos e coletividades, sadios ou enfermos, através de ações, programas, pesquisas e eventos, com o objetivo de prevenção de doenças, promoção, manutenção e recuperação da saúde ^{44,45}. No entanto, as ações de promoção da alimentação saudável, pelo seu caráter amplo e abrangente, perpassam a atuação de outros profissionais de saúde, além de transcender o próprio setor saúde.

O documento da OMS (2004), “Estratégia mundial sobre Alimentação, Atividade Física e Saúde”, define ações e medidas em prol da promoção de práticas alimentares saudáveis, corresponsabilizando diversos setores do governo e da sociedade civil. A educação nutricional da população é uma das medidas contempladas no documento, sendo a sua execução responsabilidade das equipes de saúde e tendo o profissional nutricionista como referência técnica aos demais profissionais⁴⁶. As ações de promoção da alimentação saudável na AB devem ser compartilhadas por todos os profissionais das equipes da ESF, não sendo responsabilidade exclusiva do profissional nutricionista ³⁴.

Neste sentido, no Brasil o processo de construção da Educação Alimentar e Nutricional (EAN) alcançou um degrau importante com a elaboração do Marco de

Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas. A sua publicação contribui para qualificar a agenda de Alimentação e Nutrição promovendo um campo comum de reflexão e apoiando os diferentes setores em suas ações de EAN⁴⁷.

A EAN é considerada uma estratégia fundamental utilizada para a prevenção e controle dos agravos alimentares e nutricionais contemporâneos. Enquanto campo de atuação da SAN e da Promoção da Saúde tem por objetivos contribuir na prevenção e tratamento das DCNT e carências nutricionais nos diferentes ciclos de vida, valorizar e fortalecer hábitos regionais e as diferentes manifestações na cultura alimentar, colaborar com a sustentabilidade através do controle do desperdício de alimentos e incentivar o consumo de alimentos saudáveis⁴⁷.

Em 2011 o Ministério da Saúde lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Esse Plano tem por objetivo unir esforços para enfrentar e deter as DCNT até o ano de 2022, corresponsabilizando os três níveis de gestão: municipal, estadual e federal. As DCNT são a causa de 70% das mortes no país, configurando-se um problema de saúde de grande magnitude. O presente plano define diretrizes e estratégias para combater seus fatores de risco modificáveis: tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade⁴⁸.

Seguindo essa linha estratégica, o Ministério da Saúde redefiniu as diretrizes para prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade como linha de cuidado prioritária na RAS das pessoas com DCNT. Através da Portaria nº. 424 de 19 de março de 2013, o Ministério prevê que a AB ofereça diversos tipos de tratamentos e acompanhamentos, incluindo atendimento psicológico, realização de atividades físicas e orientações sobre alimentação saudável⁴⁹.

Espera-se, assim, incentivar e envolver as equipes da ESF e do NASF para que desenvolvam no seu cotidiano estratégias de EAN com a comunidade.

A área de Alimentação e Nutrição possui atribuições bem definidas e estabelecidas por meio de diversas políticas públicas, e vem crescendo e se fortalecendo ao longo dos anos. A proposta da PNAB indica que essas atribuições devem ser executadas por meio do Apoio Matricial, mas este é um processo em construção, ainda recente e incipiente.

Capítulo 2 – METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória, uma vez que há pouco conhecimento acumulado e sistematizado sobre o tema a ser abordado. Optou-se pela metodologia qualitativa uma vez que o objetivo deste estudo abrange uma intencionalidade em compreender as concepções, significados, percepções e perspectivas dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Manguinhos a respeito do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A pesquisa qualitativa, enquanto integrante da pesquisa social, lida com um universo que não pode ser quantificado, o universo dos significados. Segundo Minayo (2012, p.21): “[...] o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes”.

Através da abordagem qualitativa pretende-se estudar não o fenômeno em si, mas sim o significado que esse fenômeno representa para os que o experimentam⁵⁰.

Em relação ao referencial analítico, a Sociologia Compreensiva nos parece a mais adequada, uma vez que possui, como proposta principal, o construto de compreensão da realidade vivida socialmente através da interpretação dos valores, crenças, atitudes, hábitos e representações humanas, adequando-se bem aos objetivos deste estudo. Assim, a subjetividade passa a ser considerada como o fundamento do sentido da vida social e o significado como seu conceito central⁵⁰.

2.1 Cenário da pesquisa

O presente estudo apresentou como cenário o bairro de Manguinhos, localizado na Área Programática 3.1, zona norte do município do Rio de Janeiro.

Segundo o Censo Domiciliar 2010, realizado pelo Centro de Tecnologia da Informação e Comunicação do Estado do Rio de Janeiro (PRODERJ 2010 apud Carvalho 2012), o complexo de Manguinhos é formado por 16 comunidades, com uma população estimada de 31.535 habitantes. Trata-se de uma região marcada por diferenças e contrastes sociais, com predomínio de problemas ligados à pobreza, violência e poluição ambiental. Encontra-se na população alta taxa de analfabetismo, alto índice de desemprego estrutural, baixo índice de escolaridade de nível superior, alto índice de gravidez na adolescência, além da violência crescente resultado da criminalização do território⁵¹.

Possui Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,726, estando entre os cinco piores bairros do Município do Rio de Janeiro⁵². Por estas características, foi selecionado como área prioritária para intervenção do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC).

Os principais problemas relatados pela comunidade são: coleta de lixo irregular, baixa qualidade da água, desorganização temporária dos espaços e insegurança nas moradias em função das obras do PAC, falta de segurança pública, falta de áreas de lazer e o grande consumo de álcool e drogas⁵¹.

Em janeiro de 2013 foi inaugurada a Unidade de Polícia Pacificadora de Manguinhos (UPP Manguinhos), oferecendo segurança pública para a população local.

Apesar de possuir características comuns a outras comunidades de grande vulnerabilidade social, possui especificidades próprias quanto à atenção à saúde da sua população.

Construindo uma linha do tempo como recurso para demonstrar a evolução da atenção à saúde prestada à comunidade de Manguinhos, destaca-se que no ano de 1966 foi criada a Unidade de Treinamento Germano Sinval Faria. Esta Unidade era um dos departamentos da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, uma das unidades técnico-científicas da FIOCRUZ, sendo responsável pela execução de ações de medicina preventiva e comunitária para os moradores de Manguinhos, dentro da visão de saúde pública da época, além de ser campo de ensino em saúde coletiva.

Em 1988, com a criação do SUS, reafirmou sua posição como Unidade Básica de Saúde, passando a ser denominado Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF), exercendo sua tripla missão institucional de cuidado, ensino e pesquisa, sendo a única unidade de saúde da região de Manguinhos.

No ano de 2000, com a instituição do Programa Saúde da Família como estratégia do Ministério da Saúde para reformulação da Atenção Básica, o CSEGSF e a Prefeitura do Rio de Janeiro estabeleceram um convênio implantando duas equipes de Saúde da Família em Manguinhos (Parque João Goulart e Mandela de Pedra).

Houve, desde então, uma progressiva expansão da saúde da família em Manguinhos, ampliando o número de equipes no território e de famílias cobertas por esse modelo de atenção à saúde.

Em 2006, com a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o PSF passou ao *status* de Estratégia de Saúde da Família (ESF), constituindo-se o novo modelo de reorganização da atenção à saúde no país e porta de entrada prioritária no sistema de saúde ¹².

Em 2008, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), em consonância com a proposta de ampliar a resolutividade das ações da ESF⁷.

Em 2009, a comunidade de Manguinhos ganhou mais uma unidade de saúde, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Manguinhos. As UPAs tem o objetivo de organizar e qualificar a atenção à saúde em urgências e emergências, além de reduzir a procura pelas emergências hospitalares⁵¹.

Nesse mesmo ano o município do Rio de Janeiro iniciou um processo de expansão da ESF, firmando um contrato de Gestão da Atenção Primária em Saúde entre a Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde - Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SUBPAV/SMSDC) e a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) por meio de sua fundação de apoio, a Fundação para o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde (FIOTEC). Assim foi criado o Território Integrado de Atenção à Saúde TEIAS-Escola Manguinhos cujo objetivo era desenvolver um território integrado de atenção à saúde para melhoria das condições de saúde e vida da população de Manguinhos⁵¹.

A partir da implantação do TEIAS houve um processo de expansão da ESF de Manguinhos. Com o objetivo de ampliar a cobertura da ESF, em 2010 foi inaugurada a Clínica de Família Victor Valla (CFVV), inicialmente composta por cinco equipes de Saúde da Família. No mesmo ano foi constituída a equipe do NASF, responsável pelo Apoio Matricial às equipes da ESF da Clínica de Família Victor Valla e do CSE Manguinhos⁵¹.

Em 2011 a publicação da nova PNAB consolidou a ESF como coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e fortaleceu as ações no território de Manguinhos⁸.

O CSE Manguinhos é uma Clínica da Família que, apesar de possuir CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) próprio, está instalado no espaço físico do CSEGSF. Essa característica confere uma particularidade ao processo de trabalho das equipes dessa Unidade, já que ocupam o espaço físico de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no modelo tradicional, dentro de uma instituição federal com reconhecido trabalho na área de ensino e pesquisa em Saúde Pública.

O cenário atual mostra que o território de Manguinhos está com 100% de cobertura pela ESF, realizada por treze equipes, sendo sete no CSE Manguinhos e seis na CFVV. Essa cobertura inclui, ainda, uma equipe de profissionais do Projeto

Consultório de Rua, uma equipe de NASF, cinco equipes de saúde bucal e uma Academia Carioca da Saúde.

As equipes do CSE Manguinhos são: Parque Oswaldo Cruz, Parque Amorim/Monsenhor Brito, Parque Carlos Chagas, Parque João Goulart, Vila Turismo, Nova Vila Turismo e Comunidade Agrícola/Vila São Pedro.

Na Clínica da Família Victor Valla estão as equipes: Mandela de Pedra, Samora Machel, Nelson Mandela, Vila União, Centro de Habitação Provisório 2 (CHP2) e DESUP.

Ambas as UBS recebem Apoio Matricial de um mesmo NASF, composto pelos seguintes profissionais: um psicólogo, um psiquiatra, um cardiologista, um ginecologista, um pediatra, um assistente social, um educador físico e uma equipe de atenção domiciliar (composta por um fisioterapeuta, um médico generalista e um técnico de enfermagem).

Vale destacar que, além dos profissionais do NASF, as equipes da ESF do CSE Manguinhos e da CFVV contam com o matriciamento feito por profissionais do CSEGSF. São profissionais especialistas que atuam na AB no modelo tradicional de atendimento ambulatorial, mas também atuam no Apoio Matricial. Nesse caso enquadra-se o trabalho da área de Alimentação e Nutrição.

Assim, a equipe de Nutrição do CSEGSF, da qual a pesquisadora responsável por esse estudo faz parte, executa as ações de Apoio Matricial às equipes de Manguinhos. Esta equipe atua na Atenção Básica no território acompanhando as mudanças na política que rege as ações da AB, qualificando sua atuação no sentido de ampliar o foco das ações do indivíduo para a família e a comunidade. Atua, ainda, na perspectiva da tripla missão institucional de cuidado, ensino e pesquisa.

O CSEGSF atualmente abriga sete equipes de Saúde da Família (CSE Manguinhos) e exerce sua responsabilidade sanitária pela população de Manguinhos através do Apoio Matricial especializado, da formação de recursos humanos para o SUS e da produção e difusão de pesquisa de conhecimento científico e tecnológico aplicáveis à atenção básica à saúde.

A pesquisa de campo foi desenvolvida com as equipes da ESF das duas Unidades Básicas de Saúde que são as unidades de referência para a população de Manguinhos. A escolha dessas unidades de saúde foi condizente com os objetivos e motivações do estudo, uma vez que representam o lócus de atuação profissional da pesquisadora em questão.

2.2 Participantes da pesquisa

Os participantes incluídos no estudo foram os profissionais da ESF de Manguinhos, os gerentes das clínicas de família CSE Manguinhos e CFVV bem como os profissionais do NASF. A seleção dos sujeitos na pesquisa qualitativa não segue critérios numéricos para garantir sua representatividade na medida em que o “universo” do estudo não está relacionado aos indivíduos em si, mas considera suas representações, interpretações, conhecimentos e comportamentos⁵³.

Os critérios para definição dos sujeitos da pesquisa foram baseados na representatividade que os conhecimentos, práticas, experiências, comportamentos e atitudes dos profissionais da ESF exercem sobre a questão motivadora da pesquisa. Dessa forma, foi fundamental a participação de todas as equipes da ESF com pelo menos um representante no estudo.

O tempo de atuação na Atenção Básica, e/ou dentro do modelo da Saúde da Família também foi um critério de inclusão, uma vez que vivenciar a transição entre modelos distintos propicia uma experiência que influencia a maneira de lidar com as novas propostas de trabalho.

Outro critério de inclusão foi considerar os profissionais de diferentes formações técnicas. Acreditamos que as distintas concepções características das formações específicas de cada núcleo profissional influenciam o trabalho em equipe e a maneira de entender a atuação do apoio especializado.

A inclusão dos profissionais do NASF teve por objetivo perceber a interação existente entre os diversos núcleos de conhecimento dentro da concepção de Apoio Matricial, bem como a interação do NASF enquanto equipe com os profissionais da Equipe de Referência (ESF).

Além disso, foi importante inserir os responsáveis pela gestão das Unidades Básicas de Saúde, entendendo que a gerência dentro da perspectiva da ESF é um instrumento do processo de trabalho em saúde inserido no movimento de transformação do modelo assistencial, na direção de um modelo centrado no usuário⁵⁴.

Inicialmente pretendeu-se incluir todos os integrantes da equipe da ESF, incluindo além de médicos e enfermeiros, os técnicos de enfermagem e os ACS. No entanto, a observação do cotidiano de trabalho mostrou que na realidade os profissionais que acionam o NASF são os profissionais médicos e enfermeiros. Portanto, os demais integrantes das equipes não teriam contribuições objetivas para o estudo. Foram, então, excluídos da pesquisa.

2.3 Técnica de coleta de dados

A partir da perspectiva da pesquisa e para alcançar os objetivos propostos, optou-se pela seguinte técnica de coleta de dados: entrevistas semi-estruturadas.

A entrevista é a estratégia de trabalho de campo mais utilizada na pesquisa qualitativa e possui o objetivo de captar dados subjetivos e construir informações pertinentes ao objeto de pesquisa⁵⁵.

A entrevista semi-estruturada combina perguntas abertas e fechadas, onde se espera que o entrevistado possa discorrer e expressar seus pontos de vista mais livremente do que em entrevistas com questões fechadas. Além disso, esse tipo de entrevista prevê uma delimitação do volume de informações obtidas e permite melhor direcionamento para o tema e intervenção para que os objetivos sejam alcançados. Durante a entrevista o pesquisador pode incluir perguntas adicionais para melhor elucidar questões que não ficaram claras. A entrevista semi-estruturada permite uma aproximação e interação entre entrevistado e entrevistador, num tom informal, o que facilita as respostas espontâneas podendo até surgir questões inesperadas e que serão de grande valia para o estudo⁵⁶.

Enquanto técnica de coleta de dados espera-se que a entrevista siga os preceitos do método científico, sendo um deles a busca da objetividade, ou seja, da captação do real. Entendemos aqui que apesar da objetividade ser um ideal inatingível, não deve ser perdida a tentativa e a busca de uma aproximação. Além disso, estamos cientes que a captação do real é relativa. O que fazemos, na verdade, é uma “leitura do real”⁵⁷.

A busca dessa objetividade exige uma dedicação especial às possíveis limitações do método científico. Entendendo as limitações do método teremos condições de entender também os limites das informações obtidas pelas técnicas de coleta de dados e conhecer suas possíveis fontes de vieses. Cabe ao pesquisador conhecer essas limitações e, se possível, prevenir sua ocorrência. Se não for possível preveni-las, deve estar ciente das distorções que podem aparecer na análise de seus dados.

Algumas fontes de viés na entrevista são originadas das informações fornecidas pelo entrevistado, da interação entre entrevistado e entrevistador durante a própria situação da entrevista e da pessoa do entrevistador que pode ocorrer durante o planejamento das etapas da entrevista.

As informações fornecidas pelo entrevistado podem ser de caráter subjetivo e objetivo e ambas devem ser valorizadas pelo entrevistador, que precisa reconhecer que elas representam apenas o retrato que o entrevistado possui da sua realidade. Cabe ao pesquisador, quando necessário, fazer uma correspondência entre o que foi relatado com

a “realidade objetiva” através de comparações entre as entrevistas e/ou do uso de dados de outras fontes relacionadas ao fato relatado.

Segundo Dean e Whyte (1969 apud Haguette 2011, p.82): “[...] as afirmações do informante representam meramente sua percepção, filtrada e modificada por suas reações cognitivas e emocionais e relatadas através de sua capacidade pessoal de verbalização”.

Alguns aspectos que podem influenciar a qualidade das informações recebidas, no que se refere ao entrevistado, representando uma possível distorção dos dados que se pretende levantar são: motivos ulteriores, que levam o entrevistado a esperar que suas respostas determinem ou propiciem algum ganho profissional; quebra de espontaneidade que pode ocorrer pela presença de outras pessoas na entrevista ou devido a algumas características do entrevistador que provoquem inibições (são os fatores reativos), como sexo, raça, condição social ou educação; desejo de agradar ao entrevistador quando o entrevistado percebe seu posicionamento e conhecimento sobre o tema da entrevista, incluindo a habilidade de relatar os eventos relevantes para o assunto pesquisado.

Durante a situação da entrevista alguns aspectos podem influenciar as informações obtidas, gerando erros e até mesmo omissão de informações importantes. São eles: quando a entrevista representa uma situação nova para o entrevistado que não entende seus objetivos e não sabe como deve se comportar; alguns, mesmo conhecendo a técnica de entrevista, sentem uma relação de poder autoritária em relação ao entrevistador e se ressentem disso; se sentem ameaçados quando acreditam que a entrevista é um instrumento que poderá comprometê-los, como em uma armadilha; e por fim, a pessoa do entrevistador, visto como alguém com maior grau de educação e titulação pode acarretar uma reação de defesa por parte do entrevistado reagindo com recusa em responder, silêncios ostensivos, desvios no rumo da entrevista e esquecimentos propositais⁵⁸.

A fonte de viés relacionada ao pesquisador pode ter origem no planejamento da entrevista, que inclui desde a elaboração do roteiro de entrevista até a preparação das condições onde a mesma ocorrerá.

A preparação para as entrevistas envolve a escolha dos entrevistados, a elaboração de um roteiro condizente com os objetivos da pesquisa e a oportunidade da entrevista, que significa verificar a disponibilidade do entrevistado conceder a entrevista que será marcada com antecedência, em local de fácil acesso e em condições favoráveis garantindo sua privacidade⁵⁸.

O instrumento de pesquisa utilizado foi o roteiro de entrevista individual (Apêndice 4).

O roteiro foi elaborado considerando uma sequência lógica de abordagem do assunto de forma a propiciar ao entrevistado um entendimento que facilitasse a continuidade da entrevista. Além disso, as perguntas foram formuladas evitando questões arbitrárias, ambíguas, deslocadas ou tendenciosas⁵⁸.

O roteiro pretendeu nortear os seguintes questionamentos:

- Como é o entendimento dos profissionais da ESF, do NASF e dos gerentes sobre Apoio Matricial;
- Como é o entendimento dos profissionais da ESF, do NASF e dos gerentes sobre Apoio Matricial nas ações de Alimentação e Nutrição;
- Como está sendo realizado o Apoio Matricial nas ações de Alimentação e Nutrição nas Unidades de Saúde/Equipes;
- Quais as dificuldades e potencialidades encontradas no cotidiano das Unidades/Equipes;
- Quais as demandas das equipes para o Apoio Matricial nas ações de Alimentação e Nutrição;
- Se a metodologia de trabalho atende as demandas das equipes e da população.

Para elaboração e adequação do roteiro de entrevista foi realizado um teste piloto com um profissional da ESF do CSE Manguinhos, sendo que o mesmo não fez parte do estudo final.

As entrevistas individuais foram realizadas na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP)/ FIOCRUZ e na Clínica de Família Victor Valla, em sala previamente agendada, garantindo a não interrupção e a privacidade dos entrevistados. Foi utilizado o recurso da gravação e realizada posterior transcrição dos depoimentos.

Antes do início da entrevista foi feita uma apresentação do pesquisador e uma breve descrição do objeto, dos objetivos da pesquisa, dos critérios de escolha do(s) entrevistado(s), além da garantia de sigilo e anonimato. Em seguida foi feita a leitura e assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2).

Foram coletados também dados pessoais e informações sobre a formação profissional e o tempo de atuação do entrevistado na ESF (Apêndice 3).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/FIOCRUZ sob Parecer nº. 178.224

em 19 de dezembro de 2012 (Anexo 1) e cumpre as disposições da Resolução nº. 196/96, referente a pesquisas envolvendo seres humanos⁵⁹.

As Unidades de Saúde concordaram com a realização do estudo em suas dependências, através das assinaturas dos termos de anuência (Apêndice 1).

2.4 Plano de análise e interpretação dos dados

A análise e interpretação dos dados são a essência da pesquisa qualitativa. O objetivo é explorar as opiniões dos sujeitos da pesquisa sobre o tema estudado, através de procedimentos especializados e científicos. Para tanto, os dados qualitativos são tratados em três etapas: descrição, análise e interpretação⁵⁰.

Durante a descrição as opiniões dos informantes foram registradas exatamente da forma como foram coletadas (*ipsis verbis*). Ao analisar o material pretendeu-se ir além do que foi descrito através de uma decomposição dos dados e posterior correlação entre as partes decompostas. E por fim, a interpretação dos dados buscou encontrar o sentido das falas, indo além da descrição e da análise. Segundo Gomes (2005 apud Minayo 2012, p.80): a interpretação “[...] é o ponto de partida (por que se inicia com as próprias interpretações dos autores) e é o ponto de chegada (por que é a interpretação das interpretações)”.

Importante destacar a inferência como um essencial procedimento metodológico utilizado. Trata-se da dedução lógica do conteúdo do material analisado, feita entre as etapas de descrição e de interpretação dos dados, a partir de premissas já aceitas ou de experiências prévias do pesquisador sobre o assunto. Segundo Richardson et al. (1985, p.177), para se fazer inferência é importante fazer perguntas que conduzam a saber: “[...]quem diz que, a quem, como e com que efeito”.

Em relação à vertente de análise, enquanto abordagem sociológica das relações humanas, selecionamos o Interacionismo Simbólico que estuda a construção individual dos significados atribuídos pelos sujeitos a suas atividades e ambientes⁵⁷.

A origem do Interacionismo Simbólico data da década de 20 com a contribuição de autores como Thomas (1970), Mead (1934) e Cooley (1926). No entanto, o termo Interacionismo Simbólico foi cunhado por Hebert Blumer em 1937 e foi esse autor que sistematizou os pressupostos básicos e definiu o desenho dessa abordagem metodológica⁵⁶.

Segundo Blumer (1969 apud Flick 2009, p.69), três premissas embasam essa abordagem qualitativa:

“A primeira premissa é a de que os seres humanos agem em relação às coisas com base nos significados que as coisas têm para eles (...). A segunda premissa é a de que o significado destas coisas origina-se, ou resulta, da interação social que uma pessoa tem com as demais. A terceira premissa é a de que esses significados são controlados em um processo interpretativo e modificados através desse processo, que é utilizado pela pessoa para lidar com as coisas com as quais se depara”.

Outro pressuposto dentro do Interacionismo Simbólico foi cunhado por Thomas e é chamado de Teorema de Thomas. Segundo Stryker (1976 apud Flick 2009, p.69), esse Teorema:

“(...) afirma que, quando uma pessoa define uma situação como sendo real, esta situação é real em suas consequências, conduz diretamente ao princípio metodológico fundamental do interacionismo simbólico: os pesquisadores precisam enxergar o mundo pelo ângulo dos sujeitos que estudam”.

O Interacionismo Simbólico se diferencia das demais abordagens compreensivas na medida em que confere uma importância fundamental ao sentido que as coisas têm para o comportamento humano e que emerge da interação entre as pessoas, não sendo apenas concebido como parte intrínseca do ser humano ⁵⁷.

A utilização do sentido para o indivíduo acontece em duas etapas interpretativas: primeiro o ator identifica as coisas que tem sentido para si mesmo e as coisas que estão direcionando as suas ações. Em seguida o ator interpreta e manipula esse sentido, selecionando, checando, suspendendo, reagrupando e transformando os sentidos de acordo com a situação que se apresenta ⁵⁷.

Sob a perspectiva interacionista, a vida humana em grupo é vista como pessoas em constante interação, em ação com diferentes atividades, em diferentes situações, que acontecem em resposta de um em relação ao outro. O caminho para o entendimento da ação das pessoas passa pela identificação do seu mundo de objetos. O sentido desses objetos é definido a partir da interação com outras pessoas e consigo mesmo. Assim, a vida em grupo representa um amplo processo de formação, sustentação e transformação de objetos, entendendo que os sentidos mudam e modificam a vida das pessoas ⁵⁷.

A ação humana pode ser vista do ponto de vista individual e coletivo. A ação coletiva é um aspecto da interação simbólica quando a coletividade age a partir de situações que requerem um enfretoamento. Essa ação conjunta representa uma articulação das diferentes ações individuais (“vínculo horizontal”) e não o simples somatório dessas ações. Ela surge também em decorrência das ações prévias de seus atores (“vínculo vertical”), que se utilizam de seu “mundo de objeto”, de seu “conjunto de sentidos” e de suas próprias interpretações anteriores ⁵⁷.

Blumer (1969 apud Haguette 2011, p.37) assim resume o processo de formação das ações:

“Nós devemos reconhecer que as atividades dos seres humanos consistem no enfrentamento de uma sequência de situações nas quais eles devem agir, e que suas ações são construídas à base do que eles notam, e do tipo de linhas de ação projetadas que eles mapeiam”.

Os princípios metodológicos do Interacionismo Simbólico envolvem o conhecimento do mundo empírico, entendendo que é nele que se encontra a realidade a ser procurada e verificada. Na perspectiva interacionista, a realidade somente existe na experiência humana e na forma como os indivíduos veem o mundo que os cerca ⁵⁶.

A partir desses pressupostos pretendeu-se compreender o ponto de vista dos sujeitos da pesquisa considerando seu mundo empírico e suas teorias subjetivas, entendidas aqui como um complexo conhecimento que cada um carrega consigo para explicar o mundo e a si mesmo ⁵⁷.

A técnica de tratamento dos dados escolhida para análise e interpretação foi a análise de conteúdo, adaptada de Bardin ⁵⁰. A análise de conteúdo tem sua origem na pesquisa quantitativa tendo hoje em dia grande aplicabilidade na pesquisa qualitativa.

Segundo Bardin (1979 apud Minayo 2012, p.83) análise de conteúdo é assim definida:

“Conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

A análise de conteúdo possui duas finalidades que se complementam, podendo estar ou não associadas na proposta de análise dos dados: a função heurística, cujo objetivo é decifrar o que está implícito nos conteúdos manifestos e a segunda é o balizamento das hipóteses ou pressupostos iniciais do estudo^{56,61}.

Dentro da análise de conteúdo selecionamos a vertente temática, que tem o tema como conceito central podendo ser representado por uma palavra, uma frase ou um resumo que constituem unidades de significação. Segundo Bardin (1979 apud Minayo 2012, p.86-7) pretendeu-se, com a utilização da análise temática: “[...] descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”.

A análise de conteúdo temática foi realizada em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados/inferências/interpretação.

Na pré-análise foi realizada uma leitura compreensiva exaustiva do material coletado com o propósito de ter uma visão de conjunto inicial, apreender as particularidades do material, formular os pressupostos que serviram de base para a análise e interpretação e selecionar as categorias de classificação.

Durante a exploração do material foi feita a análise em si classificando, entre as categorias selecionadas na primeira etapa, as falas ou fragmentos das falas escolhidos para análise. Em seguida, uma leitura dialogando com as partes classificadas e identificando os núcleos de sentido em cada classe do esquema de classificação, através de inferências. Durante a análise foi feita, ainda, a partir dos núcleos de sentido e dos pressupostos iniciais, a identificação de temas em torno dos quais foram discutidas as falas dos entrevistados. Por fim, redigiu-se um texto por tema articulando os sentidos encontrados com os conceitos teóricos analíticos (Interacionismo Simbólico).

Segundo Thompson (1998), a interpretação é uma construção criativa dos possíveis significados atribuídos aos informantes⁶².

Pretendeu-se com a interpretação fazer uma síntese dialogando os temas encontrados com os objetivos da pesquisa, com as inferências realizadas e com o referencial analítico selecionado⁵⁶.

Algumas dificuldades foram encontradas durante a escolha dos sujeitos do estudo. Identificamos que, entre os profissionais das equipes da ESF, os médicos possuíam menor disponibilidade de horário que pudessem reservar para a entrevista do que os profissionais enfermeiros. Dessa forma, a seleção dos entrevistados foi direcionada para aqueles que apresentaram maior tempo disponível para contribuir com o estudo. No entanto, não identificamos essa dificuldade com os profissionais do NASF nem com os gerentes das Clínicas da Família.

Importante ressaltar, ainda, algumas dúvidas que ocorreram no decorrer da condução da entrevista, relacionadas à possível interferência da pesquisadora nas respostas dos entrevistados.

A pesquisa qualitativa prevê que haja uma interação entre entrevistado e pesquisador e a entrevista semi-estruturada permite essa interação através do diálogo que poderá contribuir com os resultados da pesquisa. Essa troca dialógica que ocorreu durante as entrevistas, criou a necessidade de ampliar os questionamentos, dentro do eixo principal do roteiro, para que houvesse melhor entendimento das opiniões dos entrevistados e para que não fossem perdidos aspectos importantes a serem abordados. Assim, o roteiro foi revisto e adaptado para melhor adequá-lo aos objetivos da pesquisa,

tornando as perguntas mais claras aos entrevistados, sem, no entanto, modificar o objeto do estudo.

Considerando que o tema de estudo é ainda recente na literatura científica, a experimentação prática da técnica de entrevista foi fundamental para perceber quanto se tem a pensar e dizer sobre o Apoio Matricial.

Dessa forma, com base no método da pesquisa qualitativa e respaldado pelo Interacionismo Simbólico, observamos que a interação ocorrida entre os entrevistados e a pesquisadora foi pertinente e contribuiu para o melhor entendimento do tema abordado.

As entrevistas individuais foram conduzidas pela pesquisadora responsável no período de janeiro a maio de 2013, e tiveram duração média de 37 minutos e 53 segundos, totalizando 11 horas, 21 minutos e 59 segundos de gravação.

Durante a fase de pré-análise, após leitura exaustiva do material, identificamos e classificamos os depoimentos em categorias e subcategorias empíricas de análise, conforme quadro abaixo:

Quadro 2: Categorias e subcategorias de análise:

Categorias	Subcategorias
Apoio Matricial	<p>Concepção do Apoio Matricial</p> <p>A prática profissional do Apoio Matricial</p>
Processo de trabalho	<p>Potencialidades e expectativas do Apoio Matricial</p> <p>Dificuldades e críticas sobre o Apoio Matricial</p> <p>Interfaces entre educação e prática profissional</p> <p>Tensões entre consulta compartilhada e atendimento individualizado</p>
Trabalho em equipe	
Perspectivas para o Apoio Matricial em Alimentação e Nutrição	

Fonte: elaborado pela autora.

Em cada categoria empírica foram identificados, através de inferências, os núcleos de sentido. Posteriormente esses núcleos de sentido foram classificados em categorias mais amplas, os temas, compondo os eixos norteadores da discussão dos resultados encontrados, conforme demonstrado no Apêndice 5.

As falas dos entrevistados foram distribuídas em três grupos, identificadas por letras conforme sua inserção profissional e numeradas aleatoriamente: (E) profissionais das equipes da ESF; (N) profissionais do NASF e (G) gerentes das Clínicas da Família.

Capítulo 3 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Identificação geral dos participantes

A pesquisa de campo envolveu 18 entrevistas realizadas com os seguintes profissionais: um representante de cada equipe da ESF de Manguinhos; dois profissionais do NASF e os dois gerentes das Unidades de Saúde, cujas categorias profissionais foram na maioria médicos e enfermeiros como mostra o quadro abaixo.

Quadro 3: Número de profissionais entrevistados segundo categoria profissional.

Profissionais	Quantitativo
Enfermeiros	9
Médicos	8
Outros profissionais	1
Total	18

Fonte: elaborado pela autora.

O perfil de formação acadêmica foi um dado coletado no sentido de ampliar o nosso conhecimento sobre os participantes da pesquisa. Dos dezoito profissionais entrevistados, onze possuíam especialização em Saúde da Família, cinco apresentavam especialização em outras áreas da Saúde e cinco possuíam ou estavam cursando mestrado (um dos entrevistados possuía, além de especialização em saúde da família, título de mestre).

3.2 Análise e interpretação dos depoimentos

Durante a análise e interpretação dos discursos dos entrevistados, identificamos a necessidade de buscar novos referenciais teóricos para melhor embasamento da discussão apresentada.

Os resultados e discussão serão apresentados a seguir por temas, com base nas categorias que emergiram das falas dos entrevistados.

Categoria de análise: Apoio Matricial

A partir dessa categoria empírica, procuramos compreender o entendimento que os profissionais atribuem ao Apoio Matricial e como ele foi construído no cotidiano das equipes.

Temas:

a) Princípios e diretrizes do NASF (educação permanente, resolutividade, corresponsabilização, integralidade e interdisciplinaridade).

Na sua concepção de Apoio Matricial, os entrevistados destacaram alguns princípios e diretrizes que compõem o NASF. Dentre eles, a Educação Permanente foi pontuada como relevante, visando qualificar as práticas em saúde e reorganizar o processo de trabalho ⁷.

“A gente precisa de outro profissional, especializado, capacitado naquilo para nos auxiliar na condução dos casos. Pra gente ter apoio nas questões que a gente não consegue solucionar. Estar aprendendo com esses profissionais e muitas vezes daquele momento pra frente a gente consegue não acionar tanto o NASF. Acho que um dos objetivos é esse também, a partir do momento que eu estou sendo treinado, eu consigo [...] lidar com situações parecidas.”. (E4)

“[...] a gente solicita essa ajuda dele e ele faz uma consulta uma avaliação junto com a gente até pra ajudar a questão do paciente e esclarecer até as dúvidas que a gente tem naquela área também. Então a gente acaba até, a função deles, na minha cabeça, é auxiliar não só o paciente como também ensinar algum ou outro conhecimento pra gente”. (E13)

“Nas equipes em que eu tô há mais tempo, [...] essas pessoas não precisam me chamar por que elas mesmas já sabem o que fazer. Por que uma das coisas do matriciamento é tipo um treinamento em serviço. Você conseguir ajudar aquela pessoa que está ali, por que eu não estou todos os dias. Pra que, quando eu não esteja e ela pegue um caso semelhante, já possa nortear ela.”. (N1)

De acordo com o Caderno de Atenção Básica, Diretrizes do NASF ⁷, o Apoio Matricial apresenta duas dimensões: uma assistencial, que irá produzir ação direta sobre as necessidades dos usuários e outra técnico-pedagógica, com responsabilidade de produzir apoio educativo para as equipes da ESF, compartilhando seu conhecimento específico com toda a equipe.

Assim, a Educação Permanente entra como uma importante dimensão do apoio, sem a qual a troca de saberes entre os profissionais ficaria descontextualizada da prática dos serviços.

Os depoimentos mostram que os profissionais entendem o Apoio Matricial como um potencializador das ações da ESF, aumentando a resolutividade da AB. Destacam, ainda, a corresponsabilização pelo cuidado prestado à população como essencial na concepção de apoio. “Apoio Matricial é um apoio à equipe na tentativa de aumentar a

capacidade da equipe de resolutividade e também dividir o problema, compartilhar as responsabilidades, dividir angústias, pensar conjuntamente o caso” (E3). “Pra mim a história de apoiar é fundamental, acho que tem a ver com se responsabilizar junto. Corresponsabilizar. Não entendo o apoio do NASF como um apoio parecerista” (E10).

O Ministério da Saúde criou o NASF com o objetivo principal de ampliar a abrangência, a resolutividade e o escopo das ações da Atenção Básica²⁰. Para atingir esse objetivo está previsto, além do compartilhamento dos saberes e trocas entre especialistas e equipe de referência, a construção compartilhada de diagnósticos e medidas terapêuticas, ou seja, a gestão compartilhada do cuidado. A responsabilidade sobre os casos não deve ser diluída, nem transferida através de encaminhamentos. Mas, ao contrário, também compartilhada, mantendo o vínculo do usuário com a equipe de referência, que manterá o seu cuidado longitudinal. O compartilhamento da gestão tende a desenvolver a corresponsabilização entre profissionais e usuários⁶³.

Para que haja a corresponsabilização pelo cuidado é preciso que os profissionais estejam comprometidos com a integralidade do cuidado, entendendo que cada categoria profissional tem uma parte a contribuir com o todo da atenção à saúde dos usuários.

Os profissionais demonstraram nos seus depoimentos que entendem e valorizam a integralidade do cuidado como uma diretriz a ser seguida não só pelas equipes da ESF, mas também pelo NASF.

“É uma maneira que eu tenho de ver o paciente como um todo. A Saúde da Família, ela não enxerga só a doença, né? Você tentar fazer ação de prevenção também. Então, assim, o Apoio Matricial, você tem vários profissionais, cada um com especialidades, podendo fazer ação, discutir o paciente. Então é como se fosse uma parceria. Pra poder fazer a prevenção das doenças, ou quando já tem a doença, fazer o acompanhamento”. (E5)

A equipe do NASF deve ter a integralidade como a sua principal diretriz de trabalho, a partir da qual se pretende resgatar e facilitar a aplicação dos demais princípios e diretrizes do SUS. Nesse contexto, integralidade é um conceito relacionado à abordagem integral dos sujeitos, à integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura e a garantia de acesso a todos os níveis de atenção à saúde⁶⁴.

Durante as entrevistas a interdisciplinaridade não foi destacada como um dos princípios do processo de trabalho do NASF, no entanto foi valorizada a função de apoio do NASF às equipes ESF nas questões do cotidiano, onde as mesmas encontraram dificuldades. Uma das raras falas sobre interdisciplinaridade nos diz:

“[...] então quando juntam os dois conhecimentos distintos, né? Por que a enfermagem tem uma formação bem diferente do médico. Então, quando você consegue juntar os dois, unir e daí sair um produto final, acho bem bacana. E a gente consegue isso, a discussão do caso clínico é bem legal. E com a percepção de cada formação. Eu acho bem interessante. Só tem a acrescentar”. (E7)

O trabalho entre as equipes de referência e a equipe de matriciadores, dentro das diretrizes do Apoio Matricial, prevê um constante diálogo que irá propiciar a construção de um novo construto, a partir da incorporação do conjunto de saberes, habilidades e atitudes de cada profissional. Assim, entendemos que a interdisciplinaridade ocorre como forma de interação dinâmica entre saberes, contribuindo para a redução da fragmentação do cuidado⁶⁵.

Segundo Japiassu (1992, p.90)⁶⁶:

“O interdisciplinar não é algo que se ensine ou se aprenda. É algo que se vive. É fundamental uma atitude de espírito. Atitude feita de curiosidade, de abertura, de sentido de aventura, de busca, de intuição, das relações existentes entre as coisas e que escapam da observação comum. Atitude de recusa dos especialismos que bitolam e dos dogmatismos dos saberes verdadeiros”.

No entanto, apesar de ser uma das diretrizes do NASF, encontramos na prática profissional do trabalho em equipe uma grande dificuldade em exercer efetivamente a interdisciplinaridade ²³. Trata-se de diversas especialidades dialogando com novos saberes, integrando-os e repactuando em busca de uma nova experiência e prática profissional, o que não faz parte da formação acadêmica tradicional da maioria das profissões.

Os princípios e diretrizes do NASF estão interligados e são interdependentes. Somente através dessa interligação será possível que o trabalho do Apoio Matricial junto às equipes da ESF seja efetivo e contribua com as ações da AB.

b) Construção do trabalho do Apoio Matricial na prática do cotidiano.

As entrevistas revelaram que alguns profissionais não tinham clareza sobre suas atribuições dentro do Apoio Matricial. Os apoiadores e os profissionais das equipes de referência foram experimentando e aprendendo suas funções na prática profissional, através de uma construção coletiva. “[...] na verdade saiu uma Portaria, baixou tinha que ser cumprida e ninguém sabia como ia ser feito. Ninguém sabia o que tinha que ser feito. Acho que a gente foi buscando isso na prática, uma construção” (N1).

Quando a proposta do Apoio Matricial para as ações da Atenção Básica foi implantada pelo Ministério da Saúde, as diretrizes foram definidas através de legislação específica. No entanto, como toda nova proposta, houve uma necessidade dos

profissionais de experimentar na prática e construir coletivamente o seu processo de trabalho.

Sendo ainda um processo em construção, em algumas situações, principalmente durante as consultas conjuntas, ficou evidenciado que alguns profissionais não entendem como compartilhar saberes e sair da posição de expectadores passivos, participando ativamente com seus próprios conhecimentos e habilidades.

Aqui fazemos uma observação para esclarecer que os entrevistados referem-se à consulta conjunta como interconsulta.

“[...] mas já chegou pra mim em alguns momentos pessoas relatando que não viam sentido em ter interconsulta com a nutrição, por que, como o caso do cardiologista, é muito específico, então ficavam bastante como observador. Então, alguns profissionais relataram que preferiam como era antes, né? “Por que não faz como era antes? Por que a gente não tem grande participação. A gente fica ouvindo a consulta, as orientações e às vezes até atrapalha, perde tempo, enrola, você fica ali tendo que atender um monte de gente e tem que ficar sentado ali com o nutricionista, e não precisava estar ali, por que ela tá fazendo a parte dela e eu podia estar fazendo outras coisas”. Então uma coisa bem forte nesse relato. Eu acho que a nutrição podia ser da outra forma podia ser encaminhado, não precisava fazer interconsulta”. (G1)

O atendimento conjunto é considerado um dos principais momentos da educação permanente e do compartilhamento da clínica no Apoio Matricial. Esse encontro possibilita uma rica troca de saberes e de práticas em ato propiciando um ganho de experiências para todos os profissionais envolvidos ³⁶. Ficou evidente que ainda é incipiente o aproveitamento da consulta conjunta como facilitadora do processo de trabalho das equipes.

Alguns entrevistados relataram que o Apoio Matricial já existia na prática profissional, apesar de não ser normatizada como política pública. “Lá [Em Niterói] sempre teve Apoio Matricial. Muito antes de ter inventado o NASF lá já tinha o Apoio Matricial” (E3).

“Eu não acho isso novo. Eu acho que o Saúde da Família veio com essa proposta. De você ter o especialista como um grande apoiador do Saúde da Família [...] em todos os lugares que eu pude trabalhar, a gente tinha o especialista como uma referência. E não necessariamente uma referência para a consulta especializada. E sim também como uma interconsulta ou uma consulta conjunta”. (G2)

“Acho que a mesma coisa. Vocês sempre estiveram ao nosso lado. Sempre que solicitado a gente foi atendida, então não teve mudança quando o NASF chegou e não teve essa mudança na nutrição porque essa parceria existe há muitos anos, né? [...] de alguma forma já existia essa parceria”. (E7)

No histórico da implantação da ESF (antigo PSF) que começou em 1994, o relacionamento entre os profissionais que atuavam nas Unidades Básicas de Saúde começou naturalmente a se modificar no cotidiano do trabalho. Assim, as possibilidades

para atuação dos especialistas junto aos generalistas foi sendo transformada no decorrer dos anos aproximando-se da prática que hoje chama-se Apoio Matricial.

Apesar disso, o Apoio Matricial é considerado uma metodologia para gestão do trabalho e arranjos organizacionais relativamente nova no SUS¹⁸ sendo consolidado no cotidiano de trabalho após a publicação da Portaria que criou o NASF⁷.

c) Predomínio do modelo biomédico influenciando a prática do Apoio Matricial.

O modelo biomédico está fortemente presente nos serviços de saúde. A proposta na AB é mudar o foco da atenção exclusivo da “doença” para o “indivíduo que adoece”. Dessa forma, ampliar o olhar para o contexto em que os sujeitos estão inseridos; para sua família e seu ambiente social, econômico e cultural.

Segundo os entrevistados, a prática do Apoio Matricial está focada nas consultas conjuntas, dentro da Unidade de Saúde, que, apesar de serem feitas através de um atendimento compartilhado, reforçam o olhar sobre a doença, e não sobre o sujeito acometido pela enfermidade²⁶.

“[...] acaba sendo um atendimento mais específico, mais clínico, mais clínico, muito mais clínico. Por que não deixa de centralizar na doença, num primeiro momento. Por que a gente do NASF, as pessoas vão acionar, na visão de quem aciona, num primeiro momento pra resolver um problema de doença, depois a gente entra naquele olhar ampliado, né?”. (N1)

“[...] ele apoia em termos clínicos, em termos de conduta, em termos de atendimento individual. Acho que o A do NASF, do apoio deveria ser ampliado mesmo. E eu não acho que seja só uma questão dos profissionais do NASF não. Talvez indicar pra equipe que existe essa possibilidade concretamente, né? Eu acho que tem pouca disponibilidade das pessoas. De assumir esse papel de parecerista”. (E10)

“Só na forma de interconsulta mesmo. Assim, teve uma época que a nutricionista tava aqui, agora não tá mais, e ela chegou até a fazer grupos de gestantes, mas a coisa não foi muito pra frente, deu uma parada. Com os outros é mais interconsulta mesmo, mais interconsulta”. (E11)

A ESF representa a reorganização da AB, com um novo modelo de atenção à saúde, baseado na equidade do cuidado e tendo como importante proposta a compreensão ampliada do processo saúde-doença e a aplicação da concepção de Clínica Ampliada⁷.

O conceito de Clínica Ampliada não representa a troca do objeto de intervenção da clínica, e sim a síntese dialética entre o sujeito que adoece e a doença que o acomete. A doença é parte importante na existência de quem adoece, mas pretende-se conferir igual importância ao sujeito e ao seu contexto no cotidiano do cuidado em saúde²⁶.

No entanto, a prática profissional evidencia uma dificuldade de efetivar essas transformações no cotidiano, caminhando em mão dupla, onde tanto apoiadores como apoiados estão direcionando sua atuação para o cuidado clínico. Assim, a Clínica Ampliada ainda está distante de ser inserida no dia-a-dia do trabalho em saúde.

Observamos pelos depoimentos que, além das consultas conjuntas, as demais ações do processo de trabalho do Apoio Matricial são pouco utilizadas pelas equipes. “Grupos eu nunca utilizei, eles disponibilizam, mas eu nunca utilizei. A Visita domiciliar em alguns casos que a gente precise a gente pode solicitar. Mas difícil por que eles têm várias equipes pra dar conta”. (E14). “[...] tem que amadurecer com as equipes que a interconsulta não é mais uma tarefa, não tem que terminar muito rápido, e tentar trazer esse apoio pra outros espaços, que eles só colocam o tempo todo em consulta” (G1).

“A atividade educativa no momento, a nossa equipe está se programando pra tornar isso mais eficiente, por que a gente já fez alguns grupos. Não tivemos muita adesão dos nossos usuários. Eu diria até que por uma falta de costume deles, né também, de não ter tido isso, há mais tempo”. (E8)

O processo de trabalho do Apoio Matricial pode ser organizado, em conjunto com a equipe de referência, através de várias ações além das consultas conjuntas, como ações no território que envolvam trabalhos educativos, projeto de saúde no território, ações junto aos equipamentos públicos como escolas, creches, igrejas, entre outros ⁷.

Os resultados encontrados através desses depoimentos são corroborados por outros estudos semelhantes, que evidenciam que os atendimentos clínicos são predominantes sobre outras ferramentas de matriciamento, como atendimento domiciliar, discussão e elaboração de planos terapêuticos ^{28,33}.

d) Decisão compartilhada sobre o acesso ao Apoio Matricial.

A integração entre as equipes da ESF e do NASF, através de uma decisão compartilhada sobre a forma de matriciar foi relatada pelos entrevistados, configurando um aspecto positivo da prática do Apoio Matricial. Compartilhar as decisões, assim como os diagnósticos e terapêuticas, contribui para fortalecer a corresponsabilização pelo cuidado.

“Muitas vezes o profissional decide, na hora. Geralmente os dois juntos. Geralmente é uma decisão conjunta. E aí, o que é melhor? Uma visita, a pessoa pode vir aqui ou não? Ou então eu fui numa visita na semana identifiquei um caso complexo na família que tá precisando de uma intervenção aí eu trago pra reunião de equipe e a gente discute. A decisão de acionar o NASF muitas vezes passa pela reunião de equipe”. (E4)

O Apoio Matricial propõe a corresponsabilização da decisão sobre o tipo de acesso ao matriciamento, entre equipe de referência e apoiadores, com o objetivo de aumento de vínculo e integração na relação entre as equipes ³⁶.

A concepção de Apoio Matricial e a construção da prática do trabalho do apoio podem, à luz do Interacionismo Simbólico, ser entendidas como fruto do sentido que os profissionais atribuem ao apoio. Esse sentido surge da interação social que acontece entre os profissionais.

Segundo Blumer (1969 apud Haguette 2011, p.35):

“[...] o sentido emerge do processo de interação entre as pessoas, ao invés de percebê-lo seja como algo intrínseco ao ser, seja como uma expressão dos elementos constituintes da psique, da mente, ou de organização psicológica”.

Os sentidos das situações que se apresentam para uma pessoa surgem fundamentalmente a partir das definições e interpretações que são dadas por outras pessoas que com ela interagem. Assim, as ações e atividades cotidianas dependem e ocorrem predominantemente como resposta de um em relação ao outro, sendo o sentido o mote para a compreensão do comportamento humano ⁵⁷.

Categoria de análise: Processo de trabalho.

A partir dessa categoria pretende-se compreender como o Apoio Matricial efetivamente vem sendo realizado pelas equipes, identificando as potencialidades, dificuldades e expectativas dos profissionais.

Temas:

a) Diferentes formas de “ser” e “fazer” NASF.

O discurso dos profissionais evidenciou que são identificados diferentes aspectos conceituais e processuais do NASF, sendo alguns contraditórios entre si.

Surgiu nos depoimentos a ideia do apoio desvincular do matriciamento somente por especialidade, ampliando a atuação dos profissionais do NASF para ações mais abrangentes, além de sua especialidade:

“Alguns fazem matriciamento por especialidade. O que eu tento fazer aqui é mais do que isso. Eu tento descolar da saúde mental. Eu posso dar apoio sem ser em saúde mental. Se é um apoio à equipe, eu posso apoiar naquilo que ele precisa. Não necessariamente ser saúde mental, educação, prevenção, promoção”. (N2)

No entanto, encontramos falas contrárias a essa ideia, identificando as ações do profissional apoiador como restritas às ações relativas à sua especialidade, mostrando desconhecimento desse papel mais amplo do Apoio Matricial:

“Além da interconsulta? Acho que não. Acho que as outras atividades devem ficar a encargo da estratégia mesmo, convencional. Acho que o NASF tem que ser usado quando o profissional realmente não tem condições de manejar aquela situação sozinho. Eu entendo que o paciente, ele não é do profissional do NASF. O paciente ele é da equipe da estratégia convencional. Por que ele, o profissional especialista ele vai entrar ali num momento muito pontual. É assim que eu entendo o NASF”. (E11)

Ao contrário do que expressam alguns entrevistados, a literatura é clara ao definir que os profissionais matriciadores possuem responsabilidades por ações que são comuns a todos os membros do NASF, além das atribuições específicas e inerentes ao seu núcleo de conhecimento. Como exemplo: acolher o usuário e humanizar a atenção; identificar em conjunto com as equipes de Saúde da Família o público prioritário a cada uma das ações; desenvolver coletivamente ações que se integrem a outras políticas sociais, como educação, esporte, cultura, trabalho e lazer; elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades do NASF, entre outras ⁷.

Dessa forma, realizar o matriciamento para além de sua especialidade é uma tarefa prevista para atingir o objetivo de construir uma clínica reformulada e ampliada.

Procurando atender melhor a demanda das equipes e da população, a equipe do NASF foi se qualificando no decorrer do tempo. Essa qualificação produziu mudanças no cotidiano de trabalho que foram sentidas positivamente pelos profissionais da ESF. “[...] no início tinha muito mais queixas. E depois se transformou... tá todo mundo elogiando. Se consolidou a proposta do NASF. [...] tá bem melhor do que quando iniciou” (G1).

A qualificação dos profissionais apoiadores promoveu, ainda, a melhor efetividade do seu principal objetivo que é aumentar a resolutividade da AB, aproximando os especialistas da população:

“Eu posso acessar um outro consultor pra me ajudar a produzir aquele cuidado, mais próximo. É como se fosse um nível de transição entre o nível primário, secundário onde ele tivesse coisas boas que o nível secundário tem de resolutividade técnica e ao mesmo tempo a longitudinalidade, o vínculo e a coordenação do cuidado que a APS consegue ter”. (E3)

Dentro das expectativas dos profissionais entrevistados, o Apoio Matricial atende às demandas da equipe e da população, ainda que prevaleça o cuidado clínico individualizado, conforme discutido anteriormente.

“Eu acho que dá um apoio muito grande. Por que a própria função é exatamente essa. É auxiliar a gente a adquirir o conhecimento e ir solicitando menos. A gente acaba não tendo ainda aquele conhecimento [...]. Mas à medida que o tempo vai passando, aquilo vai conseguindo suprir sim.” (E13)

Sendo a proposta do NASF uma intervenção recente, a maior parte do conhecimento encontra-se nas experiências de implantação dos próprios profissionais

envolvidos. Dessa maneira, não encontramos dados na literatura que avaliem de forma consistente sua implantação e prática. A maioria dos estudos publicados é de relatos ou artigos de posição, sendo difícil a generalização, cabendo destacar que o objeto principal desses estudos refere-se à saúde mental ou práticas inovadoras na AB⁶⁷.

O Ministério da Saúde instituiu o PMAQ-AB (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) com o objetivo de ampliar o acesso e a melhoria da qualidade da AB, instituindo um padrão de qualidade que seja comparável a níveis nacional, regional e local, e de acordo com as reais necessidades da população⁶⁸.

No âmbito da PMAQ-AB foi criada a AMAQ-AB (Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica), um processo autoavaliativo dos sujeitos e serviços com o objetivo de identificar os problemas e propor estratégias para melhoria contínua da qualidade dos serviços e relações⁶⁹.

As equipes dos NASF de todo o país foram incluídas nesse processo visando induzir a melhoria da qualidade destas equipes, fortalecendo-as e aumentando a sua resolutividade⁷⁰.

Há uma expectativa futura do Ministério da Saúde de se ter uma avaliação da implantação do NASF em todo o território nacional.

b) Desconhecimento e estranhamento inicial de uma nova metodologia de trabalho.

Durante a implantação do trabalho do NASF houve uma apreensão inicial sobre as consequências que as mudanças poderiam acarretar no cotidiano de trabalho das equipes em Manguinhos.

Alguns relatos evidenciaram essa insegurança e tensões geradas pelo estranhamento de um novo processo de trabalho. “Pra ser bem sincera eu fiquei muito apreensiva. Fiquei com muito medo: “Olha, olha só como é que está mudando, gente do céu. Estão tirando as pessoas dos locais, dos serviços. Estão remanejando”. Então eu fiquei muito apreensiva quanto a isso” (E1).

As dificuldades iniciais encontradas no processo de trabalho entre apoiadores e equipe de referência levaram a um distanciamento que, embora venha sendo diluído ao longo do tempo, definem o caminho para a solicitação do apoio. Muitas demandas são definidas por afinidades pessoais e relacionais.

“No início que veio o NASF pra CFVV, teve alguns profissionais que não aceitavam muito bem fazer interconsulta com enfermeiro. Médico do NASF. Teve uma ou duas categorias que chegaram: eu não faço inter com enfermeiro. Tô aqui pra fazer inter com os médicos que é para eles aprenderem o que tem que ser feito e eles fazerem as consultas. Depois isso foi mudando.” (E6)

“[...] o profissional fala isso pra mim: não eu não vou chamar o fulano não adianta você insistir por que fulano não me trata bem. Eu escuto muuuuito. Com muito diálogo, com muito discurso, com muita aproximação [...] melhorou muuuuito. Só que ainda tem uns calos, umas manchas, umas rebarbas que não foram tiradas”. (G2)

“Aí o que acontece, [...] hoje, a gente até evita. Por que já levou tanto fora, que acaba evitando, entendeu? Aí passa pro médico, o médico vai atender” (E12).

Segundo Merhy (2013), no nosso agir em saúde há um processo de encontro produzido pelo mundo do cuidado. Devemos perceber como o outro nos afeta no encontro e refletir sobre o que fazemos com isso, deixando muitas vezes que o outro fale conosco, mas só ouvindo o que nos interessa. O autor diz ainda que todos os sujeitos exercem forças nesse encontro, que podem ser de muitos tipos e intensidades, sendo oriundas do que cada um pensa “a priori” sobre o encontro e, sobre as expectativas e interesses relativos a o que o encontro irá trazer para cada um. Essas forças não são necessariamente visíveis, nem sempre conhecidas e podem ocorrer simpatias e antipatias. Essas forças existem entre profissionais de saúde e usuários, mas existem também no encontro entre apoiadores e profissionais da equipe de referência, caracterizando a dimensão tecnológica leve/relacional do cuidado⁷¹.

c) ESF como modelo de reorganização da AB gerando excesso de atribuições aos profissionais.

Segundo a PNAB a ESF é a porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, tendo a função de ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado⁸. O MS espera que, quando bem estruturada, a AB resolva 80% das questões de saúde da população e contribua para reduzir a sobrecarga da rede hospitalar, o consumo abusivo de medicamentos, o uso indiscriminado de tecnologia de alta densidade e permitir que cada nível de atenção execute as suas potenciais atribuições⁷².

Assim, existe uma expectativa grande em torno do papel da ESF para a reestruturação do sistema de saúde no Brasil, A fragilidade da RAS e dos sistemas de referência e contrarreferência do SUS acabam por contribuir para a extrapolação de funções que cabem a ESF. Além disso, existe o processo de apropriação das equipes do conceito de clínica ampliada na prática profissional cotidiana, que somados a uma demanda reprimida da população por cuidados clínicos acabam por gerar uma sobrecarga de trabalho e de responsabilidades para as equipes que nela atuam.

Os profissionais relataram que esse excesso de atribuições que são cobradas da ESF dificulta a ampliação do olhar para o processo saúde-doença. As ações preventivas

e de promoção da saúde são delegadas a segundo plano em relação às ações mais emergenciais, curativas.

“[...] agenda hiperlotada, cobrança das metas, indicador, tem que dar conta daquilo ali, sobra muito pouco, a gente é engolido por essas coisas, consulta individual, doença e pouco é feito em relação a gente tenta, se esforça até faz a prevenção. O que seria o nosso foco acaba desvirtuando. Tem que dar conta disso também, faz parte da nossa atribuição também. Eu costumo dizer que 40h é pouco”. (E4)

“Uma carteira de serviços, que eu acho que extrapolou a atenção básica. Eu acho que tem coisa além do que a gente realmente precisa fazer. Eu acho que se a gente ficasse mais na AB mesmo a gente poderia produzir numa maneira mais eficiente, eu não digo tanto em número mais em qualidade, né? Todo mundo quer qualidade, né? Números é produção”. (E9)

“[...] o problema é que como a gente tem muito, eu falo eu enfermeira, é tanta coisa pra cumprir que a gente acaba ficando sem o tempo que a gente acha necessário pra dar, fazer a nossa supervisão com eles (ACS), entendeu? É tanta escala, a escala pro plantão, a escala pra coleta de Swab. A gente tem que atender um número, são 240 atendimentos, é um número x de visitas que tem que fazer, entendeu? Então, a gente não consegue fazer tudo da maneira que a gente gostaria.”. (E8)

A Carteira de Serviços na Atenção Primária à Saúde do Município do Rio de Janeiro ⁷³ define os serviços que devem ser oferecidos à população: Atenção centrada no adulto/idoso; Atenção centrada na criança/adolescente; Saúde Mental; Saúde Bucal; Vigilância em Saúde; Promoção à saúde; Procedimentos/cirurgias ambulatoriais e Manejo de situações de urgência/emergência.

Além do cuidado clínico prestado à população, é necessário que a rede básica ofereça ações preventivas e de promoção da saúde no seu território, que inclui busca ativa de doentes, vacinação, educação em saúde e projetos intersetoriais. A literatura reconhece que essas ações contribuem para a prevenção e tratamento de diversas doenças ⁷⁴.

Outro ponto relatado pelos entrevistados foi que o excesso de atribuições limita a interação entre apoiadores e equipes. “Uma crítica que eu faço é que o NASF tem que ter um papel mais proativo, e não tão passivo. Por que com o problema de tempo que a gente tem, se o NASF não tiver um papel mais proativo, de estar lá do lado da equipe...” (E3).

“Eu aciono menos do que eu gostaria. Por que, eu tenho uma correria no dia-a-dia, a correria atrapalha muito. Muitas vezes eu quero fazer uma interconsulta mas o tempo que a interconsulta vai me demandar inviabiliza a continuidade do atendimento de manhã.”. (E3)

Muitos profissionais evitam as consultas conjuntas com os matriciadores por que essas são realizadas em um tempo maior do que aquele que levariam nas suas consultas de rotina. Dessa forma, esperam que os profissionais do NASF sejam proativos e identifiquem, junto com a equipe, as necessidades para o apoio e proponham soluções para as mesmas.

d) Formação de Recursos Humanos em Saúde.

O Apoio Matricial tem uma importante função na formação de recursos humanos para o SUS, através de sua diretriz técnico-pedagógica. Os profissionais destacaram em suas falas esse papel do apoio como relevante para atuação na AB. “Eu nunca trabalhei sem o Apoio Matricial. O grupo foi muito importante pra minha formação... quando chegava alguém o Apoio Matricial ficava mais próximo daquele profissional”. “[...] eu fui formado como médico de família pelo Apoio Matricial” (E3).

O NASF é considerado um potencial espaço de ensino, o que vai ao encontro das Diretrizes Nacionais Curriculares que preconizam que a formação profissional em saúde seja pautada nas necessidades e princípios do SUS, formando profissionais aptos a atuar nos sistemas de saúde ⁷⁵. As diretrizes preveem, ainda, a articulação entre Educação Superior e Saúde com o objetivo de permitir aos alunos desenvolverem os quatro pilares da educação propostos por Delors (1999): aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, assegurando a integralidade, a qualidade e a humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades ⁷⁶.

Apesar disso, a formação profissional é ainda uma das dificuldades identificadas no processo de trabalho do NASF, uma vez que não está voltada para as necessidades do SUS, em particular para a realidade da Atenção Básica. A proposta da Residência Multiprofissional em Saúde da Família tem sido considerada uma estratégia positiva para reverter essa dificuldade, formando profissionais dentro das diretrizes e princípios da ESF e do NASF. Isso se dá pela imersão que acontece ao longo da formação dos residentes no contexto das práticas do trabalho das equipes ⁷⁷.

Para desenvolver o trabalho na ESF e no NASF é preciso ter, além dos conhecimentos técnicos adquiridos na formação profissional, conhecimentos sobre políticas públicas de saúde, território, perfil epidemiológico da população e RAS. Requer, ainda, habilidades para ouvir, acolher, comunicar-se e trabalhar em equipe. Ter flexibilidade, resiliência, respeito, comprometimento e ser proativo são atitudes essenciais para que os profissionais desenvolvam um bom trabalho na Atenção Básica⁷⁷.

Houve destaque nas falas para a presença de residentes multiprofissionais no dia-a-dia das equipes da ESF. Essa interação promoveu uma troca de saberes que, na maioria das vezes, substituiu o trabalho dos apoiadores do NASF, uma vez que eram profissionais especialistas inseridos no processo de trabalho das equipes. Os mesmos absorviam a demanda que muitas vezes não era completamente atendida pelo NASF, cuja carga horária nem sempre era compatível com todas as suas atribuições. “[...] a residente da multiprofissional que se incumba daquela equipe. Coitada, ela é uma residente que tá aprendendo a matriciar. Não que ela não saiba, tá lapidando, não é contratada pra isso” (G2).

“Já trabalhei com residente multi, foi uma das épocas que a equipe melhor caminhou. A gente conseguiu fazer um trabalho maravilhoso na parte nutricional. Com os pacientes, inclusive comigo, mudou todo o meu hábito alimentar. Uma das melhores épocas da equipe”. (E14)

Foi pontuada, ainda, a atuação de médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade como médicos responsáveis por equipes de referência e ressaltada a pouca experiência desses profissionais, inclusive na vivência do Apoio Matricial. “Na CFVV tem um bando de profissional muito novo. Muito formado de pouco tempo. Ainda não teve tempo, não é culpa deles, de ter essa vivência, essa troca, de quanto mais matriciado mais você tá construindo um discurso [...]” (G2).

Outro ponto destacado foi o pouco tempo de permanência do residente médico na equipe, uma vez que a residência ocorre no período de dois anos, dificultando a formação de vínculo e conseqüentemente o cuidado longitudinal com os usuários. Esse aspecto pode ser superado com a contratação após o término da residência.

“[...] mudou muito na CFVV, então teve uma grande dificuldade, eles investiram um modelo lá [...]. Eu particularmente gostei. Na minha especialidade não foi ruim. [...] eles até chamaram mais a gente, as demandas. Por outro lado, a residência troca de dois em dois anos... não dá pra construir um vínculo. Bom que alguns desses residentes permaneceram. Então eu acho que foi um ganho, não foi de todo ruim”. (N1)

O vínculo e a longitudinalidade são fundamentos e diretrizes da AB. A PNAB define como vínculo a construção de relação de confiança e afetividade entre usuários e profissionais de saúde, que acontece ao longo do tempo, e que permite o desenvolvimento da corresponsabilização pela atenção à saúde. A longitudinalidade é caracterizada pelo cuidado contínuo ao longo do tempo, do usuário e de seus familiares, acompanhando todos os aspectos da vida que tenham ou venham a ter influência sobre sua saúde, permitindo assim, a coordenação do cuidado pela ESF ⁸.

O residente é um profissional ainda em formação, e para tanto precisa de supervisão e apoio educacional. Sendo o residente multiprofissional de uma categoria

que não compõem a equipe mínima, sua atuação enquanto especialista será em equipe de NASF. Para tanto, é necessário que sua formação seja em campo, uma vez que terá poucas oportunidades de experiências em AB. Além disso, é importante refletir sobre o quanto que o pouco tempo de prática na ESF e o vazio que fica ao final de cada período de residência médica irão influenciar na sua atuação como médico de equipe de referência, na sua própria formação como médico de família e comunidade, além de influenciar na continuidade e logística das equipes que recebem estes residentes.

e) Diferenças entre as duas unidades de saúde.

Os entrevistados relataram diferenças entre as duas Unidades de Saúde responsáveis pelo atendimento à população de Manguinhos. Essas diferenças referem-se às características do seu corpo profissional, bem como a organização do processo de trabalho. Destacaram essas diferenças como significativas, repercutindo no cotidiano de trabalho das equipes e influenciando a prática do Apoio Matricial.

“[...] trabalhar com SF mais numa unidade mista que você tem a todo momento uma dicotomia, isso é muito complicado. Tem gente que fala:” não poxa uma unidade mista é difícil”. É mais tem suas compensações. Você consegue coisas que você não conseguiria numa unidade que tenha só saúde da família. Por que quando você precisa você tem o parceiro aqui do lado. Isso é bom”. (E1)

“[...] faz uma diferença você estar numa clínica que é só uma clínica da família. É diferente. Você tem outras possibilidades aqui. Aqui os médicos da família, eles podem literalmente acionar outras especialidades, outros conhecimentos, por que está próximo daqui [...]. Lá na CFVV não é tão simples assim. Lá não se consegue tão fácil assim. Os pacientes de lá tem dificuldade. Quem traz eles pra cá somos nós do NASF. Por exemplo, eu trago, eu atendo aqui”. (N2)

O território de Manguinhos atualmente está com 100% de cobertura pela ESF. As equipes de referência estão divididas entre duas Unidades de Saúde.

As Unidades de Saúde contempladas nesse estudo possuem características bem distintas uma da outra, o que influencia o processo de trabalho das equipes da ESF bem como o Apoio Matricial oferecido às mesmas. Segundo a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro⁷³, a CFVV é classificada como Unidade A, onde todo o território é coberto por equipes de Saúde da Família. Já o CSE Manguinhos é uma Clínica de Família que está alocada no espaço físico do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, que é um departamento da ENSP/ FIOCRUZ. Segundo o Manual do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde/ CNES (Brasil 2006, p.97)⁷⁸ Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde é assim definido:

” Unidade para realização de atendimento de atenção básica e integral a uma população de forma programada ou não nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nestas áreas. Pode ou não oferecer: SADT (Serviço de Apoio à Diagnóstico e Terapia) e pronto atendimento 24 horas”.

Essa facilidade relatada pelos profissionais que atuam no Centro de Saúde dificulta a mudança da lógica do encaminhamento para o compartilhamento das ações, principalmente através das consultas conjuntas, uma vez que os profissionais já estão habituados a encaminhar os usuários para o agendamento individual. A questão do tempo é fator determinante para essa dificuldade na mudança de modelo de atenção.

“[...] a nutrição tem a agenda também, de interconsulta, nós começamos a agendar as interconsultas, eu gostei muito, a gente achou interessante [...]Aí a gente começou a ver que a consulta com a nutrição, é uma consulta bastante demorada, principalmente de primeira vez, uma consulta tava atrapalhando nesse sentido, às vezes o paciente atrasa [...]eu atraso também. [...] embolava a agenda toda. O que a gente tem feito agora: a gente identifica uma demanda de nutrição e a gente tem orientado a procurar direto a agenda individual.”. (E4)

Foi relatado que, na Unidade A, exclusivamente com equipes da ESF, o contato das equipes com os especialistas e a absorção de suas demandas para o Apoio Matricial ficam limitados à disponibilidade dos profissionais do NASF.

“[...] ele já participou de algumas reuniões, entendeu? É uma questão de otimizar o tempo que o profissional tem na Unidade. Pra direcionar mesmo pra aquilo que necessita, entendeu? [...]às vezes o dia dele ou de outro profissional não é o dia da minha reunião de equipe.” (E5)

“[...] a gente tá com uma certa dificuldade por que a gente agora na verdade não tem nutricionista mais, né? [...] a gente tá praticamente usando o pessoal da residência, entendeu? A gente não tem mais uma agenda como tinha. Então a gente pede mais um apoio, uma orientação”. (E12)

O NASF foi criado no ano de 2008 podendo ser ainda considerado como algo novo em política pública. Sendo uma metodologia recentemente implantada, necessita de alguns ajustes para sua efetiva absorção pelos serviços de saúde.

Após a realização do campo deste estudo, foi divulgada uma nova Portaria, redefinindo os parâmetros de vinculação do NASF às equipes da ESF reduzindo de 20 para 9 o número máximo de equipes da ESF por equipe do NASF. Essa redução provavelmente irá repercutir positivamente no trabalho entre apoiadores e equipe de referência ²¹.

f) A abordagem do NASF.

Consideramos importante compreender como os profissionais da ESF esperam que seja a abordagem do NASF: através da consulta conjunta e do compartilhamento do cuidado com todos os profissionais envolvidos ou por meio do atendimento individualizado com o usuário, dando ênfase ao núcleo de conhecimento.

Os profissionais entrevistados relataram que a abordagem do NASF deve ser com foco no compartilhamento das ações, entendendo que dessa forma haverá a efetividade do cuidado prestado ao usuário. No entanto, questionaram a qualidade da consulta conjunta em função do tempo que é disponibilizado para essa intervenção. “Eu preferiria que sempre tivesse em conjunto, né? A gente acaba ficando muito responsável pelos pacientes mesmo, né? Então no vínculo que a gente faz eu quero saber o que o outro vai falar lá” (E10).

“Eu fico um pouco dicotomizado aí nessa opinião por que de certa forma é bom ter esse momento só do profissional com o paciente, mas ao mesmo tempo é ruim acho pros membros da equipe, né? Não por falta de informação do que aconteceu mas dificulta por que a gente podia ter ouvido e podia ter ajudado pra um outro caso, pra gente já ter aquele a mais”. (E13)

“Eu acho que no caso da nutrição, esse tempo da consulta influencia. Eu não sei se dá pra fazer uma consulta boa de nutrição em 20 minutos. Então eu acho complicado, eu acho impossível, não sei. Eu penso como eu vou fazer uma interconsulta de 20 minutos com a psicologia?” (E10)

Segundo a Portaria que criou o NASF²⁰, a responsabilização pela comunidade deve ser compartilhada entre as equipes SF e a equipe do NASF. Ela prevê, ainda, a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, não substituindo, mas ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal das famílias.

Os profissionais identificam que em algumas situações os atendimentos individuais são válidos e necessários para atender a demanda da população e também da equipe, pontuando os limites de alcance do Apoio Matricial. “Eu mando pra consulta individual. O NASF na verdade amplia minha capacidade de resolução na APS, mas não resolve tudo. Eu continuo fazendo as referências” (E3).

“Eu acredito que o NASF dá o apoio que pode, compartilha o que pode ser compartilhado, mas eu acho também que tem outras necessidades. Eu acho que precisa de um olhar individual. Não por causa do tempo. Por mais que você fale parece que você esgota o que você tem a falar. Uma outra visão”. (E1)

As intervenções individuais foram citadas como necessárias mais em algumas especialidades do que em outras, em função de características do próprio núcleo de conhecimento.

“Eu acho que talvez se ela [nutricionista] tivesse um espaço na agenda pra atender alguns pacientes mais complexos e que ela pudesse despende mais tempo com eles. Individualmente. Não vejo problema, desde que isso retorne, olha a conduta foi essa”. (E10)

“Acho que só algumas. Eu acho que a cardiologia [...] com a interconsulta tá funcionando perfeitamente. A psicologia, ela tem momento individual, faz só o primeiro atendimento com a gente depois ele vai dando seguimento individual, e eu acho que tá dando certo também. É, o ginecologista, tá funcionando também, interconsulta funcionando muito bem, mas algumas especialidades como a psiquiatria, que é difícil. Acho que poucos profissionais da Saúde da Família vão conseguir lidar com doentes que tem esses problemas”. (E9)

“Eu acredito que sim. Não necessariamente, muita informação que você vai dar eu preciso estar ali do seu lado, entendeu? [...] o paciente vai colocar em prática aquilo que você orientou e eu como parte da equipe que o acompanha, eu vou saber se ele está colocando em prática até por causa dos níveis, né? Exames e controle do peso, enfim. Eu diria assim, num primeiro momento o profissional estar ali, mas num segundo, terceiro, talvez não seja necessário, entendeu”? (E8)

Segundo a legislação específica sobre o assunto, as intervenções diretas e individualizadas dos profissionais do NASF frente aos usuários deverá ocorrer somente em situações extremamente necessárias, sempre sob encaminhamento e acompanhamento das equipes de referência⁷.

O processo de trabalho do Apoio Matricial envolve ações dos profissionais, tanto da ESF quanto do NASF, que são produtos, além da interação social, de um processo de autointeração. Essa determina que os profissionais construam suas linhas de ação com base nas considerações e interpretações que fazem das situações que vivenciam no dia-a-dia.

Com base na perspectiva interacionista, percebemos que o homem ao confrontar o mundo e as situações que o rodeiam, faz uma interpretação, manipula o seu mundo e a partir dela constrói seus planos de ação⁵⁷.

Assim, podemos interpretar pelas falas, que os profissionais agem em resposta à realidade que se apresenta, determinados pela interação social com seus pares e pela autointeração com seu próprio mundo de significados.

Categoria de análise: Trabalho em equipe

Espera-se, a partir da análise dessa categoria, conhecer a dinâmica do trabalho em equipe e o relacionamento entre as equipes da ESF e do NASF neste território em particular.

Temas:

a) O predomínio da estrutura hierarquizada do trabalho.

Algumas questões relacionadas ao trabalho em equipe estiveram presentes nos discursos dos entrevistados. Encontramos relatos sobre dificuldades encontradas no cotidiano para efetivar o trabalho em equipe.

“No apoio [...] uma das maiores dificuldades é quando tem uma troca grande de profissional, isso acontece até mais [...] na área médica. [...] Então, quando entra e sai um profissional, você tem que de novo, aquela pessoa querendo saber o que é NASF, tem que adaptar a comunidade. Eu acho que hoje em dia tem uma grande rotatividade dos profissionais da ESF, mais os médicos”.
(N1)

“[...] por que a gente sempre escuta de um lado escuta de outro e não tá todo mundo junto pra fazer uma proposta em conjunto. Eu acho difícil pactuar um processo de trabalho quando não tá todo mundo interessado sentado” (G1).
“Acho que a gente ainda tem que trazer o agente de saúde, que eu ainda vejo muito pouco, eu não vejo participação principalmente com o NASF [...]”
(N1).

O trabalho em equipe é considerado um recurso estratégico para organização do trabalho. A soma das habilidades e saberes individuais de cada membro de uma equipe, de forma complementar, possibilita melhores resultados comparados aos resultados obtidos a partir de ações realizadas individualmente ⁶⁵.

O trabalho em equipe diferencia-se do trabalho em grupo. Na equipe, os objetivos e as decisões são compartilhados, sem excluir as diferenças individuais, mas estimulando a complementaridade dos conhecimentos ⁶⁵. Observamos muitas vezes na prática um grupo de pessoas que trabalham juntas, numa mesma equipe, mas na realidade não dialogam e atuam desarticuladas entre si.

Segundo Peduzzi (2001) existem duas modalidades de equipe: equipe agrupamento e equipe integração. Na primeira ocorre a justaposição das ações e o agrupamento dos agentes de forma fragmentada caracterizando um grupo de profissionais que trabalham e dividem o mesmo espaço. Já na segunda temos uma articulação das ações e uma interação entre os agentes que dialoga com a proposta de integralidade da atenção à saúde, no caminho para a recomposição do trabalho em saúde com foco na interdisciplinaridade ¹⁸.

A equipe do tipo integração é o modelo ideal para atingir os propósitos da ESF e do NASF. No entanto, algumas dificuldades são encontradas para atingir esse ideal,

como alta rotatividade dos profissionais de saúde, pouca comunicação entre os integrantes das equipes e dificuldade de realização de reuniões participativas⁶⁵.

Os relatos deixam claro que os profissionais não estão aptos a trabalhar em equipe no modelo integração, onde todos os integrantes da equipe têm suas atribuições definidas, mas atuam de forma integrada e interdependente evitando-se a hierarquia por categoria profissional. “[...] a gente vê situações que o profissional foi, de uma maneira que não foi muito agradável. Parece que invadindo o espaço e querendo dizer o que precisava ser feito ou não. Ditar regra...” (E10). “Quem pode acionar sou eu e [...] que é enfermeira [...]. Eu acho que a proposta do Teias, se eu não estou enganada, é do médico e do enfermeiro mesmo. Tanto é que pra agendar a interconsulta quem agenda sou eu ou ela. Não é aberto ao técnico” (E9). “Não, a técnica não. Quando ela tem alguma questão, que vá ter um desdobramento desse tipo, ela vai solicitar a minha presença ou a presença da médica. Pra comunicar o fato. Se a gente dispara essa utilização dessa agenda do NASF” (E11).

Tradicionalmente a formação profissional em saúde não prepara os profissionais para esse trabalho em equipe, gerando ainda uma resistência cultural inerente a toda mudança de paradigma⁶⁵.

As falas dos entrevistados mostram que o profissional médico é o líder natural da equipe, sendo ele quem mais aciona os profissionais para o Apoio Matricial, evidenciando uma centralização da atenção à saúde ainda na doença e na figura do profissional médico. “[...] a diferença é que o médico aciona muito mais. É muito pautado ainda no modelo biomédico”. (G1). “Agora, geralmente quem procura é o médico. Se você enumerar, em primeiro lugar é o médico” (G2).

Sobre essa centralidade, Peduzzi (2001) argumenta que ela se dá por que foi a partir da prática médica que as demais especialidades surgiram. A medicina foi, então, o núcleo original do qual outras profissões derivaram¹⁸. No entanto, a evolução do campo da saúde caminha em direção da multidisciplinaridade, não justificando mais essa centralidade em uma única categoria profissional.

Na proposta de trabalho em equipe, espera-se também uma mudança na estrutura de liderança. Tradicionalmente as estruturas hierárquicas verticalizadas do trabalho centralizam as decisões em uma única pessoa, o chefe, que comanda todos e decide sobre as tarefas que serão realizadas por cada um. Nessa estrutura não há integração entre as pessoas envolvidas com os objetivos a serem atingidos. Prevalece o conhecimento e as opiniões do chefe. O trabalho em equipe é uma filosofia que não condiz com um sistema de decisões centralizado⁷⁹.

A equipe deve ter um líder, participativo, que compartilhe as decisões e estimule que todos tenham suas opiniões ouvidas e consideradas em igualdade de valor. São atributos de um líder: ter autoconfiança e estar aberto a novas experiências; ter metas claras e objetivas; ser capaz de desenvolver novos líderes; saber delegar funções; ser capaz de administrar os conflitos, entre outros. É fundamental que haja um rodízio na liderança da equipe, evitando a passividade dos demais integrantes e o engessamento dos posicionamentos ⁶⁵.

Na equipe da ESF, além do médico, o profissional enfermeiro também foi citado como acionando o Apoio Matricial. No entanto, técnicos de enfermagem e ACS tem pouca ou nenhuma participação nessa relação.

“O Agente comunitário [...]. Alguns sim procuram a pessoa do NASF, contam um caso, pedem apoio, mas aí são casos bastante específicos, casos de abertura do profissional do NASF a fazer isso. É, tem alguns profissionais, acredito que não são procurados por não dar abertura pra todos”. (G2)

“[...] por ter pouquíssimo entendimento de saúde eles acessam pouco pelas necessidades. Eu vejo em outros lugares que os ACS são proativos e, por exemplo, fazem grupos. Aqui eu não vejo um ACS fazer grupo” (E3). “[...] agora quando a gente teve aquela avaliação eu coloquei isso. A avaliação da equipe era que tinha pouca relação dos profissionais do NASF com os ACS e técnico. A relação do NASF tava muito centrada na equipe técnica” (E3).

Dessa forma, ficou claro que os profissionais médicos e enfermeiros centralizam as decisões, inclusive em relação ao Apoio Matricial. O relacionamento dos demais membros das equipes (técnicos de enfermagem e ACS) com o NASF é ocasional e muito pontual, demonstrando uma certa hierarquia e relação de poder.

Aqui é importante ressaltar que os membros das equipes da ESF possuem algumas atribuições em comum, o que confere igualdade de valor às ações que devem ser compartilhadas entre todos os profissionais, como exemplo: realizar o cuidado à saúde da população adscrita, na unidade de saúde ou se necessário no domicílio; garantir a atenção à saúde integral através de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde; realizar trabalho interdisciplinar e em equipe; realizar ações de educação em saúde; participar das ações de educação permanente, entre outras ⁸.

b) O trabalho do NASF não é visto como um trabalho em equipe.

O trabalho dos profissionais matriciadores não é visto pelos entrevistados como um trabalho realizado em equipe. Além disso, é percebido como um trabalho externo à ESF, não pertencente ao processo de trabalho da Saúde da Família. “Eu não vejo interação nem entre eles. Trabalham juntos, mas não tem aquela interação entre eles,

não tem interação entre as equipes. Estão em patamares diferentes um bastante avançados, outros...” (G2).

“Eu acho que algumas equipes que já estão mais consolidadas, há mais tempo, os planos delas mais traçados, tem bom entendimento e relacionamento, conseguem enxergar a gente como uma extensão da própria equipe. Pode contar com a gente quando precisar. Pode dar responsabilidade por que eu acho que a gente tem que se responsabilizar também pelos pacientes. Agora isso eu não consigo enxergar como um todo em todas as equipes não. Não que achem mais a gente como um estranho não. Acho que foi no início. Não, mas eu ainda não vejo que todos consigam enxergar a gente como uma extensão, como também participante da Estratégia de Saúde da Família”. (N1)

Essa visão dos entrevistados nos mostra que a prática está distante do que é preconizado pela teoria. Segundo a literatura específica da área, o NASF é formado por um grupo de profissionais especialistas que constitui uma equipe, que compartilha práticas em saúde nos territórios de abrangência da ESF, com objetivo principal de ampliar a resolubilidade das ações da ESF, além de apoiar a mesma na inserção na rede de serviços. Ambas as equipes possuem como objetivo comum a melhoria das condições de saúde e vida das populações de sua responsabilidade sanitária³⁶.

A participação do NASF nas reuniões de equipe foi pontuada pela maioria dos entrevistados como de grande relevância, principalmente utilizando esse espaço para discussão de casos complexos e como oportunidade para educação permanente. Mas também pontua os obstáculos encontrados no cotidiano para que se dê sua viabilização: “[...] mesmo quando eu tinha 40 horas, ele também tem 20 horas, às vezes o dia dele ou de outro profissional não é o dia da minha reunião de equipe. É difícil o NASF participar da reunião de equipe” (E5).

“Cabe, dependendo do caso acho que cabe sim, muito. Um caso que você não consegue resolver, que a gente já discutiu, por que não pode sentar todo mundo e tentar resolver? Junto, né? Não, não é muito comum. É mais comum da assistente social. Ela é quem mais frequenta nossa reunião de equipe”. (E12)

“[...]a questão do treinamento, seria interessante dentro do horário, do turno da reunião de equipe, por exemplo[...]. Então a gente determinaria, sei lá, hoje a gente vai ter um treinamento com a nutrição. A gente podia fixar isso, entendeu? Por que aí teria a participação deles, e eles não fariam uma orientação pros usuários, mas pra equipe como um todo, entendeu? Uma informação única que todo mundo ia falar a mesma língua com o usuário, acho que isso ajudaria muito, entendeu? Então nem se fosse uma vez por mês”. (E9)

A reunião de equipe é considerada a principal tecnologia a ser utilizada para a viabilização do trabalho em equipe. Considerada uma tecnologia leve, tem como objetivo potencializar a comunicação, o acolhimento, a vinculação e a reorganização do

espaço de autonomia dos sujeitos. Nesses momentos é feito o planejamento das atividades que serão executadas pela equipe de saúde da família ⁶⁴.

A equipe de apoiadores, do NASF, enquanto profissionais que vem com a finalidade de ampliar a capacidade resolutiva das ações da ESF, deve estar incluída rotineiramente nas reuniões de equipes ⁶⁴.

Podemos pensar o trabalho em equipe sob a perspectiva do Interacionismo Simbólico, uma vez que a mesma aplica as normas da ação do homem em sociedade tanto de forma individual quanto coletiva ⁵⁷.

A ação conjunta também pode ser construída através de um processo interpretativo, quando uma equipe enfrenta situações para as quais é chamada a agir, indo além do somatório das ações individuais. Trata-se de uma ação articulada, de um processo de formação que, segundo Blumer (1969 apud Haguete 2011, p.38)” [...] permite ao indivíduo partilhar sentidos comuns e preestabelecidos sobre as expectativas de ação dos participantes e, conseqüentemente, cada participante é capaz de guiar seu próprio comportamento à luz destes sentidos”.

Assim, um conjunto de sentidos é o responsável pela sustentação da ação conjunta executada por uma equipe. Segundo Blumer (1969 apud Haguete 2011, p.38): “Não é verdade que são as regras que criam e sustentam a vida em grupo, mas ao contrário, é o processo social de vida grupal que cria e mantém as regras”.

Categoria de análise: Perspectiva para o apoio nas ações de Alimentação e Nutrição.

Nesse tópico esperamos identificar as expectativas que os profissionais têm para o apoio na área de Alimentação e Nutrição, suas potencialidades, bem como as dificuldades encontradas.

Temas:

a) Ênfase na educação em saúde.

Os entrevistados identificaram que as atividades educativas coletivas são potencialmente importantes na área de Alimentação e Nutrição, na medida em que ampliam o público alvo e permitem a troca de experiências.

“Acho que em grupo mesmo. Educação pra população. Pegar em massa. Por que se for individual não vai dar conta. A demanda é grande. Então, e, fazendo grupos educativos atenderia muito mais. Sem sombra de dúvidas. E é uma forma deles passarem as experiências. Por que cada um, cada família tem uma vivência, uma experiência, acredita em alguma coisa. Então é um momento que o profissional tá ali discutindo, orientando a forma mais adequada e vem em contrapartida, tem a questão popular. Então essa troca de informações e saberes eu acho bem bacana. E aí o profissional de nutrição que vai saber tranquilamente conduzir aquilo da melhor maneira possível”. (E7)

Destacaram, ainda, que as ações educativas devem estar voltadas para todos os usuários, porém com destaque para a prevenção e tratamento das Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT), encontradas em alta prevalência nos usuários da AB.

“Eu acho que seria interessante às vezes até trabalhar em conjunto, em grupo de hipertensos e diabéticos, né? A gente fazer um grupo não só com a parte médica, mas um grupo multidisciplinar é, da nutrição, das outras áreas, pra gente poder lidar um pouco melhor com isso, passar informações, né? Melhores e com a qualidade maior pra esses grupos e com isso acabar melhorando essa questão da alimentação, da nutrição[...]” (E13).

Uma das diretrizes do NASF é a Educação Popular em Saúde, envolvendo a população na construção participativa e prazerosa do seu próprio cuidado de saúde ⁶⁴. Para Paulo Freire (1996), a educação é entendida como uma prática pedagógica participativa, a qual precisa acolher as condições objetivas dos sujeitos (que o fazem viver de determinado modo) e suas representações subjetivas (que o fazem interpretar o seu lugar no mundo)⁸⁰.

A Educação em Saúde é muitas vezes entendida como a maneira de provocar mudanças de hábitos na população com o objetivo de prevenir um conjunto de doenças. Para os autores que se embasam na educação popular, ela deve ser entendida como uma ajuda à população a compreender as causas das doenças, como preveni-las e superá-las⁸¹. Ela considera os saberes prévios dos educandos, enfatiza não a transmissão de conhecimentos, mas a busca de uma relação de troca entre o saber popular e o científico capaz de construir de forma compartilhada a solução dos problemas que incomodam e oprimem ⁸².

A educação em saúde não deve ser entendida como mais um componente da Atenção Primária em Saúde ou mais uma oferta pontual de serviços, e sim como uma atividade que reorienta as práticas de saúde realizadas nesse nível de atenção. Ela passa a constituir um instrumento de construção da participação popular no cotidiano dos serviços de saúde e da maior participação da ciência no dia-a-dia das famílias⁷.

Direcionar as ações educativas coletivas para as DCNT significa atender uma grande demanda da população, fruto da mudança do perfil epidemiológico que é determinado pelo processo de envelhecimento populacional. Com isso temos o aumento das doenças crônicas em detrimento das doenças infectocontagiosas, uma vez que acometem em maior número os segmentos de maior idade ¹⁷.

Em um cenário de mudanças no perfil epidemiológico da população, com o aumento das doenças crônicas em detrimento das doenças infectocontagiosas, agravado pelo processo de envelhecimento populacional, há que se priorizar um conjunto de

ações educativas coletivas, com foco nas DCNT para atender uma grande demanda da população ¹⁷.

Uma das prioridades da agenda de ações intersetoriais do governo federal tem sido o Plano de combate às DCNT, com ênfase para a prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade. Assim, as demandas para as ações de Alimentação e Nutrição são crescentes considerando que as causas da DCNT são multifatoriais, e os fatores de risco identificados estão relacionados principalmente a tabagismo, sobrepeso e obesidade, inatividade física e alimentação inadequada ^{17, 48}.

Apesar da relevância das atividades educativas, foi pontuada nos depoimentos dos entrevistados a dificuldade dos usuários aderirem às ações coletivas. Essa resistência vem da cultura curativa dos serviços de saúde. A prevenção fica relegada a segundo plano e as unidades de saúde são procuradas exclusivamente para tratamento individualizado das doenças.

“Acho que trabalhar em grupo seria muito legal. Hoje a gente tem muita dificuldade pra trabalhar em grupo. Dificuldade da própria equipe e dificuldade dos próprios pacientes aderirem ao grupo. Mas quando você trabalha em grupo, quando você tem informações de outras pessoas, aderem mais, conhecem mais, eu acho que trabalhar em grupo seria muito interessante Apesar dos pacientes não gostarem muito”. (E6)

Segundo Merhy (2013), se os profissionais de saúde não considerarem os saberes que cada usuário tem de si, do mundo e dos outros, possíveis fracassos terapêuticos poderão acontecer. O usuário, em muitos casos, irá disputar a sua forma de se cuidar com o que está sendo prescrito pelo profissional, gerando resistência e não adesão ao tratamento. Aprender a ouvir esses saberes, sem negá-los é fundamental, pois provavelmente esses saberes já foram muito úteis ao longo da sua vida ⁷¹.

Segundo o Marco de Referência de EAN para as políticas públicas ⁴⁷, as abordagens educativas devem incorporar os conhecimentos populares contextualizados nas realidades dos sujeitos, famílias e comunidades. Deve, ainda, promover a autonomia e a liberdade dos sujeitos para realizar suas escolhas alimentares frente às diversas opções de consumo que são apresentadas cotidianamente. Assim, as práticas de educação em saúde devem ser pensadas para além da transmissão de conhecimentos, desenvolvendo o senso crítico sobre as situações do dia-a-dia e a partir daí buscar as soluções e alternativas possíveis.

Entendemos que, por meio desta abordagem proposta, os profissionais das equipes de saúde estimulariam os usuários para uma maior adesão às ações educativas coletivas, bem como a se corresponsabilizarem pelo cuidado à sua saúde.

Podemos incluir nesse raciocínio que a baixa adesão às atividades educativas se deve também ao fato que as mesmas são planejadas, na maioria das vezes, sem a participação do próprio usuário, sem ouvir quais as reais necessidades da comunidade num dado momento.

“É a gente fica fechado fazendo o consultório, com o especialista, com o apoiador do NASF, mas na realidade não é nada daquilo, ninguém foi na comunidade pra ver como é a reutilização de alimentos se pode potencializar. É pensar no grupo, não pensar isoladamente”. (G1)

Sobre o planejamento das ações educativas, é preciso que seja realizado de forma participativa, para que os usuários se sintam envolvidos nos processos decisórios e possam se comprometer com a efetividade e sustentabilidade das ações. Assim, profissionais e usuários planejando juntos, poderão identificar as reais necessidades das comunidades através de um diagnóstico local. A partir desse, traçar objetivos e metas que possam ser efetivamente alcançadas ⁴⁷.

b) Ampliação de Ações intersetoriais.

As ações de Alimentação e Nutrição, assim como as demais ações de saúde, precisam extrapolar o setor saúde para que possam atingir seus objetivos de forma integral.

Os depoimentos ressaltaram a intersetorialidade como fundamental nas ações de Alimentação e Nutrição dentro dos preceitos da Promoção da Saúde:

“A gente precisa tá vendo mais a família, de prevenir mais. A gente não tem que ver só hipertenso e diabético, descompensados, emagrecer, pra isso tem a ESF. De estar trabalhando na creche, ver a alimentação na escola, se as crianças já estão começando a ficar obesas. E não só depois que ela necessita de nutricionista e sim antes, a parte preventiva. Prevenir as complicações, a obesidade. E tem como fazer isso”. (E4)

“[...] a gente pensar numa lógica de fazer uma agenda de trabalho com as equipes e discutir em cada território o que teria de potencialidades ali, com as fragilidades, tentar uma agenda de trabalho com a comunidade. A gente tem essa tendência de fazer um planejamento sem ouvir, já chega com tudo pronto. O que seria legal para eles em relação a alimentação, né? O mundo ideal seria isso, a gente conseguir fazer uma agenda de trabalho não só com a nutrição, mas com a equipe, com a comunidade, com a educação, pensar nisso, numa coisa de rede mesmo, interligado, de vários setores...”. (G1)

A intersetorialidade é aqui entendida como a articulação de diversos setores governamentais que leve a uma corresponsabilização pela garantia da Segurança Alimentar e Nutricional da população. Cada setor deverá contribuir ampliando o seu olhar como resultado da convivência com a perspectiva dos demais setores envolvidos, propondo soluções criativas e inovadoras ⁴⁷.

Segundo a Política Nacional de Promoção da Saúde, os serviços de saúde devem estar direcionados para seguirem as concepções da Promoção da Saúde. Assim, além de oferecer os cuidados curativos e preventivos, devem ampliar suas ações de forma abrangente e intersetorial, entendendo que a área da saúde deve extrapolar suas fronteiras, envolvendo setores sociais, políticos, econômicos e ambientais⁸³.

c) Qualificação das equipes para as ações de Alimentação e Nutrição.

A abordagem técnico-pedagógica do NASF foi identificada como relevante também na área de Alimentação e Nutrição.

Os profissionais ressaltaram nos seus depoimentos a importância da presença do profissional nutricionista na qualificação da equipe no sentido de ampliar seus conhecimentos na área de Alimentação e Nutrição, através da educação permanente.

“Eu acho que uma coisa legal seria a educação permanente, trazendo discussões pros Agentes estarem até nas visitas, sobre hábitos saudáveis, alimentação. Eu sinto que eles fazem pouco disso, pouca orientação. Tendo um dia educação permanente, igual teve o dia do aleitamento materno, eles ficaram super empolgados. A partir daí eu notei que eles começaram a orientar mais”. (E4)

“Eu acho muito interessante a questão do treinamento. [...] seria interessante dentro do turno da reunião de equipe, por exemplo. Então a gente determinaria, sei lá, hoje a gente vai ter um treinamento com a nutrição. A gente podia fixar isso, entendeu? [...] não fariam uma orientação pros usuários, mas pra equipe como um todo, entendeu? Uma informação única que todo mundo ia falar a mesma língua com o usuário”. (E8)

A educação permanente em saúde é uma importante diretriz do NASF. Incorpora o trabalho cotidiano das equipes de saúde no processo de ensino-aprendizagem configurando o processo de trabalho como fonte do conhecimento, o centro do processo de aprendizagem, com o objetivo de transformar as práticas profissionais. Os espaços educativos são ampliados da sala de aula para os espaços comunitários⁸⁴.

Nesse contexto de qualificação dos profissionais, vemos a necessidade de definir as possibilidades de atuação do nutricionista como matriciador das equipes da ESF. Identificamos uma oportunidade ímpar para potencializar as ações de Alimentação e Nutrição desenvolvidas pela ESF no seu território de responsabilidade sanitária.

O profissional nutricionista deve desempenhar o papel de facilitador deste processo, sensibilizando e estimulando as equipes a desenvolver um olhar vigilante e crítico sobre as questões alimentares e nutricionais da população. A sua contribuição deve priorizar a construção de uma agenda integrada para organizar a atenção nutricional a partir das necessidades das equipes e comunidades, com base nas diretrizes

da PNAN ⁴⁰. Trabalhando, assim, com as diversas possibilidades de solução para os problemas nutricionais encontrados na AB.

d) Competências do profissional nutricionista.

Os depoimentos mostraram que alguns profissionais ainda preferem que o próprio profissional nutricionista execute as orientações de Alimentação e Nutrição, não incorporando a interdisciplinaridade no seu cotidiano, principalmente nas práticas clínicas.

“Mas eu ainda prefiro que isso fique com a nutrição mesmo. O nutricionista orientando, informando. Por que aí é mais uma tarefa para a equipe. Mas se a gente tem o profissional aqui, e esse acesso é relativamente é tranquilo, é fácil, por que não acionar o profissional? Fica muito mais completo. A orientação fica muito melhor”. (E7)

“[...] Por que vocês tem que avaliar uma série de coisas, peso, altura, fazer conta, fazer a dieta, é uma coisa mais demorada do que o cardiologista entrar e olhar um eletro ah esse eletro tá assim vou passar, vamos trocar a medicação. Entendeu? É rápido. Do que a nutrição. [...] até considerasse uma interconsulta, uma primeira vez, mas continuar com a nutrição”. (E2)

Aqui falaremos novamente sobre a interdisciplinaridade, uma vez que a mesma sobressaiu nas falas referentes à área de Alimentação e Nutrição. Sendo caracterizada por trocas de experiências de forma integrada e coordenada, observamos que há uma linha tênue que separa o que é próprio de cada núcleo de saber daquilo que pode ser compartilhado entre todos. Ou seja, o que é competência exclusiva do núcleo de especialidade e o que pode e deve ser compartilhado no cotidiano das práticas em saúde.

O trabalho em equipe exige um processo contínuo de construção, sendo fundamental refletir sobre as especialidades e suas especificidades. A profissão do nutricionista foi regulamentada pela Lei 8.234 ⁴⁴ que estabelece como atividade privativa do nutricionista: “assistência e educação nutricional a coletividades ou indivíduos, sadios ou enfermos, em instituições públicas e privadas e em consultório de nutrição e dietética”.

Alguns documentos como a “Estratégia mundial sobre Alimentação, Atividade Física e Saúde” (OMS, 2004) definem como responsabilidade das equipes de saúde executar as ações de educação nutricional da população, mas pontuando que o profissional nutricionista seja a referência técnica para os demais profissionais envolvidos nas ações. Dessa forma, sugerem que as ações de promoção da alimentação saudável na AB não sejam responsabilidade exclusiva do profissional nutricionista ⁴⁶.

Alguns critérios para atendimentos específicos, de competência do nutricionista, foram descritos para casos que ultrapassam a capacidade resolutive da ESF. Esses casos

seriam atendidos pelo mesmo profissional responsável pelo Apoio Matricial, evitando encaminhamentos e diluição das responsabilidades. São exemplos destes critérios: doenças crônicas com restrições alimentares; gestantes com diabetes, hipertensão ou excesso de peso; obesidade grave e anorexia nervosa ³⁶.

O Ministério da Saúde, através do Departamento de Atenção Básica, produz e publica diversos materiais técnicos que visam orientar e estimular os profissionais de saúde, envolvidos com as ações de incentivo à alimentação saudável. Esses materiais procuram, através de linguagem clara e objetiva, ser um guia a ser utilizado e adaptado às realidades locais. O Guia Alimentar para a População Brasileira é um deles ⁸⁵.

Segundo esse Guia, as orientações divulgadas são destinadas a orientar à população a prevenir doenças e promover a saúde. Portanto, são indicadas à população saudável. As orientações não são dirigidas aos grupos de risco e pessoas com alguma doença já instalada, que implique em distúrbio nutricional. Nesse caso deve haver o acompanhamento específico do profissional nutricionista ⁸⁵.

Assim, podemos concluir que as ações de Educação Alimentar e Nutricional para indivíduos saudáveis podem e devem ser desenvolvidas por toda a equipe de saúde. Já as orientações voltadas para os indivíduos enfermos precisam de um olhar mais específico, com a presença do profissional nutricionista. Nesse caso, o caminho a ser utilizado deve ser pactuado em equipe, que poderá ser por meio de consultas conjuntas, atendimentos individualizados ou através de ações educativas coletivas com a comunidade.

Alguns profissionais relataram ter conhecimentos básicos suficientes, que os qualificam para orientar a população quanto às questões mais comuns de Alimentação e Nutrição. Aqui surge novamente a falta de tempo como fator impeditivo para que executem essas orientações. “Tecnicamente falando eu acho que eu daria conta da maioria. O problema é que eu acho que é a questão do tempo mesmo, né? Uma consulta, fazer uma consulta mais ampliada dentro da minha consulta, eu não consigo...” (E10).

“[...] Uma das coisas que atrapalha bastante é por que a gente, justamente por causa da demanda, a gente não consegue um tempo pra gente poder fazer uma avaliação correta até da questão nutricional desse paciente. “Como é sua alimentação? O que o senhor como todo dia, como é que é, como é não é, né?” [...] por que exige um tempo maior, né?”. (E13)

Percebemos nas entrelinhas dos discursos uma preocupação dos profissionais com as questões de nutrição, indicando como oportuno o papel do nutricionista no estímulo ao uso de materiais técnicos pedagógicos, como o guia alimentar, trabalhando

junto com as equipes as diversas possibilidades de campo de práticas para as ações de EAN. A utilização desses materiais podem ser um aliado na tentativa de driblar a falta de tempo em relação à quantidade de atribuições que as equipes possuem e facilitar o seu processo de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo objetivou investigar a compreensão dos profissionais que atuam na ESF de Manginhos, Rio de Janeiro, sobre o Apoio Matricial e a sua inserção no cotidiano de trabalho das equipes da AB.

A realização desse estudo partiu da premissa de que para o sucesso da implantação e implementação de uma política pública os profissionais envolvidos na sua execução precisam opinar e serem ouvidos. Fazê-los pensar e falar sobre o processo, seus nós críticos e suas potencialidades, é uma importante estratégia para que desconstruam e reconstruam novos significados sobre os modos de fazer saúde. E assim, pensando juntos, possam propor coletivamente propostas que potencializem o trabalho do Apoio Matricial na Atenção Básica.

Os achados expressam diferentes significados sobre o Apoio Matricial dado pelos profissionais entrevistados. Por outro lado revelam um discurso consensual sobre esta ser uma metodologia de trabalho que contribui para o processo de trabalho e potencializa as ações da ESF.

A resolutividade, a integralidade, a corresponsabilização, a interdisciplinaridade e a educação permanente foram identificados como princípios e diretrizes que devem ser seguidos por todos os envolvidos na ESF, tanto da equipe do NASF quanto das equipes de referência. Assim, apontam um elo que justifica o trabalho desenvolvido com objetivos em comum e em consonância com a PNAB.

Destaca-se que a interdisciplinaridade é um conceito ainda distante da prática nos serviços de saúde, refletindo a dificuldade dos profissionais do NASF saírem do seu núcleo de conhecimento ampliando o olhar para o campo de atuação. Da mesma forma, ficou explícito que os profissionais da ESF acionam o Apoio Matricial para atender uma demanda específica que aquele núcleo de saber será capaz de suprir. Observa-se que os profissionais não ampliam a possibilidade de apoio para outros espaços, demonstrando que existe um baixo desejo de aprendizado fora do seu núcleo de saber. Compartilhar saberes implica na articulação de núcleos disciplinares bastante distintos entre si e em lidar com a tendência de encerramento em si mesmo dos conhecimentos.

Em Manguinhos, o relacionamento entre as equipes da ESF e a equipe do NASF foi marcado por um estranhamento inicial, que gerou conflitos entre os pares, fato que vem sendo processualmente superado pelas equipes. Apesar da prática do matriciamento ter sido identificada por alguns atores como já sendo exercida, esses conflitos podem ser compreendidos quando identifica-se que o Apoio Matricial, enquanto política pública, foi inserido no processo de trabalho da ESF sem que os profissionais estivessem qualificados para compreender suas atribuições nesta nova metodologia de trabalho. A residência multiprofissional em saúde da família foi destacada como uma estratégia para reverter essa fragilidade inicial da formação dos profissionais para atuarem em equipes de NASF.

A clareza de como este processo acontece, qual o papel que cada um desempenha e como cada um se relaciona com o outro e com o próprio processo de trabalho são questões importantes a serem priorizadas na agenda cotidiana de trabalho e da formação profissional das equipes. Este é um caminho que pode contribuir para que a prática do Apoio Matricial seja fortalecida e construída de forma compartilhada e coletiva, no cotidiano do trabalho das equipes e não ser articulada de forma informal, como um pedido de ajuda entre as partes, dependente de afinidades e bons relacionamentos interpessoais.

Nota-se que o discurso voltado para o modelo biomédico, centrado na doença, ainda é predominante, confrontando-se com a proposta da ESF, embasada na concepção da Clínica Ampliada e nos preceitos da Promoção da Saúde, focada no cuidado integral aos indivíduos e comunidades.

Dessa forma, a atenção à saúde está voltada para as consultas ambulatoriais, e o Apoio Matricial é realizado majoritariamente através das consultas conjuntas, sendo esporádicas e pontuais as ações de matriciamento com enfoque na coletividade.

Alguns motivos foram relatados para esse enfoque ainda curativista da ESF, como o excesso de atribuições e conseqüentemente menor disponibilidade de tempo, evidenciando frustrações para os profissionais que esperavam poder aplicar a visão ampliada do processo saúde-doença no seu cotidiano.

Assim, identificar que a prática profissional está distanciada do enfoque principal da ESF, inclusive os motivos que levam a esse distanciamento, é um primeiro passo para que se inicie um processo de reflexão coletiva. A partir de discussões que envolvam profissionais e gestores, pode-se propor caminhos que apontem para soluções que visem lidar com essas limitações encontradas. Essas propostas devem almejar, além

do cuidado integral à saúde da população, proporcionar melhores condições de trabalho aos profissionais.

Nesse sentido, encontra-se implícito nas falas dos entrevistados um pedido de ajuda aos profissionais do NASF, para que sejam proativos e se aproximem mais das equipes, participem e auxiliem a ESF na efetividade de uma abordagem ampliada do cuidado em saúde.

As opiniões sobre como deve ser a abordagem do NASF junto às equipes não expressou um consenso, remetendo a uma discussão ampliada para a construção protocolar e coletiva sobre os limites entre quais atribuições e competências são exclusivas de cada núcleo de saber, e aquelas que podem e devem ser compartilhadas entre todos os profissionais das equipes. Para alguns o compartilhamento das ações foi considerada a melhor maneira do NASF organizar sua abordagem enquanto apoio. Entretanto, para outros as ações individualizadas, diretamente entre usuário e apoiador, sem necessariamente a presença de profissionais da ESF, foram consideradas relevantes em situações específicas e pontuais, reconhecendo os limites de atuação do Apoio Matricial.

As diferenças que foram identificadas entre as duas Unidades Básicas de Saúde de Manguinhos também influenciaram fortemente a abordagem do NASF, uma vez que a disponibilidade dos profissionais especialistas não é a mesma, sejam eles do NASF ou matriciadores da Unidade Básica tradicional. Independente da abordagem que o NASF esteja utilizando, é importante destacar que os profissionais consideraram que o Apoio Matricial atende às suas demandas e da comunidade de sua responsabilidade.

Este ponto merece uma reflexão sobre o quanto que o “novo” tem a acrescentar, a transformar com sua ânsia ideológica por ressignificar seu cotidiano de trabalho e o quanto que o “antigo” tem a contribuir por seu tempo de experiência e acúmulo de conhecimento. Falamos aqui dos profissionais que executam as ações, mas também dos modelos que orientam nosso agir enquanto profissionais de saúde. É importante reconhecer o estranhamento do novo com o antigo como uma contribuição para integrar as ações de forma mais efetiva, facilitando os processos de mudança e os relacionamentos entre os profissionais e destes com os usuários dos serviços de saúde.

Neste contexto, o campo da Alimentação e Nutrição foi compreendido como mais uma especialidade entre todas as outras que compõem o NASF, não sendo conferido significado diferenciado a essa área de conhecimento. Pode-se concluir que as expectativas em relação ao Apoio Matricial são consideradas equivalentes em todos os núcleos de conhecimento.

A dicotomia entre consulta compartilhada e atendimento individualizado, a necessidade de qualificação da equipe de referência, a predominância do modelo biomédico, a expectativa de ampliar as ações de prevenção e promoção da saúde assim como as dificuldades enfrentadas no cotidiano de trabalho também foram pontuadas no apoio em Alimentação e Nutrição.

Observou-se que as expectativas que os profissionais manifestaram para o Apoio Matricial nas ações de Alimentação e Nutrição foram direcionadas para as ações educativas coletivas, incentivo à intersetorialidade e qualificação das equipes da ESF, com enfoque nas DCNT.

Cabe aqui uma importante reflexão sobre as contribuições que o nutricionista pode levar para as equipes da ESF.

A área de Alimentação e Nutrição possui atribuições bem definidas e estabelecidas por meio de diversas políticas públicas, pautadas na Política Nacional de Alimentação e Nutrição, hoje com um foco predominante na Atenção Básica. Ao longo dos anos, o campo da Alimentação e Nutrição vem se fortalecendo no sentido de atender as crescentes mudanças epidemiológicas no Brasil. Essas atribuições devem ser executadas por meio do Apoio Matricial, cuja implantação é ainda recente e incipiente, sendo, no entanto, potencialmente um caminho para formar um rede forte de apoio para implementação de ações efetivas de promoção da saúde que tenham repercussões positivas em gerações futuras.

Dessa forma, compete ao profissional nutricionista, pensar em conjunto com as equipes as estratégias para trabalhar as responsabilidades principais do Apoio Matricial: a vertente assistencial (cuidado prestado à população) e a técnico-pedagógica (voltada para a qualificação dos profissionais das equipes).

Neste contexto, o nutricionista deve propor que a AB organize sua oferta de ações de cuidado, prevenção e promoção da saúde na área de Alimentação e Nutrição, visando prestar atenção integral à saúde da população, a partir de um diagnóstico local. Esse diagnóstico propiciará acompanhar o perfil e a evolução do estado nutricional dos indivíduos e coletividades; valorizar os aspectos sociais, econômicos, familiares e culturais da alimentação; ampliar as ações de Alimentação e Nutrição das Unidades de Saúde para o território; organizar a educação permanente das equipes em vários espaços (incluindo as reuniões de equipe) e organizar uma agenda integrada e articulada entre os diversos setores ampliando as possibilidades de ações intersetoriais.

Espera-se com esse estudo trazer um pouco da “voz” dos que trabalham na AB, contribuindo para o desenvolvimento do trabalho nas equipes da ESF de Manguinhos e

de outras Unidades Básicas de Saúde, bem como colaborar para a consolidação da proposta de trabalho do Apoio Matricial nas ações de Alimentação e Nutrição em conjunto com os demais atores.

Espera-se, ainda, contribuir para consolidação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição em consonância com a PNAB, aperfeiçoando o processo de trabalho no SUS.

REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviço e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. p.19-42.
2. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato, LVC, Noronha J C, Carvalho AI. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008. p. 575-622.
3. Brasil. Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União 20 set 1990 [acesso em 15 jul 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
4. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
5. Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. Saúde em Debate. 2003; 27(65): 243-356.
6. Paim JS. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato, LVC, Noronha J C, Carvalho AI. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008. p. 547-573.
7. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
8. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da saúde; 2012.
9. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana de Saúde. Washington, DC: OPAS; 2007.
10. Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. HSR: Health Services Research 2003; 38(3): 831-865.
11. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002. p. 43-70.

12. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da saúde; 2006.

13. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União set 2006; Seção 1 [acesso em 6 ago 2013]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html

14. Pereira IB, Lima JCF. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2009. Conceito de Processo de trabalho.

15. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Merhy EE, Campos CR, Malta DC, Reis AT, Santos AF. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público. São Paulo: Xamã; 1998. p.103-120.

16. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 31 dez 2010; seção1 [acesso em 20 jul 2012]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria4279_docredes.pdf

17. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2010 ago; 15(5): 2.297-305.

18. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev. Saúde Pública. 2001 Fev; 35(1): 103-109.

19. Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2005 mar/abr;13(2): 262-8.

20. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Diário Oficial da União 4 mar 2008; Seção 1 [acesso em 10 jul 2012]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-154.htm>

21. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3. Diário Oficial da União

31 dez 2012 [acesso em: 02 jul 2013]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html

22. Cunha GT; Campos GWS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde Soc.* 2011 dez; 20(4): 961-70.

23. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc. saúde coletiva.* 1999; 4(2): 393-403.

24. Campos GWS; Domitti, AC. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2007 fev; 23(2): 399-407.

25. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *Cadernos HumanizaSUS v.2.* Brasília: Ministério da Saúde; 2010. p. 207-214.

26. Campos GWS. *Saúde Paidéia.* São Paulo: Hucitec; 2003. p. 51-67.

27. Chiaverini DH (org.). Guia prático de matriciamento em saúde mental. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 20 ago 2013]. Disponível em: <http://www.unisite.ms.gov.br/unisite/control/ShowFile.php?id=101002>

28. Oliveira IC, Rocha RM, Cutolo LR. Algumas palavras sobre o NASF: Relatando uma experiência acadêmica. *Rev. bras. educ. med.* 2012 out/dez; 36 (4): 574-80.

29. Santos APL, Lacaz FAC. Apoio Matricial em Saúde do Trabalhador: tecendo redes na Atenção Básica do SUS, o caso de Amparo/ SP. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2012 mai; 17(5): 1143-1150.

30. Barbosa EG, Ferreira DLS, Furbino SAR, Ribeiro EEN. Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. *Fisioter Mov.* 2010 abr/jun; 23(2): 323-30.

31. Onocko-Campos RT et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. *Rev. Saúde Pública.* 2012 fev; 46(1): 43-50.

32. Mancuso AMC, Tonacio LV, Silva ER, Vieira VL. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2012 dez; 17(12): 3289-3300.

33. Silva AT, Aguiar ME, Winck K, Rodrigues KG, Sato ME, Grisi SJ et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2012 nov; 28(11): 2076-84.
34. Boog MCF. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. *Revista Ciência & Saúde*. 2008 jan/jun; 1 (1): 33-42.
35. Bezerra RSS et al. Arranjo matricial e o desafio da interdisciplinaridade na atenção básica: a experiência do NASF em Camaragibe/PE. *Divulg. Saúde debate*. 2010 mar; 46: 51-59.
36. Saraiva AS, Zepeda J. Princípios do Apoio Matricial. In: Gusso G, Lopes JM, editores. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade v.1*. Porto Alegre: Artmed; 2012.p.298-306.
37. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
38. Buss PM. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia D. (Org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2009.p.19-42.
39. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Antropometria e análise do estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
40. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
41. Silva JP, Baião MR, Santos MS. Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica. In: Barros DC, Silva DO, Santos MMAS, Baião MR, organizadores. *Alimentação e Nutrição: fundamentos para a prática em saúde coletiva*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2013.p.59-105.
42. Conti IL. *Segurança Alimentar e Nutricional: noções básicas*. Passo Fundo: IFIBE; 2009.
43. Brasil. Lei nº. 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada. *Diário Oficial da União* 18 set 2006 [acesso em 10 mai 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111346.htm

44. Brasil. Lei nº. 8.234, de 17 de setembro de 1991. Regulamenta a profissão de nutricionista e dá outras providências. Diário Oficial da União 18 set 1991 [acesso em 2 jul 2012]. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/novosite/conteudo.aspx?IDMenu=56>
45. Conselho Federal de Nutricionistas (Brasil). Resolução nº. 380, de 09 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência por área de atuação. Diário Oficial da União 10 jan 2006; Seção 1 [acesso em 2 jul 2012]. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/novosite/pdf/res/2005/res380.pdf>
46. Organização Mundial de la Salud. 57ª. Assembléia Mundial de la Salud. Estratégia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004.
47. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (Brasil). Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. Brasília: MDS; 2012.
48. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
49. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Diário Oficial da União 28 mai 2013; Seção 1 [acesso em 29 ago 2013]. Disponível em: <http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/118324-424.html>
50. Minayo CS (org). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 31. ed. Petrópolis: Vozes; 2012.
51. Carvalho MAP, Pivetta F (org.). O Território Integrado de Atenção à saúde em Manguinhos: todos somos aprendizes. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 2012.
52. WikiRio. IDH dos bairros do município do Rio de Janeiro [acesso em: 20 ago 2013]. Disponível em: http://www.wikirio.com.br/IDH_dos_bairros_da_cidade_do_Rio_de_Janeiro
53. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev. Saúde Pública. 2005 jun; 39 (3): 507-14.
54. Vanderlei MIG, Almeida MCP. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. Ciênc. saúde coletiva. 2007 mar/abr; 12 (2): 443-53.

55. Flick U. Desenho da pesquisa qualitativa. Coleção Pesquisa Qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009.
56. Minayo MCS. O desafio do Conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
57. Haguette TMF. Metodologias Qualitativas na Sociologia. 13. ed. Petrópolis: Vozes; 2011.
58. Quaresma SJ, Boni V. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. Em Tese [periódicos na Internet]. 2005 jan/jul; vol. 2 (1): 68-80 [acesso em 23 ago 2012]. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976>
59. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União 16 out 1996 [acesso em 10 jun 2012]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm
60. Richardson RJ, et al. Pesquisa Social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas; 1985.
61. Bardin L. Análise de conteúdo. Tradução de Augusto Pinheiro e Luis Antero Reto. São Paulo: Edições 70; 2011.
62. Thompson JB. Ideologia e cultura moderna: teoria social e crítica na era dos meios de comunicação de massa. Petrópolis: Vozes; 1998.
63. Oliveira RS, Borba PC, Sampaio YPCC. Organização de Serviço e Integração com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. In: Gusso G, Lopes JM, editores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade v.1. Porto Alegre: Artmed; 2012.p.307-14.
64. Oliveira GN. O Apoio Matricial como Tecnologia de Gestão e Articulação em Rede. In: Campos GWS, Guerrero AVP (org.). Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 273-82.
65. Dias RB, Nogueira FPS. Trabalho em Equipe. In: Gusso G, Lopes JM, editores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade v.1. Porto Alegre: Artmed; 2012.p.288-97.
66. Japiassu H. A atitude interdisciplinar no sistema de ensino. Revista Tempo Brasileiro. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro;1992. p.90.

67. Zepeda J. Construção de modelo de avaliação da integração dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) na Atenção Primária. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2013.

68. Ministério da Saúde (Brasil). Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) [acesso em 15 ago 2013]. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq>

69. Ministério da Saúde (Brasil). Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB) [acesso em 15 ago 2013]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/sistemas/amaq/>

70. Ministério da Saúde (Brasil). Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-NASF) [acesso em 15 ago 2013]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=pmaq_nasf

71. Merhy EE. Ver a si no ato de cuidar: Educação Permanente na Saúde. In: Ministério da Saúde (Brasil). VER-SUS Brasil: Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde/ Associação Brasileira da Rede Unida; Porto Alegre: Rede Unida; 2013. p.58-71 [acesso em 22 ago 2013]. Disponível em: <http://www.otics.org.br/otics/estacoes-de-observacao/versus/acervo/caderno-de-textos-do-ver-sus-brasil/caderno-de-textos-do-ver-sus-brasil-documento-eletronico/view>

72. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Departamento de Atenção Básica. Manual para os novos gestores: conhecendo a Atenção Básica. Bahia; 2013 [acesso em: 31 ago 2013]. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/dab/images/stories/Documentos/pdf/manual_gestor_versao_final_web_2.pdf

73. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção à Saúde - SUBPAV. Carteira de Serviços. Relação de Serviços prestados na Atenção Primária à Saúde, 2010 [acesso em 10 ago 2013]. Disponível em: http://subpav.com.br/download/prot/_SMSDCRJ_carteira_de_servicos_v.cartilha.pdf

74. Campos GW, Gutiérrez AC, et al. Reflexões sobre a atenção básica e a Estratégia de Saúde da Família. In: Campos GWS, Guerrero AVP (org.) Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2010. p.132-53.

75. Conselho Nacional de Educação. Ministério da Educação (Brasil). Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição, 2001 [acesso em 01 ago 2013]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2001/pces1133_01.pdf

76. Delors J, org. Educação: um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI. Brasília: UNESCO; 1999.

77. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Mundo Saúde. 2010 jan/mar; 34(1): 92-6.

78. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Manual do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde/ CNES – Versão 2-Atualização. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

79. Teixeira MT. Trabalho em equipe: uma questão de sobrevivência [Internet]. João Pessoa: Administradores.com; 2011 [acesso em 03 ago 2013]. Disponível em: <http://www.administradores.com.br/artigos/administracao-e-negocios/trabalho-de-equipe-uma-questao-de-sobrevivencia/51355/>

80. Freire P. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra;1996.

81. Gomes, LB, Merhy, EE. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. Cad. Saúde Pública. 2011 jan; v. 27(1): 7-18.

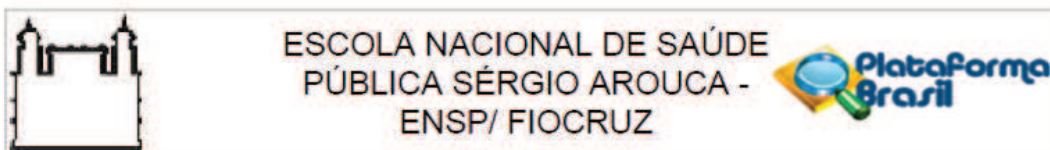
82. Vasconcelos, EM. Educação Popular e a atenção à saúde da família. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

83. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

84. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

85. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

ANEXO 1: PARECER DO CEP/ENSP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Apoio Matricial nas ações de Alimentação e Nutrição para as equipes da Estratégia de Saúde da Família de Manguinhos, Rio de Janeiro.

Pesquisador: Ana Lúcia de Magalhães Fittipaldi

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 10839212.9.0000.5240

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/FIOCRUZ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 178.224

Data da Relatoria: 21/12/2012

Apresentação do Projeto:

Descrito em parecer anterior.

Objetivo da Pesquisa:

Descrito em parecer anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Descrito em parecer anterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Descrito em parecer anterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

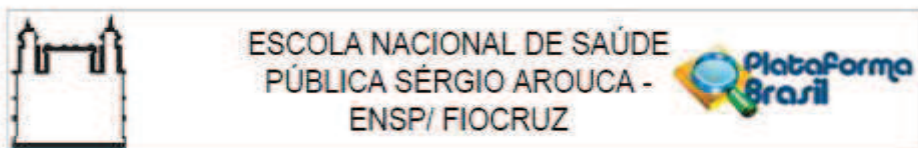
Descrito em parecer anterior.

Recomendações:

O colegiado identificou possibilidade de constrangimento na abordagem e na realização das entrevistas. Foi considerada a hipótese da repercussão sobre os dados e resultados da pesquisa devido ao protagonismo da autora na realização das entrevistas, na abordagem dos sujeitos de pesquisa e na aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Diante do comentário acima, recomenda-se a reflexão sobre a abordagem dos sujeitos de pesquisa e aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ser realizada por outra pessoa, diferente da pesquisadora a fim de evitar possíveis constrangimentos.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas:

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:


Não

Considerações Finais a critério do CEP:

RIO DE JANEIRO, 19 de Dezembro de 2012

Assinador por:
Ângela Fernandes Esher Moritz

APÊNDICE 1: TERMOS DE ANUÊNCIA DAS UNIDADES DE SAÚDE



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ENSP

Termo de anuência

Declaro para os devidos fins que estou de acordo com a execução do projeto de pesquisa: Apoio Matricial nas ações de Alimentação e Nutrição para as equipes da Estratégia de Saúde da Família de Manguinhos, Rio de Janeiro.

Essa pesquisa faz parte da elaboração de dissertação de Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde com ênfase na Estratégia de Saúde da Família (ESF), da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP)/Fiocruz, sob coordenação da discente Ana Lúcia de Magalhães Fittipaldi.

Serão realizadas entrevistas individuais semi-estruturadas com os profissionais das equipes da ESF, com o gerente da Clínica da Família CSE Manguinhos, bem como com os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Pelo presente termo, atesto que estou ciente e que concordo com a realização do estudo acima proposto nessa instituição.

Local: *Rio de Janeiro*

Data: *14/11/2012*

[Assinatura]
GISELE O'DWYER DE OLIVEIRA
Coordenadora de Ensino e Pesquisa
Mat. SIAPE: 0467114
CRM: 5242324-11
CSEGSF/ENSP/FIOCRUZ

Termo de anuência



Declaro para os devidos fins que estou de acordo com a execução do projeto de pesquisa: Apoio Matricial nas ações de Alimentação e Nutrição para as equipes da Estratégia de Saúde da Família de Manguinhos, Rio de Janeiro.

Essa pesquisa faz parte da elaboração de dissertação de Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde com ênfase na Estratégia de Saúde da Família (ESF), da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP)/Fiocruz, sob coordenação da discente Ana Lúcia de Magalhães Fittipaldi.

Serão realizadas entrevistas individuais semi-estruturadas com os profissionais das equipes da ESF e com o gerente do Centro de Saúde Escola Manguinhos, bem como com os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Pelo presente termo, atesto que estou ciente e que concordo com a realização do estudo acima proposto nessa instituição.

Local: *Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2012*

Data:

Itamar Tavares de S. Mello
 CNIS - MANGUINHOS / TEIAS
 MZL - MZL-Saúde 06141747
 Apoio à Gerência



Termo de anuência

Declaro para os devidos fins que estou de acordo com a execução do projeto de pesquisa: Apoio Matricial nas ações de Alimentação e Nutrição para as equipes da Estratégia de Saúde da Família de Manguinhos, Rio de Janeiro.

Essa pesquisa faz parte da elaboração de dissertação de Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde com ênfase na Estratégia de Saúde da Família (ESF), da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP)/Fiocruz, sob coordenação da discente Ana Lúcia de Magalhães Fittipaldi.

Serão realizadas entrevistas individuais semi-estruturadas com os profissionais das equipes da ESF e com o gerente da Clínica de Família Victor Valla, bem como com os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Pelo presente termo, atesto que estou ciente e que concordo com a realização do estudo acima proposto nessa instituição.

Local: *Rio de Janeiro*

Data: *14/11/2012.*

aj.
ALEX SIMÕES DE MELLO
Clínica de Família Victor Valla
Gerente - Matr. Fiocruz nº148

APÊNDICE2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
--

O (a) Sr (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **“Apoio Matricial nas ações de Alimentação e Nutrição para as equipes da Estratégia de Saúde da Família de Manguinhos, Rio de Janeiro”**.

Essa pesquisa faz parte da elaboração de dissertação de Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde com ênfase na Estratégia de Saúde da Família (ESF), da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP)/FIOCRUZ, desenvolvida pela discente Ana Lúcia de Magalhães Fittipaldi, sob orientação da Professora Dra. Denise Cavalcante de Barros.

O estudo tem por objetivo principal analisar os significados que os profissionais da ESF e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Manguinhos atribuem ao Apoio Matricial nas ações de Alimentação e Nutrição.

O convite a sua participação se deve a sua atuação como integrante de uma equipe de Saúde da Família ou de NASF da região de Manguinhos ou a sua atuação como gerente de uma Clínica de Família.

Para tanto, sua participação será feita através de uma entrevista individual, que será gravada, composta por um roteiro com perguntas abertas e fechadas, que será aplicado em um tempo estimado de 40 a 60 minutos.

Informamos que o (a) senhor (a) pode recusar-se a responder qualquer questão podendo desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo de nenhuma natureza.

Será assegurado o sigilo das informações e seu anonimato, no entanto, poderá haver identificação indireta de alguns sujeitos da pesquisa devido à natureza de sua ocupação profissional na Unidade de Saúde.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 196/96 e orientações do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP.

O (a) Sr (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador responsável, caso haja qualquer dúvida sobre a pesquisa e sua participação.

Os resultados serão divulgados em sessões técnico-científicas dirigidas ao público participante, em artigos científicos e na dissertação do mestrado.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura do pesquisador responsável

Contato com o pesquisador responsável: Ana Lúcia de Magalhães Fittipaldi. Endereço: Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria/ ENSP/FIOCRUZ. Rua Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ. Telefone: 21 25982522.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura do (a) entrevistado (a)

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP: Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863 E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br.
<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>.

APÊNDICE 3

ENTREVISTA INDIVIDUAL
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO
Nome:
Clínica da Família:
Equipe:
Cargo/função:
Formação acadêmica: () Graduação. Área: _____ () Especialização. Área: _____ () Mestrado. Área: _____ () Doutorado. Área: _____
Tempo de atuação na Atenção Básica e/ou na Estratégia de Saúde da Família:
Tempo de permanência na Unidade/equipe atual:

APÊNDICE 4

ROTEIRO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL
1. Fale sobre o seu trabalho na Unidade/equipe de Saúde da Família/NASF. (Para iniciar a entrevista).
2. Como é o seu relacionamento com os profissionais do NASF e/ou da ESF? O que é Apoio Matricial pra você? Fale sobre isso. (Pretende-se conhecer o entendimento que o profissional entrevistado tem sobre o Apoio Matricial).
3. Fale sobre seu relacionamento com os profissionais nutricionistas? Você vê diferença entre o apoio da nutrição e dos outros profissionais? (Pretende-se conhecer o entendimento que o profissional entrevistado tem sobre o Apoio Matricial em Alimentação e Nutrição).
4. Como você descreveria as dificuldades e potencialidades entre o trabalho de sua equipe/Unidade e o trabalho do Apoio Matricial nas diversas especialidades inclusive nas ações de Alimentação e Nutrição? (Pretende-se compreender se essa metodologia de trabalho atende às expectativas da população e da equipe e se fatores como tempo são considerados obstáculos para atender às demandas).
5. Pensando na sua população adscrita e na sua equipe de trabalho/Unidade, quais demandas são solicitadas para o Apoio Matricial nas diversas especialidades inclusive nas ações de Alimentação e Nutrição, e como é a resposta a essas demandas? (Pretende-se identificar as demandas da população; se os profissionais conhecem e/ou utilizam as diversas possibilidades para atender às demandas como visitas domiciliares, consultas conjuntas, atividades educativas em grupo e Educação Permanente, além de compreender de que maneira os nutricionistas conduzem o trabalho como apoiadores).
6. Como gostaria que fosse o trabalho do Apoio Matricial nas ações de Alimentação e Nutrição na sua Unidade/equipe? (Pretende-se estimular que o entrevistado dê sugestões sobre o tema).

APÊNDICE 5: PERCURSO DA ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Quadro 1: Categoria de análise: Apoio Matricial

Análise	Concepção de Apoio Matricial	A prática profissional do Apoio Matricial
Exemplos de depoimentos	<p>“Apoio Matricial é um apoio à equipe na tentativa de aumentar a capacidade da equipe de resolutividade e também dividir o problema, compartilhar as responsabilidades, dividir angústias, pensar conjuntamente o caso.” (E3)</p> <p>“Muito antes de ter inventado o NASF lá já tinha o Apoio Matricial”. (E3).</p> <p>“A gente precisa de outro profissional, especializado, capacitado naquilo para nos auxiliar na condução dos casos. Pra gente ter apoio nas questões que a gente não consegue solucionar. Estar aprendendo com esses profissionais e muitas vezes daquele momento pra frente a gente consegue não acionar tanto o NASF. Acho que um dos objetivos é esse também, a partir do momento que eu estou sendo treinado, eu consigo[...]lidar com situações parecidas.”. (E4)</p> <p>“[...] na verdade saiu uma portaria, baixou tinha que ser cumprida e ninguém sabia como ia ser feito. Ninguém sabia o que tinha que ser feito. Acho que a gente foi buscando isso na prática, uma construção”. (N1)</p> <p>“Eu não acho isso novo. Eu acho que o SF veio com essa proposta. De você ter o especialista como um grande apoiador do SF... em todos os lugares que eu pude trabalhar, a gente tinha o especialista como uma referência. E não necessariamente uma referência para a consulta especializada. E sim também como uma interconsulta ou uma consulta conjunta”. (G2)</p>	<p>“[...] ele apoia em termos clínicos, em termos de conduta, em termos de atendimento individual. Acho que o A do NASF, do apoio deveria ser ampliado mesmo. E eu não acho que seja só uma questão dos profissionais do NASF não. Talvez indicar pra equipe que existe essa possibilidade concretamente,né?Eu acho que tem pouca disponibilidade das pessoas. De assumir esse papel de parecerista”. (E10)</p> <p>“Grupos eu nunca utilizei, eles disponibilizam, mas eu nunca utilizei. A VD em alguns casos que a gente precise a gente pode solicitar. Mas difícil por que eles têm várias equipes pra dar conta”. (E14)</p> <p>“[...] tem que amadurecer com as equipes que a interconsulta não é mais uma tarefa, não tem que terminar muito rápido, e tentar trazer esse apoio pra outros espaços, que eles só colocam o tempo todo em consulta”. (G1)</p> <p>“[...] acaba sendo um atendimento mais específico, mais clínico, mais clínico, muito mais clínico. Por que não deixa de centralizar na doença, num primeiro momento. Por que a gente do NASF, as pessoas vão acionar, na visão de quem aciona, num primeiro momento pra resolver um problema de doença, depois a gente entra naquele olhar ampliado, né?” (N1)</p>
Núcleos de sentido	<ul style="list-style-type: none"> - Apoio Matricial enquanto mecanismo para aumentar a resolutividade da ESF; -Apoio Matricial com o intuito de compartilhar as responsabilidades, dividir angústias, pensar conjuntamente os casos mais complexos; -Apoio Matricial produzindo capacitação <i>in loco</i> e aumentando a autonomia das equipes; -Apoio Matricial proporcionando maior integralidade na atenção à saúde; -Apoio Matricial promovendo integração entre os diferentes núcleos de saberes (interdisciplinaridade); -Construção coletiva, na prática, do que é o Apoio Matricial e das atribuições dos profissionais matriciadores; -Apoio Matricial enquanto uma prática que já existia, mas não em forma de política pública. 	<ul style="list-style-type: none"> -Prática do AM focada nas interconsultas e no modelo biomédico; - Outras ferramentas de apoio (VD, atividades educativas, educação permanente, discussão de casos) são utilizadas eventualmente, dependendo da especialidade do matriciador;
Temas	<ul style="list-style-type: none"> -Princípios e diretrizes do NASF (resolutividade, integralidade, corresponsabilização, interdisciplinaridade, educação permanente); - Construção do trabalho do Apoio Matricial na prática do cotidiano; 	<ul style="list-style-type: none"> - Predomínio do modelo biomédico influenciando a prática do Apoio Matricial; - Decisão compartilhada sobre o acesso ao Apoio Matricial.

Fonte: elaborado pela autora.

Quadro 2: Categoria de análise: Processo de trabalho (Parte 1)

Análise	Potencialidades e expectativas do Apoio Matricial	Dificuldades e críticas sobre o Apoio Matricial
Exemplos de depoimentos	<p>“Eu posso acessar um outro consultor pra me ajudar a produzir aquele cuidado, mais próximo. É como se fosse um nível de transição entre o nível primário, secundário onde ele tivesse coisas boas que o nível secundário tem de resolutividade técnica e ao mesmo tempo a longitudinalidade, o vínculo e a coordenação do cuidado que a APS consegue ter”. (E3)</p> <p>“[...] no início tinha muito mais queixas. E depois se transformou... tá todo mundo elogiando. Se consolidou a proposta do NASF. [...] tá bem melhor do que quando iniciou”. (G1)</p> <p>“[...] se com essa solidão a gente já conseguia alguma coisa, imagina quando você tem um psiquiatra, um psicólogo, um TO, alguém que tem uma visão diferenciada desse processo, e que esteja para a equipe SF. Imagina que luxo”. (G2)</p> <p>“Alguns fazem matriciamento por especialidade. O que eu tento fazer aqui é mais do que isso. Eu tento descolar da saúde mental. Eu posso dar apoio sem ser em saúde mental. Se é um apoio à equipe, eu posso apoiar naquilo que ele precisa. Não necessariamente ser saúde mental, educação, prevenção, promoção”. (N2)</p> <p>“Eu acho que dá um apoio muito grande. Por que a própria função é exatamente essa. É auxiliar a gente a adquirir o conhecimento e ir solicitando menos. A gente acaba não tendo ainda aquele conhecimento [...]. Mas à medida que o tempo vai passando, aquilo vai conseguindo suprir sim.” (E13)</p> <p>“Além da interconsulta? Acho que não. Eu acho que ele é um profissional pra realizar a interconsulta. Acho que as outras atividades devem ficar a encargo da estratégia mesmo. Eu entendo que o paciente, ele não é do profissional do NASF. O paciente ele é da equipe da estratégia convencional”. (E11)</p>	<p>“Pra ser bem sincera eu fiquei muito apreensiva. Fiquei com muito medo: “Olha olha só como é que está mudando... gente do céu. Estão tirando as pessoas dos locais, dos serviços. Estão remanejando”. Então eu fiquei muito apreensiva quanto a isso.”. (E1)</p> <p>“Eu aciono menos do que eu gostaria. Por que, eu tenho uma correria no dia-a-dia, a correria atrapalha muito. Muitas vezes eu quero fazer uma interconsulta mas o tempo que a interconsulta vai me demandar inviabiliza a continuidade do atendimento de manhã.”. (E3)</p> <p>“Uma crítica que eu faço é que o NASF tem que ter um papel mais proativo, e não tão passivo. Por que com o problema de tempo que a gente tem, se o NASF não tiver um papel mais proativo, de estar lá do lado da equipe...”. (E3)</p> <p>“[...] agenda hiperlotada, cobrança das metas, indicador, tem que dar conta daquilo ali. A gente é engolido por essas coisas, consulta individual, doença e pouco é feito em relação a gente tenta se esforça até faz a prevenção. O que seria o nosso foco acaba desvirtuando. Tem que dar conta disso também, faz parte da nossa atribuição também. Eu costumo dizer que 40h é pouco”. (E4)</p> <p>“No início que veio o NASF pra CFVV, teve alguns profissionais que não aceitavam muito bem fazer interconsulta com enfermeiro. Médico do NASF. Teve uma ou duas categorias que chegaram: eu não faço inter com enfermeiro. Tô aqui pra fazer inter com os médicos que é para eles aprenderem o que tem que ser feito e eles fazerem as consultas. Depois isso foi mudando.” (E6)</p> <p>“[...] o profissional fala isso pra mim: não eu não vou chamar o fulano não adianta você insistir por que fulano não me trata bem. Eu escuto muuuuito. Com muito diálogo, com muito discurso, com muita aproximação mudança de metodologia, melhorou muuuuito. Só que ainda tem uns calos, umas manchas, umas rebarbas que não foram tiradas”. (G2)</p>
Núcleos de sentido	<ul style="list-style-type: none"> -Ideia do matriciamento desvincular do matriciamento somente por especialidade; -Qualificação e reuniões de grupos de trabalho aproximando os profissionais do NASF entre si e facilitando o trabalho com as equipes; -O Apoio Matricial aproximando os especialistas da população; -Apoio Matricial atendendo a demanda da equipe e da população, dentro dos limites da AB. 	<ul style="list-style-type: none"> -Dificuldades dos profissionais do NASF saírem do seu núcleo de conhecimento e agirem dentro da interdisciplinaridade; -Desconhecimento do apoiador sobre as atribuições dos profissionais da ESF; -Profissionais do NASF pouco proativos; -Maior demanda dependente de afinidades pessoais e profissionais das equipes; -Tempo destacado como complicador do processo de trabalho pelo excesso de atribuições da ESF,
Temas	<ul style="list-style-type: none"> -Diferentes formas de “ser” e “fazer” NASF. 	<ul style="list-style-type: none"> -Desconhecimento e estranhamento inicial de uma nova metodologia de trabalho; -ESF como modelo de reorganização da AB gerando excesso de atribuições aos profissionais

Fonte: elaborado pela autora.

Quadro 3: Categoria de análise: Processo de trabalho (Parte 2)

Análise	Interfaces entre educação e prática profissional	Tensões entre consulta compartilhada e atendimento individualizado
Exemplo de depoimentos	<p>“Eu nunca trabalhei sem o Apoio Matricial. O grupo foi muito importante pra minha formação... quando chegava alguém o Apoio Matricial ficava mais próximo daquele profissional” “[...] eu fui formado como médico de família pelo Apoio Matricial”. (E3)</p> <p>“Já trabalhei com residente multi, foi uma das épocas que a equipe melhor caminhou. A gente conseguiu fazer um trabalho maravilhoso na parte nutricional. Com os pacientes, inclusive comigo, mudou todo o meu hábito alimentar. Uma das melhores épocas de equipe”. (E14)</p> <p>“[...] a residente da multiprofissional que se incumbia daquela equipe. Coitada, ela é uma residente que tá aprendendo a matricular, não que ela não saiba, tá lapidando, não é contratada pra isso”. (G2)</p> <p>“Agora eu fico muito preocupado com os meus colegas. Na VV tem um bando de profissional muito novo. Muito, formado de pouco tempo. Ainda não teve tempo, não é culpa deles, de ter essa vivência, essa troca, de quanto mais matriciado mais você tá construindo um discurso, mais você vai se convencendo, né?” (G2)</p> <p>“Nas equipes em que eu tô há mais tempo, [...] essas pessoas não precisam me chamar por que elas mesmas já sabem o que fazer. Por que uma das coisas do matriciamento é tipo um treinamento em serviço. Você conseguir ajudar aquela pessoa que está ali, por que eu não estou todos os dias. Pra que quando eu não esteja e ela pegue um caso semelhante, já possa nortear ela.”. (N1)</p>	<p>“[...] trabalhar com SF mais numa unidade mista que você tem a todo momento uma dicotomia, isso é muito complicado. Tem gente que fala:” não poxa uma unidade mista é difícil”. É mais tem suas compensações. Você consegue coisas que você não conseguiria numa unidade que tenha só saúde da família. Por que quando você precisa você tem o parceiro aqui do lado. Isso é bom”. (E1)</p> <p>“Eu mando pra consulta individual. O NASF na verdade amplia minha capacidade de resolução na APS, mas não resolve tudo. Eu continuo fazendo as referências”. (E3).</p> <p>“Eu acredito que o NASF dá o apoio que pode, compartilha o que pode ser compartilhado, mas eu acho também que tem outras necessidades”. (E1)</p> <p>“Quando eu li a portaria do NASF foi até na residência, a discussão toda que se dava na época, é o que a gente meio que tá acontecendo agora, era o medo que ficasse muito voltado para as consultas individuais e aí não é mudança de modelo, né? Só ia mudar o nome e o local. Precisa melhorar”. (E4)</p> <p>“Eu preferiria que sempre tivesse em conjunto, né? A gente acaba ficando muito responsável pelos pacientes mesmo, né? Então no vínculo que a gente faz eu quero saber o que o outro vai falar lá”. (E10)</p> <p>“Eu fico um pouco dicotomizado aí nessa opinião por que de certa forma é bom ter esse momento só do profissional com o paciente, mas ao mesmo tempo é ruim acho pros membros da equipe, né? Não por falta de informação do que aconteceu mas dificulta por que a gente podia ter ouvido e podia ter ajudado pra um outro caso, pra gente já ter aquele a mais”. (E13)</p>
Núcleos de sentido	<ul style="list-style-type: none"> -Apoio Matricial com papel de formador para a ESF (Educação Permanente); -Alunos da Residência multiprofissional em Saúde da Família atuando como matriciadores; questionamentos sobre essa atuação; -Equipes com residentes da multiprofissional acionam pouco o NASF; -Residentes médicos assumindo como médicos de equipes da ESF (na Unidade A). 	<ul style="list-style-type: none"> -Algumas especialidades possuem especificidades que podem ir além do Apoio Matricial; -Limites da capacidade resolutive do NASF; -Diferenças entre as duas Unidades de Saúde; -Divergências de opiniões: espera-se que os profissionais do NASF tenham uma abordagem ampliada, familiar e sistêmica ou pontual, apoiando a equipe, mas não necessariamente se corresponsabilizando pelo cuidado.
Temas	-Formação de Recursos Humanos em Saúde	-Diferenças entre as duas unidades de saúde; A abordagem do NASF.

Fonte: elaborado pela autora.

Quadro 4: Categoria de análise: Trabalho em equipe

Análise	Trabalho em equipe
Exemplo de depoimentos	<p>“[...]a gente tem um problema com os ACS que não são bem preparados. Não estão preparados para ser profissionais de saúde. Outra coisa é o fato por ter pouquíssimo entendimento de saúde eles acessam pouco pelas necessidades. Eu vejo em outros lugares que os ACS são proativos e por exemplo fazem grupos. Aqui eu não vejo um ACS fazer grupo”. (E3)</p> <p>“[...]mesmo quando eu tinha 40h, ele também tem 20h, às vezes o dia dele ou de outro profissional não é o dia da minha reunião de equipe. É difícil o NASF participar da reunião de equipe”. (E5)</p> <p>“[...] a gente vê situações que o profissional foi, de uma maneira que não foi muito agradável. Parece que invadindo o espaço e querendo dizer o que precisava ser feito ou não. Ditar regra...” (E10)</p> <p>“Cabe, dependendo do caso acho que cabe sim, muito. Um caso que você não consegue resolver, que a gente já discutiu, por que não pode sentar todo mundo e tentar resolver? Junto, né? Não, não é muito comum. É mais comum da assistente social. Ela é quem mais frequenta nossa reunião de equipe”. (E12)</p> <p>“O Agente comunitário tem alguns sim. Alguns sim, procuram a pessoa do NASF, contam um caso, pedem apoio, mas aí são casos bastante específicos, casos de abertura do profissional do NASF a fazer isso. É, tem alguns profissionais, acredito que não são procurados por não dar abertura pra todos. Agora, geralmente quem procura é o médico. Se você enumerar, em primeiro lugar é o médico”. (G2)</p> <p>“Eu não vejo interação nem entre eles. Trabalham juntos mas, não tem aquela interação entre eles, não tem interação entre as equipes. Estão em patamares diferentes uns bastante avançados, outros...”. (G2)</p> <p>“Eu acho que algumas equipes que já estão mais consolidadas, há mais tempo, os planos delas mais traçados, tem bom entendimento e relacionamento, conseguem enxergar a gente como uma extensão da própria equipe. Pode contar com a gente quando precisar. Pode dar responsabilidade por que eu acho que a gente tem que se responsabilizar também pelos pacientes. Agora isso eu não consigo enxergar como um todo em todas as equipes não. Não que achem mais a gente como um estranho não. Acho que foi no início. Não, mas eu ainda não vejo que todos consigam enxergar a gente como uma extensão, como também participante da Estratégia de Saúde da Família”. (N1)</p>
Núcleos de sentido	<ul style="list-style-type: none"> -Pequena participação do NASF na reunião de equipe, com enfoque em casos complexos; -Reunião de equipe como um espaço para educação permanente; -Trabalho do ACS subaproveitado; -Médico visto como líder natural da equipe (ESF); -Carga horária da maioria dos profissionais do NASF reduzida, impossibilitando o compartilhamento de várias atividades; -NASF visto como externo à ESF; pertence à AB, mas não pertence à ESF; -NASF não é visto como uma equipe, e sim como profissionais realizando suas ações de forma pontual, isoladamente;
Temas	<ul style="list-style-type: none"> -O predomínio da estrutura hierarquizada do trabalho; -O trabalho do NASF não é visto como um trabalho em equipe.

Fonte: elaborado pela autora.

Quadro 5: Categoria de análise: Perspectivas para o Apoio Matricial em Alimentação e Nutrição

Análise	Perspectivas para o Apoio em Alimentação e Nutrição
Exemplo de depoimentos	<p>“A gente precisa tá vendo mais a família, de prevenir mais. A gente não tem que ver só hipertenso e diabético, descompensados, emagrecer, pra isso tem a ESF. De estar trabalhando na creche, ver a alimentação na escola, se as crianças já estão começando a ficar obesas. E não só depois que ela necessita de nutricionista e sim antes, a parte preventiva. Prevenir as complicações, a obesidade. E tem como fazer isso”. (E4)</p> <p>“Eu acho que uma coisa legal seria a educação permanente, trazendo discussões pros Agentes estarem até nas visitas, sobre hábitos saudáveis, alimentação. Eu sinto que eles fazem pouco isso, pouca orientação. Tendo um dia educação permanente, igual teve o dia do aleitamento materno, eles ficaram super empolgados. A partir daí eu notei que eles começaram a orientar mais. Eu acho que seria uma boa a participação na educação permanente”. (E4)</p> <p>“Acho que trabalhar em grupo seria muito legal. Hoje a gente tem muita dificuldade pra trabalhar em grupo. Dificuldade da própria equipe e dificuldade dos próprios pacientes aderirem ao grupo. Mas quando você trabalha em grupo, quando você tem informações de outras pessoas, aderem mais, conhecem mais, eu acho que trabalhar em grupo seria muito interessante”. (E6)</p> <p>“... na reunião de equipe seria interessante pra pensar várias coisas, né? Não só discutir caso, planejar grupo, mas, por exemplo pensar em debater algum tema, pra poder, os Agentes Comunitários estarem sabendo. ... qualquer pessoa podendo orientar poderia estar ajudando, né? Então se o agentes comunitários pudessem saber um pouco de algumas coisas relacionadas a alimentação, por exemplo, ajudaria muito.” (E10)</p> <p>“Mas eu ainda prefiro que isso fique com a nutrição mesmo. O nutricionista orientando, informando. Por que ai é mais uma tarefa para equipe. Mas se a gente tem o profissional aqui, e esse acesso é relativamente é tranquilo, é fácil, por que não acionar o profissional? Fica muito mais completo. A orientação fica muito melhor.” (E7)</p> <p>“É a gente fica fechado fazendo o consultório, com o especialista, com o apoiador do NASF, mas na realidade não é nada daquilo, ninguém foi na comunidade pra ver como é a reutilização de alimentos se pode potencializar. É pensar no grupo, não pensar isoladamente”. (G1)</p> <p>“[...] a gente pensar numa lógica de fazer uma agenda de trabalho com as equipes e discutir em cada território o que teria de potencialidades ali, com as fragilidades, tentar uma agenda de trabalho com a comunidade. A gente tem essa tendência de fazer um planejamento sem ouvir, já chega com tudo pronto. O que seria legal para eles em relação a alimentação, né? O mundo ideal seria isso, a gente conseguir fazer uma agenda de trabalho não só com a nutrição, mas com a equipe, com a comunidade, com a educação, pensar nisso, numa coisa de rede mesmo, interligado, de vários setores...” (G1)</p>
Núcleos de sentido	<ul style="list-style-type: none"> -Profissionais relatam importância das atividades educativas coletivas, apesar de realizá-las pouco; -Ênfase das ações no cuidado às DCNT; -População adere pouco às atividades educativas e participa pouco no planejamento das ações; -Ampliar as ações para outros espaços (na comunidade, escolas e creches por exemplo); -Potencializar a participação dos ACS nas orientações nutricionais básicas; -Maior participação nas reuniões de equipe-educação permanente, visitas domiciliares e dar retorno à equipe; -Algumas ações competem ao profissional nutricionista.
Temas	<ul style="list-style-type: none"> -Ênfase na Educação em Saúde; -Ampliação de Ações intersetoriais; -Qualificação das equipes para as ações de Alimentação e Nutrição; - Competências do profissional nutricionista.

Fonte: elaborado pela autora.

Quadro 6: Temas empíricos por categorias de análise

Categorias	Temas
Apoio Matricial	<ul style="list-style-type: none"> - Princípios e diretrizes do NASF (resolutividade, integralidade, corresponsabilização, interdisciplinaridade, educação permanente); - Construção do trabalho do Apoio Matricial na prática do cotidiano; - Predomínio do modelo biomédico influenciando a prática do Apoio Matricial; - Decisão compartilhada sobre o acesso ao Apoio Matricial
Processo de Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - Diferentes formas de “ser” e “fazer” NASF; - Desconhecimento e estranhamento inicial de uma nova metodologia de trabalho; - ESF como modelo de reorganização da AB gerando excesso de atribuições aos profissionais; - Formação de Recursos Humanos em Saúde; - Diferenças entre as duas unidades de saúde; - A abordagem do NASF.
Trabalho em Equipe	<ul style="list-style-type: none"> - O predomínio da estrutura hierarquizada do trabalho; - O trabalho do NASF não é visto como um trabalho em equipe
Perspectivas para o Apoio Matricial em Alimentação e Nutrição	<ul style="list-style-type: none"> - Ênfase na Educação em Saúde; - Ampliação de Ações intersetoriais; - Qualificação das equipes para as ações de Alimentação e Nutrição; - Competências do profissional nutricionista.

Fonte: elaborado pela autora.