



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**ALEXANDRA BONIFACIO XAVIER**

**APOIO MATRICIAL E EQUIPES DE REFERÊNCIA: ESTRATÉGIAS DE GESTÃO  
CENTRAIS NA RELAÇÃO ENTRE O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA  
(NASF) E AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (eSF)**

**Campina Grande-PB  
2016**

**ALEXANDRA BONIFACIO XAVIER**

**APOIO MATRICIAL E EQUIPES DE REFERÊNCIA: ESTRATÉGIAS DE GESTÃO CENTRAIS NA RELAÇÃO ENTRE O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) E AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (eSF)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Kathleen Elane Leal Vasconcelos.

**Campina Grande-PB  
2016**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

X3 Xavier, Alexandra Bonifacio

Apoio matricial e equipes de referência [manuscrito] :  
Estratégias de gestão Centrais na relação entre o Núcleo de Apoio  
à Saúde da Família (NASF) e as equipes de saúde da família (eSF)  
/ Alexandra Bonifacio Xavier. - 2016.

33 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço  
Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências  
Sociais Aplicadas, 2016.

\*Orientação: Profa. Dra. Kathleen Elaine Leal Vasconcelos,  
Departamento de Serviço Social\*.

1. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). 2. Equipes  
de Saúde da Família (eSF); 3. Apoio Matricial; 4. Equipe de  
Referência. 5. Saúde da família. I. Título. 21. ed. CDD 361.2

ALEXANDRA BONIFACIO XAVIER

APOIO MATRICIAL E EQUIPES DE REFERÊNCIA: ESTRATÉGIAS DE GESTÃO  
CENTRAIS NA RELAÇÃO ENTRE O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA  
(NASF) E AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (eSF)

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado a Universidade Estadual da  
Paraíba, como requisito parcial à  
obtenção do título de Bacharel em  
Serviço Social.

Aprovada em: 17/03/2016.

BANCA EXAMINADORA

Kathleen Elane Leal Vasconcelos  
Profª. Drª. Kathleen Elane Leal Vasconcelos (Orientadora)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Sandra Amélia Sampaio Silveira  
Profª. Me. Sandra Amélia Sampaio Silveira  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Maria do Socorro Pontes de Souza  
Profª. Me. Maria do Socorro Pontes de Souza  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

# APOIO MATRICIAL E EQUIPES DE REFERÊNCIA: ESTRATÉGIAS DE GESTÃO CENTRAIS NA RELAÇÃO ENTRE O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) E AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (eSF)

ALEXANDRA BONIFACIO XAVIER<sup>1</sup>

## RESUMO

Apoio Matricial e Equipes de Referência são estratégias propostas pelo Ministério da Saúde (MS) ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em sua relação com as Equipes de Saúde da Família (eSF) com o objetivo de reorganizar a Atenção Primária por meio de outra cultura gerencial que favoreça a criação de vínculos entre os/as profissionais e destes/as com os usuários e amplie as possibilidades de produção da saúde. Este artigo, que objetiva analisar as particularidades destes “arranjos” nos Núcleos de Campina Grande/PB e de João Pessoa/PB, provém de um recorte da pesquisa intitulada "Promoção da Saúde: uma análise das concepções e práticas das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)", vinculada ao Núcleo de Pesquisas e Práticas Sociais (NUPEPS), financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e que consistiu em um estudo analítico, com abordagem qualitativa, realizado entre agosto de 2013 e agosto de 2015. A coleta de dados pautou-se na pesquisa documental e de campo, utilizando nesta última, a entrevista com roteiro semiestruturado a vinte e seis (26) profissionais do NASF e a observação sistemática não participante junto às equipes do Núcleo em ambos os municípios mencionados. Os resultados obtidos evidenciam a preponderância do Apoio Assistencial em Campina Grande/PB através da qual os/as trabalhadores do Núcleo assumem, em muitos casos, a atenção direta aos usuários sem processos de compartilhamento mais amplos com as eSF. Em João Pessoa/PB, por sua vez, destacam-se as ações de caráter institucional e gerencial-administrativas, de acordo com o direcionamento da gestão municipal.

**Palavras-chave:** Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); Equipes de Saúde da Família (eSF); Apoio Matricial; Equipe de Referência.

---

<sup>1</sup> Aluna de Graduação em Serviço Social na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I. Email: maurithiuseale@hotmail.com

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA</b> .....	<b>10</b>
<b>3</b>	<b>CONHECENDO OS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA</b> .....	<b>12</b>
<b>4</b>	<b>APOIO MATRICIAL E EQUIPES DE REFERÊNCIA: ESTRATÉGIAS DE REORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE</b> .....	<b>13</b>
<b>4.1</b>	<b>Breves considerações sobre a Metodologia Paideia</b> .....	<b>14</b>
<b>4.2</b>	<b>Metodologia Paideia e as propostas de “arranjos organizacionais”</b> .....	<b>15</b>
<b>4.3</b>	<b>Apoio Matricial e Equipes de Referência: “arranjos organizacionais” que devem nortear os NASF e as Equipes de Saúde da Família</b> .....	<b>17</b>
<b>5</b>	<b>TRAJETÓRIA E CONFIGURAÇÕES DO NASF NOS MUNICÍPIOS DE CAMPINA GRANDE/PB E DE JOÃO PESSOA/PB</b> .....	<b>18</b>
<b>6</b>	<b>COTIDIANO DE TRABALHO E PRINCIPAIS ATIVIDADES REALIZADAS PELOS NASF DE CAMPINA GRANDE/PB E DE JOÃO PESSOA/PB</b> .....	<b>20</b>
<b>7</b>	<b>CARACTERÍSTICAS DO APOIO MATRICIAL NOS NASF DOS MUNICÍPIOS DE CAMPINA GRANDE/PB E DE JOÃO PESSOA/PB</b> .....	<b>23</b>
<b>8</b>	<b>À GUIA DE CONCLUSÃO</b> .....	<b>28</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>30</b>
	<b>ANEXO – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA</b> .....	<b>33</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A princípio, compete situar que a Atenção Primária à Saúde (APS) se constitui em uma proposta de questionamento ao modelo Biomédico e, nos últimos decênios, vem adquirindo relevo nas discussões e políticas em âmbito internacional, num processo orquestrado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

A APS é definida pelo Ministério da Saúde (MS) como o contato primeiro do usuário com a rede de atenção composta pelos diversos serviços de saúde, como uma rede básica efetivada por meio de práticas gerenciais e sanitárias participativas e do trabalho em equipe, utilizando de tecnologias complexas, mas de baixa densidade, para resolver os problemas em saúde que se apresentarem (BRASIL, 2012).

Historicamente, a proposta de institucionalização de uma Rede Primária de Atenção à Saúde ganha destaque no cenário nacional a partir dos anos de 1990, através, especialmente, da Estratégia de Saúde da Família (ESF), implantada em 1994 com a nomenclatura de Programa Saúde da Família (PSF). A ESF, vertente nacional da APS, tem como objetivo, de acordo com o MS, contribuir para a implementação desse nível de atenção em consonância com os princípios constitucionais da integralidade, equidade<sup>2</sup>, universalidade, descentralização e participação social, que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS).

Destarte, com o objetivo, segundo o MS, de apoiar e matriciar as equipes básicas da ESF ou equipes de Saúde da Família (eSF), em 2008, são criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Estes são instituídos pela Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 como suporte para a concretização da APS brasileira.

Para nortear a consolidação dos Núcleos, o MS elaborou o Caderno nº 27 da Atenção Básica (AB), contendo diretrizes à sua atuação. De acordo com este Caderno, o NASF deve configurar-se como uma estratégia de organização das práticas em saúde na APS através do apoio à gestão e à atenção no contexto da ESF e evoca a primazia dos princípios de universalidade, integralidade e equidade.

O Caderno nº 27 enfatiza ainda algumas ferramentas tecnológicas<sup>3</sup> que devem nortear a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF em consonância com estes princípios. Estas ferramentas se dividem em Apoio à Gestão, através da Pactuação do Apoio, e Apoio à Atenção, por meio da Clínica Ampliada, do Projeto Terapêutico Singular (PTS), do Projeto de Saúde no Território (PST) e do Apoio Matricial (BRASIL, 2010).

---

<sup>2</sup> É importante destacar que a Constituição Federal de 1988 não faz menção à equidade e sim à igualdade.

<sup>3</sup> Para a compreensão destas ferramentas, dado o limite de espaço, pode ser consultado o Caderno nº 27 da AB que dispõe sobre as mesmas e, especificamente sobre o PTS, conferir discussão de Oliveira (2010a; 2010b).

Nesse bojo, o Apoio Matricial é adotado pelo MS para a reorganização da APS. Esta modalidade de apoio é referida pelo discurso ministerial como a principal ferramenta do NASF em sua relação com a eSF, que é a Equipe de Referência para a população.

Destarte, estes dois “arranjos”<sup>4</sup> de gestão – Apoio Matricial e Equipes de Referência –, devem caminhar intimamente ligados, conforme o citado ministério, pois a materialização de um depende inteiramente do outro. Essa dependência evidencia-se porque uma das principais funções de uma Equipe de Referência é produzir interação positiva entre os/as profissionais em busca de finalidades comuns e, para tanto, depende do apoio de uma equipe interdisciplinar (CAMPOS; DOMITTI, 2007) que não está inserida na eSF, apoio este que configura o objetivo do NASF (BRASIL, 2010).

Diante do exposto, cabe elucidar que este artigo tem como objetivo analisar as particularidades do Apoio Matricial entre as equipes NASF dos municípios de Campina Grande/PB e de João Pessoa/PB. Provém de um recorte da pesquisa intitulada "Promoção da Saúde: uma análise das concepções e práticas das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)", vinculada ao Núcleo de Pesquisas e Práticas Sociais (NUPEPS) e financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ).

A necessidade de aprofundamento desta discussão acerca do Apoio Matricial e das Equipes de Referência para o trabalho do NASF surgiu no desenvolvimento do referido estudo, considerando as particularidades desta modalidade de apoio em cada realidade investigada (SAMPAIO et. al., 2013). Ao mesmo tempo, conhecer esta ferramenta e sua materialização permitiu uma melhor compreensão do papel do NASF no contexto da APS.

Embora não seja objetivo deste artigo tratar do trabalho do/a Assistente Social, cabe ressaltar a importância da temática aqui tratada para esta profissão cuja inserção está prevista no NASF, conforme prevê a Portaria GM nº 154, que cria os Núcleos. O Caderno nº 27 da AB aponta os objetivos do Serviço Social nos Núcleos<sup>5</sup>, que devem se materializar através do trabalho interdisciplinar, e estão diretamente relacionados com o Apoio Matricial, podendo contribuir para a efetivação de suas duas vertentes (Apoio Político-Comunitário e Apoio

---

<sup>4</sup> Como denominam os autores referenciados neste artigo e o próprio MS.

<sup>5</sup> Os objetivos do trabalho do/a Assistente Social no NASF compreendem não só as atividades que envolvem diretamente os usuários, mas, principalmente, o desenvolvimento de ações integradas com o restante da equipe e demais políticas públicas; a socialização de informações nas equipes e participação de discussão de situações vivenciadas por usuários e/ou familiares com as demais categorias profissionais; a promoção da integração dos demais membros da equipe de trabalho; a participação na elaboração conceitual/metodológica para apoiar as práticas educativo-participativas desenvolvidas pela equipe de trabalho; a construção coletiva e participativa entre a equipe de saúde, segmentos organizados da comunidade, usuários e demais sujeitos sociais envolvidos da organização do trabalho comunitário; e o incentivo à participação dos usuários nos fóruns de discussão e deliberação (BRASIL, 2010).

Técnico-Pedagógico) estabelecidas pelo MS. O Serviço Social é, pois, desafiado ao inserir-se num novo campo de atuação, reforçando a necessidade de busca constante por conhecimentos e de um olhar crítico que corroborem uma postura profissional qualificada e embasada pelos fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos da profissão.

Vale destacar que a pesquisa que baseou o presente artigo consistiu em um estudo analítico, com abordagem qualitativa, realizado entre agosto de 2013 e agosto de 2015. A coleta de dados pautou-se na pesquisa documental e no trabalho de campo<sup>6</sup>, no qual se utilizou como instrumentos a entrevista com roteiro semiestruturado, com gravação das falas (após autorização) e a observação sistemática não participante.

Os sujeitos da pesquisa foram os/as profissionais que compõem as nove (9) equipes dos NASF de Campina Grande/PB<sup>7</sup> e as trinta e quatro (34) equipes dos NASF de João Pessoa/PB<sup>8</sup>. Foi definida como amostra<sup>9</sup> dois (02) profissionais de cada uma das categorias profissionais que compõem tais Núcleos, perfazendo (12) entrevistas no primeiro município referido e quatorze (14) na capital do Estado, totalizando vinte e seis (26) entrevistas<sup>10</sup>.

À realização das entrevistas seguiu-se a observação sistemática não participante, dirigida por roteiro específico previamente estabelecido. Destarte, foram desenvolvidos seis (06) momentos de observações no município de Campina Grande em diferentes equipes NASF, no período de dezembro de 2015, e cinco (05) no município de João Pessoa, entre os meses de julho e agosto deste mesmo ano.

Para o tratamento e a análise dos dados coletados, foi adotada a análise de conteúdo (BARDIN, 1977).

Assim, para trabalhar a temática proposta, o presente artigo discute primeiramente a APS, a ESF e, sequencialmente, os NASF e as estratégias do Apoio Matricial e da Equipe de Referência. A seguir, apresenta os resultados do estudo realizado, enfatizando as configurações dos NASF e da ESF nos municípios onde se realizou a investigação, o

---

<sup>6</sup> No qual foram seguidas as diretrizes previstas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde número 466, de 12 de dezembro de 2012, no tocante às exigências que devem ser observadas para a realização de pesquisa que envolva seres humanos, tendo o projeto sido submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), conforme parecer em anexo.

<sup>7</sup> Em Campina Grande, estas equipes são compostas por profissionais de Serviço Social, Farmácia, Nutrição, Psicologia, Educação Física e Fisioterapia, totalizando seis categorias (06).

<sup>8</sup> Em João Pessoa são profissionais de Serviço Social, Farmácia, Nutrição, Psicologia, Educação Física, Fisioterapia e Fonoaudiologia, somando sete categorias (07).

<sup>9</sup> Vale ressaltar que a definição da amostra buscou assegurar ainda a representação de cada um dos seis (06) Distritos Sanitários (DS) presentes em Campina Grande e os cinco (05) DS existentes em João Pessoa. Além disso, os sujeitos foram definidos a partir do critério da acessibilidade e da aceitação em contribuir com o estudo, considerando também a necessidade de terem ao menos um ano de experiência no trabalho.

<sup>10</sup> É oportuno salientar que os nomes dos/as entrevistados/as foram devidamente substituídos por siglas que remontam apenas ao número da entrevista, à abreviatura da categoria profissional e ao município onde atua (ex: E1/AS1/CG), resguardando assim, seu sigilo.

cotidiano de trabalho destas equipes e as características do Apoio Matricial. Por fim, traça algumas considerações conclusivas.

## 2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A APS é assinalada, tanto em âmbito nacional como mundial, como a principal estratégia para mudança do modelo de saúde, sendo “considerada internacionalmente a base de um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenha em seu centro o usuário-cidadão” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008 *apud* MARTINIANO et. al., 2013, p.354). Porém, existem algumas divergências conceituais em torno da APS, que refletem diretamente em sua efetivação.

As proposições em torno da APS se fortalecem na pauta internacional na década de 1970, num contexto marcado pela crise capitalista, no qual as políticas sociais, que haviam sido ampliadas sob o ideário do Estado de Bem-Estar Social, passam a sofrer uma grande retração devido às pressões da ideologia neoliberal (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2014). Na análise de Westphal (2007), com a necessidade de cortes econômicos por parte do Estado, no campo da saúde impõe-se a necessidade de redução dos gastos com o modelo biomédico, que também não demonstrava resultados positivos na qualidade de vida da população.

É neste sentido que, no ano de 1978, a OMS e a Unicef realizaram no Cazaquistão, a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde<sup>11</sup>, em Alma-Ata.

Morosini e Corbo (2007) ressaltam que a noção seletiva da APS surgiu da crítica à Alma-Ata, interpretada como muito ampla e idealizada e, com isso, com pouca chance de ser realizada no prazo definido (anos 2000). Neste sentido, foi realizada a Conferência de Bellagio<sup>12</sup>, em 1979, que apregoa uma concepção seletiva de APS, disseminada especialmente na América Latina nos anos seguintes por instituições como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial, no contexto de crise do capital e da difusão do ideário neoliberal. A partir de então, a APS se configuraria como um conjunto de “ações de saúde de baixa

---

<sup>11</sup> Existem distintas interpretações sobre o significado desse evento (VASCONCELOS, 2013). Analistas como Franco e Merhy (2007) consideram que ela propõe um pacote seletivo de cuidados básicos em saúde, associada ao ideário neoliberal. Já autores como Matta et. al. (2006) afirmam que a Declaração resultante da Conferência aponta para a necessidade de sistemas de saúde universais e concebe a saúde como um direito humano e a necessidade de aumento de investimentos em políticas sociais para o desenvolvimento das populações “marginalizadas”.

<sup>12</sup> A conferência de Bellagio foi realizada em 1979, em Bellagio (Itália), com financiamento da Fundação Rockefeller e contou com a participação do presidente do Banco Mundial, McNamara. O conceito de APS seletiva foi defendido neste evento, tendo por referência a definição de procedimentos pautados pela relação custo-benefício e como objetivo principal o enfrentamento das doenças infecciosas. Em 1995 foi divulgado o documento resultante da mencionada Conferência pelo Banco Mundial (Fonseca et. al., 2013).

complexidade, dedicada a populações de baixa renda [...], distanciando-se do caráter universalista da Declaração de Alma-Ata e da ideia de defesa da saúde como um direito” (MATTA; MOROSINI, 2006, p. 26).

No que se refere à realidade brasileira, a visão ampliada em torno da APS foi incorporada pelo Movimento de Reforma Sanitária brasileiro (MRS)<sup>13</sup> da década de 1980, junto com a defesa de um sistema unificado e descentralizado de saúde – hoje Sistema Único de Saúde (SUS) –, compreendendo a necessidade de reorientação do modelo assistencial (MARTINIANO et. al., 2013).

Atualmente, como já indicado, a principal vertente da APS no Brasil é a ESF<sup>14</sup>, assumida pelo governo brasileiro como uma proposta de reorganização da atenção à saúde no país, contribuindo, conforme o MS, para que APS seja implementada levando em consideração os princípios e diretrizes do SUS, porém, este direcionamento ainda se constitui um grande desafio.

A proposta da ESF pode aproximar-se de uma perspectiva ampla de APS, pretendendo a mudança do modelo de atendimento centrado na demanda para priorizar a produção da saúde, integrando ações de promoção da saúde (PS), prevenção e recuperação da saúde (BRASIL, 2010). No entanto, há controvérsias quanto a este direcionamento da ESF, podendo a mesma configurar-se em “cestas básicas” de serviços de saúde direcionadas aos mais pobres<sup>15</sup> enquanto que as demais redes de atenção ficam fragilizadas.

Além do financiamento restrito, a ESF enfrenta dificuldades na organização do trabalho em saúde que deveria viabilizar a integralidade da atenção (ARCHANJO; ARCHANJO, 2007). Em muitos municípios, as condições objetivas de trabalho – como espaço físico adequado, materiais e insumos – também não favorecem práticas em saúde que ultrapassem modelos curativos. A sobrecarga de trabalho e as fragilidades na formação dos/as profissionais reduzem as possibilidades de que as eSF consigam compartilhar saberes e

---

<sup>13</sup> Pensar a saúde de forma ampliada, a partir de sua produção social – concepção de base marxista – e associada à participação democrática da população constitui-se em dos pilares do MRS da década de 1980, cujo movimento, constituído a partir do final dos anos 1970, envolvendo usuários, profissionais de saúde e movimentos sociais, marcou profundamente a construção do direito à saúde no país (PAIM, 2013). O MRS não se resume à proposta do SUS, mas pode, conforme este autor, ser denominado de uma reforma social centrada na democratização da saúde, do Estado e da sociedade. Enfim, trata-se de “um projeto civilizatório articulado à radicalização da democracia na perspectiva do socialismo” (PAIM, 2013, p.173).

<sup>14</sup> Segundo o MS, a ESF é considerada a vertente nacional da APS, que, no discurso oficial tem por objetivo reverter o modelo de atenção fragmentário e centralizado. Modifica-se o nome de PSF para ESF, a fim de ressaltar que não se tratava mais de um programa, pois este passava a ideia de que poderia se encerrar a qualquer momento.

<sup>15</sup> Segundo analisa Vasconcelos (2013), a maioria dos países vem operacionalizando a polarização dos serviços entre a Atenção Básica e os demais níveis de complexidade pela via da focalização nos mais pobres em conformidade com a proposta dos organismos multilaterais.

superar a visão fragmentária do processo saúde-doença, o que permitiria a construção de responsabilidades com a produção da saúde (CARNEIRO, 2011). Desse modo, a ESF nem sempre consegue intervir de forma resolutiva.

Nesse cenário, são criados, em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo, segundo o MS, de apoiar e matriciar as eSF, como discute o tópico seguinte.

### **3 CONHECENDO OS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA**

Os NASF foram instituídos, segundo o MS, enquanto suporte para a concretização da APS brasileira. O objetivo primordial do Núcleo seria, conforme o MS, “apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações de Atenção Básica, e aumentar a resolutividade dela, reforçando os processos de territorialização e regionalização” (BRASIL, 2010, p.10).

Com o mesmo intuito proposto pelas demais Políticas de Saúde orientadas pelo SUS, a portaria que institui o NASF evoca a primazia dos princípios de universalidade, integralidade e equidade. Outros princípios e diretrizes também delineados são: território, educação popular em saúde, interdisciplinaridade, participação social, intersetorialidade, educação permanente em saúde, humanização e promoção da saúde.

A organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF devem centrar-se no apoio à gestão e à atenção. Para tanto, o Caderno nº 27 da AB prevê as ferramentas tecnológicas anteriormente sinalizadas, com o objetivo de que o NASF consiga desenvolver um trabalho compartilhado com as eSF, visando à construção e ativação de espaços para comunicação, troca de conhecimentos e co-responsabilização pela produção da saúde. (BRASIL, 2010).

A atuação das equipes NASF atende a requisitos<sup>16</sup> que delimitam a quantidade de eSF a serem apoiadas por cada Núcleo e apontam as profissões que o podem compor<sup>17</sup>. Conforme

---

<sup>16</sup> Para o NASF tipo 1, existente nos dois (02) municípios pesquisados, o parâmetro estabelecido é que o número de equipes da ESF apoiadas esteja compreendido entre 8 e 15 para cada equipe NASF.

<sup>17</sup> “Poderão compor os NASF as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO): Médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas. A composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas” (Disponível em [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_nasf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php). Acesso em 27 de Fev. 2016 ).

dados do Portal da Saúde<sup>18</sup>, são duas as modalidades existentes hoje: a modalidade NASF 1 é voltada a municípios com no mínimo oito (8) e ao máximo quinze (15) eSF e a modalidade 2 é direcionada a municípios que possuem entre no mínimo três (3) e no máximo sete (7) eSF vinculadas.

Conforme as proposições do MS, as distintas áreas de conhecimento dos/as profissionais que compõe a equipe multidisciplinar do Núcleo teriam como objetivo proporcionar a qualificação de sua atuação junto às eSF, concretizando o Apoio Matricial, principal estratégia do NASF e outra proposta ministerial para a reorganização da APS.

A ferramenta do Apoio Matricial comporta a dimensão assistencial e a técnico-operativa que, simultaneamente, fazem referência à atuação clínica, estabelecendo contato com a população usuária, mas principalmente à ação de caráter educativo para ou em conjunto a equipe. Assim sendo, cabe situar, na sequência, a discussão específica em torno do Apoio Matricial e da Equipe de Referência, elucidando suas bases conceituais, definições e relação direta com o trabalho do NASF.

#### **4 APOIO MATRICIAL E EQUIPES DE REFERÊNCIA: ESTRATÉGIAS DE REORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE**

No início deste item é importante colocar que as bases teóricas dos “arranjos organizacionais” Apoio Matricial e Equipes de Referência, apregoados pelo MS para os NASF e as eSF, se encontram fincadas na “Metodologia Paidéia”, elaborada por um grupo de pensadores vinculados ao “Modelo em Defesa da Vida”<sup>20</sup>, da Universidade de Campinas (UNICAMP) (CARVALHO, 2005 *apud* VASCONCELOS, 2013), dentre os quais se destaca o professor Gastão Wagner de Sousa Campos, pioneiro e principal autor a discutir os conceitos aqui apresentados.

Segundo Carvalho (2005 *apud* VASCONCELOS, 2013), desde o ano de 2003 este grupo vem ganhando destaque em âmbito nacional através da incorporação de algumas de suas propostas pelo MS, a exemplo da Política Nacional de Humanização (PNH) e do projeto

---

<sup>18</sup> Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_nasf\\_modalidades.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf_modalidades.php). Acesso em 27 de Fev. 2016.

<sup>20</sup> “É importante situar que, de acordo com Silva Júnior (2006), houve dissensos na [Reforma Sanitária Brasileira] RSB em relação às estratégias para a efetivação da Reforma Sanitária, através do SUS, e um dos temas polêmicos foi a formulação e implementação de modelos tecnoassistenciais consonantes com o ideário do citado movimento. Nesse sentido, conforme o autor citado, algumas propostas foram elaboradas e desenvolvidas por grupos de intelectuais comprometidos com a Saúde Coletiva, situados em distintas regiões do país, geralmente com a articulação universidade-serviço. Há diversas correntes ou perspectivas citadas pelos distintos autores, porém aqui seguimos as indicações de Teixeira (2003), por se voltar exatamente para as mais expressivas no cenário nacional (...), que influenciaram e/ou continuam a nortear a tessitura da política sanitária nacional: o modelo em Defesa da Vida (DV), as Ações Programáticas, a Vigilância da Saúde (VISAU), as Políticas Públicas Saudáveis e a Estratégia Saúde da Família (ESF)” (VASCONCELOS, 2013, p. 154).

de Educação Permanente da Secretaria de Gestão e Trabalho em Saúde. Vasconcelos (idem) acrescenta ainda que, nos últimos anos, suas proposições acerca da Clínica Ampliada e do projeto de Equipes de Referência, bem como suas elaborações em torno da gestão e do acolhimento, também vêm sendo adotadas pelo referido Ministério. É justamente dentro destas conjecturas, mais especificamente da proposta das Equipes de Referência, que surge o Apoio Matricial.

Porém, antes de situar especificamente estes “arranjos”, vale contextualizar rapidamente as bases da Metodologia Paideia que os fundamenta.

#### **4.1 Breves considerações sobre a Metodologia Paideia**

De acordo com Campos (2000), a Metodologia Paideia tem por esteio a filosofia da práxis esboçada por Gramsci dentro da herança marxista. O pressuposto do termo “filosofia da práxis” é “a adoção de um método de pensar que não anula as relações e influências mútuas entre abstrato e concreto; individual e coletivo; pensar e agir” (Campos, idem, p.223).

Nessa construção conceitual, Campos (idem) afirma utilizar algumas ideias de Henri Lefebvre (1995) especificamente a concepção de sujeito enquanto ser portador de uma identidade abstrata e indeterminada, mas ao mesmo tempo, um ser que realiza “esforço existencial e a práxis social para se constituir como sujeito rico em determinações” (p.223).

Campos (idem) diz recolher também a reflexão de Lefebvre (1995) sobre a dialética e argumenta que, para este autor, “contradição não significa absurdo, já que tampouco seria possível eliminar seus dois polos” (p.224). Desse modo, de acordo com Campos (2000), o contraditório enriquece o saber na visão de Lefebvre, pois permite descortinar complexos repletos de determinação.

Com base nesses pressupostos, conforme Campos et.al. (2013), foi elaborada a Metodologia Paideia. Segundo estes autores, esta metodologia pode contribuir para a democratização das instituições e para a construção/coprodução de valores de uso, ou seja, volta-se às necessidades sociais (CAMPOS et. al., idem). Assim, no trabalho em saúde, esta metodologia centra-se nas necessidades de saúde dos usuários, contrapondo-se à lógica hegemônica de focar os procedimentos no lugar das pessoas (CAMPOS, 2000).

Esta reorganização, no entanto, depende de investimento da gestão e dos trabalhadores em saúde não somente na dimensão biológica dos sujeitos, “mas também pensá-los como cidadãos de direito e donos de uma capacidade crítica de reflexão” (CAMPOS, 2000 p.229). Portanto, o percurso para a implementação desta metodologia não é simples e depende de

apoio e de condições objetivas, a exemplo de espaços propícios à reflexão conjunta nos diversos serviços de saúde.

Dentro da perspectiva da Práxis Paideia, Campos et.al. (2013, p. 51) sugerem algumas estratégias ou “arranjos organizacionais” para a reorganização do trabalho em saúde, mas aplicáveis a qualquer espaço ou políticas, tais como a Cogestão, o Apoio Institucional, as Equipes de referência e o Apoio Matricial, sobre os quais serão traçadas, a seguir, algumas considerações.

#### **4.2 Metodologia Paideia e as propostas de “arranjos organizacionais”**

Acerca destes “arranjos organizacionais” (CAMPOS, 1999; CAMPOS, et. al., 2013), compete situar que a Cogestão é sinônima de gestão participativa e se contrapõe ao poder gerencial, verticalizado, característicos da herança da “linha de produção” taylorista nas organizações de saúde, significando “negociação, mediação de conflitos, composição articulada de projetos, planos” e que “pressupõe também ajuda para que os agentes consigam cumprir os vários compromissos” (CAMPOS et. al., 2013, p. 52). A Cogestão deve perpassar tanto o Apoio Institucional quanto o Apoio Matricial.

O Apoio Institucional, por sua vez, é definido por estes autores enquanto uma estratégia metodológica “que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão” (p. 52), baseados na perspectiva taylorista. Enquanto uma perspectiva dialógica, o Apoio Institucional não elimina funções gerenciais pré-existentes como a de coordenação e planejamento, porém exige postura interativa e analítica dos sujeitos sociais envolvidos, por meio de recursos metodológicos não convencionais e do reconhecimento dos diferentes papéis, poderes e conhecimentos dentro da instituição, diferenciando-se, portanto, dos modelos tradicionais de gerenciamento presentes nos serviços de saúde (CAMPOS et.al., idem).

Para aprofundamento do método Paideia, Campos et.al. (idem) sugerem que Apoiador Institucional deve: considerar as demandas dos usuários e das instituições fomentando a autonomia da equipe e a ampliação de seus compromissos com a população e referências de forma crítica; ampliar espaços onde seja possível exercitar a capacidade de análise e em que haja discussões de textos teóricos, metodológicos ou de relatos de experiências; abrir espaço para que a equipe possa colocar seus desejos, dificuldades e críticas de forma aberta, sem medo e onde se possa dialogar sobre temas velados, direitos não materializados.

Na mesma direção de enfrentamento da herança das “linhas de produção” tayloristas, os demais “arranjos de gestão” – Apoio Matricial e Equipes de Referência – propostos no

interior da Metodologia Paideia e adotados pelo MS para o NASF, constituem-se, nas palavras de Oliveira (2010a, p. 273), em estratégias “para ampliar as possibilidades de continuidade da atenção com gradientes maiores de vínculos com responsabilização”.

Compete situar ainda que, segundo Campos e Domitti (2007), o termo “Apoio” sugere relações horizontais por meio da construção de linhas transversais entre referência e especialistas e propõe a extinção da autoridade de um profissional ou de uma equipe, ao adotar procedimentos dialógicos no cotidiano de trabalho.

A nomenclatura “Matricial”, por sua vez, advém de “matriz” e, conforme estes mesmos autores (2007 p. 402), sugere que os

profissionais de referência e especialistas mantenham uma relação horizontal, e não apenas vertical como recomenda a tradição dos sistemas de saúde. Trata-se de uma tentativa de atenuar a rigidez dos sistemas de saúde quando planejados de maneira muito estrita segundo as diretrizes clássicas de hierarquização e regionalização (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 402).

Desse modo, o “arranjo” da Equipe de Referência surge para viabilizar o vínculo, propondo a construção de responsabilidades qualitativas (BRASIL, 2010) entre os próprios profissionais e destes com a população, estabelecendo o acompanhamento dos usuários e da coordenação da atenção de maneira interdisciplinar, reconhecendo que nenhum profissional poderá isoladamente oferecer uma abordagem integral (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O Apoio Matricial<sup>22</sup> une-se à proposta da Equipe de Referência que, grosso modo, significa a menor unidade organizacional no campo da saúde – no caso da APS, as eSF –, aquela que deve permanecer como a responsável pelo acompanhamento direto dos usuários, mesmo quando o apoio especializado é acionado.

Para Campos (1999, p.399), um importante desafio a ser enfrentado por estes “arranjos organizacionais” é a estrutura clássica dos serviços de saúde que reforça o isolamento profissional e a fragmentação do processo de trabalho. Contrariando este modelo tradicional, as estratégias de Apoio Matricial e Equipes de Referência devem pautar-se na interdisciplinaridade que requer “abertura e articulação de campos disciplinares e de campos de responsabilidade bastante distintos entre si” (CAMPOS, idem).

Estão, portanto, concatenadas à Educação Permanente em Saúde (EPS)<sup>23</sup>, pois demandam “saber aprender e fazer aprendendo”, tendo que lidar com a polarização da relação

<sup>22</sup> É válido situar que uma equipe de Apoio Matricial, a exemplo do NASF no contexto da APS, deve ser composta por profissionais de saúde detentores de determinado saber específico e que apoia a uma quantidade definida de Equipes de Referência (OLIVEIRA, 2010a).

<sup>23</sup> Como discutem Silva e Peduzzi (2011, p. 1021-1022), a EPS contrapõe a lógica instrumental no trabalho em saúde que se volta às questões biológicas do usuário, sem considerar suas experiências ou a importância da interação entre os profissionais. A EPS fundamenta-se na comunicação, no trabalho em equipe, na reflexão sobre o processo de trabalho e na articulação entre a atenção à saúde, a formação, a gestão e o controle social para a

teoria e prática e com a tendência de “encerramento em si mesmo dos saberes” (CAMPOS, idem, p. 399).

A participação da população é outro obstáculo à efetivação do Apoio Matricial e das Equipes de Referência e, como afirma Oliveira (2010a), além de explicitar dificuldades na relação entre os profissionais de uma equipe, as tentativas de operacionalizar os “arranjos” citados trazem à tona não só as fragilidades na relação entre os/as profissionais, mas a ausência de vínculos destes/as com os usuários e com suas demandas.

Assim, depois de apresentar a Metodologia Paideia e suas propostas de “arranjos organizacionais”, cabe agora elucidar a importância do Apoio Matricial e da Equipe de Referência para o trabalho do NASF e das eSF.

#### **4.3 Apoio Matricial e Equipes de Referência: “arranjos organizacionais” que devem nortear os NASF e as Equipes de Saúde da Família**

O Caderno nº 27 da AB indica ao Apoio Matricial duas vertentes: o Apoio Técnico-Pedagógico, que deve produzir ações de apoio educativo com e para a eSF concatenado à EPS, e o Apoio Político-Comunitário, através do qual os profissionais do NASF podem colaborar para a organização política da comunidade, fomentando sua participação na gestão e controle da política de saúde (Brasil, 2010).

Nesta perspectiva, conforme afirmam Martiniano et. al. (2013), o NASF deveria ter compromisso com o fortalecimento da atuação no âmbito da ESF, inflexionando, através do Apoio Matricial, as ações das eSF, com a finalidade de fortalecer a ação intersetorial e interdisciplinar, e influenciando nos distintos processos operacionalizados para os avanços da APS<sup>24</sup> nas dimensões da “promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde” (BRASIL, 2009, p.11-12).

Além do Apoio Matricial, o MS propõe ao NASF outras ferramentas tecnológicas – a Clínica Ampliada; a Formulação de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS); o Projeto de

---

mudança das práticas de saúde e da organização no trabalho tendo como eixo central as necessidades da população. Pode constituir, desse modo, uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho em saúde voltada às necessidades dos usuários enquanto portadores de direitos (SILVA; PEDUZZI, idem).

<sup>24</sup> Tanto em âmbito nacional como mundial, a APS é assinalada como a principal estratégia para mudança do modelo de saúde, sendo “considerada internacionalmente a base de um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenha em seu centro o usuário-cidadão” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008 apud MARTINIANO et. al., 2013, p.354). Porém, existem divergências conceituais em torno da APS, que refletem diretamente em sua efetivação (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2014).

Saúde no Território (PST); e a Pactuação do Apoio<sup>28</sup> – que embora não sejam o foco deste artigo, também são estratégias importantes para a reorganização do processo de trabalho em saúde, devendo ser operacionalizadas pelas Equipes de Referência com o Apoio do Núcleo, conforme o referido ministério (BRASIL, 2010).

Todas estas ferramentas devem basear-se na promoção da saúde, na integralidade das ações e na participação social através de espaços coletivos de discussão onde a comunidade possa colocar suas demandas (BRASIL, 2010). Portanto, sua concretização pode se contrapor à fragmentação que historicamente predomina na política de saúde no Brasil (CAMPOS, 2000) e apresenta potencialidades na construção do SUS, pois “cria novas formas de relação entre os serviços e entre os profissionais” (OLIVEIRA, 2010a, p.279).

Não obstante, cabe destacar que sua efetivação exige um conjunto de condições organizacionais e objetivas para além da vontade e esforço dos/as trabalhadores/as da APS, como destaca Oliveira (2010a) ao discutir o Apoio Matricial: a quantidade e qualificação dos profissionais; a cultura organizacional predominante entre gestores e trabalhadores; a rede de serviços disponível; a organização do processo de trabalho nos serviços, da agenda, dos fluxos e da disponibilidade dos profissionais envolvidos; a realização de reuniões, dentre outras.

Deste modo, após discutir o Apoio Matricial e a Equipe de Referência enquanto importantes estratégias à concretização do trabalho do NASF em conjunto com as eSF, compete, nos tópicos a seguir, destacar os resultados do estudo realizado.

## **5 TRAJETÓRIA E CONFIGURAÇÕES DO NASF NOS MUNICÍPIOS DE CAMPINA GRANDE/PB E DE JOÃO PESSOA/PB**

A princípio, é necessário caracterizar, ainda que sumariamente, os municípios de Campina Grande e de João Pessoa situando as configurações da ESF em cada um deles, para em seguida contextualizar a realidade dos NASF dos territórios mencionados.

Como já se indicou, a pesquisa foi desenvolvida no estado da Paraíba, no Nordeste Brasileiro, tendo como *loci* os municípios de João Pessoa, capital do Estado, e Campina Grande, um dos maiores e mais importantes da região.

João Pessoa está localizada no litoral paraibano, tendo atualmente 742.478 habitantes, com uma área de unidade territorial de 211.475 Km<sup>2</sup> (BRASIL, 2015). Possui o maior Produto Interno Bruto (PIB) e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Estado.

---

<sup>28</sup> Para a compreensão destas ferramentas, dado o limite de espaço, pode ser consultado o Caderno nº 27 da AB que dispõe sobre as mesmas e, especificamente sobre o PTS, conferir discussão de Oliveira (2010a; 2010b).

Campina Grande, por sua vez, se situa no Planalto da Borborema no Agreste Paraibano, a cerca de 120 km da capital, possuindo uma área de unidade territorial de 594,182 Km<sup>2</sup>, com uma população de 389.995 habitantes (BRASIL, idem). Está numa posição de referência para grande parte do estado da Paraíba, seja nas áreas comercial, industrial, educacional e no setor de serviços.

Neste último município, a ESF foi adotada em 1994, constituindo uma das experiências pioneiras em nível nacional através da implantação de cinco (05) eSF (CARNEIRO, 2011). Os últimos dados divulgados pelo MS dão conta de que hoje existem cem (100) eSF. Cerca de 345.000 pessoas são assistidas por estas equipes, o que equivale a 85,63% da população adscrita (BRASIL, 2015)<sup>41</sup>.

Quanto à implantação do NASF, no município em tela, o processo tem início em 2008, contando inicialmente com nove (09) equipes NASF apoiando sessenta e seis (66) eSF. Os dados oficiais disponibilizados pela Secretária Municipal de Saúde de Campina Grande demonstram a permanência deste número de equipes NASF. A quantidade de eSF sob responsabilidade dos Núcleos do município está organizada da seguinte forma:

**Quadro 2** – Quantidade de eSF sob responsabilidade de cada equipe NASF em Campina Grande

<b>Quantidade de eSF cobertas por cada NASF</b>		<b>Quantidade de equipes NASF</b>
06		01
07		04
08		04
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>09</b>

**Fonte:** Dados da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande (2014).

Sobre a implantação da ESF em João Pessoa, Garcia Júnior e Nascimento (2012) indicam que este processo ocorreu no início dos anos 2000, através de sete (07) eSF. Segundo os dados da Sala de Apoio à Gestão Estratégica – SAGE (BRASIL, 2015), atualmente, existe 181 eSF que dão cobertura a 624.450 pessoas, o que equivale a 79,98% da população.

O NASF surge em João Pessoa, em 2008, a partir do Apoio Institucional já existente no município, que funcionava por meio de apoiadores institucionais que desenvolviam um trabalho voltado para a área administrativa das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Essa perspectiva de Apoio Institucional é substituída formalmente quando o MS cria o NASF e possibilita aos municípios que o implantasse o recebimento de repasses financeiros (GARCIA JÚNIOR; NASCIMENTO, 2012). De acordo com os Dados da Gerência da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, existem hoje trinta e quatro (34) equipes

<sup>41</sup> Para mais informações sobre a ESF em Campina Grande, Cf: Carneiro (2011).

NASF – 32 conforme dados do SAGE – no município dando cobertura a 186 eSF que estão assim distribuídas:

**Quadro 3** – Quantidade de eSF sob responsabilidade de cada equipe NASF em João Pessoa

Quantidade de eSF cobertas por cada NASF		Quantidade de equipes NASF
	05	26
	06	05
	08	03
<b>Total</b>	<b>186</b>	<b>34</b>

**Fonte:** Dados da Gerência da Atenção Básica da Secretária Municipal de Saúde de João Pessoa (2015).

Desse modo, a cobertura de eSF pelas equipes NASF em ambos os municípios está dentro do que preconiza o MS, que conforme referido, prevê o mínimo oito (8) e o máximo quinze (15) eSF por Núcleo modalidade 1 (em municípios com mais de 100.000 habitantes).

Como se pode notar, na capital, as equipes NASF existentes oferecem apoio a um número relativamente menor de eSF, uma média de seis (06), contra sete (07) em Campina Grande. Embora não muito latente esta diferença significa a elevação de demandas para os Núcleos. É evidente ainda que a cobertura populacional da ESF é maior em Campina Grande (85,63%) do que em João Pessoa (79,98%), o que poderia favorecer processos dialógicos entre os/as profissionais e destes/as com a população, fatores essenciais ao Apoio Matricial.

Após estas breves indicações acerca das configurações da ESF e do NASF nos municípios em estudo, o item subsequente discute alguns elementos acerca do cotidiano de trabalho dos Núcleos nos dois territórios pesquisados, dando ênfase às principais atividades realizadas por suas equipes.

## **6 COTIDIANO DE TRABALHO E PRINCIPAIS ATIVIDADES REALIZADAS PELOS NASF DE CAMPINA GRANDE/PB E DE JOÃO PESSOA/PB**

Os/as entrevistados/as do NASF em Campina Grande/PB descrevem como atividades desenvolvidas o matriciamento, o atendimento individual, os atendimentos coletivos através de atividades em grupo (como oficinas, palestras educativas, sala de espera) e as visitas domiciliares.

Nos depoimentos, a exemplo do trecho abaixo, percebeu-se que neste município, as ações que tomam maior tempo e empenho dos/as profissionais consiste na realização de grupos e de atendimentos individuais, em detrimento do Apoio Técnico-Pedagógico às eSF.

**A gente faz o atendimento, no meu caso é só o atendimento de saúde mental, no dia que eu vou é dia de saúde mental, mas cada profissional tem o seu atendimento específico. E a parte educativa. A gente participa de grupos [...] de tabagismo [...], gestantes, hiperdia, saúde mental também e salas de espera (E2/Farma1/CG - grifos nossos).**

Assim sendo, as análises aqui empreendidas corroboram com os estudos de Rocha (et. al., 2011), identificando que, concernente à atuação junto às eSF, o empenho dos Núcleos neste município se volta a atividades ligadas à prevenção de doença, recorrentemente citada nas entrevistas sob a nomenclatura de “parte educativa”.

No desenvolvimento destas atividades, a relação com as eSF nem sempre é amistosa, como afirma a seguinte colocação:

**Em alguns PSF [UBS] nós não somos bem vistos, vamos dizer assim, porque o pessoal às vezes pensa que nós estamos aqui pra vigiá-los, sermos mais um vigia e eles não colaboram com o trabalho, às vezes até boicotam nosso trabalho. [...] Ao ponto de nós termos alguns grupos formados como grupos de hipertensos e obesos e eles tomaram a frete dizendo que o projeto já era deles e que a partir dali eles estariam começando um novo trabalho. Nos foi tirado este grupo, mas posteriormente, nós criamos um novo grupo, de gestantes, na mesma unidade e eles continuaram com o deles e eu não sei como foi que continuou esse projeto. [...] Nas equipes que dão apoio, tudo começa pelos agentes de saúde. Nessas equipes que nos ajudam, os agentes de saúde também são mais participativos [...]. As enfermeiras também são mais ativas, embora que hajam dificuldades enormes no SUS, mas elas fazem diferença nos seus locais de trabalho, e alguns médicos também participam, aí essa categoria é um pouco menos participativa [...] (E3/Ed. ffs.1/CG – grifos nossos).**

Como pode ser notado, nem sempre há abertura ao trabalho do NASF na ESF, porém como afirma o/a profissional, em algumas UBS os/as Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e enfermeiros/as compreendem e colaboram com a atuação do Núcleo. Assim, destaca-se a necessidade de processos de EPS por parte da gestão que oportunizem às eSF conhecer a proposta e as possibilidades de articulação com o NASF.

As atividades de Educação em Saúde (ES) através do Programa Saúde na Escola (PSE)<sup>42</sup> são as mais mencionadas pela maioria dos/as profissionais como exemplo de ação realizada em conjunto com as eSF, como corrobora o trecho a seguir:

**[...] Existe articulação com escolas, o PSE, houve recentemente a vacina do HPV e a equipe do NASF junto com os técnicos, as enfermeiras, vão na escola próxima, da região, agenda o dia, pede autorização aos pais pra que aquela vacina seja aplicada [...] existe as atividades que são feitas nas escolas que agente chama PSE (E6/Farma2/CG – grifos nossos).**

Os/as profissionais de João Pessoa também citaram o PSE como um meio de trabalhar em conjunto com as eSF, porém, a maioria destaca que esta articulação ocorre igualmente em outras atividades como o matriciamento, as visitas domiciliares, as atividades de grupo, as

<sup>42</sup> “O PSE é fruto da articulação entre os Ministérios da Saúde e da Educação. Objetiva oferecer atenção integral de prevenção, promoção e atenção à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino básico público. Suas ações estão divididas em quatro áreas: a) avaliação das condições de saúde dos estudantes; b) promoção da saúde e prevenção, com foco na alimentação saudável e atividades físicas, conscientização da responsabilidade e consequências do uso de álcool e outras drogas, uso da violência, educação para a saúde sexual e reprodutiva, com enfoque à prevenção da aids, hepatites virais e outras doenças sexualmente transmissíveis; c) Educação permanente dos profissionais das duas áreas; d) monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes” (VASCONCELOS, 2013, p.167).

reuniões, o planejamento e a elaboração de cronogramas. Este entrosamento ocorre devido a uma peculiaridade do Apoio Matricial na capital, como será apresentado no tópico posterior, porém, é importante mencionar que cada profissional do NASF fica fixo em uma UBS, conforme asseveram todos os/as entrevistados/as, o seguinte trecho é exemplar:

**Nós somos uma equipe, eu sou NASF, mas pertencemos à equipe saúde da família de C. e assim não tem como não estar integrado,** a não ser quando eu deixe de ser a apoiadora do C., aí eu vou ser de outra equipe. (E7/Psicó.1/JP – grifos nossos)

Com exceção dos/as educadores/as físicos/as, que têm dias fixos para a realização de grupos, os/as demais profissionais relataram dificuldades em realizar grupos, entre estas dificuldades estariam as funções gerencial-administrativas que tomam a maior parte de seu tempo, como será posteriormente discutido. A maioria garante que apóia a realização de grupos formados pela eSF, contudo, como explicam as falas abaixo, seu tempo para a realização de ações educativas é reduzido:

**No NASF, na parte da manhã a gente está dedicada sempre à unidade de saúde, aí vem a parte da tarde que nós, com agendamento, [...] nos desloca[m]os para equipe que necessita. [...] Ultimamente está sendo mais individual [as atividades dos profissionais do NASF], em equipe quando a gente tem um dia D.** (E1/AS1/JP – grifos nossos).

**Dentro da conformação do município nós apoiadores ficamos lotados dentro de uma unidade de saúde, diariamente, mas agente atua por meio do apoio matricial e atividades administrativas, além da gestão e do cuidado que agente tem. A gente é apoio NASF de referência na equipe e possui um papel de gestão administrativa acompanhando as equipes em seu processo de trabalho** (E5/Nutri1/JP – grifos nossos).

Como coloca este/a último/a profissional, há uma razão para o cotidiano de trabalho lotado: o modelo gerencial assumido pela gestão do município, aspecto que será aprofundado mais adiante. O primeiro trecho afirma que os/as trabalhadores do NASF costumam atuar individualmente em uma UBS e só se encontram com a equipe do Núcleo em campanhas da Secretaria Municipal de Saúde (dia D) ou, como indicam outras falas, nos dias de reunião.

Nos dois municípios, as reuniões, foram mencionadas como o principal meio de relação entre os/as profissionais do NASF e as eSF, aparecendo como espaços de grande relevância na formação do vínculo, no compartilhamento de conhecimentos e experiências, sendo imprescindível à EPS, pois qualifica a atuação e possibilita a concretização do Apoio Matricial.

Os/as profissionais de Campina Grande relatam que há reuniões mensais de todas as equipes NASF com a coordenação municipal do Núcleo e semanalmente entre os/as trabalhadores/as de cada equipe NASF. Poucas equipes relatam que têm encontros com as eSF; quando mencionadas, estas reuniões são, conforme as falas, realizadas de forma mensal.

Em João Pessoa, por sua vez, as reuniões com todas as equipes NASF de cada distrito são realizadas semanalmente junto à coordenação distrital. Encontros específicos dos/as trabalhadores de cada NASF ainda não existem ou estão em fase de planejamento, como afirma a maioria dos/as profissionais, sendo mais comum a relação com os chamados “núcleos” formados por cada categoria profissional separadamente.

Como nesse último município, os/as profissionais ficam fixos nas unidades de saúde, conseguem realizar reuniões semanais com as eSF. Segundo as entrevistas, a pauta destes encontros inclui discussões com foco na reunião distrital, observações sobre o cotidiano de trabalho e ainda exposição de demandas por parte das eSF.

Conforme a fala dos/as entrevistados/as de ambos os municípios, é patente o isolamento de algumas categorias profissionais, como no cotidiano do/a farmacêutico/a, que tem atuação exclusiva em seu setor, devido ao pouco número de profissionais da área no NASF. Assim pouco interagem com o restante da equipe do Núcleo, ferindo as diretrizes e princípios preconizados pelo MS na portaria nº 154/2008, especificamente no referente ao Apoio Matricial e às propostas de integralidade e interdisciplinaridade.

Desse modo, depois de traçar algumas características do cotidiano dos/as profissionais dos Núcleos nos municípios em tela, na sequência, as análises deste artigo irão se voltar à operacionalização do Apoio Matricial por parte das equipes NASF.

## **7 CARACTERÍSTICAS DO APOIO MATRICIAL NOS NASF DOS MUNICÍPIOS DE CAMPINA GRANDE/PB E DE JOÃO PESSOA/PB**

No estudo realizado (XAVIER et. al., 2015), verificou-se que, em Campina Grande, embora os sujeitos afirmassem que o NASF deve realizar o apoio às eSF, apenas três dos doze profissionais entrevistados/as asseguraram que suas equipes conseguem realizar o Apoio Matricial, evidenciando dificuldades em efetivar esta ferramenta como o pouco entrosamento com algumas eSF e a falta de espaço na agenda devido ao grande número de demandas por atendimento clínico.

Alguns/mas entrevistados/as deste município destacam em suas falas a responsabilidade do Núcleo em realizar atendimentos individuais, evidenciando a preponderância do Apoio Assistencial às eSF, como corrobora a seguinte colocação:

[...] **a gente faz muito a questão do atendimento individual** [...] a gente está tentando formar grupos [...] a gente faz as visitas domiciliares [...] o que é que a gente faz com bastante frequência? sala de espera [...] (E1/AS1/CG – grifos nossos).

A dimensão assistencial do apoio é preconizada pelo MS, contudo, apesar de a Portaria GM 154/2008 afirmar que esta deverá ocorrer apenas em situações necessárias, os

critérios de seleção destas situações não são definidos pelos documentos ministeriais (SAMPAIO et. al., 2013), além de contradições como não haver retaguarda especializada para onde direcionar os encaminhamentos que a demande, como elucida o seguinte trecho.

**Eu avalio o paciente e tenho que encaminhar para um centro de referência pra que possa dar continuidade ao tratamento e o centro de referência está lotado. A gente tem filas de espera muito grandes, então o paciente chega lá e depois diz: “tinha trinta pessoas na frente para fazer terapia” e desiste de ir.** Então, eu acho que essa parte de gestão mesmo, de serviços, a gente depende muito dos gestores, porque às vezes ficamos com um buraco imenso entre o nosso atendimento e o centro de referência, fica essa vaga existencial de serviços, a gente não consegue dar resolutividade por conta disso. Acho que a formação da rede, o fluxo da rede é uma parte que tem que ser melhor pensada pela gestão, a gente está sentido dificuldade nisso, é a psicologia, é a fisioterapia, da mesma forma. As meninas de fisioterapia avaliam **muitos pacientes que precisam de tratamento especializado e que não têm para onde mandar, então, muitas vezes o NASF fica um pouco desacreditado [...].** (E9/Psicó.2/CG – grifos nossos).

Essa realidade leva a destacar que o acesso aos especialistas é de fato um dos grandes gargalos do SUS na atualidade (CAMPOS, 2005 *apud* CARNEIRO, 2011) tornando-se, portanto, contraditório o MS não oferecer tal acesso, mas alocar os profissionais nas comunidades onde não há retaguarda especializada suficiente para encaminhamentos.

Devido a estas características, segundo os estudos de Sampaio et. al. (2013), também realizado nos Núcleos de Campina Grande e João Pessoa, as equipes NASF deste primeiro município se destacaram pelo predomínio do Apoio Assistencial. Em algumas entrevistas realizadas por estes pesquisadores, havia inclusive o respaldo da gestão para que o Núcleo realizasse grande número de atendimentos ambulatoriais devido à demanda reprimida nas eSF e à falta de recursos para investimento na rede de atenção.

Apesar da grande demanda por atendimento especializado que, na maioria das vezes, recai sobre o NASF, o estudo aqui realizado (XAVIER et.al., 2015) identificou que as equipes NASF de Campina Grande vêm dando centralidade também às atividades educativas através da condução dos grupos operacionais, a exemplo dos de Hiperdia (grupo com hipertensos e diabéticos), gestantes, idosos, atividades físicas, dentre outros.

Contudo, os depoimentos indicam que os profissionais do Núcleo vêm assumindo este papel em detrimento do Apoio para que as eSF conseguisse operacionalizá-los, como ressalta o trecho a seguir:

O papel das equipes de saúde da família, em algumas equipes assim, eu acho meio deficiente, porque **eles ficam muito centrados na questão do atendimento e pra eles fazerem algum dia de palestras, alguma coisa ficou [difícil], eu não sei se ficou mais difícil, ou porque nós assumimos esse papel, e eles meio que deixaram um pouco de lado, mas em alguns casos, [...] eles nos ajudam também e participam.** Como eu disse, em alguns outros não, eu não vou generalizar. [...].” (E3/Ed.fís.1/CG – grifos nossos).

A fala deste/a profissional evidencia, portanto, que tem havido em Campina Grande, certa divisão entre ações clínicas como sendo de competência unicamente das eSF e ações educativas, como de responsabilidade do NASF, contrariando o Apoio Matricial.

Retrocessos na ESF neste município – a exemplo da diminuição do quadro de profissionais e desmobilização de suas lutas, dos escassos cursos de formação e realizados por categoria profissional, e da ampliação do número de eSF sem avanço nos níveis secundários e terciários (CARNEIRO, 2011) – são vetores para contradições no trabalho do NASF.

O estudo de Sampaio, et. al. (2013) não detectou atividades assistenciais sendo realizadas pelas equipes NASF de João Pessoa. No entanto, as duas falas abaixo, bem como nas observações realizadas na pesquisa em tela (XAVIER et. al., 2015) foram notadas algumas práticas assistenciais individuais e coletivas realizadas pelos profissionais dos Núcleos deste município.

**Meu cotidiano de trabalho no NASF é corrido, muito corrido mesmo. Tanto eu atendo como nutricionista, como as demandas que elas [equipes básicas] me repassam, os encaminhamentos [...]** (E8/Nutri2/JP - grifos nossos).

**Bem, meu cotidiano de trabalho é de atendimento, de suporte às unidades, às equipes, aliás. Tem muitos atendimentos assim pela questão [...] puxando um pouco para a minha prática de psicóloga, então há uma tendência a solicitar muito, a gente vê uma necessidade intensa ainda do atendimento psicológico dentro das equipes e fora. As unidades me solicitam muito para atendimento, visitas domiciliares, [...] damos um suporte à equipe no âmbito da saúde mental [...]** (E9/Psicó.2/JP– grifos nossos).

Contudo, a realização da clínica não faz parte do cotidiano da maioria dos/as profissionais de João Pessoa, devido à agenda preenchida e aos serviços de saúde especializados<sup>44</sup> existentes em alguns dos DS que permitem um fluxo relativamente tranquilo de encaminhamentos em determinados territórios, ao mesmo tempo, os depoimentos expressam uma considerável demanda por esse tipo de atendimento.

Sobre o Apoio operacionalizado neste último município, por sua vez, a pesquisa de Xavier (et. al. 2015) detectou que os/as trabalhadores do NASF ainda aparecem no papel de gerentes de unidades de saúde, traço historicamente presentes no município por meio do Apoio Institucional, implementado antes mesmo da criação do Núcleo em âmbito nacional, como evidenciado anteriormente. As funções gerenciais por parte do NASF, no entanto, “foram alvo de críticas em todo país por possuírem forte cunho administrativo, sem

---

<sup>44</sup> João Pessoa conta com os seguintes serviços especializados de saúde distribuídos em seus DS: Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS), Laboratório Central (LACEN), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI), Centro de Referência de Inclusão para Pessoas com Deficiência, Núcleo de Portadores de Necessidades Especiais, Centros de Saúde e Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (PESQUISA DE CAMPO, 2015).

capacidade técnica para assumir funções na condução política” (SAMPAIO et. al., 2013, p.52).

Os/as profissionais de João Pessoa se colocam como responsáveis pela efetivação das ações de saúde propostas pela gestão e como “braços” da gestão dentro das UBS. Sobre estas funções, aludidas por todos/as os/as profissionais, várias falas são ilustrativas:

**[...] na realidade a gente trabalha mais como administradora do que como profissional,** até por que a gente não tem esse tempo todo de estar atendendo [...]. (E8/Nutri2/JP - grifos nossos).

**Primeiro é o processo de gerenciar. A unidade caminha com o apoiador à frente, então tem o processo de gerenciamento que [é] você dar conta e tomar conta de absolutamente tudo: são mapas que são entregues quinzenalmente ou mensalmente, são pedidos de impressos, de insumos, de medicamentos, tudo que você imagina. [...] Tem o horário de chegada e saída,** elas abrem a sete da manhã e vão até onze da manhã, aí reabre às uma da tarde, vai até as cinco, **esse processo eu também estou à frente, o processo do ponto, entrada e saída de cada profissional, folgas, férias, todas essas questões.** (E7/Psicó.1/JP - grifos nossos).

Apesar de o Apoio Matricial ser citado em todas as entrevistas, apenas três profissionais não só citam, mas explicam como é realizado o processo de Matriciar as eSF, dando ênfase à EPS. Destas poucas falas destaca-se a seguinte:

**[...] Todos os profissionais NASF tem que estar inserido no GT, que é um grupo de pesquisa que segue e caminha junto. Os grupos são PSE, que é o Programa Saúde na Escola, saúde da mulher, saúde da criança, saúde do homem, população negra, saúde mental e rede escola. São vários. A gente tem que estar inserida em dois ou três. [...] Na equipe, digamos que eu seja do grupo, lá na secretaria de saúde tem a coordenação do PSE, tem reuniões mensais, ou duas vezes ao mês, todas aquelas atividades que forem ligadas ao PSE que forem do GT, eu já trago para a unidade para multiplicar, porque nós somos apoio matricial, eu faço matriciamento aqui ou em outra equipe que eu for chamada.[...] Hoje a gente vai ter uma reunião matricial sobre o SAD [Serviço de Atendimento Domiciliar], na quinta feira a gente já vai ter a política LGBT, isso é matriciamento. Alguém vai matriciar a gente. E alguém [do NASF] vai lá para fazer esse matriciamento [com as equipes básicas] e às vezes é matriciamento do processo de trabalho mesmo do distrito sanitário, imunização, todas as coisas que compõem a saúde. Aí passa para gente e nós repassamos para as equipes e este processo se dá o tempo inteiro [...]** (E7/Psicó.1/JP - grifos nossos).

Nessa fala, a dimensão Técnico-Pedagógica do Apoio Matricial aparece através da abordagem tanto de aspectos práticos do trabalho em saúde na Atenção Básica, quanto no fomento a discussões mais densas entre o NASF e as eSF.

Entretanto, como evidenciado, a efetivação deste Apoio é heterogênea nos municípios investigados e nem sempre sugere a materialização de suas vertentes: Apoio Político-Comunitário e Apoio Técnico-Pedagógico, propostos pelo MS.

Não obstante, além da criação de espaços de discussão e de cogestão nos quais os/as profissionais do NASF e das eSF interajam e compartilhem conhecimentos e experiências, o Apoio Matricial depende da participação dos usuários enquanto sujeitos propositivos, posto

que, como destaca Oliveira (2010a p. 281), “o arranjo Apoio Matricial deve fazer parte de um conjunto de estratégias de democratização institucional”.

Entretanto, assim como na pesquisa de Tesser et. al. (2010), no estudo de Xavier et. al. (2015), o discurso dos/as profissionais não avança em relação à participação social, tratada comumente como sinônimo da presença dos/as usuários/as nas atividades educativas.

Apenas três falas – duas de João Pessoa e uma de Campina Grande – se referem à relevância da participação popular (enquanto controle social), enfocando a necessidade de reforço à ação comunitária por meio dos Conselhos, do Orçamento Participativo e das Conferências de Saúde, conforme transcrito a seguir:

**A população é fundamental, porque ela que está disparando, que está sinalizando** o que está bom. [Porém] eu acho que essa abertura ainda é uma abertura muito tímida. **Por exemplo, a gente tem reunião de comunidades, mas muitas vezes vai um, vão dois, tivemos uma plenária de Orçamento Participativo que foi em vários setores da nossa região,** a gente não vê uma efetividade, como eu disse, da cultura mesmo, que a gente precisa estar trabalhando [...] (E9/Psicó.2/JP - grifos nossos).

Em alguns territórios [...] a gente ainda tem um pouquinho de dificuldade para **formar Conselhos Locais, de trazer a comunidade para perto. Pelo menos aqui as pessoas ainda têm a concepção que Conselho é local de denúncias de exigir direitos e não acha que tem deveres** [...] (E12/Fisio2/JP - grifos nossos).

**[...] a participação popular [...] é uma forma também de promoção da saúde. O SUS fez com que a população participando também trouxesse as necessidades, que antes a população não tinha tantos direitos. [...] Então com a participação dos usuários, com os Conselhos, com as Conferências de Saúde, faz com que as necessidades cheguem até os gestores.** (E2/Farma1/CG – grifos nossos).

Desse modo, como evidencia Oliveira (2010a), além de apontar dificuldades na relação entre os profissionais de uma equipe, o Apoio Matricial, evidencia fragilidades na relação entre os/as profissionais e destes/as com os usuários. Assim sendo, é indispensável a criação de espaços permanentes de encontro entre as equipes para a elaboração de planos e projetos de maneira dialógica e onde possam aprender e ensinar estabelecendo relações de vínculo entre si e com a população (OLIVEIRA, 2010a; CAMPOS,1999).

É ainda indispensável destacar ainda que a ausência de articulação intersetorial na rede de serviços e a precarização das relações de trabalho – falta de estrutura física adequada, equipamentos e insumos, pequeno número de profissionais, excesso de demandas, baixos salários e instabilidade no emprego – importantes dificuldades à materialização do Apoio Matricial, foi citada pela maioria dos/as profissionais no decorrer de suas falas, porém houve receio de alguns/mas entrevistados/as de João Pessoa em abordar estas questões, talvez pela ideia de que o NASF é parte da administração municipal.

Diante do exposto, a reorientação da cultura organizacional clássica da gestão em ambas as realidades investigadas, seria um passo imprescindível à efetivação do Apoio Matricial conforme preconizado pelas propostas ministeriais.

## **8 À GUIA DE CONCLUSÃO**

Como foi discutido, a APS é caracterizada pelo MS como um conjunto de ações que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral à saúde. A ESF, considerada vertente brasileira da APS, deve ser desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias participativas e do trabalho em equipe voltados à população de um território delimitado.

Ainda dentro do escopo dos princípios que devem nortear a APS são criados os NASF, com o objetivo de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização e a regionalização das ações da APS no Brasil (BRASIL, 2010). A proposta central do NASF, conforme o Ministério da Saúde é atuar a partir do matriciamento, ferramenta de suporte assistencial e técnico-pedagógico às demandas das eSF.

Conforme evidenciado, possibilidades de troca entre os/as profissionais do NASF e destes/as com as eSF e a população podem ser ampliadas com o Apoio Matricial na forma como é proposto, pois enquanto estratégia que contesta a hierarquização de saberes, implica em um desenho multidirecional de ganho duplo (ensinar e aprender) para aqueles que fazem parte de seu processo de construção (OLIVEIRA 2010a).

Contudo, como indicam Campos e Domitti (2007, p.400), a utilização do Apoio Matricial e das Equipes de Referência como instrumentos do trabalho em saúde “pressupõe certo grau de reforma ou de transformação do modo como se organizam e funcionam serviços e sistemas de saúde” na direção do enfrentamento da herança das “linhas de produção” tayloristas (CAMPOS et. al., 2013). Este enfrentamento aponta para a existência de obstáculos à reorganização do trabalho em saúde a partir dos “arranjos” indicados pelo presente estudo.

Como destacado, os achados da investigação que embasa este artigo indicam para o relevo da prática assistencial entre os profissionais do NASF no município de Campina Grande/PB, no qual, através de ações que em sua maioria consistiam em atendimentos individuais ou coletivos, os profissionais do Núcleo assumiam, em determinados casos, o direcionamento da atenção, ou ainda se achavam responsáveis pelas ações educativas, com frágil participação da maioria das eSF.

Em relação ao Apoio operacionalizado na capital do Estado, João Pessoa, conforme debatido, este é revestido de peculiaridades incutidas pela forma de organização da gestão municipal, sendo preponderantes as ações de caráter institucional e gerencial-administrativas.

Segundo apresentado, Apoio Matricial não é uma incógnita para a maioria dos/as trabalhadores/as do NASF. Contudo, em ambos os municípios, foram detectados raros relatos que expressem as dimensões Técnico-Pedagógica e Político-Comunitária que poderiam fomentar a EPS dos profissionais e a participação efetiva dos usuários nas ações de saúde.

Assim, as análises aqui empreendidas corroboram a necessidade de ampliar o debate sobre o Apoio Matricial entre as equipes NASF e, principalmente, de mudanças na direção que cada gestão municipal vem imprimindo a esta ferramenta, notadamente por se tratar de uma proposta que visa contribuir com a qualificação do processo de trabalho na APS.

Através da ampliação de discussões deste tipo seria possível detectar e problematizar as falhas e os recursos disponíveis, abrindo-se possibilidades para atuação conjunta entre o(s) gestor(s), a(s) Equipe(s) de Referência e a(s) equipe(s) NASF no sentido da coordenação na rede e, conseqüentemente, da manutenção do processo de Apoio Matricial.

Esta proposta de reorganização do trabalho em saúde (CAMPOS, 1999) exige a ampliação da concepção em torno do processo saúde-doença, a participação da população e a criação de vínculos entre profissionais e destes/as com os usuários, questões abraçadas e defendidas desde os anos 1980 pelo MRS. Seriam, portanto, necessárias transformações significativas na cultura gerencial e assistencial em saúde para a efetivação do direito integral, universal e igual à saúde, como preconizou o MRS.

**MATRIX SUPPORT AND REFERENCE TEAMS: CENTRAL MANAGEMENT STRATEGIES IN THE RELATIONSHIP BETWEEN THE FAMILY HEALTH SUPPORT CENTRE (NASF) AND FAMILY HEALTH TEAMS (eSF)**

**ABSTRATC**

Support Matrix and Reference teams are strategies proposed by the Ministry of Health (MOH) to Support Center for Family Health (NASF) in its relationship with the Family Health Teams (FHT) in order to reorganize primary care through another management culture which encourages the creation of links between/professional and these/those with users and expand the production of health facilities. This article, which aims to analyze the characteristics of these "arrangements" in Campina Cores Grande/PB and João Pessoa/PB, comes from part of a research entitled "Health Promotion: an analysis of the concepts and practices of the teams of the Centers of Support Family Health (NASF)", linked to the Center for Research and Social Practices (NUPEPS), funded by the National Council for Scientific and Technological Development (CNPq) and consisted of an analytical study with a qualitative approach, conducted between august 2013 and august 2015. Data collect is guided-in desk and field research, using this last, the interview with semi-structured to twenty-six (26) professionals

NASF and nonparticipating systematic observation at the Center's teams both mentioned municipalities. The results show the preponderance of Care Support Campina Grande / PB through which/the core workers assume, in many cases, direct attention to users without broader sharing processes with eSF. In João Pessoa/PB, in turn, there are the institutional character of actions and managerial-administrative, according to the direction of the municipal management.

**Keywords:** Support Center for Family Health (NASF); Health Teams Family (eSF); Support Matrix; Reference Teams.

## REFERÊNCIAS

- ARCHANJO, D. R.; ARCHANJO, L. R. **Saúde da Família na Atenção Primária**. Curitiba: Editora IBPEX, 2007.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Livraria Martins Fontes, 1977.
- BRASIL. M. S. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010 (Caderno de Atenção Básica; n. 27).
- \_\_. M. S. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- \_\_. **Portaria nº 154**, de 24 de Janeiro de 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- \_\_. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. **Relatório técnico com Informações estratégicas**. 2015. Disponível em: [189.28.128.178/sage/sistemas/relatorio/relnovo.php](http://189.28.128.178/sage/sistemas/relatorio/relnovo.php). Acesso em: 28 Jan. 2016.
- CAMPOS, G. W. S. Equipes de Referência e Apoio Especializado Matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>. Acesso em: 22 Mar. 2015.
- \_\_; Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7093.pdf>. Acesso em: 01 Fev. 2016.
- \_\_; CUNHA, G. T.; FIGUEIREDO, M. D. Metodologia para a cogestão, apoio institucional e apoio matricial. In: \_\_. **Práxis e Formação Paideia: apoio e co-gestão em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.
- \_\_; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 23(2). p. 399-407, fev, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>. Acesso em: 28 Jan. 2016.
- CARNEIRO, T. S. **A Estratégia Saúde da Família em Campina Grande/PB**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011.

- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2007, p. 55-124.
- FONSECA, A. F.; MOROSINI, M. V. G. C.; Mendonça, M. H. **Atenção primária à saúde e o perfil social do trabalhador comunitário em perspectiva histórica**. Rio de Janeiro. Vol.11. Set-Dez. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462013000300005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462013000300005). Acesso em: 26 de Fev. 2016.
- GARCIA JÚNIOR, C. A. S.; NASCIMENTO, P. T. A. do. O dispositivo apoio matricial na Atenção Primária à Saúde: um relato de experiência no município de João Pessoa/PB. **Revista Saúde Pública**. V. 5, n. 2, p. 93-104, maio/ago. 2012. Florianópolis: 2012. Disponível em: <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/view/131/169>. Acesso em: 10 de Mar. 2015.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1995.
- \_\_. Métodos e técnicas de pesquisa social. 2ª ed. Atlas, 1989.
- MATTA, G. C; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2006. Disponível em: [http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Atencao\\_Primaria.pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Atencao_Primaria.pdf). Acesso em: 05 de Fev. 2016.
- MARTINIANO, C. S.; SAMPAIO, J.; MAGALHÃES, F. C. et al. Avaliação do processo de implantação das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Rev. EnfermUFPE on line.**, Recife, 7(1):53-61, jan., 2013. Disponível em: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3684/pdf\\_1950](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3684/pdf_1950). Acesso em 16 Abr. 2015.
- MINAYO, M. C. S. Fase de análise ou tratamento do material. In: \_\_. **O desafio do conhecimento: a pesquisa qualitativa em saúde**. 8. Ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- \_\_. et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: \_\_ (org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- MOROSINI, M. V. G. C; CORBO, A. D. A. **Modelos de Atenção e a saúde da família**. Ministério da saúde. Rio de Janeiro. 2007. Disponível em: [http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br/upload/publicacoes/pdtsp\\_4.pdf](http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br/upload/publicacoes/pdtsp_4.pdf). Acesso: 19 de Fev. 2016.
- OLIVEIRA, G. N. de. Apoio Matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: CAMPOS, G. W. de S., GUERRERO, A. V. P. (Orgs.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010a.
- \_\_. O Projeto Terapêutico Singular. In: \_\_. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010b
- PAIM, J. S. A Reforma Sanitária como um fenômeno sócio-histórico. In: **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão crítica**. Rio de Janeiro: UFBA, Editora Fiocruz, 2013

- RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- ROCHA, A. M. de O. et. al. **Análise do perfil profissional das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família de Campina Grande-PB**. 2011. Disponível em:  
[http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC\\_2011/anais/arquivos/RE\\_0803\\_1182\\_01.pdf](http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2011/anais/arquivos/RE_0803_1182_01.pdf).  
Acesso em: 17 de Mar. de 2014
- RODRIGUEZ. M. R; LEÃO M. A; SOUZA N. K. T. Monitoramento e supervisão do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em uma região administrativa do Distrito Federal utilizando-se análise de entrevistas. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2014; Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)658](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(30)658). Acesso em: 20 de Out. 2015.
- SAMPAIO, J. et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Refletindo sobre as Acepções Emergentes da Prática. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. Volume 17, Páginas 47-54, 2013.
- SILVA, J. A. M. da; PEDUZZI, M. Educação no Trabalho na Atenção Primária à Saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. **Saúde Soc**. São Paulo, v.20, n.4, p.1018-1032, 2011. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/18.pdf>. Acesso em: 16 de Nov. 2015.
- TESSER, C. D; GARCIA, A. V; ARGENTA, C. E; VENDRUSCOLO, C. Concepções de promoção da saúde que permeiam o ideário de equipes da Estratégia Saúde da Família da Grande Florianópolis. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, v. 3, n. 1, 2010. Disponível em: <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista>. Acesso em 17 de Jan. 2011.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Pesquisa Qualitativa**. In: Introdução a pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. 1ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- VASCONCELOS, K. E. L. **Promoção da Saúde e Serviço Social: uma análise do debate profissional**. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.
- \_\_\_; COSTA, M. D. H. C. (orgs.) **Por uma crítica da Promoção da Saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS**. São Paulo: HUCITEC, 2014.
- \_\_\_; SCHMALLER, V. P. V. Estratégia Saúde da Família: foco da disputa entre projetos sanitários no Brasil. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v.17, n.1, p. 89-118, Jan.-Jun. 2011.
- WESTPHAL. M.F. Promoção da Saúde e qualidade de vida. In: **Promoção da Saúde e Gestão Local**. Editora HUCITEC /CEPEDOC Cidades Saudáveis: São Paulo, 2007.
- XAVIER, A. B.; VASCONCELOS, K. E. L.; SILVEIRA, S. A. S.; **Promoção da Saúde: uma análise das concepções e práticas das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)**. Relatório de Pesquisa de Iniciação Científica. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, 2015.

## ANEXO – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB  
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



---

Profª Dra. Doralócia Pedrosa de Araújo  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER DO RELATOR: ( 15 )

**Título da Pesquisa:** Promoção da Saúde: uma análise das concepções e práticas das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)

**Pesquisador:** Kathleen Elane Leal Vasconcelos

**CAAE:** 31802014.8.0000.5187

**Instituição proponente:** Universidade Estadual da Paraíba

**Data da submissão na Plataforma Brasil:** 29/06/2014

**Situação do Projeto:** Aprovado

**Apresentação do Projeto:** Projeto de pesquisa intitulado “Promoção de Saúde: uma análise das concepções e práticas das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)”. Trata-se de um estudo analítico, com abordagem qualitativa. O trabalho de campo será desenvolvido junto a profissionais que compõem as 06 equipes dos NASF de Campina Grande e as 19 equipes de João Pessoa-Paraíba.

**Objetivo da Pesquisa:** Analisar as concepções e práticas das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Campina Grande-PB.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:** A pesquisa apresenta riscos mínimos de ordem psicológica pelo fornecimento de dados pessoais, entretanto será facultado ao entrevistado a recusa de participação. Espera-se contribuir para aprofundar as análises acerca da política de saúde, com foco na Atenção Primária à Saúde, especificamente sobre o processo de trabalho desenvolvido nos NASF.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:** De um modo geral, o estudo é estruturado a partir dos seguintes elementos: Sumário; Introdução, Justificativa, objetivos; material e método; cronograma; referências e anexos. Assim sendo, observamos que existe articulação entre os tais constructos. Quanto as demais informações presentes no corpo deste protocolo, entendemos que atendem aos aspectos fundamentais das diretrizes previstas na Resolução 466/12 da CONEP/CNS/MS.