



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

ERIKA CRISTINA CÔRTEZ DE SOUZA MONTEIRO

**APOIO MATRICIAL NA ÓTICA DE APOIADORES DO NÚCLEO DE
APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA E EQUIPES DE ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

***MATRICIAL SUPPORT IN THE OPTICAL OF SUPPORTERS OF THE
FAMILY HEALTH SUPPORT CORE AND FAMILY HEALTH
STRATEGY TEAMS***

CAMPINAS
2018

ERIKA CRISTINA CÔRTEZ DE SOUZA MONTEIRO

**APOIO MATRICIAL NA ÓTICA DE APOIADORES DO NÚCLEO DE
APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA E EQUIPES DE ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

***MATRICIAL SUPPORT IN THE OPTICAL OF SUPPORTERS OF THE
FAMILY HEALTH SUPPORT CORE AND FAMILY HEALTH
STRATEGY TEAMS***

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde, na área de Políticas, Gestão e Planejamento.

Dissertation presented to the Faculty of Medical Sciences (FCM) of the State University of Campinas (UNICAMP) as part of the requisites required to obtain the title of Master in Collective Health: Health Policies and Management, in the area of Policies, Management and Planning.

ORIENTADOR: PROF. DR RUBENS BEDRIKOW

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA POR ERIKA CRISTINA CÔRTEZ DE SOUZA MONTEIRO E ORIENTADA PELO PROFESSOR DOUTOR RUBENS BEDRIKOW

CAMPINAS
2018

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

M764a Monteiro, Érika Cristina Côrtes de Souza, 1985-
Apoio matricial na ótica de apoiadores do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e equipes de Estratégia de Saúde da Família / Érika Cristina Côrtes de Souza Monteiro. – Campinas, SP : [s.n.], 2018.

Orientador: Rubens Bedrikow.

Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Gestão em saúde. 4. Relações interprofissionais. I. Bedrikow, Rubens, 1962-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Matricial supportin the optical of supporters of the Family Health Support Core and Family Health Strategy Teams

Palavras-chave em inglês:

Family Health Strategy

Primary health care

Health management

Interprofessional relations

Área de concentração: Política, Gestão e Planejamento

Titulação: Mestra em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde, na área de Políticas, Gestão e Planejamento.

Banca examinadora:

Rubens Bedrikow [Orientador]

Diene Monique Carlos

Cristiane Pereira de Castro

Data de defesa: 26-01-2018

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO PROFISSIONAL

ERIKA CRISTINA CÔRTEZ DE SOUZA MONTEIRO

ORIENTADOR: RUBENS BEDRIKOW

MEMBROS:

- 1. PROF. DR. RUBENS BEDRIKOW**
- 2. PROF. DRA. CRISTIANE PEREIRA DE CASTRO**
- 3. PROF. DRA. DIENE MONIQUE CARLOS**

Programa de Pós-Graduação em [PROGRAMA] da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora
encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

DATA DA DEFESA : 26/01/2018

DEDICATÓRIA

Aos meu pais, Célia e João Carlos;

Às minhas irmãs, Aline e Letícia;

Ao meu esposo, Luciano;

À minha bebê, Rafaela, que acompanhou este final de mestrado em meu ventre;

À equipe NASF de Taubaté, que me encorajou a prosseguir neste projeto.

EPÍGRAFE

“O Sucesso nasce do querer, da determinação
e persistência em se chegar a um objetivo.
Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e
vence obstáculos no mínimo fará coisas admiráveis.”
(José de Alencar)

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me deu sabedoria para prosseguir neste projeto e persistência para realização dos meus sonhos;

À minha mãe, meu exemplo de fortaleza e fé dentro de sua simplicidade;

A meu pai João, pelo incentivo ao estudo mesmo nos momentos mais difíceis;

Ao meu marido Luciano, meu equilíbrio, por ter trilhado este caminho comigo;

Às minhas irmãs, Aline e Letícia, pelo exemplo de superação frente aos obstáculos;

À minha bebê, Rafaela, que esteve em meu ventre ao final deste projeto, me fazendo transbordar de amor e calma;

Ao meu orientador, pelo conhecimento transmitido e pela confiança ao aceitar trilhar comigo este caminho;

Agradeço imensamente a equipe NASF de Taubaté, pelo companheirismo, experiências compartilhadas, compromisso pelo trabalho, e principalmente pela amizade que fizemos ao longo desses anos;

À minha amiga Solanne, que me fez acreditar e ir além, por descobrir um potencial em mim, que até então eu desconhecia;

À minha cunhada Alana, pela ajuda no *Abstract*;

A todos os profissionais das equipes de Estratégia de Saúde da Família de Taubaté, apoiadas pelo NASF, por participarem deste projeto e ajudar a concretizá-lo;

Aos colegas e professores do mestrado, pela partilha, pelo conhecimento, amizades, pela luta e dedicação ao SUS;

Agradeço também aos componentes da banca de qualificação, Dra. Cristiane Castro e Daniela Sacardo, pelas generosas contribuições.

Muito Obrigada!!!!

RESUMO

Esta pesquisa objetivou compreender as percepções de apoiadores do Núcleo de Apoio à saúde da Família (NASF) e de profissionais das equipes de Saúde da Família (EqSF), do município de Taubaté (SP), acerca do processo do Apoio Matricial e suas repercussões no processo de trabalho, em especial no que tange à ampliação da clínica, qualificação do cuidado, fortalecimento do trabalho em rede e o uso das ferramentas do Apoio Matricial pelas equipes após implantação do NASF. Buscou ainda conhecer qual a formação desses apoiadores e as principais dificuldades e obstáculos para o exercício dessa atividade. Trata-se de uma pesquisa de metodologia quantitativa e qualitativa, que consiste na aplicação de 2 questionários a 39 profissionais: o questionário I destinou-se aos profissionais das EqSF e o questionário II a equipe NASF. Ambos com questões fechadas, abertas e mistas. O estudo apontou que a produção do cuidado pelo NASF é um objeto bastante complexo, assumindo diferentes cenários no município de Taubaté (SP), com opinião diversificada dos profissionais das EqSF apoiadas acerca do processo do Apoio Matricial e suas repercussões no processo de trabalho. Dentre os aspectos considerados como favoráveis com a implantação da equipe NASF podemos destacar: aumento do conhecimento e comunicação com a rede de serviços do município; conhecimento e uso das ferramentas do Apoio Matricial; ampliação da Clínica do apoiador e de alguns profissionais das EqSF; vínculo entre EqSF e NASF; impacto positivo na resolutividade das EqSF e aumento da discussão de casos. Como impasses destacamos: carência de formação para equipe NASF e EqSF; supervalorização das atividades assistências em detrimento das técnico-pedagógicas da equipe NASF; pouco protagonismo dos profissionais das EqSF na realização das atividades grupais; falta de contrarreferência de alguns serviços; necessidade de um instrumento que possa medir número de encaminhamentos antes e depois da implantação do NASF; infra estrutura das EqSF insuficiente e composição reduzida da equipe NASF apoiando maior quantidade de EqSF. Os resultados deste estudo permitiu identificar que para superação destes impasses e melhora da saúde do município de Taubaté (SP) se faz necessárias novas pactuações entre equipe NASF, EqSF e gestão municipal. Pensando nisso, posteriormente este material será compartilhado, a fim de montarmos em conjunto novas estratégias para o cuidado em saúde no município.

Palavras chave: Estratégia de Saúde da Família. Atenção Básica.

Gestão em Saúde. Relações interprofissionais.

ABSTRACT

This research aimed to understand the perceptions of supporters of the Family Health Support Center (NASF) and professionals of the Family Health teams (EqSF), in the city of Taubaté (SP), about the Matrix Support process and its repercussions on the work process, especially with regard to the expansion of the clinic, qualification of care, strengthening of network work and the use of the Tools of Matrix Support by the teams after implementation of the NASF. It also sought to know the formation of these supporters and the main difficulties and obstacles to the exercise of this activity. This is a qualitative and quantitative methodology research, consisting of the application of 2 questionnaires to 39 professionals: the I questionnaire was intended for the professionals of the EqSF and the questionnaire II the NASF team. Both with closed, open and mixed questions. The study pointed out that the production of care by the NASF is a very complex object, assuming different scenarios in the municipality of Taubaté (SP), with a diverse view of EqSF professionals supported on the Matrix Support process and its repercussions on the work process. Among the aspects considered favorable with the implementation of the NASF team we can highlight: increase of the knowledge and communication with the network of services of the municipality; knowledge and use of the Matrix Support tools; extension of the Clinic of the supporter and some professionals of the EqSF; link between EqSF and NASF; positive impact on the resolution of EqSF and increased discussion of cases. As impasses we highlight: lack of training for NASF and EqSF team; overvaluation of the assistance activities to the detriment of the technical-pedagogical of the NASF team; little protagonismo of the professionals of the EqSF in the accomplishment of the group activities; lack of counter-referral of some services; the need for an instrument that can measure the number of referrals before and after NASF deployment; insufficient infrastructure of EqSF and reduced composition of the NASF team supporting larger amounts of EqSF. The results of this study allowed us to identify that, in order to overcome these impasses and improve the health of the municipality of Taubaté (SP), new agreements are needed between the NASF, EqSF and municipal management teams. With this in mind, later this material will be shared, in order to put together new strategies for health care in the municipality.

Key words: Family Health Strategy. Basic Attention. Health Management.

Interprofessional relations.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Rede de serviços do município de Taubaté, SP.....	26
Quadro 2: Relação do número de equipes matriciadas por território.....	33
Quadro 3: Relação Modalidades NASF.....	34
Figura 1: Representação gráfica da estratégia aninhada concomitante.....	22
Figura 2: Relação das categorias profissionais convidados à pesquisa, por EqSF matriciada, Taubaté, 2017.....	24
Figura 3 - Faixa etária dos profissionais das EqSF e NASF investigados Taubaté, 2017.....	38
Figura 4: Processo de formação para o cargo de AM, segundo profissionais NASF investigados, Taubaté, 2017.....	40
Figura 5: Conhecimento dos instrumentos do AM pelos profissionais das EqSF investigados, Taubaté, 2017.....	41
Figura 6 - Conhecimento da rede de serviços do município, segundo os profissionais das EqSF investigados, Taubaté, 2017.....	48
Figura 7: Comunicação com outros serviços após implantação do NASF, segundo os profissionais das EqSF investigados, Taubaté, 2017.....	49
Figura 8: Qualidade dos encaminhamentos após implantação do NASF, segundo as EqSF, Taubaté, 2017.....	52
Figura 9: Relação do número de encaminhamentos a outros serviços após AM, segundo EqSF, Taubaté, 2017.....	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Crescimento de equipes NASF no Brasil.....	15
Tabela 2: Tempo de atuação no cargo atual, profissionais das EqSF e NASF investigados, Taubaté, 2017.....	38
Tabela 3: Percepção dos profissionais das EqSF e NASF investigados quanto à importância das Ferramentas/Instrumentos do AM, graduando as de 0 a 5, Taubaté, 2017.....	42
Tabela 4: Percepção dos profissionais NASF e EqSF investigados quanto a frequência dos instrumentos/ferramentas do AM, Taubaté, 2017.....	43
Tabela 5: Serviços destacados pelos profissionais das EqSF investigadas, quanto ao aumento da comunicação após implantação do NASF, Taubaté, 2017.....	49

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AM	Apoio Matricial
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial II
CAPS AD III	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DAB	Departamento de Atenção Básica
EP	Educação permanente
EqSF	Equipes Saúde da Família
ER	Equipes de referência
ESF	Estratégia de Saúde de Família
FONEM	Fonoaudiologia Otorrinolaringologia Núcleo Especializado
MS	Ministério da saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PAMOS	Postos de Atendimento Médico Odontológico
PSM	Pronto Socorro Municipal
PSF	Programa de saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Redes de atenção à saúde
SAGE	Sala de Apoio à Gestão Estratégica
UBS	Unidade Básica de saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNITAU	Universidade de Taubaté

Sumário

1. INTRODUÇÃO:	14
2. OBJETIVOS	20
2.1 OBJETIVO GERAL:	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	20
3. METODOLOGIA	21
3.1 SUJEITOS INVESTIGADOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	22
3.2 O MUNICÍPIO DE TAUBATÉ (SP)	26
3.3 O APOIO MATRICIAL DA EQUIPE NASF EM TAUBATÉ-SP	32
3.4 A ANÁLISE DA IMPLICAÇÃO DA PESQUISADORA – PROFISSIONAL NASF	35
3.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	37
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO:	37
A) CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA	37
B) INSTRUMENTOS DO AM	41
C) CONTRIBUIÇÕES DO AM DO NASF PARA QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO ..	47
I) TRABALHO EM REDE E ARTICULAÇÃO ENTRE SERVIÇOS	47
II)ENCAMINHAMENTOS	51
III)ATUAÇÃO CLÍNICA	56
D)REFLEXÕES SOBRE O TRABALHO INTERPROFISSIONAL E A METODOLOGIA DO AM	60
5. CONCLUSÃO	66
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
7. APÊNDICES	77
APÊNDICE A	77
APÊNDICE B	81
APÊNDICE C	86

1. INTRODUÇÃO:

Os primeiros estudos e elaborações teóricas sobre Apoio Matricial (AM) ocorreram no SUS de Campinas/SP; primeiro, em equipes de saúde mental inseridas na atenção primária e, posteriormente, em outras equipes de hospitais, centros de referência para AIDS, reabilitação física, durante a década de noventa^{1,2,3}.

Desde 1989, o município de Campinas criou equipes de saúde mental na atenção básica (AB), objetivando reforçar a capacidade de resolver problemas de saúde e ainda construir um novo modelo de cuidado em saúde mental. Em seguida, a partir de constituição da rede de reabilitação psicossocial, o apoio matricial passou a também ser utilizado como metodologia para ordenar a relação dos serviços especializados em saúde mental com as unidades de AB^{3,4}.

Com o passar do tempo, a implantação do AM se expandiu para outros municípios do país (Belo Horizonte/MG, Quixadá/CE, Sobral/CE, Recife/PE, Aracaju/SE, Rio de Janeiro/RJ)³.

A partir de 2003, o Ministério da Saúde (MS) iniciou um processo de formulação e implementação do apoio institucional aos estados e municípios. Nesse primeiro momento, com dois enfoques: apoio à gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde (SUS) – coordenado pelo Departamento de Apoio à Descentralização da Secretaria Executiva – e apoio à mudança dos modelos de gestão e atenção dos sistemas e serviços de saúde – coordenado pela Política Nacional de Humanização – Humaniza/SUS^{4,5}.

Em 2008, após um longo período de debate, o MS publicou uma nova política denominada de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criados pela Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008⁸.

Atualmente, o NASF é regulamentado pela Portaria nº2.488, de 21 de outubro de 2011^{4,5,12} e existem 3.797 NASFs implantados em diversos municípios do país¹³. Este número vem crescendo conforme tabela:

Tabela 1 - Crescimento de equipes NASF no Brasil:

Ano	NASF 1	NASF 2	NASF 3	Total
2008	369	26	0	395
2009	866	86	0	952
2010	1.159	127	0	1.286
2011	1.408	156	0	1.564
2012	1.536	393	0	1.929
2013	1.864	552	351	2.767
2014	2.322	767	809	3.898
2015	2.434	851	1.003	4.288
2016	2.506	875	875	4.256
2017	2.259	769	769	3.797

Fonte: DAB/SAGE/MS, 2017

O NASF é uma metodologia de trabalho, um conjunto de conceitos sobre o “como fazer” o trabalho interprofissional, tanto em equipes como em redes de atenção à saúde, em cogestão, de maneira compartilhada ¹¹. Na relação com as equipes de Estratégia de Saúde da Família (EqSF), a ampliação de cenários dos especialistas significa um cardápio de atividades que vão desde um atendimento conjunto entre profissionais de serviços diferentes, à participação em discussões e construção dos projetos terapêuticos, discussão de temas prevalentes, elaboração de estratégias para lidar com a demanda reprimida, análise dos encaminhamentos e, além disso, as equipes do NASF podem realizar grupos, visitas domiciliares ou ações conjuntas, oferecer atendimentos especializados ou ofertar conhecimentos e orientações de seu núcleo de saber que possam ajudar na compreensão do caso, ações no território e projetos intersetoriais ^{1,4,14,15}. Estas ferramentas estão em consonância com o apresentado no Caderno de Atenção Básica que dispõe sobre o NASF ⁹.

O AM, que é a metodologia de trabalho do NASF, tem o papel de reformular a tradição teórica dos sistemas de saúde nacionais, públicos e hierarquizados, que propõem um novo modelo de gestão em saúde, com mecanismos de referência e contrarreferência, interconsultas, protocolos e centros de regulação. Essas metodologias de trabalho podem ser alteradas, mediante mecanismos de personalização, diálogo, decisão compartilhada, responsabilização e compromisso entre as EqSF e os profissionais apoiadores do NASF ^{4,11,16}.

O NASF oferece retaguarda especializada, apresenta duas dimensões: a de suporte assistencial e a técnico-pedagógica ^{4,11,16}. A dimensão assistencial

relaciona-se à ação clínica que se dá diretamente com os usuários do serviço. Já, a dimensão técnico-pedagógica demanda uma ação de apoio educativo com e para a EqSF, é o momento de maior disponibilidade de aprendizado de um determinado tema. O NASF é uma Equipe cuja “expertise” técnica possibilita a ampliação das ações da assistência de uma EqSF. Tal dispositivo pretende ser promotor de um cuidado integral, universal e equânime, princípios balizadores do SUS ^{1,16,17}.

No cenário internacional, incluindo Reino Unido, Irlanda, Austrália, Canadá e Espanha, no intuito de ampliar as possibilidades e qualificar o cuidado, particularmente entre a AB e especialistas, iniciaram a proposta de estabelecer troca de conhecimento e atendimento compartilhado entre os diferentes profissionais. Utilizam diferentes nomenclaturas, tais como cuidado compartilhado (*shared care*) e cuidado colaborativo (*collaborative care*) e se refere, sobretudo, ao cuidado a doenças crônicas, mais especificamente no tratamento da diabetes e na saúde mental ¹¹.

Em 1994, no Canadá, foi criado um importante programa de cuidado colaborativo que incluía especialistas de saúde mental e de nutrição. Este programa foi expandido. Em 1997, foi criado um *College*, com funções de comitê de regulamentação, com o objetivo de facilitar a colaboração entre psiquiatras e médicos da Atenção Básica em todo o território canadense ¹¹.

No Brasil, as diretrizes para a formação dos trabalhadores que desenvolvem ações de AM no NASF estão em processo constante de construção¹⁸. Partindo do que já se tem produzido sobre este tema, nota-se a relevância de que os profissionais que pretendem trabalhar na lógica do apoio possuam conhecimentos característicos de seu núcleo de saber, mas que também desenvolvam habilidades referentes ao campo da Saúde Coletiva.

O núcleo é constituído pelo conjunto de conhecimentos e atribuições (tarefas) específicos e característicos de cada profissão e, portanto, colabora para a materialização do compromisso desta com a produção de valores de uso. Por sua vez, o campo indica um conjunto eventual de conhecimentos e tarefas do qual uma profissão ou especialidade deverá se apropriar para lograr eficácia e eficiência em determinados contextos ^{4,11,19}. Para os profissionais do NASF também se faz importante a aproximação com as ferramentas e referenciais do Método Paideia, o que implica no exercício de estar aberto para relações dialógicas e para lidar com os conflitos, em compartilhar o poder e colaborar para construir espaços coletivos de

discussão e de deliberação, além de aprender a analisar criticamente os processos de gestão e o modelo de atenção à saúde, a fim de conseguir fazer ofertas pertinentes^{4,15,11,19}.

O método de AM é composto por dois conceitos. O emprego do termo “matricial” busca trazer uma lógica mais próxima à ideia de matriz, sugerindo que profissionais de referência e especialistas mantenham uma relação horizontal, e não apenas vertical, como recomenda a tradição dos sistemas de saúde. Já o termo “apoio” sugere uma metodologia para ordenar essa relação entre referência e especialista, não mais com base na autoridade, mas com base em conceitos dialógicos^{4,11}.

Neste sentido o trabalho na lógica matricial contribui para o aumento da capacidade resolutiva das equipes, qualificando-as para uma atenção ampliada, além de permitir acumular saberes para poder distinguir entre os casos que podem ser acompanhados pela EqSF, daquelas que necessitam de atenção especializada ou de outras instâncias como assistência social ou educação, diminuindo encaminhamentos e medicalização excessivos, além de minimizar o consumo desenfreado de tratamentos, procedimentos e exames que podem causar danos e iatrogenias¹.

Além disso, há construção coletiva de saberes e melhor comunicação entre trabalhadores, usuários e gestores através da implementação da rede de saúde; aumento da corresponsabilização através do compartilhamento do cuidado, fortalecimento do vínculo entre os profissionais e valorização do ACS, que passa a ser peça-chave na comunicação entre equipes e usuários^{4, 15}.

A EqSF tem a responsabilidade pela coordenação e condução de um caso individual, familiar ou comunitário. O termo responsabilidade de condução refere-se à tarefa de encarregar-se da atenção ao longo do tempo, ou seja, de maneira longitudinal^{15,18,19}, devendo monitorar, acompanhar e ofertar serviços, coresponsabilizando-se com os usuários pela produção de saúde e de autonomia. Nessa situação, diz-se que os usuários são adscritos geograficamente a um determinado conjunto de profissionais²⁰.

Neste sentido, a proposta de trabalho do NASF e das EqSF parece demandar conhecimentos e saberes pouco próximos historicamente do repertório acumulado pelos profissionais da saúde durante sua graduação, o que confirma as constatações de Ballarin, Blanes e Ferigato¹⁴ de que esse trabalho pode suscitar

angústias devido à falta de experiência e à formação deficiente para esta atuação profissional. E, dada à complexidade que envolve o papel do apoiador no NASF, é preciso considerar que além da formação voltada para o SUS durante a graduação, seriam necessários espaços de reflexão e de aprendizagem no trabalho como estratégias para promover a saúde destes trabalhadores^{4,14}.

Por se tratar de um arranjo que demanda mudanças no cotidiano de trabalho, podem surgir muitas resistências, tanto das EqSF, quanto dos serviços especializados, sendo que muitas vezes o NASF pode, na opinião dos trabalhadores das EqSF, acarretar sobrecarga de trabalho, principalmente se a implementação do NASF acontecer dissociada de um planejamento e da gestão dos processos de trabalho^{4,14}.

Cunha e Campos¹⁵ advertem que problemas como a escassez de serviços especializados podem induzir à utilização do NASF de forma equivocada, de maneira substitutiva, visto que é comum se observarem situações em que os profissionais NASF são vistos como "tapa buracos" na ausência de um centro de referência especializado. Além disso, no Brasil, as funções de coordenação de casos e de rede e o papel de filtro não são muito praticadas pelas EqSF. Igualmente, verifica-se no SUS, que os serviços especializados são pouco permeáveis ao contato direto com profissionais das EqSF e, ao mesmo tempo, há pouca disposição das EqSF em buscar contatos externos. Estes três aspectos costumam dificultar a construção do NASF^{4,15}.

Oliveira²⁰ corrobora com Andrade et al.²¹ lembrando que o sucesso da equipe NASF depende de condições como: número suficiente e qualificação dos trabalhadores, cultura organizacional dos gestores e dos trabalhadores, rede de serviços disponível, organização do trabalho, e formação permanente para os envolvidos, já que a função de apoiador sugere a incorporação de referenciais e ferramentas do Apoio Paideia^{20,21}.

A concepção teórica Paideia criada por Campos²² nasceu da crítica à racionalidade gerencial hegemônica e da indicação de um método que buscava favorecer a democratização da gestão nas organizações, por meio da formação de coletivos organizados para a produção de bens ou serviços, e do incentivo à participação dos sujeitos na gestão da organização e de seus processos de trabalho. Preconiza a reforma das organizações de saúde para busca da cogestão, ou seja, o

estabelecimento deliberado de relações dialógicas, com compartilhamento de conhecimentos e de poder.

Como uma maneira de operacionalizar a cogestão e de construir relações horizontais nos serviços de saúde Campos propõe o Método da Roda sugerindo substituir a dominação institucional e as estratégias de controle por relações de apoio entre os vários agentes e usuários, mediante a construção de relações comunicativas entre os distintos atores envolvidos na produção da saúde. Sendo assim, o apoiador deve procurar construir de maneira compartilhada com os outros interlocutores projetos de intervenção, valendo-se tanto de ofertas originárias de seu núcleo de conhecimento, de sua experiência e visão de mundo ^{4,11,18,22}.

No entanto, alguns importantes obstáculos aparecem no horizonte dessas propostas, embora estes não sejam impedimentos para o NASF, mas oportunidades para estimular os profissionais a enfrentar estes problemas e a encontrar soluções criativas.

Destacamos o obstáculo estrutural que se relaciona com a maneira como os serviços de saúde frequentemente se estruturam, que dificulta a interdisciplinaridade e tendem à lógica da fragmentação do cuidado, com poucos espaços de diálogo; o obstáculo decorrente do excesso de demanda e da carência de recursos, em virtude das evidências de que o volume de serviços oferecidos pelo SUS ainda é insuficiente; o obstáculo político e de comunicação, que decorre da tradição dos serviços de saúde em concentrar o poder e não construir sistematicamente espaços de deliberações compartilhadas ^{1,15,18,21}; o obstáculo subjetivo e cultural que sinaliza aos profissionais que, para se trabalhar com o NASF, é preciso disposição subjetiva para lidar com as incertezas, com as críticas e com a partilha do poder; o obstáculo ético, que envolve as questões da privacidade e do sigilo dos casos que passarão a ser compartilhados ^{1,18} e o obstáculo epistemológico, que é fruto da constatação de que a maioria dos profissionais da saúde trabalha com um referencial restrito sobre o processo saúde-doença e permanecem adeptos da racionalidade biomédica ^{1,4,15,18}.

A mudança da lógica de trabalho proposta pelo NASF não é fácil de ser assumida pelas EqSF e não ocorre automaticamente. Dessa forma, é de extrema importância a institucionalização de espaços coletivos destinados à reflexão e à análise crítica sobre o próprio trabalho, que possam ser continentes aos problemas de relação entre as equipes, aos preconceitos em relação à loucura, à dificuldade de

entrar em contato com o sofrimento do outro e à sobrecarga trazida pela lida diária com a pobreza e violência, dentre outros fatores ⁴

Diante do exposto, a pesquisadora considera relevante a avaliação do trabalho realizado pelo NASF de Taubaté (SP), para que se possa afirmar se a equipe NASF tem construído uma rede matricial junto às EqSF apoiadas, favorecendo a integração dialógica entre distintas especialidades. Além disso, almeja-se que a análise dos dados possa oferecer um panorama atual da formação dos profissionais do NASF do município estudado, e conhecendo melhor esta realidade, espera-se poder mobilizar a gestão municipal a incentivar a especialização destes profissionais, promovendo espaços de reflexão e de aprendizagem no trabalho. Sendo positivo o impacto do NASF, incentivar ampliação da equipe e contratação de outra equipe NASF para o município. Ao final, Identificar possíveis dificuldades e impasses apontados pelas EqSF e NASF, observando elementos que possam colaborar para a estruturação deste trabalho em saúde.

A hipótese principal, é que equipe NASF de Taubaté (SP), conseguiu disparar uma série de mudanças na atenção à saúde, orientadas para a corresponsabilização, a ampliação da clínica e a interdisciplinaridade. Porém, há a suposição que a implantação da equipe NASF aconteceu dissociada de um planejamento e da gestão dos processos de trabalho, o que pode ter causado uma resistência das EqSF em relação ao processo do AM. Então, após três anos de atuação da equipe NASF em Taubaté (SP), questionou-se: há diferenças na forma de pensar e agir dos profissionais das 10 EqSF após implantação do NASF?

2.OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

Compreender as percepções de apoiadores do NASF e de profissionais das EqSF, do município de Taubaté (SP), acerca do processo do AM e suas repercussões no processo de trabalho.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1- Identificar a utilização das ferramentas do AM pelas equipes NASF e EqSF analisando suas repercussões no processo de trabalho.

2- Analisar as contribuições da metodologia do AM para qualificação do cuidado e fortalecimento do trabalho em rede.

3-Identificar dificuldades enfrentadas na articulação entre profissionais das equipes NASF e ESF.

4- Conhecer a formação dos trabalhadores que atuam no NASF.

5-Identificar as percepções dos profissionais do NASF sobre sua pratica profissional a partir da incorporação do AM.

3. METODOLOGIA

Optou-se pelo uso de metodologia mista, quanti-qualitativa²³. Utilizando a estratégia aninhada concomitante, durante a qual, os dados foram coletados simultaneamente e reunidos, integrados na fase de análise do estudo ²⁴. A amostra inicial foi constituída por 55 trabalhadores das 10 EqSF e 3 Apoiadores do NASF. Porém a amostra final foi de de 39 participantes, incluindo 36 profissionais das EqSF e 3 da equipe NASF, pois 19 dos 58 convidados não responderam aos questionários.

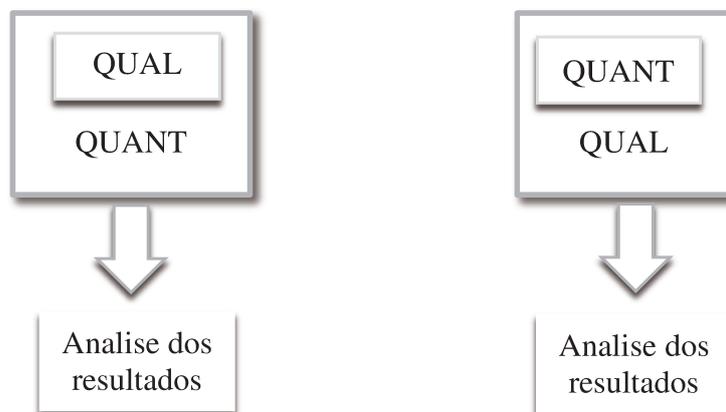
Optou-se pelo uso de uma metodologia mista quanti-qualitativa, tomando por base os pressupostos epistemológicos desses métodos, entendendo-se a existência de um *continuum* e não de uma dicotomia entre os mesmos. A escolha se deu pelo reconhecimento de que o campo da saúde constitui uma realidade complexa que demanda conhecimentos distintos integrados ²³. Desta forma, escolher por qualquer um dos dois métodos poderia implicar em deixar de lado dados relevantes que não podem ser contidos em números ou em contemplar apenas os significados subjetivos e omitir a realidade estruturada.

A partir desse referencial epidemiológico a autora procurou dar maior abrangência ao estudo, em busca de aumentar reflexões sobre o tema, a partir da interpretação de dados obtidos. Foi utilizada a estratégia aninhada comcomitante, identificada pelo uso da coleta de dados em uma fase, durante a qual tanto os dados qualitativos como quantitativos foram coletados simultaneamente.

A integração dos dois tipos de dados coletados ocorreu ao longo de todo processo de pesquisa, os dados quantitativos e qualitativos foram provenientes de um questionário com questões fechadas, abertas e mistas.

Por sua vez na fase de analise e interpretação de dados, também ocorreu a integração, na medida que alguns aspectos essencialmente qualitativos, foram associados às informações provenientes dos achados quantitativos. Esta estratégia propiciou a pesquisadora perspectivas de maior amplitude, em relação à utilização de um único método predominante, inclusive, com a possibilidade de mostrar que dados quantitativos podem ser incorporados qualitativamente para o enriquecimento descritivos dos achados referentes aos participantes da amostra ^{24,25}.

Figura 1: Representação gráfica da estratégia aninhada concomitante.



Fonte: Creswell, 2007, p 217.

Para análise dos dados quantitativos gerou-se tabulação das respostas fechadas dos questionários, seguida da análise descritiva dos dados, realizada a partir do estudo das frequências absolutas e relativas. Utilizando o programa Google planilhas, os dados reunidos foram sumarizados em tabelas e originaram gráficos com as distribuições.

Para as questões abertas foi feita a análise qualitativa dos dados. Estes foram submetidos a um processo de categorização, que consiste em um processo de redução do texto às palavras e expressões significativas, de maneira a se conseguir uma organização das mesmas, verificando os aspectos comuns entre elas, com posterior tematização, em busca de empreender uma análise de conteúdo

26

3.1 SUJEITOS INVESTIGADOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Foram aplicados dois questionários, um questionário para as EqSF apoiadas, com 13 questões (apêndice A), e outro para equipe do NASF, com 16 questões (apêndice B) elaborados pela pesquisadora em reuniões junto ao seu orientador.

Os questionários foram compostos por questões abertas, fechadas e mistas. As questões fechadas são aquelas de múltipla escolha, nas quais são apresentadas várias opções, devendo ser escolhida uma ou mais dentre elas. Nas questões abertas os respondentes ficam livres para usar as próprias palavras, sem se limitarem pelas alternativas. Já as questões mistas constituem uma combinação

dos dois tipos de questão apresentados e contêm subitens que se destinam ao detalhamento da resposta desejada ¹⁸.

Minha preocupação ao aplicar questionários com perguntas abertas foi garantir que os participantes da pesquisa tivessem condições e vontade de se dedicarem ao preenchimento do questionário.

A forma escolhida para a aplicação foi a de autopreenchimento, dentro do próprio ambiente de trabalho, local em que se sentissem confortáveis. Conforme explicam Minayo et al. ²⁷, nesta modalidade, o questionário pode ser aplicado com ou sem a presença do pesquisador e utilizar o autopreenchimento tem como vantagens o fato de poder atingir um grande número de pessoas e de o respondente poder preencher o questionário com privacidade²⁷.

Escolhi questionários a entrevistas, porque estando implicada no processo, como trabalhadora do NASF, achei que poderia interferir caso fizesse as entrevistas, e achar uma outra pessoa que se interesse pela temática seria difícil. Considero também que utilizando o autopreenchimento consegui abordar mais profissionais, tendo melhor visão de todas as EqSF e apoiadores do NASF.

No período de março a abril de 2017, foi iniciado um pré-teste para validação desses questionários. Inicialmente três apoiadores do NASF do município de Campinas (SP) o responderam, consideraram algumas questões ambíguas e confusas, e sugeriram algumas modificações. Após alterações, realizei novo pré-teste com 3 profissionais do NASF do município de Poços de Caldas (MG) e uma profissional do município de Cabrobó-PE, não foram apresentadas dúvidas quanto ao instrumento. Nesta fase, uma participante referiu que o questionário era puramente assistencial, que retratava pouco da função técnico-pedagógica do NASF.

O questionário destinado as EqSF, foi testado com duas enfermeiras, do município de Poços de Caldas (MG), que não demonstraram dúvidas ou dificuldades ao responderem o questionário.

Em maio de 2017, comuniquei as equipes, durante as reuniões de matriciamento sobre a pesquisa e os convidei a participarem do estudo. Em junho, também durante as reuniões de matriciamento, fiz os esclarecimentos sobre os objetivos e os procedimentos metodológicos da pesquisa, a leitura e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O questionário foi entregue

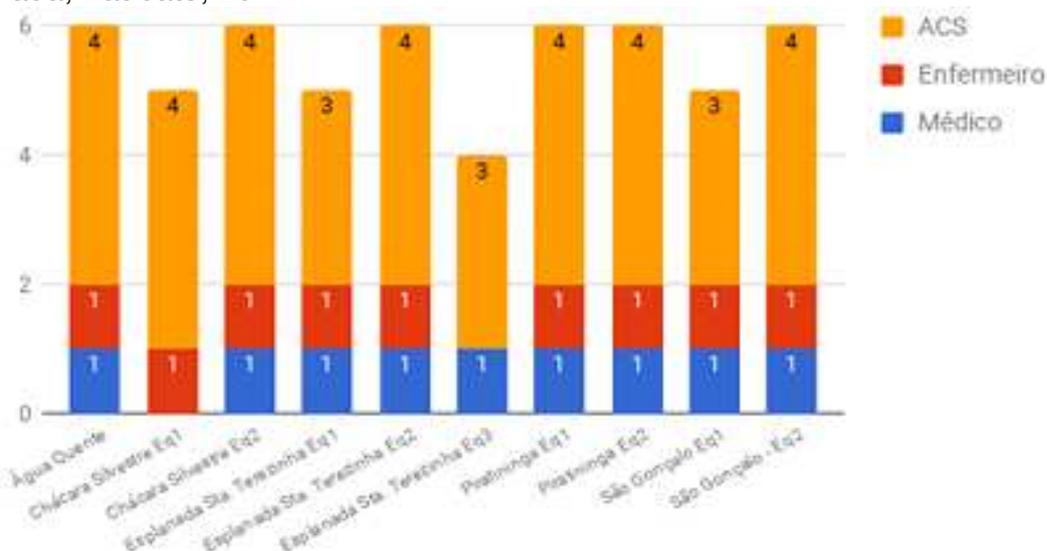
pessoalmente a cada funcionário, com prazo de 15 dias para o preenchimento e devolução do mesmo.

Os critérios de inclusão para o questionário I foram: profissionais (enfermeiros, médicos e ACS) das EqSF de Taubaté - SP, apoiadas pela equipe NASF desde 2014. Aceite dos sujeitos à participação no estudo e assinatura do TCLE. Critérios de exclusão: o não pertencimento às características anteriores, a indisponibilidade para responder o questionário por motivo de férias ou afastamento do trabalho e a recusa em participar da pesquisa.

Critérios de inclusão para o questionário II: Fonoaudiólogo, nutricionista e terapeuta ocupacional da equipe NASF de Taubaté-SP. Aceite dos sujeitos à participação no estudo e assinatura do TCLE. Critérios de exclusão: profissionais com indisponibilidade para responder o questionário por motivo de férias, afastamento do trabalho ou recusa em participar da pesquisa.

O questionário I foi disponibilizado aos enfermeiros, médicos e ACS das 10 EqSF matriciadas pela equipe NASF, categorias que vivenciam mais da lógica do AM, participando cotidianamente das reuniões de matriciamento. Sendo assim, 55 profissionais das EqSF foram convidados a pesquisa. Algumas EqSF estavam com recursos humanos incompletos. Segue gráfico demonstrativo das 10 EqSF e dos respectivos profissionais:

Figura 2: Relação das categorias profissionais convidados à pesquisa, por EqSF matriciada, Taubaté, 2017.



O questionário II foi aplicado à equipe NASF, que atualmente é composta por fonoaudióloga, fisioterapeuta, nutricionista e terapeuta ocupacional. Como sou a fisioterapeuta da equipe, não respondi ao questionário.

Os questionários I e II têm início com uma identificação breve do profissional, não é solicitado o nome para que este se sinta mais à vontade para responder às questões.

No questionário I, há uma tabela com os instrumentos/ferramentas do AM. Usei a tabela para facilitar a visualização. Quero medir o quanto o profissional da EqSF avalia cada instrumento/ferramentas, se já os conhecia, e se após implantação do NASF o uso destes se tornou mais frequente. A fim de conhecer o processo do AM junto às equipes da EqSF, escolhi como indicadores: maior conhecimento e comunicação com a rede de serviços do município, encaminhamentos e grupos.

Segundo Cunha e Campos¹⁵ o trabalho na lógica matricial aumenta a capacidade resolutive das equipes, permitindo o acúmulo de saberes, e avaliando os casos que podem ser acompanhados pela EqSF, daquelas que necessitam de atenção especializada, reduzindo assim os encaminhamentos e também qualificando-os. Os Cadernos de Atenção Básica que dispõe sobre o NASF, ressaltam a importância da articulação do NASF e EqSF na realização de grupos, considerando as necessidades específicas do território. Também destaca a importância de arranjos e dispositivos de gestão que privilegiem uma comunicação transversal na equipe e entre equipes^{9,10}.

Incorporamos questões para compreender, sob a ótica do profissional apoiado, se houve ampliação da Clínica, perguntando da “forma de trabalhar” após implantação do NASF e se este contribuiu para diferenciar as estratégias de cuidado. Finalizamos o questionário I, perguntando se há dificuldades para se trabalhar junto ao NASF.

O questionário II, aborda temas referentes à formação como AM da equipe NASF, analisa também a experiência profissional prévia ao NASF. Solicita, assim como no questionário I, através de tabela, a graduação da importância dos instrumentos/ferramentas do AM e frequência de uso. Investigamos questões referente ao processo do AM, perguntando se o apoiador trabalha com as EqSF o conhecimento e comunicação com a rede de serviços do município, os encaminhamentos e grupos.

Questionamos se houve mudança na Clínica deste profissional, no sentido de ampliá-la, e se sua atuação profissional é restrita a sua área de formação ou se atua também em casos que vão além do seu núcleo de saber.

Ainda referente à Clínica, perguntamos se o profissional considera que o trabalho da equipe NASF aumentou a possibilidade de ações das equipes apoiadas, em relação às estratégias de cuidados dos casos matriciados.

Para finalizar, questionamos se há dificuldades no trabalho como apoiador, e se o profissional avalia resultados positivos em seu trabalho.

3.2 O MUNICÍPIO DE TAUBATÉ (SP)

Taubaté (SP) é um município brasileiro no interior do estado de São Paulo, localizado na região do Vale do Paraíba, a 130 km da capital do estado, São Paulo ²⁸.

A população de Taubaté (SP), calculada segundo estimativa do IBGE para 1.º de julho de 2017, era de 307 953 habitantes, ocupando a décima posição dentre os municípios mais populosos do interior de São Paulo, sendo o 24º mais populoso município do estado. O produto interno bruto per capita do município em 2014 era de R\$ 51.555,78 e Índice de Desenvolvimento Humano de 2010 equivalente a 0,8 ²⁸.

Entre 1993 a 1996, a gestão municipal de Taubaté (SP) implantou o Programa Saúde da Família (PSF) com recursos próprios, pois não havia aderido a nenhum dos tipos de gestão (incipiente, parcial ou semiplena). O município entendia que a AB era de sua responsabilidade e a atenção especializada do Estado ^{29,30}.

A gestão municipal seguinte não entendeu necessidade do PSF, o qual foi extinto. Porém, na perspectiva de não perder a eleição municipal, influenciada pela secretaria de saúde, no segundo semestre dos anos 2000, o gestor do município de Taubaté (SP) aderiu à Gestão Plena da Atenção Básica, conforme enquadramento da Norma Operacional Básica 01/96 (BRASIL, 1996)³¹. Contudo, não houve tempo hábil para fechar as negociações com os hospitais do município ^{20,30}.

O município de Taubaté (SP) conta com uma rede assistencial própria. Segue quadro demonstrando esta rede, na terceira coluna forma descritos os serviços que são específicos do município:

Quadro 01: Rede de serviços do município de Taubaté, SP.

QUANTIDADE	SERVIÇO	DESCRIÇÃO
26	EqSF	
21	Postos de Atendimento	Oferece serviço médicos e

	Médico Odontológico (PAMOs)	odontológicos ao território em que se localiza. Equipe formada por enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista, auxiliar de saúde bucal, médico clínico geral e ginecologista.
01	NASF	
01	QUALIST	Com equipe de saúde multidisciplinar, que presta atendimento domiciliar a pacientes acamados, em territórios onde não há EqSF
01	Consutório na Rua	
01	CAPS Ad III 24h	
01	CAPS II	
01	CAPS INFANTIL	
01	Unidade de Acolhimento	
01	Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua	O serviço oferece apoio no processo de superação da condição de vulnerabilidade apresentada como: atendimento individual e familiar, regularização de documentação pessoal, concessão de passagens, inclusão em abrigo e tentativa de reinserção familiar, apoio nutricional e higienização.

05	Unidade Básica de Saúde (UBS) Mais	UBS Mais Fazendinha, Parque Aeroporto, Gurilândia, Independência e Mourisco. Oferecem atendimento com uma equipe formada por ginecologista, pediatra, clínica geral e enfermagem. As unidades também recebem especialidades como dermatologia, endocrinologia, cardiologia, ortopedia e geriatria.
01	Policlínica de Especialidades	Oferece atendimento ambulatorial de dezessete especialidades médicas e exames complementares.
01	Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	
01	Centro da Terceira Idade	Para pacientes acima de 75 anos, que disponibiliza consulta com alguns especialistas.
01	Centro Dia do Idoso	Recebe idosos semidependentes, com idade igual ou superior a 60 anos, que possuam limitações para a realização das atividades da vida diária. Os idosos ficam no local durante o dia ou parte dele, e ao final da tarde voltam para suas casas, sem perder

		os vínculos familiares.
01	Centro Educacional Municipal Terapêutico Especializado	Objetiva a orientação global da educação de pessoas com necessidades especiais, atuando na área da inclusão social do deficiente. Oferece várias atividades, como Dança capoeira, natação, libras, música, teatro, educação Física, artes, Informática, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia, hidroterapia e equoterapia. Possui equipe multidisciplinar que busca parceira com empresas da região para a colocação dos alunos no mercado de trabalho.
01	Fonoaudiologia Otorrinolaringologia Núcleo Especializado Municipal (FONEN)	Atende pacientes com distúrbios de comunicação, realizando diagnóstico e reabilitação
01	Ambulatório de Infectologia.	
01	Casa da Mãe Taubateana	Desenvolve ações de ambulatório de segmento de bebês de alto risco, gestação de alto risco,

		programa de planejamento familiar, ambulatório de cirurgia pediátrica, alergia alimentar, alergia e imunologia pediátrica, fisiatra e centro de referência regional de bloqueio neuromuscular periférico.
01	Centro de controle de Zoonoses	
01	Vigilância Sanitária	
01	Vigilância Epidemiológica	
01	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	
04	Unidades de Urgência e Emergência	Pronto-Socorro Municipal, Unidade de Pronto-Atendimento do Cecap, San Marino e Santa Helena.
01	O Hospital Regional do Vale do Paraíba	Hospital geral, do Governo do Estado de São Paulo, através da Secretaria de Estado da Saúde, voltado para a média e alta complexidade, tendo como perfil principal o atendimento cirúrgico, o que o torna referência para 39 municípios do Estado de São Paulo.

		<p>Inaugurado em maio de 2004 e administrado pela Sociedade Beneficente São Camilo desde julho de 2010, o Hospital consolida sua referência com uma gama de serviços ampla e diversificada. A Instituição oferece Pronto Atendimento Adulto e Infantil, UTI geral e cardiológica, exames clínicos e diagnósticos por imagem, além de Hemodinâmica 24h.</p>
01	O Hospital Universitário de Taubaté	<p>Atuou como Santa Casa de Misericórdia desde 1865 até 1982, quando passou a atuar como instituição de ensino. Em abril de 2013 passou a integrar o Complexo Hospitalar do Vale do Paraíba, formado com a gestão de Governo do Estado de São Paulo e São Camilo. Unidade com perfil clínico e referência em atendimentos de média complexidade nas especialidades de Ortopedia, Ginecologia e</p>

		Obstetrícia e Cirurgia Pediátrica de urgência, é a única no Serviço de Maternidade e Pronto-Socorro Ginecológico.
02	Conselho tutelar I e II	Cada um responsável por uma área adstrita do município.
04	Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)	Localizados em 4 regiões: CRAS Mourisco, Bagé, Santa Tereza e São Gonçalo.
01	Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)	

Fonte: Elaborado pela autora.

Conforme Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) do Ministério da Saúde, até março de 2017, o município conta com 24 ESF, com população coberta de 82.800 habitantes. Conta com um NASF, modalidade I, ¹³. Esta categoria deve conter de 5 a 9 EqSFs vinculadas e carga horária de profissionais NASF de no mínimo 200 horas ^{13,33}.

3.3 O APOIO MATRICIAL DA EQUIPE NASF EM TAUBATÉ-SP

Em 07 de junho de 2011, no município de Taubaté (SP), foi aberto edital 003/2011, para concurso público dos profissionais para compor a equipe do NASF. Os cargos foram: fisioterapeuta, fonoaudióloga, nutricionista e terapeuta ocupacional, sendo uma vaga para cada cargo. Eu, hoje fisioterapeuta da equipe, aprovada neste referido concurso, fui contratada em outubro de 2011.

Como a equipe NASF ainda não havia sido implantada, iniciei meu trabalho no município atuando como fisioterapeuta das EqSF, as quais, atualmente, faço o AM juntamente com demais membros da equipe NASF. Vale ressaltar, que

minha função antes do NASF, envolvia somente atendimento individual, visitas domiciliares e grupos, alheio à lógica do AM.

O NASF, enquanto equipe para o atuar no AM, surgiu em Taubaté (SP) em janeiro de 2014. Inicialmente, foi contratada uma psicóloga, com regime trabalhista da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), para implantação do serviço, bem como a terapeuta ocupacional do concurso público. Em março de 2014, eu também fui convocada; então saí das EqSF para a equipe NASF. Também foi convocada uma médica pediatra, estatutária, que no meio do ano preferiu ser transferida para outra função. A partir do início de 2017, ela se tornou coordenadora de alguns programas, inclusive do NASF.

Logo, chamaram uma ginecologista, também estatutária, para ocupar o cargo no NASF. Ao final do ano de 2014, alguns funcionários com regime CLT foram demitidos, junto a eles a psicóloga da equipe.

Em novembro de 2015, a fonoaudióloga do concurso público 03/2011 iniciou seu trabalho na equipe. Em março de 2016, a coordenação do Departamento de Atenção Básica (DAB) solicitou transferência da ginecologista para um dos PAMOS do município, e transferiu uma pediatra de uma das EqSF para o NASF. Em abril de 2016, a nutricionista, também do concurso de 2011, foi convidada a trabalhar conosco. Em setembro de 2016, a pediatra solicitou transferência para voltar a atender em ESF.

Sendo assim, atualmente a equipe é composta por fisioterapeuta, fonoaudióloga, nutricionista e terapeuta ocupacional, contratadas pelo regime estatutário, com carga horária de 30 horas semanais cada, somando 120 horas semanais, dedicadas às atividades como apoiador. Matriciam 10 EqSF, de cinco territórios distintos do município: Água Quente, Chácara Silvestre, Esplanada Santa Terezinha, Piratininga e São Gonçalo. Como cada território tem um volume diferenciado de famílias residentes, então comportam uma ou mais EqSF.

Quadro 02: Relação do número de equipes matriciadas por território.

TERRITÓRIO	Nº ESF
Água Quente	1 equipe
Chácara Silvestre	2 equipes

Esplanada Santa Terezinha	3 equipes
Piratininga	2 equipes
São Gonçalo	2 equipes

Fonte: Elaborado pela autora.

Conforme Portaria nº 3.124 de 2012, há três modalidades de NASF financiados e reconhecidos formalmente pelo MS ³³.

Quadro 3: Relação Modalidades NASF.

Modalidades	Nº de Equipes NASF vinculadas	Somatória das gargas horárias Profissionais
NASF 1	5 a 9 ESF	Mínimo 200 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 80h de carga horária semanal.
NASF 2	3 a 4 ESF	Mínimo 120 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal
NASF 3	1 a 2 ESF	Mínimo 80 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal.

Fonte: DAB/SAS/MS, 2013.

Sendo assim, o NASF de Taubaté (SP) fica caracterizado como NASF 1, porém tem uma equipe a mais vinculada e menor carga horária semanal.

As reuniões de matriciamento ocorrem quinzenalmente com cada EqSF, com objetivo de discutir casos, construir projetos terapêuticos e refletir sobre temas da clínica, da saúde coletiva ou da gestão. E, além desses encontros, os profissionais das EqSF podem acionar o NASF por meios diretos de comunicação personalizados, contato pessoal, eletrônico ou telefônico. Os profissionais do NASF,

também podem realizar atendimento individual, compartilhado, visita domiciliar e grupos.

A equipe NASF não participa integralmente do cotidiano das EqSF. As reuniões com a coordenadora da equipe NASF são bimestrais. Atualmente, não há espaço para formação dos profissionais do NASF.

As EqSF são compostas por médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, ACS, dentista e auxiliar de saúde bucal, com carga horária de 40 horas semanais. Outros profissionais, como fisioterapeuta, psicólogo, ginecologista e pediatra, fazem parte das EqSF, sendo uma ampliação destas equipes. Dividem a carga horária semanal em dois territórios ou mais. Os três últimos realizam somente atendimento ambulatorial.

3.4 A ANÁLISE DA IMPLICAÇÃO DA PESQUISADORA – PROFISSIONAL NASF

Considerou-se pertinente a análise de implicação, devido esta produção de conhecimento que é desenvolvida, ao mesmo tempo, pelo sujeito pesquisador e da pesquisa: pesquisadora e fisioterapeuta do NASF, equipe a qual está em análise.

“Nós, que fazemos a gestão, que ocupamos algum lugar de Governo ou conduzimos alguma ‘intervenção’ institucional, também não somos ‘folhas em branco’, não somos portadores de qualquer neutralidade axiológica. Interrogamos a partir de determinados lugares, disputando, também, ‘nosso projeto’, que entendemos como justo e necessário. Temos o direito e a obrigação de apresentar nossos ‘textos’, prenes de conceitos/categorias/sentidos. Mas, assumamos que nosso texto – nós, que ocupamos o lugar de gestor/Governo – admite ser misturado a outros para compor um novo, muitas vezes surpreendentemente diferente dos que portávamos antes do encontro”³⁴.

Romagnoli³⁵ apresenta o paradigma do pesquisador implicado, fazendo um contraponto à busca pela neutralidade e verdade observada nas pesquisas psicológicas:

“Na tentativa de operar na contramão dessa tendência, que ainda é majoritária no cenário acadêmico, emerge o pesquisador implicado. Implicação da qual não podemos escapar, desafio cuja análise é circunstancial e provisória. Análise que se sustenta em um paradigma ético-político, em que não há neutralidade e nem é possível fazer uma pesquisa de ‘fora’. Ou seja, o pesquisador ocupa um lugar

privilegiado para analisar as relações de poder, inclusive as que o perpassam”³⁵.

Considera-se que a implicação envolve todo o contexto e condições para a realização da pesquisa. A implicação constitui a relação dos indivíduos com a instituição e mesmo que não queiram esta implicação e queiram se posicionar a certa distância da instituição, ele é tomado por ela, está imerso nela^{36,37}.

A instituição pesquisa tem como instituído a noção de neutralidade dos pesquisadores, o saber produzido sobre uma realidade com características de verdade, a ser recomendada pelos especialistas para ser aplicada a outras realidades. Como forças instituintes, manifestam-se propostas de produção de conhecimentos a partir do reconhecimento da não-neutralidade dos pesquisadores, da produção de conhecimento em ato e da noção de realidade múltipla, em movimento. Assim, a noção de implicação na análise institucional trabalha segundo a lógica dialética oposta à da instituição pesquisa que prega a neutralidade, que se desvela em não implicação ou desimplicação³⁷.

Dentro deste processo, tentei fazer uma auto-reflexão dos desafios que identifiquei ao tomar como objeto de estudo minha prática profissional, e se como pesquisadora observei algo que interferiu no processo de pesquisa e resultados.

Como primeiro impasse, destaco a intenção de avaliar meu trabalho como profissional NASF, ao mesmo tempo sendo a analisadora e a analisada. Desde quando defini o tema para minha dissertação sabia que poderia ser um processo angustiante frente às descobertas. Em contrapartida, não poderia ter outro tema tão instigante, pois o trabalho como Apoiador Matricial sempre foi encarado por mim como um desafio diário, enxerguei então esta dissertação como parte integrante do meu aperfeiçoamento como Apoiadora.

Minha segunda dificuldade encontrada foi ao iniciar a leitura do material coletado no campo, pois observei que tinha um visão muito engessada e crítica em relação a cada EqSF apoiada. A partir disso, tentei buscar mecanismos objetivos que atenuassem os fatores subjetivos encontrados.

Em minha qualificação, foi sugerido pela banca a análise de forma conjunta de todas as EqSF, não as separando. Outra sugestão importante foi não referir na pesquisa a opinião do Apoiador destacando a categoria de cada profissional. Estas recomendações foram muito válidas, assim consegui desvincular minha opinião, já pré-estabelecida de cada território e dos profissionais da equipe

NASF, da análise do material, conseguindo fazer uma investigação mais imparcial. Assim, a análise foi feita do conjunto das EqSF e equipe NASF.

Ao iniciar o processo de construção das narrativas, tive receio de interferir negativamente na discussão do trabalho. Então, a fim de passar por esse decurso da melhor forma, tentei enxergar este processo como ampliação da reflexão sobre o processo de trabalho das duas equipes, ESF e NASF. Não como sendo uma reflexão do meu trabalho como Apoiadora em separado. Posteriormente, minha intenção é de compartilhar estes resultados com as equipes, criando “momentos reflexivos”, com objetivo de apontar novos caminhos para o trabalho compartilhado. Assim, consegui ficar menos crítica em relação às narrativas encontradas, vendo esta pesquisa como um percurso para aprimoramento e abertura de novos diálogos e reflexões.

3.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, sob parecer de número 1.885.270, seguindo os preceitos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos³⁸. Todos os participantes do grupo pesquisado assinaram o TCLE (Apêndice C), autorizando a utilização do material produzido na pesquisa, resguardado o sigilo.

4- RESULTADOS E DISCUSSÃO:

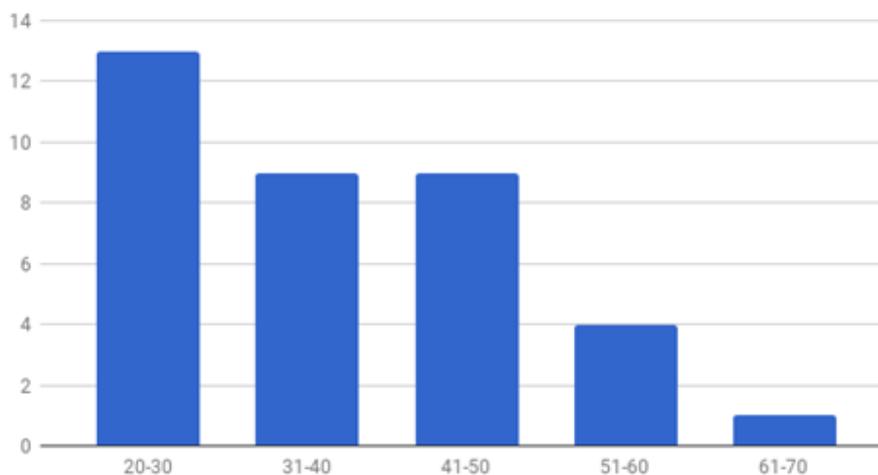
Os dados obtidos, dos questionários, foram organizados em quatro eixos de análise: a) Caracterização dos sujeitos da pesquisa; b) Instrumentos do AM; c) Contribuições do AM do NASF para qualificação do cuidado, com as 3 seguintes subcategorias: I) Trabalho em rede e articulação entre serviços, II) Encaminhamentos, III) Atuação Clínica; d) Reflexões sobre o trabalho interprofissional e a metodologia do AM.

A) CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

A pesquisa teve o total de 39 participantes, incluindo profissionais das equipes NASF e ESF, 19 dos 58 convidados não responderam aos questionários. Do total de participantes, 13 têm função de nível superior, incluindo médicos, enfermeiros e os 3 profissionais do NASF, a saber: fonoaudiólogo, nutricionista e terapeuta ocupacional. Demais 26 profissionais são agentes comunitários de saúde.

A maioria dos profissionais é do sexo feminino. A faixa etária mais predominante foi de 20 a 30 anos, totalizando 13 profissionais jovens.

Figura 3 - Faixa etária dos profissionais das EqSF e NASF investigados Taubaté, 2017.



Dos profissionais participantes, 64% (25) estão há 6 anos ou mais no atual serviço, isso comprova a experiência dos profissionais no cargo em que ocupam, principalmente dos agentes comunitários de saúde, que são 53% (13) deste total. O que pode nos remeter a uma maior rotatividade dos cargos de enfermeiro e médico, em comparação ao cargo dos ACS.

Ponderando ainda que um tempo maior no serviço pode causar um engessamento dos profissionais, dificultando a introdução de novos processos de trabalho e formas de cuidado.

Dentre os profissionais do NASF, o terapeuta ocupacional está no cargo há 3 anos, participando desde a implantação da equipe no município.

Tabela 2 – Tempo de atuação no cargo atual, profissionais das EqSF e NASF investigados, Taubaté, 2017.

Tempo no atual serviço (anos)	Profissional ESF	Profissional NASF	%
< 1	3		8%
1	2	1	8%
2	1	1	5%
3	2	1	8%
4	1		3%
5	2		5%
6	15		38%
7	4		10%
8	3		8%
9	2		5%
10			0%

11	1		3%
Total	36	3	100%

Em relação à formação da equipe NASF, um profissional afirma experiência anterior com AM. Todos possuem pós-graduação, com maior concentração em cursos voltados para a própria especialidade. O que talvez não contribua para a formação em AM do NASF, pois esse tema provavelmente não é abordado em cursos voltados para o núcleo das especialidades. Podendo gerar insegurança do profissional na atuação no campo da saúde coletiva, conforme relato de um profissional da equipe NASF:

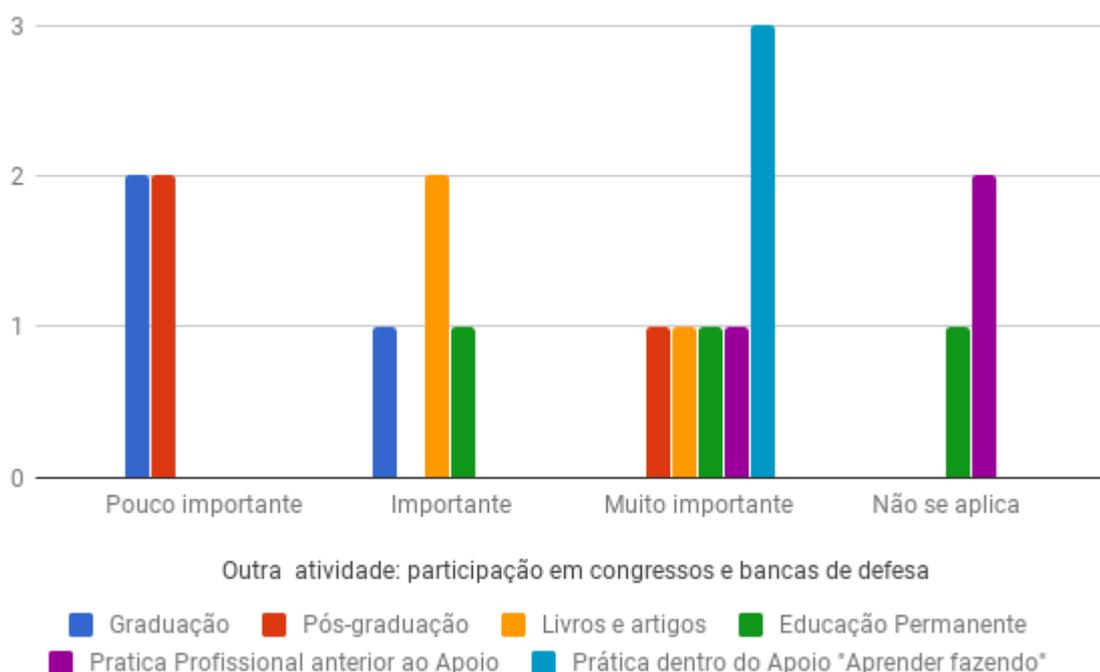
“Quando acompanho casos específicos da minha área de formação consigo ser mais objetiva e resolutiva. Demais demandas, me sinto despreparada e insegura”.

Somente um profissional possui especialização em saúde Coletiva. Partindo do que já se tem produzido sobre este tema, nota-se a relevância de que os profissionais que pretendem trabalhar na lógica do Apoio possuam conhecimentos característicos de seu núcleo de saber, mas que também desenvolvam habilidades referentes ao campo da Atenção Básica e da Saúde Coletiva ^{4,11,19}.

Entre 2001 e 2004, mediante aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Ensino Superior, ocorreu um processo de mudanças, no intuito de construir uma formação que adotasse o SUS como eixo orientador ³⁹. Todos apoiadores afirmam disciplinas/estágios em saúde pública ou saúde coletiva durante a graduação. Porém, segundo a fala de um apoiador o conhecimento que lhe foi passado na graduação foi insuficiente, destaca ainda importância do aprendizado centrado na vivência:

“O trabalho do apoiador matricial exige um olhar além da ciência, o qual não me foi passado em conteúdo acadêmico e está em constante aprendizado, desenvolvimento e aprimoramento, que só são possíveis com a vivência profissional”.

Figura 4: Processo de formação para o cargo de AM, segundo profissionais NASF investigados, Taubaté, 2017.



Para sua formação, como apoiador, todos classificam como “Muito importante” a prática dentro do AM, que pode ser considerada como “Aprender fazendo”. Em dois estudos realizados em Campinas (SP) ^{1,11} nota-se também a valorização da vivência, mencionada nesta pesquisa como prática profissional em AM, que também estaria ligada ao “aprender fazendo”, descrito por Domitti ¹ e Oliveira e Campos ¹¹ como principal ferramenta de formação para os profissionais do AM.

A formação com auxílio de livros e artigos foi considerada como “Importante” e “Muito importante”, o que nos remete que os apoiadores têm tentado associar teoria e prática em suas ações. Um apoiador também destacou outras atividades, como participação em congressos e bancas de defesa.

Os municípios que desejam iniciar ou avançar na implantação dos NASFs precisam estar atentos à política de formação de pessoal. Oliveira e Campos ¹¹ perguntaram aos apoiadores de Campinas (SP), sobre qual seria a formação desejável para o AM, foi mencionado como fundamental à articulação com a prática e a parceria com a gestão para promoção de mudanças. Oliveira¹⁹ destaca que a ausência de supervisão e de formação dificulta o trabalho no AM.

Sendo assim, é importante considerar a necessidade de sensibilização dos gestores do município de Taubaté (SP) a promoverem ações de formação dos profissionais da equipe NASF, para associarem ao conhecimento adquirido na prática. Faz-se necessário também a articulação das ações da equipe NASF junto à gestão, a fim de atuarem de forma conjunta nas melhorias de saúde do município.

B) INSTRUMENTOS DO AM

Referimos como instrumentos/ferramentas do AM, conforme caderno de Atenção Básica nº39 (Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano)¹⁰: discussão de casos, Projeto terapêutico singular (PTS), genograma familiar, visitas domiciliares da equipe NASF, consultas Individuais do NASF, consultas compartilhadas entre profissionais das EqSF e NASFs, grupos com os pacientes, atividades de formação para as EqSF (exemplo: conversas sobre temas específicos) e projetos intersetoriais no território (exemplo: Programa Saúde na Escola)¹⁰.

Todos os Apoiadores do NASF referiram fazer uso de todas essas ferramentas. De modo geral, a maioria dos profissionais das EqSF relata conhecer os instrumentos/ferramentas do AM. A atividade mais citada pelas EqSF foi à discussão de caso e a menos citada foi à atividade de formação para as equipes apoiadas.

Figura 5: Conhecimento dos instrumentos do AM pelos profissionais das EqSF investigados, Taubaté, 2017.



Também foi perguntado as equipes ESF e NASF sobre importância dessas ferramentas, solicitando graduação de 0 a 5, sendo “0” não importante e “5” - muito importante. Na tabela abaixo, os instrumentos/ferramentas foram colocadas em forma decrescente, conforme classificação de cada profissional da ESF.

Tabela 3: Percepção dos profissionais das EqSF e NASF investigados quanto à importância das Ferramentas/Instrumentos do AM, graduando as de 0 a 5, Taubaté, 2017.

Instrumentos/ Ferramentas do AM	Importância de 0 a 5 (0- Não é importante; 5 - Muito importante)											
	ESF						NASF					
	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
Consultas Individuais NASF			1	1	5	28					1	2
Discussão de casos			3	2	4	27						3
Visitas Domiciliares NASF				3	7	25						3
Consultas compartilhadas			1	3	6	25						3
Grupos			2	6	5	20						3
Ativ.de formação para as ESF	1		2	5	9	17					1	2
Proj. intersetoriais no território		1	1	8	9	14					1	2
PTS	2	1	4	9	3	14					1	2
Genograma	3	1	9	11	5	6					1	2

Os profissionais da equipe NASF classificaram como 4 ou 5 todos os instrumentos/ferramentas em questão. Os profissionais das EqSF variaram em suas respostas, mas referiram como sendo as mais importantes consultas individuais do NASF, discussão de caso, visita domiciliar do profissional NASF, consultas compartilhadas entre profissionais das EqSF e NASF e grupos com os pacientes. Sendo assim, as questões mais importantes para as EqSF, estão ligadas às atividades assistências da equipe NASF, em detrimento das atividades técnico-pedagógica. Considero a ferramenta discussão de caso, também ligado ao assistencialismo, pois a mesma é uma pré- condição para atendimento da equipe NASF.

Para sabermos se o NASF foi disparador destas ferramentas, perguntamos as EqSF se após implantação da equipe NASF houve aumento das

ferramentas técnico- pedagógicas do AM, pois não há como as EqSF avaliarem se houve aumento das ferramentas técnico-assistências específicas do NASF, inexistentes antes da implantação do Apoio. Por isso, na tabela seguinte, colocamos um “X” nestas, nas colunas referentes às respostas das EqSF. Questionamos ao NASF, como eles avaliam a frequência de uso de todas as ferramentas de 0 a 5, graduando “0” como não uso e “5” como uso importante. Na tabela abaixo, segue os instrumentos/ferramentas de forma decrescente, conforme resposta das EqSF.

Tabela 4 : Percepção dos profissionais NASF e EqSF investigados quanto a frequência dos instrumentos/ferramentas do AM, Taubaté, 2017.

Instrumentos/ferramentas	Frequência dos Instrumentos/Ferramentas						
	ESF	NASF					
		Ficou mais frequente após implantação do AM?	Frequência de 0 a 5 (0 – Não utiliza; 5 – utiliza bastante)				
			0	1	2	3	4
Discussão de casos	28					3	
Atividades Grupais	22			1	1	1	
PTS	16				3		
Proj. intersetoriais no território	13		2	1			
Genograma Familiar	11		1	1	1		
Ativ.de formação para as equipes ESF	8		2	1			
Visitas Domiciliares NASF	X					3	
Consultas Individuais NASF	X				1	2	
Consultas compartilhadas	X		3				

A tabela acima indica que os profissionais do NASF lançam mão de diversas ferramentas para o desenvolvimento de suas atividades, contemplando a totalidade dos instrumentos recomendados pelo Caderno de Atenção Básica, nº39 - Núcleos de Apoio à saúde da Família: Ferramentas para gestão e para o cuidado cotidiano^{5,10}.

A equipe NASF ressalta como mais frequente as visitas domiciliares e consultas individuais da equipe NASF. Discussão de caso foi considerada uma das atividades mais frequentes pelas equipes NASF e ESF, classificada por 77% (30) dos profissionais como “muito importante”, e segundo as EqSF foi a atividade que mais teve aumento de frequência após implantação do NASF, conforme fala de profissionais das EqSF:

“Iniciamos maiores discussões sobre os casos e com a criação dos grupos de atendimento foi possível pensar em alternativas para cada caso”.

“A decisão após debate conjunto de cada caso, foi uma estratégia proveitosa incorporada à prática da ESF. Além do auxílio dos grupos de atendimento e do atendimento individual, que no futuro acredito reduzir significativamente os encaminhamentos a especialidades”.

Em estudo realizado em Campinas (SP) com AM, a discussão de caso, foi também a ferramenta mais referida, por 93,7% dos apoiadores^{12,19}. No município de São Paulo (SP), mediante a realização de entrevistas com profissionais que atuam na ESF e NASF, foi destacada a discussão de caso, como instrumento importante para a realização do trabalho compartilhado, no planejamento e articulação de ações. Possibilitando um espaço de aprendizado, troca de saberes, aprimoramento da prática, trazendo benefícios para a sua atuação profissional. Relataram que as trocas vivenciadas traziam resultados positivos para o usuário e o serviço¹⁶. No Rio de Janeiro (RJ), em um estudo realizado com 157 profissionais, também evidenciou a discussão de caso clínico, dentre as principais atividades realizadas entre EqSF e NASF⁴⁰.

As atividades de formação para as EqSF aparecem como uma atividade pedagógica pouco frequente. Segundo Bispo e Moreira⁴¹, o NASF possibilita através da educação permanente (EP) o desenvolvimento de habilidades dos profissionais das EqSF, bem como o acesso a outras informações, à construção de novas estratégias de intervenção, à corresponsabilização e ao fortalecimento do trabalho interdisciplinar. A EP seria então uma ferramenta de formação para desenvolvimento de novas habilidades frente aos desafios encontrados no cotidiano das EqSF. Nesse sentido, a reduzida formação para as EqSF pode comprometer o trabalho entre as equipes, fragilizar a função de apoio, dificultar a formação de profissionais críticos, reflexivos e constituir empecilho para a integralidade do cuidado⁴¹.

Assim como os achados da presente investigação, diversos estudos demonstram a dificuldade de estados e municípios instituírem a EP como política de saúde^{41, 42}. Bispo e Moreira⁴¹ em pesquisa com profissionais NASF e EqSF em seis municípios da Região Sudoeste da Bahia (BA), identificaram ausência da EP como política institucional com a maior parte dos discursos dos entrevistados convergindo para ausência de qualquer atividade formativa. Santos et al.⁴³, em pesquisa com mais de 14 mil EqSF de todos os estados brasileiros, identificou que apenas 22%

das EqSF recebem apoio para a reorganização do processo de trabalho. Gerschman e Schott⁴⁴ demonstram que no Estado do Rio de Janeiro também há diminuta atuação dos NASF como promotores de EP para as EqSF.

Silva et al.⁴⁵ identificaram que um dos fatores que dificultam o desenvolvimento da ação pedagógica pelos apoiadores é a frágil formação dos próprios profissionais do NASF. Esses, muitas vezes, não possuem as devidas competências e habilidades para atuarem na dimensão pedagógica, por conta da frágil formação vivenciada: os profissionais não possuem domínio sobre determinados aspectos do próprio trabalho.

De acordo com as diretrizes do NASF, cabe a esta equipe desenvolver ações de EP em saúde às EqSF, com o propósito de contribuir com o aumento da autonomia e capacidade de cuidado dessas equipes apoiadas^{10,41}.

Destarte, é importante considerar a necessidade da sensibilização de gestores e profissionais para assumirem a EP como ação inerente e não dissociada da atenção à saúde. Sugere-se também um maior nível de articulação regional e o envolvimento da secretaria estadual de saúde, por meio dos núcleos regionais de saúde, a fim de promover a articulação regional, apoiando os municípios⁴¹.

Em relação às atividades grupais, 55% (20) dos profissionais das EqSF e 100% (3) do NASF a classificam como “muito importante”, 61% (22) dos profissionais das EqSF observam aumento da frequência desta atividade após o implantação do AM e avaliam este aumento como positivo. A equipe NASF refere trabalhar esta atividade da seguinte forma:

“Grupos a partir das demandas trazidas pelas ER, nos seguintes formatos: grupos terapêuticos, grupos de educação em saúde”.

“Com 2 ou mais indivíduos que apresentam demandas semelhantes. Os grupos são temáticos, com variações temporais distintas (semanal, quinzenal), abertos e fechados, com prazo de término, bem como sem”.

Porém a equipe NASF refere pouco protagonismo das ESF nas atividades grupais:

“ESF, em geral, tem pouco ou nenhum envolvimento”

“As vezes o NASF é quem fomenta a realização dos grupos, poucas vezes a iniciativa parte da ER”.

“A tentativa é de aproximar e melhorar as ações grupais já desenvolvidas nas ESF, mas a abertura para tal é

relativa, quando os profissionais entendem como trabalho a mais.”

Esta desarticulação entre EqSF e NASF no desenvolvimento das ações grupais também se mostrou presente em um estudo realizado nos municípios de Camaragibe, Olinda e Recife (PE), onde a atividade em grupo foi destacada como fazendo parte das ações do cotidiano do NASF, porém nos relatos foi visto que estas atividades eram desenvolvidas apenas pelo NASF, como grupo de gestantes mensais, criação de oficinas, grupo com a nutricionista ou fonoaudióloga do NASF⁴⁶.

O não envolvimento dos profissionais das EqSF nos grupos que o NASF realiza dificulta a organização de uma abordagem nova nos grupos realizados pelos próprios profissionais das EqSF, uma nova abordagem, centrada no usuário, e não no atendimento e na intervenção dos profissionais:

“Também há resistência quando o NASF apresenta e tenta operar as intervenções grupais protagonizando a participação dos usuários. A lógica da Educação Popular em Saúde é desconsiderada nas abordagens, nas quais os profissionais têm dificuldade de se locomoverem do lugar de saber-poder. Por exemplo, montam cronograma anual de temas para os grupos, bem como profissional de referência para realizá-lo, alguém dos interesses/demandas dos participantes (usuários)”.

A principal função de muitos desses grupos da AB deveria situar-se na questão da educação em saúde, sendo o empoderamento, o desenvolvimento da autonomia, a participação e a corresponsabilização dos pacientes alguns de seus objetivos. Contudo, muitas vezes prevalece um tipo de prática em que as pessoas recebem uma espécie de consulta coletiva ou os grupos se reduzem a sessões informativas reiteradas. Isto ainda acontece devido à formação dos profissionais de saúde embasada em um modelo biomédico, que exige uma postura ativa onde eles se coloquem como aqueles que têm as soluções e as respostas, que orientam e resolvem, deixando o usuário em uma posição passiva¹⁰.

Furlan⁴⁷ ratifica que o predomínio do modelo biomédico, ancorado na formação acadêmica dos profissionais de saúde, centra-se em práticas clínicas individuais. Afirmando, em seu estudo com trabalhadores da ABS de Campinas, que há uma fragilidade da prática grupal e uma dificuldade em suportá-la, optando-se por outras modalidades de atendimento, principalmente o individualizado.

Sendo assim, a autora considera fundamental, o NASF junto a gestão do município de Taubaté (SP) fomentarem ações de formação profissional para os profissionais das EqSF apoiadas, a fim de que as atividades grupais sejam também vistas como estratégia clínico-institucional, disparando outros modos de cuidado, outras entradas para a construção de uma relação clínica e do encontro profissional-usuário.

C) CONTRIBUIÇÕES DO AM DO NASF PARA QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO

I) TRABALHO EM REDE E ARTICULAÇÃO ENTRE SERVIÇOS

As redes de atenção à saúde (RAS) “são 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”⁴⁸.

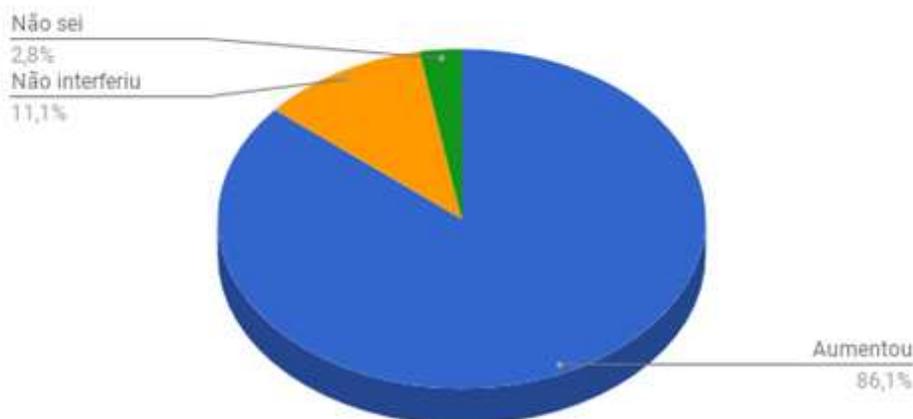
As redes de atenção foram implantadas para contrapor a fragmentação histórica do sistema de saúde, a concorrência entre os serviços, a desorientação dos usuários, o uso inadequado de recursos, a elevação dos custos, a falta de seguimento horizontal dos usuários e de monitoramento e avaliação⁴⁹.

Sendo assim, a função do NASF seria melhorar a articulação das EqSF com os serviços da rede, construindo e fortalecendo a comunicação entre os profissionais, criando vínculos institucionais entre trabalhadores de diferentes serviços. Um profissional do NASF afirma, que desde o início do trabalho em Taubaté (SP), foi construído junto as EqSF o conhecimento da rede de serviços do município.

“Durante a implantação, TO e psico NASF foram conhecer, bem como se apresentar aos serviços de saúde da rede (APAE, CEMTE, Casa da criança. AMI, ambulatório de especialidades, equipe CRAS, CREAS, CAPS). A partir da demanda de uma enfermeira ESF, NASF produziu um fluxograma dos serviços intra e intersetorial, o qual foi atualizado nos anos seguintes”.

Dentre as EqSF 86% (31) dos profissionais referem que a atuação do NASF contribuiu para aumentar o conhecimento da rede de serviços no município.

Figura 6 - Conhecimento da rede de serviços do município, segundo os profissionais das EqSF investigados, Taubaté, 2017.



A comunicação das EqSF com os outros serviços, sendo estes de saúde ou não, também é incentivada pela equipe NASF, para que as equipes apoiadas assumam sua função de articuladora da rede:

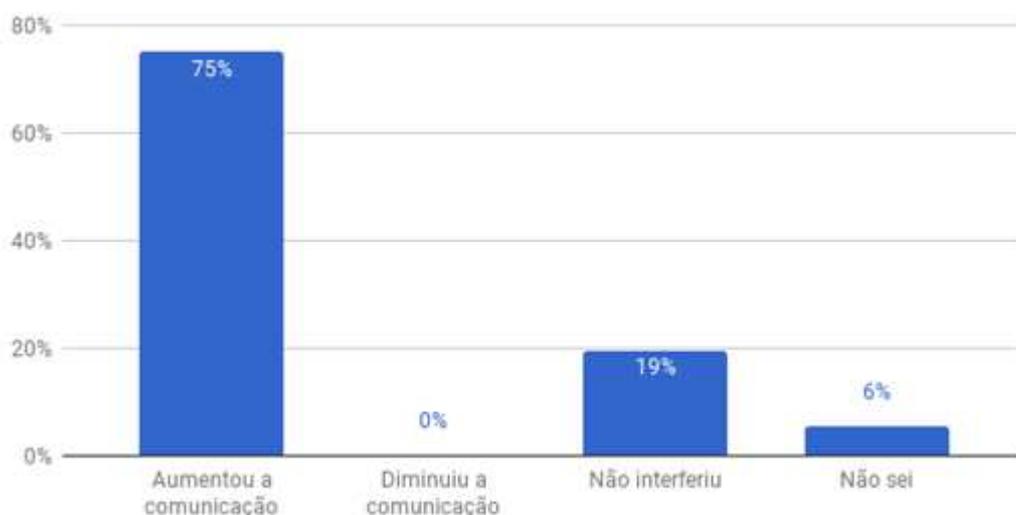
“As equipes são estimuladas pelo NASF a entrarem em contato com os outros serviços, através de e-mails, telefonemas e reuniões”.

“A comunicação com outros serviços se dá e fortalece, atualmente, a partir das demandas e condução de cada caso. Percebo que, hoje, equipe NASF tem instigado mais esta comunicação das ESF com demais serviços, o que anteriormente era mediado”.

Sendo assim, podemos afirmar que equipe NASF de Taubaté (SP) tenta cumprir seu papel como fortalecedor das RAS, na construção de uma rede resolutiva e articulada em saúde. Sampaio ⁵⁰ destaca uma experiência negativa no município de João Pessoa (PB), em uma pesquisa com cinco apoiadores matriciais do NASF, a qual foi analisada que quando somente o apoiador é responsável em acionar determinados equipamentos, fragiliza o poder da EqSF como articuladora e não se constrói redes e vínculos institucionais.

Em Taubaté (SP), conforme gráfico abaixo, 75% (27) dos profissionais das EqSF, consideram que o apoiador contribuiu para aumentar a comunicação com os outros serviços.

Figura 7: Comunicação com outros serviços após implantação do NASF, segundo os profissionais das EqSF investigados, Taubaté, 2017.



Destacaram alguns serviços descritos na tabela abaixo, de forma decrescente. Alguns profissionais ainda ressaltaram aumento de comunicação com a Rede Lucy Montoro e Pró-Visão, que são Centros de Reabilitação, localizados no município de São José dos Campos (SP). Fonoaudiologia Otorrinolaringologia Núcleo Especializado (FONEM), creches municipais, Universidade de Taubaté (UNITAU) e Conferências de Saúde.

Tabela 5: Serviços destacados pelos profissionais das EqSF investigadas, quanto ao aumento da comunicação após implantação do NASF, Taubaté, 2017.

Serviços	%
CREAS	56%
CRAS	50%
CAPS II	42%
Policlínica	42%
Conselho Tutelar	36%
Escolas	36%
CAPS i	33%
Central de Vagas	31%
CAPS AD III	28%
PSM	22%
Consultório na Rua	17%
Casas de Transição	14%
Albergues	8%

Centro Pop	8%
Centro Municipal de medicamentos	8%
Centro Especializado Odontológico	3%
Ambulatório Municipal de Infectologia	3%

Sendo assim, podemos afirmar que a equipe NASF de Taubaté (SP) vem tentando superar a lógica fragmentada da saúde, construindo uma rede de atenção e cuidado, junto as EqSF e os outros equipamentos/serviços. Conforme fala de um profissional da equipe NASF:

“A partir dessas demandas acionamos os serviços da rede ou atuamos no próprio território. Considero isto positivo no sentido de ampliação da clínica e possibilidade de intervir com sujeitos garantindo o princípio da integralidade no cuidado em saúde”.

As EqSF apoiadas também observam benefícios com o compartilhamento do cuidado junto à rede de serviços:

“Depois de conhecer o trabalho do NASF, meu trabalho ficou mais fácil porque casos de situação de risco (ex: alcoolistas e usuários de drogas) nós podemos ajudar e até mesmo direcionar aos órgãos competentes, sanar nossas dúvidas. Problemas que eu não sabia como resolver, agora consigo (ex: encaminhar ao CAPS, ao CRAS, a ESF, etc)”.

“Aumentou a interação com os outros serviços, de modo a favorecer o munícipe assistido no momento”.

“Conhecimento ampliado nos serviços oferecidos, até mesmo uma mudança na abordagem de alguns pacientes”.

“Agora temos como direcionar casos que antes ficaríamos na dúvida a quem recorrer, houve mais resolutividade em casos complexos.”

Porém um profissional do NASF refere obstáculos para o cuidado longitudinal dos casos, quando há o compartilhamento com outros serviços da rede:

“(..)falta de contra-referência, listas de espera para alguns atendimentos, dificuldade de comunicação com outros setores”.

O funcionamento dos serviços assistenciais de forma isolada compromete a atenção integral e continuidade do cuidado à saúde das pessoas¹⁶. A utilização correta do sistema de referência e contrarreferência poderia auxiliar neste processo. Porém, dois estudos realizados em Recife (PE), mostram similaridade com Taubaté

(SP), o primeiro com EqSF relatando a inexistência do processo de contrarreferência por parte dos outros profissionais, o único retorno que a equipe refere obter sobre as especialidades é a partir do próprio paciente, que, na maioria das vezes, não sabe informar com detalhes e precisão o que foi realizado e definido no atendimento especializado⁴⁵. No segundo, cerca de 80% dos profissionais das EqSF relatam não receber o retorno das informações escritas, ou seja, a contrarreferência, dos demais serviços que o usuário foi atendido⁴⁶.

Foi observado por um profissional da EqSF de Taubaté (SP), que há melhor resolutividade quando o NASF solicita o retorno dos serviços:

“(...) sabemos que temos retorno mais imediato, pois o NASF cobra a devolutiva dos outros serviços”.

Sendo assim, a pesquisadora conclui que mesmo diante do obstáculo referente à comunicação com os serviços da rede, a equipe NASF persiste no cuidado longitudinal dos casos, requerendo feedback dos casos referenciados. Mas há necessidade da atuação da gestão para melhor fluir o sistema de referência e contrarreferência no município.

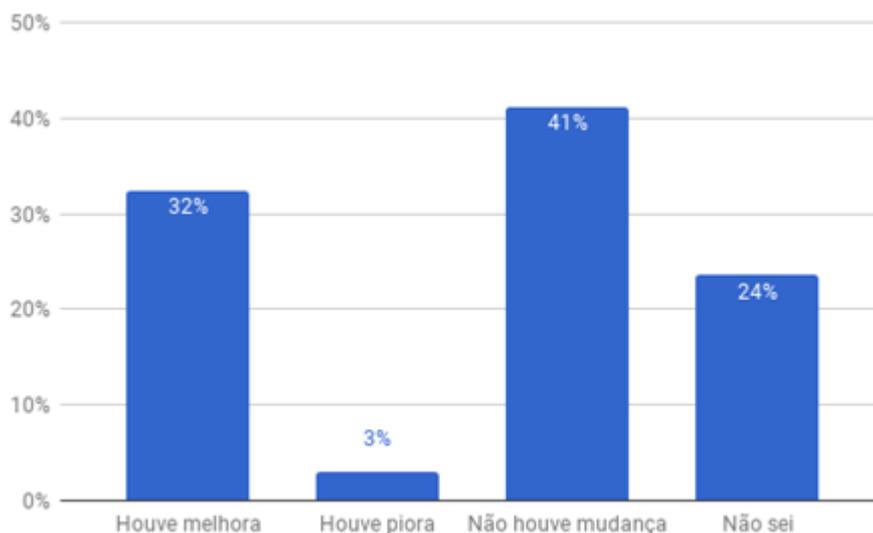
II) ENCAMINHAMENTOS

A equipe NASF, conforme fala abaixo de um apoiador, tentou padronizar os encaminhamentos, tornando-o mais detalhado e com melhor qualidade, objetivando melhorar a referência e a contrarreferência:

“Em 2014 foi realizada uma reunião com coordenação do ambulatório de especialidades, a qual questionou qualidade dos encaminhamentos da Atenção Básica. Em conjunto com ESF, fizemos um documento em que continha informações consideradas importantes para constar na referência e contrarreferência”

Porém, em relação à qualidade dos encaminhamentos após implantação do AM, 41% (14) dos profissionais das EqSF, responderam que “não houve mudanças”:

Figura 8: Qualidade dos encaminhamentos após implantação do NASF, segundo as EqSF, Taubaté, 2017.



Em relação às respostas “Houve melhora” referida por 32% (11), foi mencionado:

“Encaminhamento do paciente para o serviço adequado à sua demanda”.

“Os encaminhamentos feitos pelo NASF teve uma resolutiva mais eficiente para o paciente”.

“os encaminhamentos feitos com apoio da equipe NASF, costumam ser ricos em detalhes, com destino específico, e na maioria das vezes com resolutividade certa/garantida”.

Justificando pelo melhor conhecimento da rede de serviços ou por uma ação individualizada da equipe NASF. Não evidenciando uma melhora da qualidade dos encaminhamentos feitos pelos profissionais das EqSF.

Em relação ao número de encaminhamentos a outros serviços, a equipe NASF teve dúvida ao confirmar se os mesmos foram reduzidos ou aumentados, por falta de um instrumento que examine o número de encaminhamentos antes e após implantação do NASF.

“Creio que não há dados concretos para comprovarmos. Seria interessante fazer esta análise”.

“Esta informação deveria ser averiguada no sistema dos ambulatórios, verificando o número de encaminhamentos antes e depois da implantação do NASF”.

Em uma pesquisa, realizada nos municípios de Camaragibe, Olinda e Recife (PE), com participação de gestores e equipes NASF, foi apontado que com a inclusão do NASF houve a redução de encaminhamentos das EqSF para os

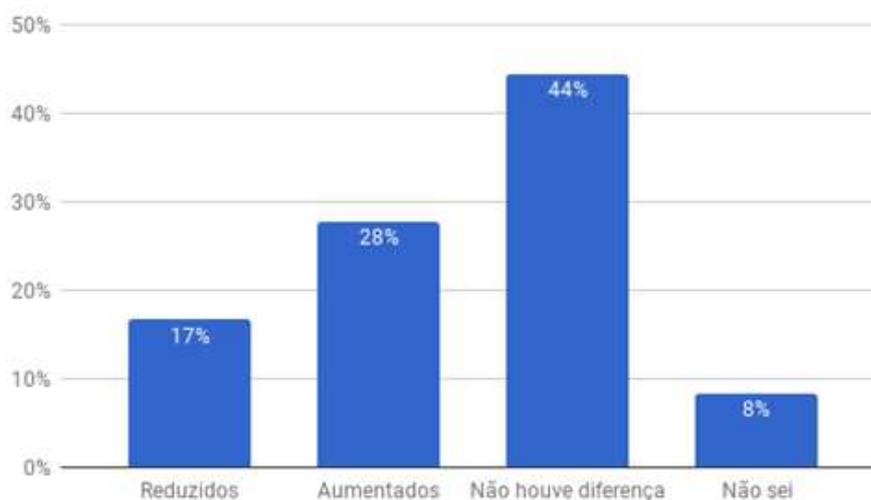
serviços especializados. Destacando principalmente diminuição do número de internatos na emergência psiquiátrica do Estado. Esta questão foi possível ser verificada, pois anualmente é feito um levantamento destes internatos⁴⁶.

Conforme observamos na seguinte narrativa, a equipe NASF de Taubaté (SP) entende que seu papel seria reduzir estes encaminhamentos:

“A ideia é que estes números de encaminhamentos diminuíssem, com aumento da abrangência do escopo da Atenção Básica.

As EqSF diversificaram em suas respostas quando questionadas quanto ao número de encaminhamentos a outros serviços após implantação do AM, a maioria, 44% (16) dos profissionais, disseram que “Não houve diferença”.

Figura 9: Relação do número de encaminhamentos a outros serviços após AM, segundo EqSF, Taubaté, 2017.



Dos profissionais das EqSF, 17% (6) responderam que estes encaminhamentos foram reduzidos, justificando esta redução devido não precisarem mais encaminhar para nutricionista, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional ou fisioterapia, pois estes profissionais são contemplados no NASF:

‘Porque não precisamos mais encaminhar nossos pacientes para fonoaudiologia, terapia ocupacional, nutricionista, etc’.

“Agora não encaminhamos para outros lugares, pois não precisam alguns casos, de fono por exemplo! Casos cabíveis são tratados na unidade, ou até no domicílio”.

“Devido aos atendimentos dos profissionais do NASF, não há necessidade (em alguns casos) de encaminhar a outros serviços”.

Dos profissionais que sinalizaram aumento destes encaminhamentos, 28% (10), alguns entenderam que estes foram destinados para o atendimento da equipe NASF:

“Com certeza foram aumentados, temos casos importante auxiliados por fono, nutricionista, fisio etc...No caso vem para ajudar muito, visita domiciliar e na unidade, evita que o paciente tenha que sair de casa”.

“Houve aumento devido à participação de outros profissionais como, fonoaudióloga, nutricionista, entre outros”.

Outros profissionais das EqSF referiram este aumento, devido maior conhecimento e comunicação com a rede de serviços do município:

“Maior conhecimento dos serviços existentes na rede pública (acessibilidade)”.

“Acho que o NASF fez uma ligação direta com outros serviços nos quais teríamos dificuldades em contatar, tanto pelo tempo e dificuldade de comunicação com outros serviços”.

Sendo assim, 45 % (16) dos profissionais das EqSF , somando 17% (6) dos profissionais das EqSF que referiram redução dos encaminhamentos e 28% (10) que inferiram aumento destes, a justificativa foi devido ao assistencialismo da equipe NASF ou melhor articulação com a rede de serviços do município.

Conforme alguns estudos, o trabalho do NASF tende a reduzir os encaminhamentos aos especialistas, aumentando a capacidade resolutive das EqSF, qualificando-as para uma atenção ampliada, permitindo acumular saberes para poder distinguir entre os casos que podem ser acompanhados pela EqSF, daquelas que necessitam de atenção especializada ou de outras instâncias^{15,18,51,52}. Somando a isto, esta redução também poderia ocorrer devido aos atendimentos individuais da equipe NASF. Mas não poderíamos justificar esta redução, tendo como causa principal, os atendimentos individuais do NASF. Ressaltamos que esta supervalorização das atividades assistências da equipe NASF, também foi evidenciada na categoria Instrumentos do AM.

Em um trabalho de revisão de literatura, realizada por Pasquin⁷ revela que a maior parte dos artigos examinados inferiram uma grande cobertura

assistencial das equipes NASFs na forma de atendimento individual. Eles reconhecem esse fato como uma distorção da política, que privilegia uma ação assistencialista e pouco resolutiveira⁷.

Contrapondo a isto, Tesser⁵³, critica a subvalorização da assistência especialistas pelos NASFs, defendendo o cuidado especializado aos usuários referenciados, tornando os NASFs um excelente protótipo de serviço especializado no SUS. Desaprova o desvio dos matriciadores dos NASFs de ações específicas de seu núcleo de competência profissional para atividades em que eles têm, provavelmente, menor competência que os generalistas. Argumenta que o suporte técnico-pedagógico do matriciamento será, certamente, mais efetivo se o matriciador estiver disponível para intervir quando necessário, assumindo a prestação do cuidado especializado⁵³.

Campos e Domitti¹⁸ argumentam que o NASF tende a diminuir a fragmentação imposta ao processo de trabalho decorrente da especialização crescente em quase todas as áreas de conhecimento, criando espaços de integração interdisciplinar. No campo da saúde, vivemos uma crescente divisão de trabalho, que dificulta a integração do processo de atenção e cuidado às pessoas, já que as distintas especialidades médicas e profissões de saúde definiram objetos de intervenção e campos de conhecimento sem grandes compromissos com a abordagem integral. Esse tipo de estrutura contribui para diluir a responsabilidade sanitária sob os casos acompanhados.

Conforme as normativas oficiais o AM tem o papel de oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às EqSF. Tendo a função assistencial especializada direto aos usuários, porém atuando de forma dialógica com as EqSF, havendo negociação entre as equipes de referência e matricial. Com o apoiador procurando construir de maneira compartilhada com os outros interlocutores projetos de intervenção, valendo-se tanto de ofertas originárias de seu núcleo de conhecimento, de sua experiência e visão de mundo, quanto incorporando demandas trazidas pelo outro também em função de seu conhecimento, desejo, interesses e visão de mundo. Acordando linhas de intervenção e distribuição de tarefas entre os vários sujeitos envolvidos no processo. Objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração

dialógica entre distintas especialidades e profissões. Considerando que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral^{8,9,10,18}.

A autora acredita que o NASF deve cumprir sua função assistencial, auxiliando as EqSF no atendimento dos casos, reduzindo os encaminhamentos do seu núcleo de saber e melhorando o vínculo entre as EqSF e NASF. Porém as funções técnico pedagógicas também devem ser valorizadas. Afinal, para que se melhore a qualidade dos encaminhamentos e a redução destes, se faz necessário ampliação do conhecimento dos profissionais das EqSF, para melhor resolução dos casos dentro do território. Conforme, mencionamos anteriormente na categorização Instrumentos do AM, é importante incentivar no município de Taubaté (SP), maior formação para as EqSF, incentivando as atividades de EP.

III) ATUAÇÃO CLÍNICA

Todos os profissionais do NASF apontam mudança em sua Clínica após inserção no AM e referem como sendo ampliação de sua Clínica quando desviam o foco da intervenção da doença ou dos procedimentos, para recolocá-lo no sujeito, portador de doenças, mas também de outras demandas e necessidades:

“Ampliar a clínica é ter um olhar geral sobre o sujeito, pois inúmeros fatores impactam em sua vida e, conseqüentemente, impactarão na terapêutica proposta”.

“Entendo ser ampliação da clínica a possibilidade de cuidar dos sujeitos para além da apresentação clínica, pois os fatores sociais e emocionais estão diretamente relacionados ao processo saúde-doença. Além disso a escuta é um recurso fundamental a fim de entender a demanda do sujeito, bem como suas prioridades. A partir desse recurso é possível criar e fortalecer vínculo, tão importante neste processo de cuidado e agenciamento do sujeito para que seja protagonista no processo em questão”.

Esta ideia corrobora com o método Paideia desenvolvido por Campos⁵⁴, que busca ampliar o objeto da Clínica e da saúde coletiva, tomando as doenças e os problemas de saúde em sua expressão individual e coletiva, mas encarnados em pessoas concretas. O método Paidéia não descarta a importância da doença, mas incorpora também a noção de problemas de saúde (situações que aumentam o risco e a vulnerabilidade das pessoas), além de ressaltar que não existe doença, risco ou vulnerabilidade separada de pessoas concretas. Neste sentido, toma como objeto também a capacidade de intervenção das organizações e dos sujeitos sobre esses

problemas. Além disso, o método incorpora também como objetivo para a clínica e para a saúde coletiva, a busca permanente em ampliar o grau de autonomia dos sujeitos usuários dos serviços ofertados. Acreditando que ampliação da autonomia de uma pessoa depende sempre da ampliação de sua capacidade de compreender e de agir sobre o mundo e sobre si mesma^{54,55}.

Os apoiadores do NASF exemplificam como fazem no cotidiano do trabalho para ampliação da Clínica, destacam o sujeito como objeto da Clínica e não a doença; a aquisição de conhecimento, a partir do olhar de diferentes núcleos de saber e destaca importância da escuta para criação de autonomia do sujeito e corresponsabilização pelo cuidado.

“Mudei minha maneira de enxergar os pacientes atendidos, vendo além da qualidade nutricional da alimentação do mesmo, vendo os aspectos familiares, emocionais, ambientais, psicológicos e afetivos deles”.

“A partir das discussões de caso, aprendendo com outras categorias profissionais sobre seus núcleos; durante processo de cuidado, ao ouvir o sujeito e considerar seu discurso e contexto no planejamento e execuções das ações, ao permitir-se experimentar novas estratégias.

Em relação à opinião das EqSF sobre sua “mudança na forma de trabalhar” após implantação da equipe NASF, 44% (15) referem impacto positivo, porém 56% (19) referem pouco impacto na “forma de trabalhar”. Dos que inferem mudança na sua prática a descrevem da seguinte forma:

“Aumentou a interação com os outros serviços(...)”

“Conhecimento ampliado nos serviços oferecidos(...)”

“(...) com a criação dos grupos de atendimento foi possível pensar em alternativas para cada caso”.

“Melhor acompanhamento dos pacientes”.

“Mudou a forma de pensar principalmente com pacientes em que temos dificuldade de comunicação devido à comorbidades; onde o NASF faz uma ponte de auxílio para melhor prognóstico do paciente”.

“Além do apoio propriamente dito, observo melhora do conhecimento de profissionais em geral e uma maior segurança com apoio e respaldo no trabalho”.

Observo relatos de munícipes e avalio se seria um caso de levarmos para discutir com a equipe nossa ou com o NASF”.

Assim, foi apontado a mudança na “forma de trabalhar”, após implantação do NASF, com melhor acompanhamento dos casos, devido ao maior conhecimento

e comunicação com a rede de serviços no município; criação de grupos como estratégia de cuidado e suporte positivo da equipe NASF.

Também foi observado, em alguns relatos, outra percepção do que seria a mudança na “forma de trabalhar” segundo alguns profissionais das EqSF. A pesquisadora observa nestes uma dependência de encaminhar os casos para NASF e não uma mudança na “forma de trabalhar” do profissional da EqSF, passando a impressão de não ser um trabalho compartilhado, mas sim um trabalho individualizado sem corresponsabilização:

“Casos mais complicados são imediatamente avaliados para serem matriciados para o NASF”.

“Quando identifico alguma demanda que compete ao NASF penso em matriciar o caso”.

“Maior tranquilidade quando observo que a demanda do paciente necessita do auxílio do NASF”.

Corroborando com a pesquisa de Matuda et al.¹⁶, realizada na cidade de São Paulo (SP), com profissionais das EqSF e NASF, para alguns profissionais da EqSF, a discussão de caso era melhor utilizada como um recurso para encaminhamentos, no sentido de responder de forma rápida as demandas que chegavam à EqSF.

Esta utilização do NASF de forma equivocada dificulta a integralidade e compartilhamento do cuidado, o que seria uma distorção da política. Alguns artigos revelam que esta situação pode ocorrer devido a problemas estruturais, como a escassez de serviços especializados. Assim, mesmo que a equipe NASF não tenha como função assumir o papel de outros níveis de atenção e tampouco cobrir “buracos” no sistema, a maior parte dos artigos infere uma grande cobertura assistencial na forma de atendimento individual^{2,4,7,15}.

Concluimos anteriormente na categorização B) Instrumentos do AM e na subcategoria CII) Encaminhamentos, que as questões mais valorizadas para as EqSF apoiadas pelo NASF de Taubaté (SP), estão ligadas às atividades assistências da equipe NASF. Associado a isto as atividades de formação para as equipes EqSF, aparecem como uma atividade pedagógica pouco frequente.

Este detrimento das atividades técnico-pedagógicas contribui para a redução da capacidade de cuidado das EqSF, que progressivamente aumenta a dependência do AM do NASF^{10,41,53}.

Campos et al.⁵⁵ argumenta importância do AM ampliar autonomia das EqSF, dependendo menos do apoiador. O que seria outra diretriz Paideia, assim o apoio funcionaria a partir do momento em que as EqSF conseguissem criar sua referências e lidar com as mesmas de forma crítica.

Mesmo com diferentes percepções dos profissionais das EqSF de Taubaté(SP), a pesquisadora considera que o NASF se caracterizou como um dispositivo de mudança na AB, com êxito na mudança da Clínica de alguns profissionais das EqSF após o AM do NASF, conforme relatos de alguns profissionais das EqSF em relação as novas estratégias incorporadas em sua pratica:

“Com o NASF, foi ampliado à rede de cuidados, sendo possível atender o paciente de forma mais holística”.

“Cuidados com acamados; cuidado com idosos; postura (de acordo com as orientações da Fisioterapeuta); alimentação (de acordo com as orientações da Nutricionista)”.

“Vigilância e cuidados maiores com pacientes com riscos de saúde piorados; prevenção de acidentes”.

“(…) debate conjunto de cada caso, foi uma estratégia proveitosa incorporada à prática da ESF”.

“Oferecer interdisciplinaridade para o paciente, quando necessário. Outro “ponto de vista” para tentar resolver/minimizar os problemas dos pacientes”.

“Tendo um trabalho conjunto com o NASF temos mais profissionais nos cuidados com os matriciados”.

“Sou mais cautelosa, mais observadora me ajuda no comprometimento com a paciente”.

“Usando todos os instrumentos por exemplo: PTS, genograma, grupos, processo de trabalho(planejamento), etc”.

“Mais conhecimento para orientar as pessoas”.

Observamos diferentes formas de atuação Clínica das EqSF apoiadas pelo NASF de Taubaté (SP), com profissionais referindo pouco impacto na “forma de trabalhar” após implantação do NASF, outros inferindo impacto positivo. Com uma parcela destes realizando uma Clínica ampliada e compartilhada com o NASF, já outra parcela realizando um trabalho fragmentado, com maior dependência do assistencialismo da equipe NASF. Porém, a pesquisadora acredita que apesar desta falta de autonomia e falta de compartilhamento do cuidado, decorrentes da supervalorização do assistencialismo da equipe NASF, estas EqSF veem o NASF como um dispositivo para resolução de alguns casos, pois consideram o

matriciamento ou o atendimento de um profissional da equipe NASF como saída para casos complexos.

Alguns estudos também citam diferentes cenários para o AM do NASF, em alguns casos o AM desenvolvido pelos profissionais não tem seguido necessariamente as definições propostas pelo MS e está caindo em uma armadilha em que se muda a nomenclatura, mas não o modelo assistencial, sendo implantado parcialmente, valorizando-se apenas as discussões de casos para realizar encaminhamentos⁵².

Isso se justifica pelo NASF ser um programa recém-criado e ter o objetivo de enfrentar antigos obstáculos da Saúde Pública, na tentativa de transformação do modelo assistencial e mudanças nas relações interprofissionais⁷. Associado a isto, Tesser⁵³ destaca que existem ambiguidades normativas, que não deixam clara a atuação dos profissionais da equipe NASF dentro da AB.

Em um estudo realizado em Campinas (SP), também se observou esta ambiguidade em relação à atuação do NASF, ora se confundia com a equipe de saúde da família e se pensava como sendo uma equipe ampliada, em outros momentos, a equipe NASF se distanciava e assumia um papel típico dos especialistas, privilegiando núcleos de saberes específicos, às vezes, perdendo de vista a importância de se evitar a hierarquização, o especialismo e a fragmentação do cuidado².

Desta forma, para que o NASF contribua na necessária transformação das práticas da atenção básica em saúde, se faz necessário à superação de alguns impasses, vários interligados diretamente com a implementação de suas diretrizes e outros com a superação de problemas estruturais do SUS.

D) REFLEXÕES SOBRE O TRABALHO INTERPROFISSIONAL E A METODOLOGIA DO AM

Segundo os profissionais das EqSF, 70,6% (25) não referem dificuldade em trabalhar junto ao NASF. Porém, 29,4% (11) inferiram dificuldades. Conforme falas abaixo, foi destacado por alguns profissionais das EqSF, como facilitador do trabalho conjunto com a equipe NASF, a acessibilidade a equipe, o diálogo, o conhecimento compartilhado e o trabalho multiprofissional, relacionando estes fatores com maior resolutividade nos casos e o vínculo entre as EqSF e NASF:

“Não tenho dificuldades, pois são acessíveis, atenciosas, interessadas, sendo assim não tenho dificuldades e vejo como facilitador”.

“(...) interesse em solucionar os problemas que se apresentam; conhecimento teórico/prático profissional muito pertinente nos casos”.

“Nossa comunicação é fácil mesmo quando não há concordância em algo (...)”.

“Pelo contrário, me sinto muito à vontade e com segurança e aprendo cada vez mais com cada profissional que relaciono”.

“A equipe NASF satisfaz as necessidades da maioria dos problemas enfrentados na Unidade, há parceria em conjunto com todos os profissionais da área para melhor desempenho da Unidade”.

“Gosto de trabalhar junto ao NASF, pois notei que podem ajudar muito aos pacientes naquilo que não está dentro das possibilidades da ESF. As visitas domiciliares, os grupos feitos com uma equipe multidisciplinar levam aos pacientes à prática de cuidados básicos que ele pode ter com sua saúde”.

Esta questão se mostra análoga a outros estudos, que evidenciam a implantação do AM trazendo um impacto importante na resolutividade das equipes e ampliando o acesso dos usuários aos serviços^{2,52}.

Castro e Campos⁴ em um estudo de revisão de literatura, apontaram como aspectos positivos na utilização do AM a construção coletiva de saberes e melhor comunicação entre trabalhadores, uma maior difusão do tema da saúde mental através de encontros e trocas cotidianas; aumento da corresponsabilização através do compartilhamento do cuidado, fortalecimento do vínculo entre os profissionais. Em São Paulo, O NASF foi identificado pelos participantes como um dispositivo fundamental para potencializar a integralidade do cuidado e a resolutividade da atenção primária⁴⁵.

Segundo Barros et al.⁵⁶, uma das potencialidades do AM é promover a integração profissional, entretanto, para que isso ocorra é necessário que a hierarquia e as relações entre os profissionais sejam menos burocratizadas e mais horizontalizadas. Para a construção de uma postura profissional mais permeável a novos processos de trabalho é necessário que as práticas cotidianas estejam organizadas de modo que as relações de cooperação e confiança sejam favorecidas e subsidiem, inclusive, a compreensão e apropriação da proposta. Neste contexto, é fundamental que, no exercício cotidiano do trabalho, haja investimento significativo

nos processos comunicacionais intra e intequipes, para que os trabalhadores possam construir espaços de confiança e respeito.

A fim de observarmos elementos que possam colaborar para a estruturação do AM da equipe NASF, destacamos as dificuldades referidas por alguns profissionais das EqSF apoiadas no trabalho conjunto com o NASF. A frase “insistir em atender pacientes que não aderem ao tratamento” foi enfatizada por vários profissionais:

“A insistência a atender paciente que não adere ao tratamento e não quer seguir orientações passadas. Penso que o paciente não quer o atendimento, esse deve ser oferecidos a outros que querem”.

Pacientes não colaborativos à assistência prestada são criticados nos serviços de saúde, geralmente são estigmatizados. Observamos semelhança no estudo de Lima⁵⁷, realizado com estudantes de graduação em Enfermagem da UNIFESP, que no decorrer dos estágios, as estudantes representam alguns clientes como chatos, quando não aderiam à proposta terapêutica, criando rótulos como "poliqueixosos" no prontuário.

Muitos profissionais de saúde têm em mente formas idealizadas de saúde e bem estar, o que na prática pode levar a orientações técnicas com intervenções de caráter normativo e moral. Como na cidade de São Paulo, onde profissionais do NASF, percebiam a presença de uma inclinação moral na abordagem dos casos e discussão de estratégias⁵⁸. Este modelo de Clínica tende a utilizar o poder com o usuário, que muitas vezes produz relações de dominação e opressão^{57,58}.

Fonseca et al.⁵⁹ localiza a dificuldade dos profissionais em lidar com este tipo de usuário, pois geralmente é prestado um atendimento que privilegia a abordagem das queixas somáticas imediatas, casos complexos são direcionamento para saúde mental e medicalização. Colocando em segundo plano o acolhimento, a escuta e o fomento a autonomia dos usuários^{57,59}.

De acordo com essas representações, é explícito a necessidade de superar uma mentalidade, ainda profundamente arraigada na cultura do profissional da saúde, segundo a qual o nosso corpo é tido como uma máquina complicada, que deve ser mantida eficiente ou deve ser consertada.

Neste contexto, o papel do NASF seria produzir uma clínica como espaço para experimentações, provocações, aberturas, movimentos instituintes, uma clínica

de afirmação da vida. Porém não basta lançar novas diretrizes para a saúde como o conceito de clínica ampliada, pois este pode apenas encobrir velhas práticas e procedimento interpretativos. A reforma da assistência pressupõe a reforma do pensamento de seus atores: profissionais e comunidade e, sobretudo, um sim às incertezas e inventividade do cotidiano⁵⁸.

A fim de desmistificavam estes pré-conceitos e concepções de saúde cristalizadas, uma profissional NASF de São Paulo, com formação em psicologia, observou alta demanda encaminhada a saúde mental produzidas em virtude de um desconforto ou desconcerto provocado nas equipes de saúde e/ou na escola. Ao qualificar a família como “problemática”, responsável pelo adoecimento de um de seus membros por “comprometimento emocional” ou falta de “limites” na educação dos filhos. Para mudar este paradigma, a profissional começou a questionar a demanda trazida pelas equipes, no sentido de conhecer os mecanismos de sua produção. Tais momentos se revelaram fundamentais na atuação do NASF com a equipe, e vice-versa, pois, permitindo a revisão de posturas, intervenções e perspectivas de cuidado⁵⁸.

Desta forma, como forma de intervenção, a equipe NASF de Taubaté (SP) deve criar espaços de reflexão do cotidiano com as EqSF apoiadas, contribuindo para a criação de um espaço de resistência as formas de disciplinarização que se inserem nos processos de trabalho.

Todos os profissionais do NASF referem dificuldades em trabalhar como apoiador, alegando falta de participação de algumas EqSF, insuficiência em sua formação para ocupação do cargo e déficit na estrutura física das ESF associado à falta de materiais para execução das atividades:

“Há ESF em que é mais fácil, pois as equipes são mais participativas em suas funções”.

“O trabalho do apoiador matricial exige um olhar além da ciência, o qual não me foi passado em conteúdo acadêmico(..)”

“(..) algumas ESF tem infra-estrutura insuficiente e os materiais solicitados não foram adquiridos (...)

Mostra-se frequente em alguns estudos a falta de participação das EqSF com a proposta de trabalho do AM. Em Goiânia, um dos principais desafios para os profissionais do NASF foi a resistência das EqSF em relação ao novo molde de trabalho proposto. Em Olinda (PE), as resistências dos profissionais da ESF

ocorreram porque eles se sentiam 'vigilados' pelos trabalhadores do NASF⁶⁰. Em Piraí (RJ) também foram encontradas dificuldades no entendimento da proposta de trabalho⁶¹.

Anteriormente, na categorização a) Caracterização dos sujeitos da pesquisa, já citei a importância no município de Taubaté (SP) gerar espaços para formação da equipe NASF. Esta deficiência na formação também foi comentada em uma pesquisa com apoiadores matriciais em Campinas (SP), que ressaltaram insatisfação com a ausência de formação sistemática para o apoio, e consideraram que a formação poderia ajudá-los a aprimorar o trabalho interdisciplinar e o cuidado ofertado¹¹. Quanto à falta de estrutura física e materiais, outros estudos demonstram similaridades. Em Goiânia a falta de materiais foram apontadas pelos profissionais do NASF e pelos gestores, como uma das principais dificuldades na organização do trabalho do NASF⁶².

Ainda que não mencionado pelos profissionais NASF, a pesquisada aponta como dificuldade a equipe NASF de Taubaté (SP) ter uma composição reduzida e apoiar uma quantidade maior de equipes, visto que são apenas 4 profissionais, com carga horária de 30 horas cada (totalizando 120 horas semanais), para apoiarem 10 EqSF. Esta estratégia de organização com equipes menores para maior área de atuação diferencia-se da recomendação do MS para os NASFs¹⁰. Atualmente, Taubaté (SP) é classificada como NASF 1, normativamente teria que ter de 5 a 9 EqSF apoiadas e a somatória das cargas horárias dos profissionais que compõem a equipe NASF teria que ser no mínimo 200 horas semanais³³.

A relação entre quantidade de EqSF por equipes de NASF foi alvo de críticas desde a criação da política, em 2008, onde se previa uma equipe para apoiar, no mínimo, 8 e, no máximo, 20 equipes de ESF⁸. Provavelmente fruto desse questionamento, em 2011, essa relação foi reduzida para o apoio de 5 a 9 equipes de ESF³³.

Outros estudos demonstram analogias a este cenário, como em Campinas(SP), que 145 profissionais do AM (62%) relataram que atuam em equipes de composição reduzida (sozinho, 2 ou 3 profissionais) e 30 profissionais (13%) afirmaram apoiar toda a rede de um Distrito de Saúde (sendo que cada distrito tem no mínimo 10 e no máximo 30 unidades de atenção primária)¹². Em Goiânia (GO), a equipe NASF também foi caracterizada por equipes incompletas com elevado número de equipes de ESF por equipe⁶². Em Santa Catarina, os profissionais do

NASF e da EqSF relataram dificuldades no trabalho diante do amplo território adscrito²¹. Na contramão desse processo, em Belo Horizonte/MG, a diminuição da relação entre equipes de ESF e o apoio de equipes NASF converteu-se em qualificação do trabalho⁶³.

É importante destacar que, para se refletir sobre os limites e potencialidades do trabalho desenvolvido pelo NASF, muitos fatores devem ser avaliados: as distintas realidades dos municípios e regiões brasileiras; o número de EqSF de referência para cada equipe NASF; as características de cada uma destas equipes; o número e as categorias profissionais que as compõe e a rede de atenção secundária e terciária⁵⁶.

Entretanto, estes dados merecem atenção, pois um número reduzido de profissionais NASF apoiando uma quantidade excessiva de equipes pode prejudicar os princípios da interdisciplinaridade, o vínculo, a integralidade do cuidado, a resolutividade, a acessibilidade e a longitudinalidade que dão sustentabilidade às práticas de Apoio Matricial^{3,56,62}.

Em relação à opinião da equipe NASF quanto aos resultados do seu trabalho, todos avaliam resultados positivos, salientando a discussão de caso como potência para ampliação do saber das EqSF:

Houve aumento na discussão de casos relativos à minha área de atuação. Acho que as equipes estão mais preparadas para identificar e lidar melhor com a demanda”.

O apoiador matricial é um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, que pode agregar recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso¹⁸.

Barros et al.⁵⁶, em seu estudo na cidade de São Paulo, também evidenciou que, segundo a concepção das equipes NASF o AM fortaleceu as trocas interdisciplinares e a abordagem dos problemas sob novas perspectivas permitindo a construção de novas lógicas de trabalho entre profissionais e, sobretudo, entre equipes. Soma-se a isso o fato das equipes NASF e EqSF, após algum tempo de trabalho juntas, terem a possibilidade de acumular saberes que, futuramente, poderiam ser utilizados de forma autônoma no manejo de outros casos.

Esta autonomia das EqSF também foi destacada por um profissional NASF como sendo resultado positivo do seu trabalho:

“(..) quando equipe apresenta caso com PTS iniciado, bem como genograma; quando profissional internaliza algo (técnica, abordagem, lógica) apresentada pelo NASF e que repercute nas práticas cotidianas(...) Quando as equipes se apropriam do trabalho corresponsabilizado e se retrata aos profissionais como apoio para manejo das demandas”.

A utilização do AM, por meio de suas ferramentas, potencializa a superação do modelo hierarquizado e biomédico visto que produz uma relação mais democrática e personalizada entre os profissionais⁴. Quanto maior a diversidade de ofertas dos Apoiadores, mais resolutivas tendem a ser as ações junto à AB, ajudando a diminuir as resistências das EqSF em relação a este tipo de metodologia¹⁸.

Porém a proposta de trabalho fundada na corresponsabilização do cuidado e no planejamento coletivo de projetos terapêuticos contrasta com a realidade da maioria das EqSF. Esse distanciamento vem provocando resistências para o desenvolvimento do trabalho conjunto entre profissionais do Nasf e EqSF, conforme apontam Menezes⁶⁰, Andrade²¹, Azevedo⁶³, Mafra⁶¹ e Santos⁴³.

5. CONCLUSÃO

Considerando os objetivos deste trabalho e os resultados encontrados na análise, evidenciou-se que a produção do cuidado pelo NASF é um objeto bastante complexo. Assumindo diferentes cenários no município de Taubaté (SP), com opinião diversificada dos profissionais das EqSF apoiadas acerca do processo do AM e suas repercussões no processo de trabalho.

Apesar do NASF ser um programa criado para fomentar uma série de transformações na AB, enfrentando antigos obstáculos da Saúde Pública, ainda se mostra frágil para superar alguns impasses, uns interligados diretamente com a implementação de suas diretrizes e outros com a superação de problemas estruturais do SUS.

Foram pontuados diversos aspectos considerados como favoráveis com a implantação da equipe NASF, dentre estes podemos destacar: aumento do conhecimento e comunicação com a rede de serviços do município, ampliando o acesso dos usuários; conhecimento e uso das ferramentas do AM; ampliação da

Clínica do apoiador e de alguns profissionais das EqSF; vínculo entre EqSF e NASF; impacto positivo na resolutividade das EqSF e aumento da discussão de casos.

Como impasses podemos destacar: carência de formação para equipe NASF e EqSF; supervalorização das atividades assistenciais em detrimento das técnico-pedagógicas da equipe NASF; pouco protagonismo dos profissionais das EqSF na realização das atividades grupais; falta de contrarreferência de alguns serviços; necessidade de um instrumento que possa medir número de encaminhamentos antes e depois da implantação do NASF; infra estrutura das EqSF insuficiente (falta de salas e materiais para equipe NASF) e composição reduzida da equipe NASF apoiando maior quantidade de EqSF.

A autora acredita que seria importante a realização de mais estudos como este incluindo outras vozes, como de gestores e usuários, para se considerar diferentes olhares e perspectivas sobre o tema.

Os resultados deste estudo permitiu identificar que para superação destes impasses e melhora da saúde do município de Taubaté (SP) se faz necessárias novas pactuações entre equipe NASF, EqSF e gestão municipal. Pensando nisso, posteriormente este material será compartilhado, a fim de montarmos em conjunto novas estratégias para o cuidado em saúde no município.

6. REFERÊNCIAS:

- 1 - Domitti ACP. Um possível diálogo com a teoria a partir das práticas de Apoio Especializado Matricial na Atenção Básica de Saúde [Tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2006.
- 2 - Castro CP. Análise da Estratégia de Apoio Matricial no SUS. Campinas. [Tese] Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2015.
- 3 - Castro CP, Oliveira MM, Campos GWS. Apoio Matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2016 [acesso em 24 de outubro de 2017]; 21 (5): 1625-1636. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501625&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.19302015>.
- 4- Castro CP, Campos GWS. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. Physis [Internet]. 2016 [acesso em 25 de outubro de 2017] ; 26(2): 455-481. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000200455&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000200007>.
- 5 - BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília, 2011.
- 6 - Campos GWS, Figueiredo MD, Pereira JN, Castro CP de. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. Interface (Botucatu) [Internet]. 2014 [acesso em 28 de dezembro de 2017]; 18(Suppl 1): 983-995. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000500983&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>.

7 - Pasquim HM, Arruda MSB. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Revisão narrativa sobre o apoio matricial na atenção básica. *Corpus et Scientia*.2013; 9(2):34-44

8 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008. Dispõe sobre a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Diário Oficial da União* 2008.

9 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

10 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família - – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Departamento de Atenção Básica Brasília, DF: MS, 2014.

11 - Oliveira MM, Campos GWS. Formação para o Apoio Matricial: percepção dos profissionais sobre processos de formação. *Physis* [Internet]. 2017 [acesso em 25 de outubro de 2017] ; 27(2): 187-206. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000200187&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000200002>

12 - Castro CP, Oliveira MM, Campos GWS. Apoio Matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2016 [acesso em 3 de dezembro de 2017]; 21(5): 1625-1636. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.19302015>.

13 - Brasil. Departamento de Atenção Básica. Sala de Apoio á Gestão estratégica [acesso em 25 out 2017] Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/#>

14 - Ballarin MLGS, Blanes LS, Ferigato SH. Apoio matricial: um estudo sobre a perspectiva de profissionais da saúde mental. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2012 [acesso em 28 de dezembro de 2017];16(42): 767-778. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000300014&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012000300014>.

15 - Cunha GT, Campos GWS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saude soc.* [Internet]. 2011 [acesso em 28 de dezembro de 2017]; 20(4): 961-970.

Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902011000400013&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013>.

16 - Matuda CG, PNRS, Martins CL, Frazão P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2015 [cesso em 15 de novembro de 2017]; 20(8): 2511-2521. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000802511&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015208.11652014>.

17 - Cunha GT.; Campos GWS. Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. ORG & DEMO. 2010; 11(1):31-46.

18 - Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2007 [acesso em 28 de dezembro de 2017] ; 23(2): 399-407. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>.

19 - Oliveira MM. Apoio Matricial na Atenção Básica de Campinas: formação e prática. Campinas. [Dissertação] Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2014.

20 - Oliveira GN. Devir apoiador: uma cartografia da função apoio [Tese] Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2011.

21- Andrade LMB, Quandt FL, Campos DA, Delzivo CR, Coelho EBS, Pires ROMT. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. Saúde & Transformação Social. 2012, 3 (1):18-31

22 - Castro CP, Campos GWS. Apoio Institucional Paideia como estratégia para educação permanente em saúde. Trabalho, Educação e Saúde [Internet] 2014 [acesso em 28 de dezembro de 2017]; 12(1), 29-50. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462

014000100003&lng=en&nrm=iso>. access on 31 Dec. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462014000100003>.

23 - Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14^o ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

24 - Creswell, J. W. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Artmed, 20.

25 - Minayo MCS. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.

26 - Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

27 - Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2016.

28 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Censo demográfico: resultados preliminares [acesso em 23 outubro 2017]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

29- LOPES SEL. O ambulatório de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um estudo do município de Taubaté-SP. Campinas. [Dissertação] Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2003.

30 - Alves SG. Engendrando o cuidado aos usuários de drogas de Taubaté-SP: O território como condicionante. Campinas. [Dissertação] Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2017.

31 - Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.

32 - Prefeitura de Taubaté. Guia Municipal de saúde 2016. Taubaté: Secretaria de saúde, 2016.

33 - Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos NASF modalidades 1 e 2 às ESF e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília-DF, 2012.

34 - Cecilio LCO. O "trabalhador moral" na saúde: reflexões sobre um conceito. Interface Comun Saúde Educ. 2007;11(22):345-51.

35 - Romagnol RC. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. Psicol Soc.2012; 24(3): 44-52.

36 - Monceau G. A socioclínica institucional para pesquisas em educação e em saúde. In: L'Abbate S, Mourão LC, Pezzato LM, organizadores. Análise institucional & saúde coletiva. São Paulo: Editora Hucitec; 2013.

37 - Lourau R. René Lourau na UERJ: análise institucional e práticas de pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Uerj; 1993.

38 - Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

39 - Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. Tratado de Saúde Coletiva. 2o ed São Paulo: Hucitec; 2012. p. 137–70.

40 - Oliveira GSM. Estratégias de coordenação do cuidado - uma análise do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e seu papel coordenador no município do Rio de Janeiro. [Dissertação] Rio de Janeiro : Escola Nacional de saúde Pública Sérgio Arouca/ENSP, 2013.

41 - Bispo JJP, Moreira DC. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2017 [acesso em 25 de novembro de 2017] ; 33(9): e00108116. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000905010&lng=pt. Epub 28-Set-2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00108116>.

42 - Tesser CD, Garcia AV, Vendruscolo C, Argenta CE. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2011 [acesso em 02 de dezembro de 2017]; 16(11): 4295-4306. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200002>.

43 - Santos AF, Machado ATGM, Reis CMR, Abreu DMX, Araújo LHL, Rodrigues SC, et al. Apoio institucional e matricial e sua relação com o cuidado na atenção básica à saúde. Rev Saúde Pública 2015; 49:54.

44 - Gerschman S, Schott M. Os percalços da política de educação permanente em saúde no Estado do Rio de Janeiro: dilemas institucionais no âmbito estadual. In: Pierantoni CR, Vianna ALD, organizadores. Educação e saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 2010. p. 204-23.

45 - Silva JFP, Teixeira CF, Lima MLLT, Nascimento CMB, Sousa FOS, Griz SMS. Health care networks: the role of the family health team in child hearing loss. Rev. CEFAC [Internet]. 2017 [cited 2017 Dec 04] ; 19(4): 484-492. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462017000400484&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620171944517>.

46 - Nascimento CNB. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Uma análise da atenção à saúde em municípios da região metropolitana de Recife.[Tese] Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, 2014.

47 - Furlan, PG. Os grupos na atenção básica à saúde: uma hermenêutica da prática clínica e da formação profissional [Tese] Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2012.

48 - Brasil. Ministério da Saúde. 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 República Federativa do Brasil. Brasília, 31 de dezembro de 2010.

49 - Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2010 [acesso em 01 de novembro de 2017] ; 15(5): 2297-2305. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.

50 - Sampaio J, Melo M.C, Grigório M.C, Soares R.S. Processos de Trabalho dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família Junto a Atenção Básica: Implicações para a Articulação de Redes Territoriais de Cuidados em Saúde. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. 2015; 19(1):41-8.

51 - Figueiredo MD. A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde : apoio Paidéia e formação [Tese] Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2012.

52 – Figueiredo MD, Onocko-Campos R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2009 [acesso em 01 de outubro de 2017] ; 14(1): 129-138. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100018&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100018>.

53 - Tesser CD. Family Health Support Teams, potentialities and barriers: the primary care health outlook. Interface (Botucatu). 2017; 21(62):565-78.

54 - Campos GWS. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. Trab. educ. saúde [Internet]. 2006 [acesso em 01 de outubro de 2017]; 4(1):19-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462006000100003&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1981-7746. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462006000100003>.

55 - Campos GWS, Figueiredo MD, Pereira Júnior N, Castro CP. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. Interface (Botucatu) [Internet]. 2014 [acesso em 26 de outubro de 2017]; 18(Suppl1): 983-995. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000500983&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>.

- 56 - Barros JO, Gonçalves RMA, Kaltner RP, Lancman S. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2015 Sep [cited 2017 Dec 30] ; 20(9): 2847-2856. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000902847&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015209.12232014>.
- 57 - Lima RC, Brêtas JRS. A corporalidade do cliente segundo representações de estudantes de enfermagem. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2006 [acesso em 21 de novembro de 2017] ; 59(6): 727-733. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000600002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000600002>.
- 58 - Sundfeld AC. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. *Physis* [Internet]. 2010 [acesso em 12 de dezembro de 2017]; 20(4):1079-1097. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-7331201000400002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400002>.
- 59 - Fonseca MLG, Guimarães MBL, Vasconcelos EM. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. *Revista APS*. 2008 ;11(3), 285-294.
- 60 - MENEZES, C. A. Implantação do Núcleo de Apoio ao programa Saúde da Família (Nasf) em Olinda: estudo de caso [Monografia] Recife: Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.
- 61 - MAFRA, L. P. V. A trajetória do Nasf no município de Piraí: uma análise para além da gestão [Dissertação] Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-graduação em Saúde; 2012.
- 62 - Martinez JFN, Silva MS, Silva AM. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Goiânia (GO): percepções dos profissionais e gestores. *Saúde debate* [Internet]. 2016 Sep [cited 2017 Dec 30] ; 40(110): 95-106. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000300095&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611007>.

63 – Azevedo NS. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: o processo de implantação em Belo Horizonte [Dissertação]. Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Programa de Pós-graduação em Psicologia; 2012.

7. APÊNDICES

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO I: ESF

Faixa Etária: () 20 – 30 () 31 – 40 () 41 – 50 () 51 – 60 () 61 – 70

Sexo: () Feminino () Masculino

Escolaridade: _____

1-A qual equipe ESF você pertence? _____

2-Cargo que desempenha exige: () nível médio () nível superior

3-Período de atuação no atual serviço (anos/meses): _____

4-Há quanto tempo à equipe recebe o Apoio Matricial da equipe NASF: _____

5-Há quanto tempo você participa das reuniões de matriciamento? _____

6)Classifique de 0 a 5 o quanto você gosta de ser matriciado (0 - não gosto ; 5-gosto muito):
()0 ()1 ()2 ()3 ()4 ()5

a) Comente sobre:

7-Assinale, em cada coluna, em relação aos instrumentos/ferramentas do Apoio Matricial. Na coluna **A**, assinalar se você os conhece ou não, na coluna **B** como você os avalia de 0 a 5 (0- Não é importante; 5 - Muito importante), e na coluna **C** se estes se tornaram ou não mais frequentes após apoio da equipe NASF:

Instrumentos/ferramentas	A) CONHECE? SIM OU NÃO	B) IMPORTÂNCIA DE 0 A 5	C) FICOU MAIS FREQUENTE? SIM OU NÃO
Discussão de casos			
Projeto Terapêutico Singular (PTS)			
Genograma Familiar			
Atividades Grupais com os pacientes			
Atividades de formação para as Equipes ESF(ex.:conversas sobre temas específicos)			
Projetos intersetoriais no território (ex.: Programa Saúde na Escola)			

a) Ainda em relação aos instrumentos e ferramentas do Apoio Matricial, caso a equipe do NASF utilizar os da tabela abaixo, assinalar como você os avalia de 0 a 5 (0- Não é importante; 5 - Muito importante)

Instrumentos/ferramentas	IMPORTÂNCIA DE 0 A 5
Visitas Domiciliares do profissional do NASF	
Consultas Individuais do profissional do NASF	
Consultas Compartilhadas entre o profissional da ESF e NASF	

b) Em relação as atividades grupais com os pacientes, se houve aumento da frequência, você considera este aumento:

Positivo Negativo Nem positivo nem negativo Não sei

8- Quanto o **conhecimento** da rede de serviços você acha que a atuação do NASF:

Contribuiu para aumentar

Dificultou ou piorou

Não interferiu

Não sei

9- Quanto à **comunicação** com outros serviços, você acredita que o trabalho do NASF:

Aumentou a comunicação

Diminuiu a comunicação

Não interferiu

Não sei

a) No caso de aumento da comunicação, assinale com quais serviços:

Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II)

Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPS i)

Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS AD III)

Consultório na Rua

Pronto Socorro Municipal (PSM)

Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)

Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)

Policlínica

Centro Especializado Odontológico (CEO)

Albergues

Casas de Transição (Abrigos)

Centro Pop

Central de Vagas

Conselho Tutelar

Ambulatório Municipal de Infectologia (AMI)

Centro Municipal de medicamentos (CEMUME)

Escolas

() OUTRO(S) Qual(is)?

10) Em relação aos encaminhamentos a outros serviços, após implantação do NASF, você considera que eles foram:

() Reduzidos () Aumentados () Não houve diferença () Não sei

a) No caso de REDUZIDOS ou AUMENTADOS, por que você acha que isto ocorreu?

b) Quanto à qualidade dos encaminhamentos, você acha que:

() Houve melhora

() Houve piora

() Não houve mudança

() Não sei

Comente:

11- Após implantação da lógica matricial, sua "forma de trabalhar" :

() Não foi modificada

() Foi pouco modificada

() Foi modificada

() Foi muito modificada

a) Se você notou que houve algum grau de modificação, em que aspecto você observou mudança da sua prática?

12- Você acredita que o trabalho conjunto do NASF com sua equipe contribuiu para:

a) Diferenciar as estratégias de cuidado para os casos, variando caso a caso?

Sim Não Não sei

b) Ajudou você a utilizar novas estratégias de cuidado na sua prática?

Sim Não Não sei

b.1) Se SIM, quais novas estratégias de cuidado **você** incorporou a sua prática?

13- Você observa **difficuldade** ao trabalhar junto ao NASF? Sim Não Não sei

a) Comente:

AGRADECEMOS SUA PARTICIPAÇÃO!

APÊNDICE B
QUESTIONÁRIO II : APOIO

Idade: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

1-Função atual: _____

2- Há quanto tempo desenvolve atividades de Apoio Matricial?(anos/meses):

3-Possuiu experiência com Apoio Matricial antes? () Sim () Não

Se SIM, em qual local ou

serviço? _____

4-Durante a graduação teve disciplinas/estágios em serviços de Saúde Pública/Saúde Coletiva? () Sim () Não

5-Cursou alguma pós-graduação? () Sim () Não

Se SIM, cite qual(is): _____

6- Destaque entre os itens abaixo, os que mais contribuíram para seu processo de formação como Apoiador Matricial:

	Pouco importante	Importante	Muito importante	Não se aplica
Graduação				
Pós-Graduação				
Livros e artigos				
Educação Permanente				
Prática Profissional anterior ao Apoio				
Prática Profissional dentro do Apoio Matricial "aprender fazendo"				
Outra atividade/qual(is):				

7- Assinale com “X” na 1ª coluna os instrumentos/ferramentas que sua equipe NASF utiliza, na 2ª coluna a frequência do uso de 0 a 5 (0 – Não utiliza; 5 – utiliza bastante), e na 3ª avalie o grau de importância de cada instrumento/ferramenta de 0 a 5 (0 – Não é importante; 5 – Muito importante):

Instrumentos/ferramentas	Marque “X” se o NASF utiliza	Frequência de 0 a 5	Importância de 0 a 5
Discussão de casos			
Projeto Terapêutico Singular (PTS)			
Genograma Familiar			
Visitas Domiciliares da equipe NASF			
Consultas Individuais da equipe NASF			
Consultas Compartilhadas entre profissional da ESF e NASF			
Grupos			
Atividades de formação para as equipes ESF (ex.:conversas sobre temas específicos)			
Projetos intersetoriais no território (ex.:Programa Saúde na Escola)			

a)Em relação aos **grupos**, se sua equipe de Apoio estiver trabalhado esta ferramenta com as ESF matriciadas. Responda as questões a.1 e a.2:

a.1) De que forma?

a.2) Esta ferramenta tem sido cada vez mais utilizada? ()Sim ()Não () Não sei

Comente : _____

8)Sua equipe tem informado as equipes apoiadas quanto a rede de serviços que existe do município?

()Sim ()Não () Não sei

9) Sua equipe trabalha a comunicação das ESF matriciadas com os outros serviços do município, sendo estes de saúde ou não?

()Sim ()Não () Não sei

Comente: _____

10) Em relação ao número de encaminhamentos a outros serviços, você considera que o NASF contribuiu para: Reduzir Aumentar Não sei

a) No caso de REDUZIDOS ou AUMENTADOS, por que você acha que isto ocorreu?

b) Quanto à qualidade dos encaminhamentos após implantação do NASF?

Houve melhora

Houve piora

Não houve mudança

Não sei

Comente:

11- Em que medida você observou mudanças em sua Clínica no sentido de ampliá-la. Classifique de 0 a 5 (0-nenhuma mudança , 5 – muita mudança)

0 1 2 3 4 5

a) O que você entende ser a ampliação de sua Clínica? _____

b) Caso considere ter ampliado sua Clínica, dê exemplos:

12- Os casos em que você atua são somente específicos da sua área de formação?

Sim Não

a) Você acha isso positivo ou negativo? Positivo Negativo

Comente:

13- Você considera que sua equipe tem conseguido aumentar as possibilidades de ações das equipes apoiadas, em relação às estratégias de cuidado para os casos discutidos em matriciamentos? Sim Não Não sei

14- Você observa dificuldades em trabalhar como apoiador matricial?

Sim Não Não sei

Comente:

15) Você observa dificuldades em trabalhar com uma ou mais das equipes de ESF hoje apoiadas? Sim Não Não sei

a) Se SIM, classifique na tabela abaixo o grau de dificuldade, que neste momento, você observa em cada território que o NASF atua:

ESF	Nenhuma dificuldade	Pouca Dificuldade	Dificuldade Moderada	Muita Dificuldade
Água Quente				
Chácara Silvestre				
Esplanada Santa Terezinha				
Piratininga				
São Gonçalo				

16- Você avalia resultados positivos do seu trabalho? () Sim () Não () Não sei
Comente:

AGRADECEMOS SUA PARTICIPAÇÃO!

APÊNDICE C

TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO APOIO MATRICIAL NA ÓTICA DE APOIADORES DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA E EQUIPES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Responsável: Erika Cristina Côrtes de Souza Monteiro
Departamento de Saúde Coletiva/ FCM/ Unicamp
Número do CAAE: 62807416.7.0000.5404

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houverem perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos:

A pesquisa tem como objetivo compreender as percepções de apoiadores do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e de profissionais de equipes da Estratégia de Saúde da Família, do município de Taubaté, acerca do processo do Apoio Matricial e suas repercussões no processo de trabalho. Para isso, são objetivos específicos: 1- Identificar a utilização das ferramentas do AM pelas equipes NASF e ESF analisando suas repercussões no processo de trabalho. 2- Analisar as contribuições da metodologia do AM para qualificação do cuidado e fortalecimento do trabalho em rede. 3- Identificar dificuldades enfrentadas na articulação entre profissional NASF e ESF. 4- Conhecer a formação dos trabalhadores que atuam no NASF. 5- Identificar as percepções dos profissionais NASF sobre sua prática profissional a partir da incorporação do AM.

Procedimentos:

Participando do estudo você está sendo convidado a responder um questionário, em seu local de trabalho, para que seja confortável para você, com duração de cerca de 30 minutos.

Desconfortos e riscos:

Não há riscos previsíveis quanto ao desenvolvimento da pesquisa. Poderá haver desconforto em relação ao tempo previsto para responder o questionário, então para minimizar este desconforto, foi escolhido seu local de trabalho para preenchimento do mesmo.

Benefícios:

Dentre os benefícios possíveis desta pesquisa estão à oportunidade de você colaborar na avaliação do processo do Apoio Matricial, para aperfeiçoamento da prática do trabalho.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Ressarcimento:

Este estudo será feito durante seu horário de trabalho. Não haverá despesas, portanto não se faz necessário ressarcimento de tais.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Erika Cristina Côrtes de Souza Monteiro, profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município de Taubaté – SP : Rua dos Operários, 299 - Centro - CEP: 12020-340 - Taubaté/SP; telefone: (12) 98141-2883 e-mail: erikaccmonteiro@gmail.com

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unicamp: Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126 – CEP: 13083-887 – Campinas/SP; telefones (19) 3521-8936 e fax (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios, riscos e incômodos que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante:

_____ Data: ____/____/____

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do seu responsável legal)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

_____ Data: ____/____/____.

(Assinatura do pesquisador)

Rubrica do pesquisador:_____ Rubrica do participante:_____