

Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf

Matrix support and actions on primary care: experience of professionals at ESF and Nasf

Rosimeire Aparecida Bezerra de Gois dos Santos¹, Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo², Laura Câmara Lima³

RESUMO O artigo relata pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa, cujo objetivo é caracterizar o modo como as ações de apoio matricial estão inseridas no cotidiano; e as ferramentas privilegiadas por médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) e por especialistas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) de distrito localizado na região Sul de São Paulo. 78 profissionais (ESF=44, Nasf=34) responderam a um questionário sobre agenda, atividades, ferramentas e saberes. Os resultados indicam que as equipes têm dificuldade em executar ações compartilhadas de apoio matricial.

PALAVRAS-CHAVE Apoio matricial. Estratégia Saúde da Família. Gestão em saúde. Educação continuada.

ABSTRACT *The article reports a descriptive research, under a quantitative approach, aimed at characterizing the way actions of matrix support are inserted into daily life; and the tools privileged by physicians and nurses of the Family's Health Strategy (Estratégia Saúde da Família – ESF) and specialists of the Nucleus for Supporting the Family's Health (Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Nasf) in a district at the South Region of São Paulo. Seventy-eight professionals (ESF=44, Nasf=34) have filled in a questionnaire about agenda, activities, tools and knowledge. Results indicate that teams face difficulties while performing shared actions of matrix support.*

KEYWORDS *Matrix support. Family Health Strategy. Health management. Education, continuing.*

¹ Associação Saúde da Família (ASF) – São Paulo (SP), Brasil.
rose.gois@hotmail.com

² Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – Campus Baixada Santista – Santos (SP), Brasil.
uchoalu@hotmail.com

³ Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – Campus Baixada Santista – Santos (SP), Brasil.
camaralima.laura@gmail.com

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi concebida para consolidar o processo de municipalização da organização da Atenção Primária à Saúde (APS), facilitar o processo de reorganização pactuada entre municípios adjacentes e coordenar a integralidade de assistência à saúde (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009). A formulação da ESF partiu de modelos de assistência à família no Canadá, em Cuba, na Suécia e na Inglaterra, que serviram de referência para o programa brasileiro (ROSA, 2005). Rizzotto (2000) desenvolve um ponto de vista crítico, afirmando que esse modelo de serviço público descentralizado em nível de comunidade, destinado às populações pobres, foi uma estratégia preconizada pelo Banco Mundial para transferir a responsabilidade estatal para indivíduos, famílias e comunidade.

Diante das demandas e necessidades de saúde presentes no território e das dificuldades e dos limites das equipes de atenção básica, em janeiro de 2008, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), para que esses atuem de forma a ampliar o escopo de ofertas de cuidado aos usuários (BRASIL, 2014).

O trabalho do Nasf é orientado pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial. De acordo com Brasil (2014), o apoio matricial é um novo modo de produzir saúde, em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Aplicado à APS, significa uma estratégia de organização do trabalho em saúde pensada a partir da necessidade de ampliar o escopo de atuação da ESF, trazendo uma equipe multiprofissional que vai prestar assistência e cuidados em saúde no território, de forma interdisciplinar, aumentando o potencial de integralidade e de resolutividade dos atendimentos. O apoio matricial do Nasf para ESF se materializa por meio do compartilhamento de problemas, da troca

de saberes e práticas entre os profissionais, bem como da articulação pactuada de intervenções, levando em conta a clareza das responsabilizações comuns e as específicas da equipe de APS.

No cotidiano do trabalho, o matriciamento facilita ações possíveis e o esclarecimento diagnóstico, que, muitas vezes, é base para a estruturação de um Projeto Terapêutico Singular (PTS). Para Oliveira (2008), quando uma equipe ou um profissional de apoio matricial se encontra com uma equipe de referência, o que se pretende é que o apoio matricial auxilie a equipe de referência na execução de um projeto terapêutico para um sujeito, individual ou coletivo, que necessita de intervenção em saúde, o qual a equipe de referência, também a princípio, teve dificuldades de realizar.

Nesse sentido, Campos e Domitti (2007) elucidam que o funcionamento do apoio matricial e da equipe de referência depende de arranjos organizacionais e de formas de gestão do trabalho em saúde que ampliem as possibilidades da prática da clínica ampliada e da integração dialógica entre diferentes especialidades. Para Chiaverini (2011), o processo de saúde-enfermidade-intervenção não é monopólio nem ferramenta exclusiva de nenhuma especialidade, pertencendo a todo o campo da saúde. Isso torna o matriciamento um processo de trabalho interdisciplinar por natureza, com práticas que envolvem intercâmbio e construção do conhecimento.

O que se pretende atingir com o apoio matricial é a clínica ampliada, ferramenta eficaz para a ampliação do escopo de trabalho da ESF. Para além do biológico, a clínica ampliada aponta para a perspectiva da transformação da atenção individual e coletiva, que possibilita que outros aspectos do sujeito possam ser compreendidos e trabalhados pelos profissionais de saúde (CUNHA, 2010).

Atualmente, gestores e profissionais da saúde que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS), em ESF e em Nasf encontram-se diante de desafios para executar as

prescrições das políticas públicas referentes à APS e ao apoio matricial. Muitas resistências e dificuldades permeiam o caminho desses profissionais, sobretudo daqueles que querem realizar ações diferenciadas no território em que trabalham e garantir que o Nasf possa realizar plenamente sua função, desenvolvendo apoio matricial, PTS, clínica ampliada, entre outras tecnologias previstas, para que o atendimento consiga alcançar as metas da integralidade e da resolutividade prescritas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

À medida que as políticas são implantadas, as ações são transformadas paulatinamente e, por vezes, reinventadas. Esse movimento vem sendo acompanhado e fundamentado por pesquisas e teorizações (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009; CAMPOS; DOMITTI, 2007; CUNHA; CAMPOS, 2011; GOTTEMS; PIRES, 2009; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010; OLIVEIRA; CAMPOS, 2015; RIZZOTTO, 2010; RIZZOTTO; CAMPOS, 2016; TEIXEIRA; SOLLA, 2015; VILLA *ET AL.*, 2015; ENTRE OUTROS), embora ainda haja muito por investigar sobre o tema, sobretudo no que diz respeito às atividades cotidianas durante o trabalho vivo.

Para confrontar a complexidade dos problemas de saúde e da atenção à saúde com a intenção de resolvê-los, é preciso “agenciar uma multiplicidade de saberes e fazeres e entender a organização da produção da saúde no campo de saberes e práticas da clínica” (MERHY; FRANCO, 2003, p. 317). Procura-se operacionalizar, conforme Teixeira (2006, p. 25) denomina, a dimensão propriamente técnico-assistencial, ou operativa, que diz respeito

às relações estabelecidas entre os sujeitos das práticas e seus objetos de trabalho, relações estas medidas pelo saber em tecnologia que opera no processo de trabalho em saúde em vários planos [promoção em saúde, prevenção de risco, agravos e recuperação e reabilitação].

Servindo-se das conceituações de autores da área da saúde coletiva, em particular Merhy (2003, 2013), parte-se do princípio de que

seria interessante ouvir os profissionais que trabalham em ESF e Nasf a respeito de suas atividades no exercício do trabalho vivo e das facilidades e dificuldades que encontram no seu cotidiano de atuação. Acredita-se na escuta atenta dos profissionais a respeito de como eles têm se organizado para prestar o serviço de atenção e de cuidado em saúde. A sistematização e a análise dessas informações trazem elementos para reflexão que podem contribuir para o aprimoramento, o enriquecimento das ações na APS e para a implementação das políticas públicas.

O objetivo geral do artigo é caracterizar o modo como as ações de apoio matricial estão inseridas no cotidiano; e as ferramentas privilegiadas por médicos e enfermeiros da ESF e por especialistas do Nasf. O objetivo secundário é analisar as similitudes e diferenças entre as maneiras de organizar o trabalho e de operar o apoio matricial nos dois serviços da rede de APS (ESF e Nasf), bem como o desafio da articulação entre eles.

Os objetivos específicos são: investigar, entre as atividades que compõem a rotina cotidiana dos profissionais da ESF, quais são as consideradas construção compartilhada com o Nasf e que associam ao apoio matricial ou ao matriciamento; investigar, entre as atividades que compõem a rotina dos profissionais do Nasf, quais são as consideradas como construção compartilhada com a ESF e se associam ao matriciamento; comparar as respostas das equipes da ESF e do Nasf relativas ao apoio matricial ou ao matriciamento; contribuir para o debate sobre a articulação entre serviços, para viabilização do apoio matricial como tema e para avaliação e aprimoramento das políticas públicas de APS.

Métodos

Trata-se de estudo de natureza descritiva, com abordagem quantitativa, realizado na região Sul do município de São Paulo. Profissionais de equipes ESF e Nasf foram

convidados a responder a um questionário sobre matriciamento. O projeto foi negociado com a Coordenadoria Regional de Saúde da Organização Social (OS), contratada pela Secretaria de Saúde do município de São Paulo para gerir a APS na zona Sul. No momento em que a pesquisa foi realizada, a região era composta por três distritos administrativos, possuía 607.929 habitantes (FUNDAÇÃO SEADE, 2014) e contava com 88 equipes de ESF e cinco equipes de Nasf. As equipes de ESF são formadas por seis agentes comunitários, um médico (a) e um enfermeiro (a), podendo haver, também, dois auxiliares de enfermagem e/ou um dentista, de acordo com a equipe. As equipes Nasf são formadas por equipes de saúde mental (psicólogos, terapeutas ocupacionais e psiquiatras), de reabilitação (fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionista), de pediatria, ginecologista e assistente social.

Os resultados apresentados são extraídos da pesquisa de mestrado (SANTOS, 2015) aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Prefeitura Municipal de São Paulo (PMSP) e pelo CEP da universidade em que foi realizada, sob nº 921.278/2014, de acordo com a Resolução nº 466/12. Em sua primeira concepção, o projeto ficaria restrito a um Nasf e quatro UBS, e previa o desenvolvimento de oficinas, nas quais seriam abordados temas relacionados à organização e ao desenvolvimento do processo de trabalho das equipes ESF e Nasf. Entretanto, a Coordenadoria Regional Sul de Saúde (São Paulo) não autorizou as oficinas e orientou que houvesse ampliação do universo de sujeitos pesquisados para a totalidade das equipes da região, onde atuavam 40 equipes mínimas de ESF (distribuídas em cinco UBS) e cinco equipes Nasf. Com o universo ampliado e um novo objetivo, mostrou-se mais indicado desenvolver uma pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem quantitativa, utilizando o questionário como instrumento de levantamento de dados e as análises estatísticas (descritivas e inferenciais) e qualitativas para

a leitura e a interpretação dos mesmos.

Para facilitar os encontros, foram priorizados os horários de reunião de equipe de cada UBS, em que todos os profissionais têm cinco horas semanais reservadas para reuniões técnicas e de planejamento, de acordo com agenda local preconizada pela Coordenadoria Regional de Saúde da Região Sul. Decidiu-se que todos os profissionais (com exceção dos da saúde bucal) que estivessem nessas reuniões seriam convidados a participar. A coleta de dados ocorreu entre os meses de janeiro e fevereiro de 2015. Foram realizados cinco encontros previamente agendados, um em cada UBS, com duração de trinta minutos cada. A pesquisadora comparecia ao local, apresentava a pesquisa, esclarecia sobre autonomia da participação e do respeito à privacidade, distribuía o instrumento a todos os presentes, elucidando dúvidas, e recolhendo-o ao final de 20 minutos ou quando houvessem terminado o preenchimento.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um questionário autopreenchido, contendo 16 questões fechadas e 4 abertas. Procurou-se obter informações sobre a organização das atividades de trabalho cotidianas e as atividades relacionadas ao matriciamento, utilizando conceitos como: PTS, clínica ampliada, intersetorialidade, apoio matricial, educação permanente, genograma, ecomapa, ações compartilhadas, visitas domiciliares e redes.

Os dados foram organizados e tratados por meio de análises estatísticas descritivas e inferenciais. Empregou-se o Teste t de Student para amostras não relacionadas e o modelo de análise de variância com medidas repetidas. As quatro questões abertas procuraram captar as expressões que os próprios profissionais associam (livremente) aos conceitos estudados, mas que não serão analisadas neste artigo. Cabe salientar que a pesquisa não recebeu nenhum recurso financeiro, sendo totalmente suportada pelos pesquisadores.

Resultados e discussão

Participaram da pesquisa 78 profissionais, o que representa 60% do total de convidados (n=130). Entre os que se recusaram a participar, a maioria referiu dificuldade com a agenda, mesmo tendo sido agendado o encontro com 30 dias de antecedência. Alguns gestores relataram ausência dos profissionais no dia da coleta de dados, outros alegaram que precisavam utilizar o horário agendado para reunião técnica para alinhamento de processo de trabalho, entre outros assuntos, impossibilitando a coleta efetiva. Com relação aos respondentes, 44 trabalham na ESF (18 médicos e 26 enfermeiros) e 34 no Nasf, distribuídos entre: seis terapeutas ocupacionais, seis fisioterapeutas, seis assistentes sociais, quatro fonoaudiólogos, quatro educadores físicos, quatro psicólogos, três nutricionistas e três médicos especialistas.

Os profissionais do Nasf e da ESF têm, respectivamente, em média: de 35 a 38 anos de idade, de 9 a 10 anos de formação inicial e de 32 a 38 meses de vinculação com o serviço. Nota-se que os médicos e enfermeiros são ligeiramente mais experientes. A maioria dos profissionais (em torno de 80%) se formou em universidades privadas e não tem especialização em APS.

O questionário continha uma questão sobre a organização da agenda de trabalho dos profissionais da ESF e do Nasf, considerando a porcentagem de compromissos fixos e variáveis e os motivos que geraram as eventuais variações: a) necessidades próprias; b) necessidades do serviço; c) necessidades dos gestores ou dos usuários. Em média, as respostas das equipes foram bastante diferentes. A resposta predominante, de 45,2% dos profissionais da ESF e de 76,5% dos profissionais do Nasf, foi a de que os compromissos são sujeitos a certas variações, de acordo com as necessidades do serviço. Essa diferença é importante e significativa ($p=0,012$), indicando que o trabalho dos profissionais da equipe de apoio é organizado de maneira diferente do

dos médicos e dos enfermeiros, ficando mais dependente das vicissitudes do serviço.

Verifica-se que 21,4% dos profissionais da ESF e 17,6% dos profissionais do Nasf responderam que os compromissos são agendados conforme as necessidades dos usuários e gestores, denotando equilíbrio nesse quesito, embora a porcentagem de médicos e enfermeiros seja levemente maior. A opção que afirma que as variações ocorrem segundo as necessidades dos próprios profissionais foi citada por 28,3% dos respondentes da ESF, e por 5,9% dos do Nasf. Novamente, há uma indicação de que médicos e enfermeiros possuem maior autonomia em relação aos profissionais da equipe Nasf. Nesse mesmo sentido, 4,8% dos profissionais do ESF declaram que seus compromissos são fixos, enquanto não há nenhum profissional das equipes de apoio que faça essa afirmação. O conjunto dos dados revela que a organização do trabalho dos profissionais do Nasf está mais sujeita que a dos da ESF a condicionantes externos, possuindo menor autonomia com relação à distribuição do tempo das atividades.

Esses resultados são o primeiro indicador de que existe uma real diferença na operacionalização do trabalho pelas duas equipes, ao menos na descrição que fazem de suas atividades. A organização do trabalho de médicos e enfermeiros é ancorada em uma agenda fixa de atendimentos, enquanto os outros profissionais do Nasf ficam em posição periférica e serão acionados de acordo com as necessidades do serviço. Santos (2015) refere que a ESF precisa conhecer melhor a organização do trabalho do Nasf, inclusive, valorizar a prática matricial, em vez de priorizar atendimento individualizado e especializado. Nesse contexto, Hirdes (2015) considera necessário o entrosamento das equipes do Nasf e da ESF para que haja a prática de apoio matricial, e que, para tal, sejam considerados os princípios profissionais que a sustentam: a interprofissionalidade, o vínculo, a integralidade no cuidado, a acessibilidade, a resolutividade e a longitudinalidade.

A implantação do Nasf, sem a revisão dos documentos norteadores das práticas das ESFs, criou alguns paradoxos que necessitam ser revistos, tais como as diferentes exigências de produtividade e de estratégias de trabalho entre Nasf e ESF; demandas distintas de atendimento populacional, já que a ESF configura-se como porta de entrada da APS, e o Nasf não; diferentes prioridades de ação entre Nasf e ESF, com reflexos na divisão das tarefas e do tempo destinado a cada uma delas, entre outros.

Com relação ao processo de trabalho das equipes, perguntou-se aos sujeitos, considerando a sua prática cotidiana, quanto tempo do mês de trabalho (em porcentagem) eles dedicavam às atividades cotidianas. O quadro 1 sintetiza as porcentagens médias

estimadas pelos sujeitos para cada uma das atividades realizadas ou ferramentas usadas pelas equipes de ESF e Nasf, sendo que o total para cada sujeito deveria somar 100%, com direito à opção 'outros'. Perguntou-se, também, aos participantes da pesquisa qual seria o plano ideal de trabalho, solicitando que dissessem quanto tempo (estimado em porcentagem) dedicariam, se pudessem escolher, a cada uma das atividades citadas abaixo. A comparação entre as respostas deveria trazer uma medida do quanto o 'real' de trabalho dos profissionais interrogados se aproxima do que eles consideram 'ideal'. A extensão da diferença entre essas duas medidas seria um indicativo de quanto os profissionais ansiariam, ou não, por mudanças nessas proporções.

Quadro 1. Tempo dedicado (realmente e idealmente) às atividades/ferramentas de apoio matricial, segundo estimativas feitas pelos profissionais das equipes ESF e Nasf

Estimativas da distribuição de atividades	ESF	Nasf	ESF	Nasf
Segundo os profissionais entrevistados	'Real'	'Real'	'Ideal'	'Ideal'
1) Atendimento clínico	43,40%	15,44%	37,55%	9,71%
2) Apoio matricial	6,39%	14,85%	8,17%	17,35%
3) Educação permanente/capacitações	3,82%	7,35%	7,40%	11,76%
4) Reunião de equipe	9,20%	12,50%	8,61%	10,74%
5) Visitas domiciliares	12,64%	13,82%	10,64%	11,18%
6) Grupos terapêuticos	7,52%	18,68%	10,30%	18,90%
7) Tarefas administrativas	5,77%	7,09%	6,38%	6,24%
8) Outros	4,11%	3,00%	2,89%	2,88%

Nota: Os sujeitos estimaram a porcentagem de tempo que dedicam às atividades ou ferramentas de apoio matricial ('real') e a porcentagem que gostariam de dedicar ('ideal') dentro do período de um mês de trabalho. A adição das estimativas em cada caso totalizava 100%; as porcentagens apresentadas no quadro são as médias para cada atividade para cada equipe.

Quanto à estimativa da distribuição de atividades, constataram-se diferenças entre as equipes. Para os profissionais da ESF, as atividades que receberam as maiores porcentagens atribuídas foram: o atendimento clínico, que aparece com 43,4%, e as visitas domiciliares, com 12,64%. Observa-se, portanto, que, segundo a distribuição dos

médicos e enfermeiros entrevistados, 65,24% das ações acontecem (provavelmente) sem o apoio do Nasf. No que se refere aos profissionais do Nasf, as atividades declaradas estão menos concentradas. Os grupos terapêuticos são os mais frequentemente apontados (18,68%), seguidos pelos de atendimento clínico (15,44%), das visitas domiciliares (13,83%) e das reuniões

de equipe (12,5%). A proporção do tempo dedicado às visitas domiciliares é semelhante nas duas equipes, mas não há dados para discriminar se são ou não visitas compartilhadas.

As análises inferenciais do comportamento dessas variáveis, empregando o modelo de análise de variância com medidas repetidas, permitem afirmar que: as médias de tempo gasto no atendimento clínico do grupo ESF são significativamente ($p=0,001$) maiores do que as do grupo Nasf, enquanto o tempo gasto pelo grupo Nasf é significativamente maior do que o dispensado pelo grupo ESF nas seguintes atividades: apoio matricial ($p=0,001$), nos grupos terapêuticos ($p=0,001$) e nas reuniões de equipe ($p=0,034$). Os profissionais dedicam, em média, mais tempo do que gostariam ao atendimento clínico ($p=0,003$) e às visitas domiciliares ($p=0,011$).

Quanto à comparação entre os eixos do 'real' e do 'ideal', notou-se, de maneira geral, pouca diferença; o que poderia ser um indicativo de que os profissionais, tanto do Nasf quanto da ESF, não anseiam por tantas mudanças. Entretanto, analisando cada resposta, percebem-se algumas discrepâncias. Com relação ao atendimento clínico, médicos e enfermeiros estão próximos do ideal, enquanto os profissionais de apoio avaliam que atendem mais do que deveriam. Ambas as equipes almejavam por mais oportunidades para praticar o apoio matricial e desejariam praticamente o dobro do que conseguem ter em termos de educação permanente e capacitações.

Esses resultados são significativos porque demonstram que a assistência e o cuidado prestados pelas duas equipes não são os mesmos. De maneira geral, profissionais médicos e enfermeiros atendem os pacientes

individualmente, enquanto fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, nutricionistas e médicos especialistas praticam o atendimento em grupos. Essa estrutura indica a manutenção do modelo de atenção ancorado no atendimento por consulta individual no caso do profissional médico, e o do dispositivo grupo sendo perpetuado como prática multiprofissional pelos profissionais de apoio. Esta última parece ser uma tecnologia adotada pelos profissionais do Nasf, que é menos empregada pelos médicos e enfermeiros. Por outro lado, os profissionais do Nasf fazem, significativamente, menos atendimentos clínicos individuais que os da ESF.

Os pesquisadores se interessaram em saber quais são as reais possibilidades de os profissionais da ESF e do Nasf atingirem as prerrogativas do Ministério da Saúde, realizando discussões de casos clínicos, realizando atendimento compartilhado, tanto nas UBS quanto nas visitas domiciliares, e construindo conjuntamente projetos terapêuticos, de forma a ampliar intervenções no território e na saúde de grupos populacionais (BRASIL, 2014). Nesse sentido, perguntaram aos profissionais da ESF e do Nasf se eles dispõem de horários específicos em suas agendas para realizar ações conjuntas ou se essas acontecem de maneira mais flexível. A pesquisa estava interessada em saber, do ponto de vista dos entrevistados, se os compromissos semanais eram: a) fixos; b) estruturados, podendo haver mudanças ou encaixes; ou c) não estruturados. A *tabela 1* sintetiza as porcentagens médias de respostas relativas à flexibilidade no agendamento de compromissos entre as equipes.

Tabela 1. Organização das agendas de trabalho das equipes ESF e Nasf

Alternativas escolhidas pelos sujeitos	Grupo		Total
	ESF	Nasf	
Não	1 2,4%	0 0,0%	1 1,3%
Sim, possuem horários fixos	30 71,4%	20 58,8%	50 65,8%
Estruturados, mas podem haver mudanças e encaixes	11 26,2%	12 35,3%	23 30,3%
Não estruturados; acontecem segundo a necessidade	0 0,0%	2 5,9%	2 2,6%
Total	42 100,0%	34 100,0%	76 100,0%

Nota: Os números da tabela correspondem, em cada caso, ao número de sujeitos que escolheram a alternativa indicada e à porcentagem que esse número representa com relação ao grupo (ESF, Nasf e Total).

É notável a presença de especificidades nas respostas das equipes. A maioria dos profissionais da ESF (71,4%) afirma que possui horários fixos em suas agendas para encontros com os profissionais do Nasf, enquanto, entre os profissionais do Nasf, 58,8% fazem essa afirmação. Por outro lado, entre aqueles que avaliam que os encontros são estruturados, mas pode haver mudanças e encaixes, os profissionais do Nasf são majoritários (35,3%). Com relação aos médicos e enfermeiros, 26,2%. Nenhum profissional da ESF respondeu que os encontros acontecem segundo a necessidade, enquanto 5,9% dos profissionais da equipe do Nasf fizeram essa afirmação. Essas diferenças parecem ser maiores que o esperado, caso fossem ações realmente compartilhadas, pois, se fosse esse o caso, as porcentagens atribuídas tenderiam a ser mais próximas entre as duas equipes. Para entender como se dão as trocas interdisciplinares entre os profissionais das equipes, indagou-se a respeito dos meios de comunicação privilegiados por eles. As trocas coletivas, durante as reuniões de equipe, foram a preferência geral, correspondendo a 81,4% das respostas de médicos e enfermeiros e a 67,6% das respostas dos profissionais do

Nasf. A troca entre equipes durante o apoio matricial foi a resposta escolhida por 25,6% dos profissionais da ESF e por 17,6% dos lotados no Nasf. As trocas interdisciplinares durante o atendimento foram citadas por 14% dos profissionais da ESF e por 20,6% dos do Nasf; *e-mail*, SMS, WhatsApp e telefone celular com 18,4% para a ESF e 29,4% para o Nasf; conversas presenciais informais com 14% para a ESF e 32,4% para o Nasf; e outros, com 7% para a ESF. Esses resultados indicam que o dispositivo que mais viabiliza as trocas entre profissionais ainda são as reuniões, mesmo que pareçam atender melhor aos propósitos dos profissionais da ESF que aos do Nasf. Interessante notar que os especialistas se servem de meios de comunicação menos formalizados, tais como telefone, *e-mail*, SMS, conversas informais e trocas interdisciplinares, enquanto médicos e enfermeiros preferem os meios mais formalizados: reuniões e apoio matricial.

Convidados a avaliar a proporção (em porcentagem) de seu trabalho que consideram inovadora, que não seja apenas o que está prescrito no protocolo, os profissionais da ESF respondem que 29,26% de sua rotina de trabalho é inovadora, ao passo que

os profissionais do Nasf apresentam maior flexibilidade e inventividade de ações, com 48,06% de respostas. Esses dados são coerentes com os anteriores, relativos à rigidez das agendas de médicos e enfermeiros, que determinam boa parte de suas atividades e que ficam essencialmente centralizadas nos atendimentos clínicos, aos moldes das consultas ambulatoriais, reuniões e visitas domiciliares programadas. Cabe evocar Cunha e Campos (2011), quando afirmam que os trabalhadores da área da saúde tendem a querer lidar apenas com os problemas nos quais seu núcleo de conhecimento é suficiente para intervir, enquanto outros tipos de funcionamento podem ser vivenciados como inadequados e inoportunos ou invasivos. Essas são as razões que fazem com que esses profissionais apresentem baixa capacidade para lidar com a incerteza e com a interdisciplinaridade, o que dificulta

o trabalho intra e interequipes.

O *quadro 2* apresenta a comparação das respostas que os dois grupos de sujeitos deram a duas questões: qual é a proporção do próprio trabalho (medida em porcentagem) que os trabalhadores avaliam como inovadora, definida como aquilo que escapa ao que é prescrito no protocolo; e como eles se posicionam com relação às seguintes práticas no seu cotidiano: clínica individual ou ampliada; projeto terapêutico protocolar ou singular; atendimento na unidade ou ações no território; atendimento individual ou em grupos, formação inicial ou educação permanente. Entende-se que o posicionamento dos profissionais com relação a esses pares de opostos pode dar uma indicação de que o modelo de atenção primária em saúde está guiando suas práticas. Comparando as medidas descritivas das duas equipes, obtiveram-se os seguintes resultados.

Quadro 2. Comparações entre equipes (ESF e Nasf) com relação ao caráter inovador do trabalho e à opção por variáveis que remetem a modelos de assistência opostos

Variáveis	Nível descritivo
Proporção do trabalho avaliada como inovadora, fora do prescrito no protocolo	0,002
Clínica individual/clínica ampliada	0,395
Projeto terapêutico protocolar/projeto terapêutico singular	0,055
Atendimento na unidade/ações no território	0,238
Atendimento individual/atendimento de grupos	0,001
Formação inicial/educação permanente	0,293

Nota: Os sujeitos foram solicitados a estimar (em porcentagem) a proporção do próprio trabalho que avaliam como inovadora, fora do prescrito no protocolo. Depois, tiveram que fazer uma opção entre os dois extremos de cada um dos pares de variáveis; eles deviam assinalar um número de 1 a 5, sendo 1 e 2 próximos de uma extremidade; 4 e 5, da outra; e 3, empate ou neutro. Para comparar as respostas das equipes (ESF e Nasf) com relação à estimativa de porcentagem e a cada uma das variáveis, empregou-se o teste t, de Student, para amostras não relacionadas.

A leitura dos resultados permite afirmar que existe diferença estatisticamente significativa ($p < 0.005$) entre as duas equipes no que se refere aos seguintes conceitos: atendimento individual/atendimento de grupos,

proporção do trabalho avaliada como inovadora, fora do prescrito no protocolo. Uma diferença um pouco menos marcante, mas, também, bastante acentuada ($p = 0.055$), aparece no tocante à tensão entre projeto

terapêutico protocolar e PTS. No caso dos outros conceitos (clínica individual ou ampliada, atendimento individual ou ações no território e formação inicial ou educação permanente), as respostas das duas equipes foram menos contrastadas.

Articulando com os dados anteriores, percebe-se claramente uma diferença de modelo de atenção à saúde regendo o trabalho de cada equipe. Médicos e enfermeiros fazem um trabalho menos inovador, centrado no atendimento individual e em um projeto terapêutico protocolar, enquanto os profissionais de apoio matricial conseguem ser mais inovadores e ter mais abertura para as demandas que aparecem, baseando o trabalho deles nos atendimentos em grupo e nos PTS.

A fim de compreender o matriciamento como ação para os sujeitos que dele fazem parte, solicitou-se que ambos os grupos avaliassem sua resolutividade dentro da ESF, escolhendo entre as opções: ótimo, bom, regular e ruim. Nas respostas, o matriciamento e sua resolutividade aparecem como bons para os dois grupos, com 50% para ESF e 57,6% para o Nasf; regulares, com 40,5% para ESF e 12,1% para o Nasf; e ótimos, com 4,8% para ESF e 12,1% para o Nasf. Apenas a ESF escolheu a opção ruim, com 4,8% das respostas. Em maioria, as duas equipes responderam bom, com 53,3% das afirmações, embora a equipe do Nasf se mostre mais otimista comparativamente à equipe da ESF. Com relação à satisfação profissional, os participantes foram indagados sobre com que frequência eles saem do trabalho satisfeitos com as soluções que encontraram na sua prática profissional. Aparentemente, a satisfação é maior entre os profissionais do Nasf, uma vez que 79,4% respondem com frequência, enquanto, entre os profissionais da ESF, somente 67,4% optaram por essa resposta. Os profissionais da ESF atribuem 2,3% para a opção nunca e 23,3% para a opção raramente, e os profissionais do Nasf atribuem 17,6% para raramente. Percebe-se maior grau de exigência ou insatisfação entre médicos e enfermeiros que na equipe de apoio.

Os dados levantados confirmam as

observações de Lancman *et al.* (2012), de que os profissionais do Nasf encontram dificuldade em articular com os profissionais da ESF, considerando as metas de produtividade assistenciais às quais esses últimos estão submetidos e os processos de trabalho já estabelecidos. Os dados obtidos corroboram pesquisas anteriores, que apontam para a necessidade de uma repactuação do trabalho, passando por um rearranjo das agendas e por um redimensionamento das proporções de tempo dedicado às diversas atividades (CUNHA; CAMPOS, 2011; GONÇALVES *ET AL.*, 2015; MOLINEAVEJONAS; MENDES; AMATO, 2010; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). A dificuldade de atuar em equipe e desempenhar ações compartilhadas também foi observada por Gonçalves *et al.* (2015), que alertam para a necessidade de tempo e disponibilidade para o aprendizado.

Considerações finais

O Nasf foi criado com o objetivo de ampliar a abrangência e a resolutividade das ações da APS e de facilitar o acesso da população à assistência em saúde mais abrangente, evitando encaminhamentos a outros níveis de atenção. Entretanto, pelo que os resultados indicam, ainda não há efetividade das políticas previstas. A pesquisa permitiu afirmar que o serviço prestado pelos profissionais médicos e enfermeiros está organizado de acordo com uma agenda de consultas e reuniões bastante carregada, restando pouco tempo disponível para atividades não previstas, mas os profissionais têm o poder de adaptar sua agenda de acordo com a conveniência, com relativa autonomia, enquanto os profissionais especialistas organizam seu trabalho em função das demandas do serviço, o que retira deles, em parte, o controle sobre a organização do próprio trabalho. Ao que as análises indicam, os dois sistemas de funcionamento não estão articulados como seria teoricamente esperado. Profissionais da ESF realizam um trabalho menos inovador,

centrado no atendimento individual e em um projeto terapêutico protocolar, baseado em trocas interdisciplinares formalizadas em reuniões, ao passo que os profissionais de apoio matricial conseguem ser mais inovadores e ter mais abertura para as demandas que aparecem, baseando o trabalho nos atendimentos em grupo e nos PTS, estando mais abertos às formas de comunicação e de organização de agenda menos padronizadas.

As políticas públicas preveem que as equipes de profissionais do Nasf e das ESFs organizem seus processos de trabalho priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, valorizando a troca de saberes e a capacitação, mantendo sempre foco na integralidade, na humanização e na promoção de saúde, no território sob a responsabilidade delas.

É preciso considerar, ainda, outros fatores

que também dificultam as ações de apoio matricial, que precisariam ser debatidas e reajustadas, tais como: a elevada demanda de atendimentos e a métrica para a avaliação de produção que regula o trabalho dos médicos e enfermeiros; a formação e a experiência de cada um dos profissionais; a facilidade e/ou dificuldade de cada um deles em compartilhar algumas ações; as exigências da população do território e da gestão local; o fato de que a rede de serviços de referência do território, especificamente a de saúde, é insuficiente para responder à demanda existente, gerando sobrecarga constante em todos os níveis de atenção.

Ressalte-se que essas repactuações dependem do movimento ativo e coletivo dos atores sociais envolvidos, profissionais da saúde e população, envolvendo, também, decisões políticas e cálculos econômicos. ■

Referências

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H.; BEZERRA, R. C. R. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 783-830.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família, v.1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica*. Brasília, DF, n. 39, 2014.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde*

Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CHIAVERINI, D. H. (Org.). *et al.* *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

CUNHA, G. T. *A construção da clínica ampliada na Atenção Básica*. São Paulo: Hucitec, 2010.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Revista Saúde Soc. São Paulo*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). Portal de estatísticas do Estado de

São Paulo. *Análises e Estudos*. 2014. Disponível em: <https://www.seade.gov.br/wp-content/uploads/2014/07/spdemog_jan2014.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2016.

GONCALVES, R. M. A. *et al.* Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), *Rev. Bras. Saúde Ocup.*, São Paulo, v. 40, n. 131, p. 59-74, 2015.

GOTTEMS, L. B. D.; PIRES, M. R. G. M. Para além da atenção básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 189-198, 2009.

HIRDES, A. A perspectiva dos profissionais da atenção primária à saúde sobre o apoio matricial em Saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 371-382, 2015.

LANCMAN, S. *et al.* O processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e seus efeitos na saúde mental dos trabalhadores. *Relatório final CNPq*. São Paulo, 2012. Disponível em: <https://www.seade.gov.br/wp-content/uploads/2014/07/spdemog_jan2014.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2016.

MERHY, E. E. A organização não existe, a organização existe: uma conversa da micropolítica do trabalho, da educação permanente e da análise institucional. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. (Org.). *Análise Institucional & Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, p. 579-596, 2013.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, set./dez. 2003.

MOLINE-AVEJONAS, D. R.; MENDES, V. L. F.; AMATO, C. A. H. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 465-474, 2010.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde

da Família. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010.

OLIVEIRA, G. N. Apoio matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 273-296.

OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, Rio de Janeiro, 2015.

ROSA, W. L. R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p.1027-34, 2005.

RIZZOTTO, M. L. F. *O banco mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS*. São Paulo, 2010. 267 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2010.

RIZZOTTO, M. L. F.; CAMPOS, G. W. S. The World Bank and the Brazilian National Health System in the beginning of the 21st century. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 263-276, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000200263&lng=en&nrm=iso> . Acesso em: 7 nov. 2016.

SANTOS, R. A. B. G. *Matriciamento na Atenção Básica: estudo de equipes ESF e NASF atuando na região da Capela do Socorro-SP*, 2015. 133 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2015. Disponível em: <http://www2.unifesp.br/centros/cedess/producao/produto_tese_bx/030_bx_rosemeiresantos_produto.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2017.

TEIXEIRA, C. F. A mudança no modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. (Org.). *Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família*. Salvador:

EDUFBA, 2006. p. 19-58. (Série Sala de Aula, n. 3).
Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/f7/00>>.
Acesso em: 7 ago. 2015.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. Modelo de atenção à Saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. (Org.). *Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família*. Salvador: EDUFBA, 2006. p. 129-68. (Série Sala de Aula, n. 3). Disponível em: <[\[books.scielo.org/id/f7/03\]\(http://books.scielo.org/id/f7/03\)>. Acesso em: 7 ago. 2015.](http://</p></div><div data-bbox=)

VILLA, E. A. *et al.* As relações de poder no trabalho da Estratégia Saúde da Família. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1033-1043, out./dez. 2015.

Recebido para publicação em novembro de 2016
Versão final em junho de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve