

AMANDA CHELSKI DA MOTTA

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**APOIAR E INTERVIR: EFEITOS DE UM PROCESSO DE CONSTRUÇÃO  
PARTICIPATIVA DE UM PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA  
APOIADORES MATRICIAIS**

Brasília, Brasil

2019

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**APOIAR E INTERVIR: EFEITOS DE UM PROCESSO DE CONSTRUÇÃO  
PARTICIPATIVA DE UM PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA  
APOIADORES MATRICIAIS**

AMANDA CHELSKI DA MOTTA

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília.

**Orientadora: Profa. Dra. Dais Gonçalves Rocha**

**Coorientador: Prof. Dr. Gustavo Nunes de Oliveira**

Brasília, Brasil.

2019

AMANDA CHELSKI DA MOTTA

**APOIAR E INTERVIR: EFEITOS DE UM PROCESSO DE CONSTRUÇÃO  
PARTICIPATIVA DE UM PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA  
APOIADORES MATRICIAIS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília.

Aprovado em 09 de julho de 2019

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Dais Gonçalves Rocha (Presidente)  
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília.

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Simone Mainieri Paulon,  
Programa de Pós-graduação em Psicologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

---

Prof. Dr. Éverton Luis Pereira,  
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília.

*“(..) Estar no mundo sem fazer história, sem por ela ser feito, sem fazer cultura, sem “tratar” sua própria presença no mundo, sem sonhar, sem cantar, sem musicar, sem pintar, sem cuidar da terra, das águas, sem usar as mãos, sem esculpir, sem filosofar, sem pontos de vista sobre o mundo, sem fazer ciência, ou teologia, sem assombro em face do mistério, sem aprender, sem ensinar, sem ideias de formação, sem politizar não é possível.”*  
(Paulo Freire, 2015, p. 57)



## AGRADECIMENTOS

Aos participantes da pesquisa, meus colegas na gestão e na assistência, pela generosidade, entrega e contribuições valorosas para este trabalho e para minha vida. Sem estas contribuições este trabalho não teria sido possível.

À professora Dra. Dais Gonçalves Rocha e ao professor Dr. Gustavo Nunes de Oliveira, pela orientação e por me apresentarem à pesquisa-intervenção.

Às gestoras da Atenção Primária da Região Leste, pela liberdade que me proporcionaram para a condução da pesquisa. Obrigada pelo apoio, incentivo e compreensão Danusa Benjamin, Fabiana Binda, Raquel Vaz e Marília Franco, minhas “chefas”, mulherada potente e inspiradora.

À Carine Nied e Dyana Helena, pela generosidade, disponibilidade, apoio técnico e afetivo na condução das oficinas.

À minha mãe, Nahir, por ser uma mulher inspiradora, iluminada e que tanto me ensinou sobre autonomia; ao meu pai, Luis, por me fazer reconhecer o amor nos pequenos gestos.

Aos meus irmãos, Murilo e Leandro, pela fraternidade, por compartilhar a vida e as memórias.

Ao meu companheiro Henrique Nepomuceno, por tudo que temos construído ao longo destes anos. Pela amizade sincera e crítica generosa, pelo amor diário, pela leveza do nosso cotidiano, pelo pragmatismo que me reorganiza e por ter preenchido minha vida com música.

À professora Dra. Maria de Araújo Nepomuceno, pelo apoio afetivo e contribuições com este trabalho.

Aos colegas do samba da Tapera e do bloco “Vai quem Fica”, pela amizade, carinho, incentivo, compreensão e pelo compromisso ético-político de tomar as ruas desta cidade utopia com música, arte e acolhimento. “A gente não brinca e festeja porque a vida é mole, a turma faz isso porque a vida é dura.” (L. A. Simas)

À minha terapeuta, Manuela Monte, pelo acolhimento, incentivo e por me fazer reconhecer as minhas repetições.

Aos encontros e amigos que fiz no processo de construção do SUS: Berardo Nunan, Danusa Benjamin, Guilherme Nabuco, Sabrina Goursand, Adriano Oliveira, Bia Ruy, Maria Aléssio, Luciana Almeida, Telmara Araújo, Isabel Prado, Patrícia Olímpio,

Gianni Silva, Wenddie Dutra, Wania Carvalho e aos amigos da residência, obrigada por compartilharem comigo sonhos, projetos, angustias, lágrimas e, por serem a mão que acolhe.

Aos colegas da UBS 1 do Paranoá, das equipes do NASF da Região Leste e da rede intersetorial do Paranoá/Itapoã, pelo carinho, incentivo e sonhos compartilhados.

Aos militantes do SUS, por estarem nas trincheiras comigo.

À vida, por ter me dado tanto!

## RESUMO

Esta pesquisa objetivou analisar os efeitos de um processo de construção participativa na formulação de um plano de educação permanente em saúde (EPS) para apoiadores matriciais, com foco na qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS) em uma Região de Saúde do Distrito Federal (DF). Investigamos a interface entre o referencial teórico-metodológico do apoio matricial em saúde, as normativas para o processo de trabalho das equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Expusemos ainda o estado da arte da interface APS, NASF e EPS no DF. Utilizamos o referencial teórico-metodológico da Pesquisa-Intervenção e oficinas com trabalhadores do NASF, entrevistas com gerentes e diário de campo como procedimentos metodológicos, no período de outubro de 2018 a junho de 2019. Denominamos “apoiador candango” o profissional forjado nas entranhas do sistema de saúde distrital e que expôs, no processo, potencialidades e dificuldades de se constituir trabalhador do NASF no DF. O plano de EPS proposto contempla as demandas elencadas pelos profissionais e gestores, acrescidas das ferramentas tecnológicas do NASF na perspectiva da educação permanente em saúde. Os efeitos que puderam ser descritos indicam caminhos que poderão orientar tanto a operacionalização do plano, quanto a proposição de novas pesquisas. Apostamos que o plano de EPS que construímos coletivamente (pesquisadores-trabalhadores e gestores) poderá vir a ser um importante disparador de processos de educação, ampliando as possibilidades de diálogo e de mudanças.

Palavras-chave: Políticas Públicas em Saúde, Atenção Primária à Saúde, Educação Permanente, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Pesquisa-intervenção.

## **ABSTRACT**

This study aimed to analyze the effects of a participatory construction process in the formulation of a Permanent Health Education Plan (PHEP) for matrix supporters, focusing on the qualification of Primary Health Care (PHC) in a Health Region of the Federal District (FD). The investigation covered the interface between the theoretical and methodological reference of the matrix support in health, the norms for the work process of the Expanded Family Health Center (EFHC) and the National Policy on Permanent Health Education. It was also showed the state of the art of the interface of PHC, EFHC and PHEP in the FD. We used the theoretical-methodological reference of Intervention Research in addition to workshops with workers, interviews with managers and field diary as methodological procedures in the period of October 2018 and June 2019. The professional forged in the bowels of the district health system and who exposed, in the process, the potentialities and difficulties of becoming a EFHC worker in the FD was called "candango supporter". The proposed PHEP plan contemplates the demands of professionals and managers plus the technological tools of the EFHC in the perspective of permanent education in health.

The effects that can be described indicate ways that can guide both the operation of the plan and the proposition of new research. We argue that the PHEP we have built collectively (researchers-workers and managers) can be an important trigger for education processes, expanding the possibilities for dialogue and changes.

**Keywords:** Public Health Policies, Primary Health Care, Permanent Education, Family Health Support Center, Intervention Research.

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 Registro da atividade de aquecimento da oficina 1.....	62
Quadro 2 Conhecimentos e habilidades com domínio dos profissionais.....	98
Quadro 3 Demandas de EPS dos profissionais apoiadores do NASF.....	99
Quadro 4 Temas para compartilhamento de saberes.....	100
Quadro 5 Temas para o plano de educação permanente em saúde.....	102

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Distribuição das Regiões de Saúde do DF.....	42
Figura 2 Painel conceitual “apoio matricial”.....	64
Figura 3 Desenho conceitual de apoio matricial.....	70

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente comunitário de saúde

APS - Atenção Primária a Saúde

CAB - Cadernos de Atenção Básica

DF - Distrito Federal

DIRAPS - Diretorias Regionais de APS

EC - Educação continuada

ES - Educação em serviço

EAPSUS - Escola de Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde

ESCS - Escola Superior em Ciências da Saúde

ETESB - Escola Técnica de Brasília

EPS - Educação Permanente em Saúde

eqNASF - equipes de NASF

eqSB - equipes de saúde bucal

eqSF - equipes de saúde da família

ESF - Estratégia saúde da família

Fepecs - Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo Ampliado de Saúde da Família

NEPS - Núcleos de Educação Permanente

OS - Organizações Sociais

PDADDF - Pesquisa por Amostra de Domicílios do DF

PMAQ – AB - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB - Portaria Nacional de Atenção Básica

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade

RAS - Redes de Atenção à Saúde

RA – Regiões Administrativas

RS - Regiões de Saúde

SESDF - Secretaria de Saúde do Distrito Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS - Unidades Básicas de Saúde

PDS - Plano Distrital de Saúde

PED - Plano de Educação Permanente

PFS - Programa Família Saudável

PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente

PST - Projeto de Saúde no Território

PSC - Programa Saúde em Casa

PSF - Programa Saúde da Família

PTS - Projeto Terapêutico Singular



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>PARTE I – Educação Permanente em Saúde, Apoio Matricial e Núcleos Ampliados de Saúde da Família: reflexões sobre os referenciais teórico-metodológicos e técnicos para uma pesquisa-intervenção</b> .....	18
<b>1. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	18
1.1. Educação Permanente em Saúde: diferenciando conceitos e enfatizando pressupostos.....	18
1.2. Apoio Matricial.....	24
1.3. Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) .....	29
1.3.1. Marcos Legais.....	29
1.3.2. Dez anos de NASF.....	32
1.4. Entre Políticas: APS, NASF e EPS no DF.....	42
1.5. A pesquisa-intervenção.....	48
1.6. Eu, gestora-apoiadora-pesquisadora.....	54
<b>PARTE II – Pesquisa-intervenção no SUS do Distrito Federal: O relato de uma prática com equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família</b> .....	57
<b>2. OBJETIVOS DA PESQUISA</b> .....	57
2.1. Objetivo Geral.....	57
2.2. Objetivos Específicos.....	57
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	58
3.1. Natureza do Estudo.....	58
3.2. Participantes da Pesquisa.....	58
3.3. Caminho Metodológico.....	59
3.4. Aspectos Éticos.....	61
<b>4. RESULTADOS e DISCUSSÃO</b> .....	62
4.1. Concepções e expectativas sobre apoio matricial.....	64
4.1.1. O que eu entendo e falo sobre apoio matricial.....	64
4.1.1.1. A Dimensão do compartilhamento.....	65
4.1.1.2. A Dimensão relacional.....	67

4.1.1.3. A Dimensão pedagógica.....	68
4.1.1.4. A Dimensão da integralidade.....	69
4.2. O que os outros entendem e dizem sobre apoio matricial.....	71
4.3. Impasses e potências para o exercício do apoio matricial.....	73
4.3.1. Limites e possibilidades do trabalho em equipe.....	73
4.3.2. Limites e possibilidades relacionadas à gestão e organização do processo de trabalho.....	79
4.4. Demandas de educação permanente em saúde.....	97
<b>5. A FORMAÇÃO DO APOIADOR CANDANGO.....</b>	<b>104</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>112</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>122</b>
<b>8. APÊNDICES.....</b>	<b>129</b>
8.1. Apêndice 1 – Plano de Educação Permanente em saúde para profissionais do Núcleo Ampliados de Saúde da Família (NASF) do Distrito Federal.....	129
8.2. Apêndice 2 – Guia da Oficina 1.....	151
8.3. Apêndice 3 – Guia da Oficina 2.....	155
8.4. Apêndice 4 – Roteiro das entrevistas semiestruturadas.....	158
8.5. Apêndice 5 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participantes das oficinas.....	160
8.6. Apêndice 6 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participantes das entrevistas.....	162
<b>9. ANEXOS.....</b>	<b>164</b>
9.1. Anexo 1 – Parecer do comitê de ética da Universidade de Brasília.....	164
9.2. Anexo 2 – Parecer do comitê de ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (Fepecs) .....	176

## INTRODUÇÃO

Trinta anos após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), são inegáveis os avanços alcançados no que se refere à expansão da rede assistencial, à legislação que orienta a organização do sistema e ao aumento da cobertura na Atenção Primária à Saúde (APS), com o advento da Estratégia de Saúde da Família (ESF). (Paim, 2018; Pinto e Giovanella, 2018) Ainda assim, persistem muitos problemas e grandes desafios, podendo-se dizer que a consolidação do SUS é um processo em curso.

A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenhou um importante papel na ampliação de acesso aos serviços de saúde. No entanto, a amplitude das ações que devem ser desenvolvidas – capacidade de responder às necessidades de saúde da população, tendo em perspectiva aspectos sociais, demográficos, epidemiológicos, subjetivos e culturais –, num campo permanentemente em disputas, exige dos profissionais e gestores competências técnicas, de gestão, subjetivas e culturais. (Giovanella, 2018)

Neste sentido, um dos desafios mais prementes do SUS é aquele que diz respeito à necessidade de transformação das práticas em saúde e, conseqüentemente, de formação. O enfrentamento do modelo biomédico hegemônico de atenção à saúde não se dá apenas na disputa de narrativas, sendo necessário que se transformem as práticas e que destas se transformem também as narrativas. E para que isso ocorra é fundamental que repensemos a formação dos profissionais, cabendo destacar que, não raro, os de saúde são formados para exercer ações de controle, disciplina e regulação da população, desconsiderando as singularidades dos sujeitos e das comunidades. Assim, não se produz cuidado em saúde, mas medicalização dos problemas sociais e, em última instância, da vida. (Motta e Carvalho, 2015)

Há uma clara tendência nos serviços de saúde, de produção de intervenções que buscam moldar a vida, limitar a autonomia e coisificar os sujeitos. Starfield alerta que, especialmente no contexto da APS, ignorar a dimensão política, cultural e histórica dos sujeitos e comunidades, limitando-se ao cuidado técnico dos diagnósticos e intervenções, nos leva à fragmentação do cuidado e à produção de uma assistência descontextualizada e, portanto, pouco resolutiva. (Starfield, 2002)

Em 2004, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Ela estabeleceu as bases de uma política pública de educação para os profissionais do SUS e no SUS, orientando que as práticas educativas deveriam ter compromisso com um modelo de educação tecnicamente eficiente e

comprometida com a consolidação do SUS. Deste modo, a educação permanente em saúde expressa um referencial político-pedagógico. (Emerich e Onocko-Campos, 2019; Pinheiro, Azambuja e Bonamigo, 2018; Ceccim, 2008; Ceccim e Feuerwerker, 2004)

As diretrizes da EPS orientam que os processos formativos devem acontecer no serviço, orientados para o serviço, incorporando gestores, trabalhadores, ensino e controle social na sua formulação, operacionalização e avaliação. (Ceccim e Feuerwerker, 2004) Assim, pressupõe intenso diálogo e compartilhamento com a rede de saberes, apostando na potência dos encontros para a formação dos profissionais do SUS. Dentre as múltiplas possibilidades de encontro para a emergência de processos de EPS, a nós nos interessa nesta pesquisa analisar o dispositivo apoio matricial.

O apoio matricial é um arranjo organizacional e também uma metodologia de trabalho. (Campos, 2000) O apoio matricial prevê que profissionais apoiadores assegurem retaguarda especializada para as equipes apoiadas, mediante duas dimensões: a dimensão clínico-assistencial e a dimensão técnico-pedagógica. (Cunha e Campos, 2011; Campos e Domitti, 2007) Desde 2008, o Ministério da Saúde (MS) induz política e financeiramente práticas de apoio matricial por meio da implantação de equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que desenvolvem seu trabalho, segundo o referencial teórico-metodológico do apoio matricial e o das equipes de referência. (BRASIL, 2008)

Embora o apoio matricial apresente robustez teórico-metodológica, algumas pesquisas vêm demonstrando que a operacionalização do apoio enfrenta desafios nas equipes NASF. (Silva et al, 2019; Nascimento et al., 2018; Bispo Jr e Moreira, 2018; Maffissoni et al, 2018; Klein e d'Oliveira, 2017; Tesser, 2017; Bispo Jr e Moreira, 2017; Souza e Calvo, 2016; Lancman, 2013; Silva et al, 2012)

Um dos principais desafios apontados pelos estudos diz respeito à formação para atuação como apoiador matricial. Oliveira e Campos demonstram que as diretrizes para a formação dos trabalhadores que operam com o apoio matricial ainda não estão definidas e, portanto, este é um contexto em processo de construção. (Oliveira e Campos, 2017) Assim, essa pesquisa nasceu da experiência e percepção da pesquisadora sobre a necessidade de formular estratégias para a formação dos apoiadores matriciais que atuam em equipes NASF no DF.

Para o desenvolvimento da pesquisa utilizou-se do referencial teórico-metodológico da pesquisa-intervenção. O desenho metodológico deste tipo de pesquisa exige a composição de dois planos: o interventivo e o de análise (L'Abbate, 2012) Seguindo este referencial, as intervenções elaboradas para esta pesquisa foram *oficinas e entrevistas semiestruturadas*.

As oficinas tiveram como participantes profissionais apoiadores matriciais que atuam em equipes NASF e as entrevistas foram conduzidas com os gestores dos serviços nos quais estes profissionais atuam. Ainda, fizemos uso de *diário de campo*. *O plano de análise foi composto pelos analisadores produzidos no decorrer da pesquisa. Este foi composto ainda pela análise de implicação da pesquisadora, permitindo evidenciar suas implicações com o campo estudado, tratando-se, portanto, de uma pesquisa implicada com uma pesquisadora implicada.*

Estudos vêm sendo conduzidos explorando a interface entre a pesquisa-intervenção e as práticas de educação permanente em saúde (EPS). Eles demonstram que a pesquisa-intervenção é um referencial metodológico potente para propor, acompanhar, avaliar e validar os processos de EPS desenvolvidos no cotidiano dos serviços de saúde. Martino relata que os serviços de saúde brasileiros são receptivos às experiências de pesquisa-intervenção-formação, salientando que estas experiências, viabilizadas por esta proposta metodológica, conferem materialidade à educação permanente. (Martino, 2016)

Por meio deste entendimento, esta pesquisa-intervenção se originou e seguiu as trilhas da EPS para a *elaboração de um plano de EPS para trabalhadores do NASF*. As intervenções propostas *não buscaram apenas produzir dados para a pesquisa ou levantar dados* de uma determinada realidade, *mas, sobretudo, produzir análises coletivas* sobre o contexto de atuação das equipes NASF, possibilitando a *emergência de entendimentos cristalizados, abrindo, simultaneamente, espaço para ressignificações e criação*. Logo, os resultados que serão apresentados refletem o entendimento de um coletivo sobre seu contexto e, também, os efeitos e os afetos que puderam ser vividos ao longo da pesquisa. *Assim, esta pesquisa-intervenção se constitui em um espaço entre fazeres e saberes.*

## **PARTE I**

### **Educação Permanente em Saúde, Apoio Matricial e Núcleos Ampliados de Saúde da Família: reflexões sobre os referenciais teórico-metodológicos e técnicos para uma pesquisa-intervenção.**

#### **1. REFERENCIAL TEÓRICO**

##### **1.1. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: diferenciando conceitos e enfatizando pressupostos.**

O Parte I desta pesquisa visa expor os referenciais teóricos e metodológicos que discutimos nesta pesquisa. Assim, expomos a interface entre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), mais especificamente as orientações, normativas e experiências relacionada às equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e o referencial teórico- metodológico do apoio matricial em saúde. Também apresentamos o estado da arte da interface APS, NASF e EPS no Distrito Federal e, por fim, apresentamos o referencial metodológico da Pesquisa-Intervenção e a análise de implicação desta pesquisadora com o campo pesquisado.

Reflexões em relação ao modo como são formados os profissionais de saúde são constantes entre teóricos do campo, professores, gestores e estudantes da área da saúde. Este é um debate que se atualiza e reatualiza diante das dificuldades de construir um sistema de saúde universal, igualitário, resolutivo e com relações humanizadas. (Motta e Carvalho, 2015) O movimento da Reforma Sanitária questionou a formação dos profissionais de saúde, destacando a necessidade de formar profissionais que consigam ofertar cuidado integral às populações, de acordo com as necessidades loco-regionais e epidemiológicas. (Motta e Carvalho, 2015) Para o movimento reformista, as necessidades coletivas de saúde deveriam pautar a formação dos profissionais, tanto que o texto constitucional brasileiro inclui no artigo 200, inciso III, que cabe ao SUS “(..) ordenar a formação dos recursos humanos. ” (BRASIL, 1988)

No decorrer dos últimos anos, diferentes iniciativas pedagógicas foram propostas para o aprimoramento das habilidades e núcleos de saberes dos profissionais de saúde com intuito de qualificar as práticas de saúde, tais como: treinamentos, capacitações e ações educativas denominadas genericamente de educação continuada (EC). A maioria dessas

iniciativas repete a fórmula pedagógica que predomina nos cursos de graduação e pós-graduação, isto é, o modelo escolar tradicional assentado na transmissão de conhecimentos, verticalização das relações, fragmentação e especialização do saber e pouco contato com a realidade. (Motta e Carvalho, 2015)

A principal crítica a essas ações educativas diz respeito ao fato de o conhecimento descontextualizado gerar um distanciamento entre conteúdos teóricos e as reais necessidades dos profissionais e serviços. (Figueiredo, 2012) Sem conseguir produzir respostas aos problemas vividos no cotidiano dos serviços, a educação perde potência e cai na descrença. (Figueiredo, 2012) Vários autores vêm questionando a formação tecnicista baseada em conteúdos teóricos que ainda é o modelo de grande parte dos cursos de graduação e pós-graduação em saúde. Eles desafiam a pensar em processos formativos que permitam o desenvolvimento contínuo dos profissionais, haja vista que não basta apenas dominar as técnicas e os conteúdos teóricos, uma vez que os processos de trabalho em saúde exigem inúmeras outras habilidades dos profissionais. (Fernandes et al, 2003; Ceccim e Feuerwerker, 2004)

No intuito de superar o desafio da formação dos profissionais para o SUS e no SUS, o Ministério da Saúde (MS) propôs a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída em 2004 pela Portaria nº 198/GM/MS, revisitada em 2009. Por meio dela, dá-se uma indução técnico-política-financeira para a transformação das práticas, privilegiando o uso de ferramentas educacionais que fomentem uma atuação crítica, reflexiva, compromissada e tecnicamente eficiente, que incorpora o respeito às características regionais e às necessidades específicas de formação dos profissionais. (BRASIL, 2009)

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é resultado de um amplo processo de reflexão sobre o campo do ensino e qualificação dos profissionais da saúde. A EPS tem como pressuposto pedagógico a aprendizagem significativa, isto é, a aprendizagem precisa fazer sentido para os sujeitos de forma que os processos de ensino-aprendizagem sejam estruturados a partir da problematização do cotidiano. Neste sentido, a educação permanente em saúde não expressa apenas uma opção didático-pedagógica, mas também uma opção político-pedagógica. (Emerich e Onocko-Campos, 2019; Pinheiro, Azambuja e Bonamigo, 2018; Ceccim, 2008; Ceccim e Feuerwerker, 2004)

A EPS tem como inspiração a pedagogia crítica e libertadora de Paulo Freire. (Freire, 2015; Sardinha Peixoto et al, 2013) Ela propõe uma Educação produtora de autonomia, de valorização do conhecimento prévio, de horizontalidade nas relações, sejam essas entre

professor-aluno, aluno-aluno, com a organização de rodas que favoreçam o diálogo na perspectiva da transformação social. Nesse contexto, a PNEPS compreende os espaços de trabalho como espaços de educação forjados na realidade e nas necessidades dos profissionais e serviços. A metodologia da problematização permite um deslocamento das ações educativas tradicionais em direção a ofertas contextualizadas política e pedagogicamente. (Motta e Carvalho, 2015)

Embora a PNEPS defina um conceito de EPS, não há na literatura um consenso em relação aos conceitos de EPS, EC e educação em serviço (ES), quando comparados. (Sardinha Peixoto et al, 2013) De modo geral, a EC “(..) destina-se ao desenvolvimento de habilidades, para uma mudança de atitude e comportamentos cognitivos, afetivos e psicomotores”. (Sardinha Peixoto et al, 2013, p. 336) Já a EPS inclui o desenvolvimento das habilidades previstas na EC e vai além, propondo-se a ampliar a formação dos sujeitos em busca do desenvolvimento da autonomia e da capacidade de aprender a aprender, desenvolvendo assim competências pessoais, profissionais e sociais. (Sardinha Peixoto et al, 2013)

O conceito de ES ainda é pouco utilizado na literatura e está intimamente relacionado à ideia de que as ações educativas devem ocorrer nos espaços de trabalho de forma que os profissionais consigam relacionar o conhecimento com sua prática cotidiana. Desta forma, embora conceitualmente possa apontar diferenças entre os conceitos, estes podem ser compreendidos como complementares e não excludentes. (Sardinha Peixoto et al, 2013)

Ceccim ressalta a importância da articulação entre ensino, trabalho e cidadania, o reconhecimento do eixo da integralidade e a implicação dos usuários nas ações de EPS. Para o autor, a EPS não deve ser vista apenas como um meio para a qualificação dos profissionais. Antes disso, ela tem um objetivo em si mesma, qual seja, o reconhecimento e a valorização dos saberes dos sujeitos. O autor destaca também a necessidade de haver uma reforma universitária, a fim de fortalecer a reforma sanitária. Afirma ser necessário que as universidades tomem para si essa concepção político-pedagógica, pela realização de uma formação profissional baseada na reflexão crítica sobre o mundo, na problematização e no reconhecimento de que todos são sujeitos de saber e, portanto, pólos ativos em qualquer proposta de ensino. (Ceccim, 2008)

Assim, pode-se afirmar que o conhecimento técnico é apenas uma dimensão da formação dos profissionais e, portanto, outras dimensões devem ser agregadas como a “(..) produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS. ” (Ceccim e Feuerwerker, 2004, p. 43) A EPS faz uma orientação



objetiva para os processos formativos no SUS que devem tomar o espaço de trabalho como espaços de aprendizagem. Nessa perspectiva, pensa-se, com alguns autores, que “(..) os espaços e momentos cotidianos de atenção (e também da gestão) em saúde constituem-se como cenas de ensino-aprendizagem em que atuam pedagogias terapêuticas, pedagogias organizacionais, pedagogias corporais”. (Meyer, Félix e Vasconcelos, 2013, p. 863)

Neste sentido, os espaços de trabalho podem ser compreendidos como espaços de produção coletiva de subjetividades, já que todos que compartilham deles afetam e são afetados pelas cenas que habitam aquele cotidiano, pela cultura do local e pelas relações que ali são estabelecidas. Porém, esta compreensão de que os espaços de trabalho são espaços também de educação, por vezes, não é compartilhada entre os trabalhadores de saúde. (Bispo Jr e Moreira, 2017; Ceccim, 2018) Persiste ainda uma concepção entre alguns trabalhadores de que a formação e o desenvolvimento profissional devem acontecer por meio de cursos, treinamentos e capacitações realizadas em espaços externos aos serviços com expressiva valorização dos conhecimentos especializados transmitidos por especialistas. (Bispo Jr e Moreira, 2017)

Para Ceccim, é preciso pensar em estratégias de educação dos profissionais de saúde que privilegiem mais a composição e menos a fragmentação.

“Este é um lugar precípuo à educação permanente em saúde por conexão com o andar do trabalho e pela não segregação entre espaço de formação e espaço de trabalho. Todavia, a baixa familiaridade com essa potência torna difícil sua apropriação no cotidiano das práticas.” (Ceccim, 2018, p. 1747)

Neste sentido, um dos desafios para a efetivação da PNEPS e das práticas de EPS está na superação do modelo tradicional bancário, apostando em propostas pedagógicas que tenham como protagonista o cotidiano dos serviços e os trabalhadores. (Pinheiro, Azambuja e Bonamigo, 2018) Bispo Jr e Moreira apontam que a formação dos profissionais que atuam no SUS “(..) deveria ter como propósito principal a transformação das práxis e dos sistemas de saúde”. (Bispo Jr e Moreira, 2017, p. 8) Porém, não raro, as propostas pedagógicas ofertadas e/ou demandadas pelos trabalhadores buscam formar executores de procedimentos, “(..) pouco comprometidos com o SUS e com as transformações sociais.” (Bispo Jr e Moreira, 2017, p. 8)

Com intuito de superar essa visão reducionista, a EPS orienta a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Elas são compreendidas como potentes ao ampliarem as possibilidades de diálogo e reflexão, permitindo assim maior participação dos trabalhadores e uma aprendizagem mais significativa. Nesta perspectiva, na EPS é necessário definir um método que possibilite ao sujeito o exercício de sua condição de

construtor do próprio conhecimento e não o papel de mero receptor de informações. (Pinheiro, Azambuja e Bonamigo, 2018)

Para Emerich e Onocko-Campos, a “(..) aposta em metodologias ativas pode potencializar a aprendizagem significativa e pressupõe a existência de gestão democrática para que tais metodologias sejam operacionalizadas.” (Emerich e Onocko-Campos, 2019, p. 3) Assim, aposta-se naquilo que Ceccim e Feuerwerker denominaram de “quadrilátero da formação”, isto é, a inclusão de trabalhadores – gestores – ensino e controle social. Para os autores, a formação em saúde pressupõe a interação destas quatro instâncias, produzindo, assim, uma formação capaz de dar uma resposta social ampliada, democrática e condizente com as necessidades da população. (Ceccim e Feuerwerker, 2004)

A EPS orienta, ainda, que as práticas educativas incluam as equipes multiprofissionais, fomentando práticas dialógicas que ampliem as possibilidades de análise, reflexão e mudanças nos processos de trabalho das equipes multiprofissionais em direção a práticas interdisciplinares. (Pinheiro, Azambuja e Bonamigo, 2018; Ceccim, 2018) Apesar de toda a orientação conceitual e normativa existente sobre a EPS, há ainda dificuldades para a instituição da EPS como política de qualificação dos trabalhadores do SUS nos estados e municípios brasileiros. (Bispo Jr e Moreira, 2017)

Pinheiro, Azambuja e Bonamigo, em estudo realizado com equipes de saúde da família (eqSF), demonstraram que a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, ações que privilegiam a integração da equipe, planejamento e apoio da gestão são considerados fatores que facilitam a incorporação da EPS nos serviços de saúde. No entanto, outros fatores foram vistos como dificultadores para a implantação de práticas de EPS. Dentre eles, os autores destacam: a baixa adesão dos profissionais, a sobrecarga de trabalho, a precariedade da infraestrutura, a dificuldade de compreender as metodologias utilizadas e a desvalorização de alguns saberes em contraponto à supervalorização do conhecimento biomédico. (Pinheiro, Azambuja e Bonamigo, 2018)

Embora a superação destes fatores não seja simples, haja vista que demandam a articulação de vários atores envolvidos na atenção, na gestão e no ensino, autores apontam que um caminho possível é apostar na capacidade inventiva e criativa dos sujeitos. Desta forma, entende-se que os serviços de saúde são compostos por trabalhadores que não apenas reproduzem técnicas e aplicam conhecimentos, mas por sujeitos que produzem e criam outras possibilidades para o seu fazer. Desta forma, há uma aposta em uma “(..) micropolítica do cotidiano.” (Meyer, Félix e Vasconcelos, 2013, p. 866)

Para Ceccim, o caminho para a qualificação dos profissionais de saúde deveria compreender o movimento entre a forma e a formação. Os processos de formação devem ser compreendidos como movimento, nos quais interessa mais as “forças formadoras” do que as “formas finais”. “A representação ou a forma enfraquece o movimento e a profundidade, por isso, há necessidade de manter viva a formação, o aprender.” (Ceccim, 2018, p. 1747)

Emerich e Onocko-Campos apostam que os processos formativos no SUS devem ser construídos na interface entre três eixos: do sujeito, do coletivo e da instituição. O eixo dos sujeitos deve contemplar o estudo dos conteúdos teóricos (aulas, seminários, supervisões etc), contemplando também a inclusão do controle social como espaço formativo, numa perspectiva de engajamento político dos atores do SUS. Para esses autores a formação dos trabalhadores deverá mobilizar e transformar aspectos da subjetividade, porém sempre num desenho metodológico que passe pelo dispositivo grupal. (Emerich e Onocko-Campos, 2019)

O eixo da instituição reconhece a interdependência entre sujeito e instituição, tanto que ao mudar sujeitos reconhece necessário, e simultaneamente, que haverá mudança institucional e vice-versa. Assim, tais autores sustentam a necessidade de criar estratégias formativas que ajudem os profissionais a ampliar sua capacidade de compreensão das entranhas institucionais, bem como a necessidade de se reconhecerem como parte integrante da complexidade institucional. (Emerich e Onocko-Campos, 2019)

Já o eixo coletivo diz respeito à necessidade de elaborar processos formativos nos quais haja protagonismo dos coletivos, ampliando a capacidade de negociação entre profissionais e gestores. Desse modo, amplia-se o contato dos profissionais com as diversas possibilidades de perceber e lidar com as questões que afetam os serviços, num processo de construção identitária das práticas contextualizadas nos territórios. (Emerich e Onocko-Campos, 2019)

Desse modo, pode-se afirmar que a formação dos profissionais de saúde exige diálogo com a rede de saberes e experiências que se produzem nos serviços e nas instituições de ensino. Na potência dos encontros abre-se espaço para produção de sujeitos e de cuidado. Neste contexto, o apoio matricial é um dos dispositivos que permite a vivência do encontro mediante o diálogo de saberes.

## 1.2. APOIO MATRICIAL

Com o intuito de enfrentar a fragmentação no cuidado e qualificar a atenção e a gestão, arranjos organizacionais e referências teórico e metodológicas foram propostos como meios de aperfeiçoar o processo de trabalho nos serviços de saúde, entre eles: o Método Paidéia ou Método da Roda (Campos, 2003); o apoio matricial (Campos, 1999); e o apoio institucional. (Campos, 2005)

O Método Paidéia objetiva apoiar as equipes na construção de objetos de investimento relacionados com a produção de valores de uso, atenuando assim o grau de alienação no trabalho e estimulando a ligação dos profissionais com sua obra. (Figueiredo, 2012) Ele é uma construção teórica e metodológica que articula conhecimentos da área da psicanálise, da pedagogia e da análise institucional. Essa metodologia visa aumentar a capacidade dos sujeitos de analisar o mundo e a si mesmos nas instituições e, portanto, constitui-se numa tarefa política:

“(..) ao trabalhar em equipe, ao conviver em movimentos sociais, ao integrar organizações como trabalhador, usuário ou aluno, estar-se-á necessariamente diante da tarefa de fazer política. (..) a ampliação da capacidade de análise e de intervenção dos sujeitos aumenta quando conseguem lidar com redes de poder, com conflitos, com alianças e composição de interesses.” (Eidelwein, 2014, p. 44)

Enquanto o apoio matricial busca diminuir a fragmentação dos saberes e das práticas de cuidado pelo compartilhamento dos núcleos de conhecimentos das diferentes categorias profissionais, apostando na interdisciplinaridade para o cuidado integral, o apoio institucional é entendido como uma reformulação nos modos tradicionais de se fazer gestão, fomentando e acompanhando os processos de mudança inevitáveis nas organizações e nas pessoas pelos movimentos produzidos por coletivos organizados. (Campos, 2003; Oliveira, 2011; Sobrinho, 2014; Campos et al, 2017) Assim, “(..) cabe reforçar a distinção entre o apoio matricial - que trata de conhecimentos ou tecnologias específicas -, e apoio institucional, relacionado à inovação e suporte aos coletivos.” (Paulon, Pasche e Righi, 2014)

Tanto o apoio matricial como o apoio institucional são modalidades da “função apoio”. A “função apoio” aposta na inseparabilidade entre clínica e gestão, teoria e prática, ação e reflexão e na compreensão de que a todo tempo os sujeitos e organizações estão sendo afetados pelas relações de poder, saber e afetos. (Oliveira, 2011)

Em que pese a estreita relação entre as modalidades da função apoio, interessa a esta pesquisa a função apoio matricial, que tem como objetivo assegurar retaguarda especializada para profissionais e equipes de referência nos serviços de saúde. (Campos e Domitti, 2007)

Estes autores apostam na possibilidade de que a metodologia do apoio matricial pode ser operada de forma complementar ao sistema de referência e contrarreferência, centros de regulação e protocolos.

A metodologia do apoio matricial prevê a existência de equipes/profissionais de referência e equipes/profissionais que atuam como apoiadores matriciais. As equipes de referência, multiprofissionais, são as que têm a responsabilidade de conduzir os casos, sejam eles individuais, familiares ou comunitários. Estas equipes devem ter vínculo com as pessoas atendidas e prover cuidado de forma longitudinal. As equipes de apoio, também multiprofissionais, são responsáveis por assegurar retaguarda especializada para as equipes de referência. A organização da retaguarda referida prevê que sejam partilhadas ações tanto de retaguarda assistencial quanto de suporte técnico-pedagógico. (Campos e Domitti, 2007)

Sendo assim, a organização dos serviços baseados em equipes de referência e equipes de apoio pode ser compreendida tanto como um arranjo organizacional, quanto como uma metodologia para organização e gestão do trabalho. “Objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões.” (Cunha e Campos, 2011, p. 965)

O termo “apoio” vem do Método Paidéia, que propõe uma metodologia que sugere uma maneira de operar relações horizontais por intermédio da construção de várias linhas de transversalidade. Já o termo matricial vem do campo da administração e aposta na organização de estruturas matriciais nas organizações, tanto que o

“(.) emprego deste nome – matricial – indica essa possibilidade, a de sugerir que profissionais de referência e especialistas mantenham uma relação horizontal, e não apenas vertical como recomenda a tradição dos serviços de saúde.” (Campos e Domitti, 2007, p. 402)

Neste sentido, há, em alguma medida, a intencionalidade de alterar a forma tradicional de organização dos serviços de saúde, e como as equipes e profissionais de saúde operam suas práticas. Essa mudança aposta na capacidade de este arranjo organizacional promover uma maior integração entre equipes e profissionais, deslocando o poder institucional das mãos das categorias profissionais para a gestão de uma equipe multiprofissional, com atuação interdisciplinar. Neste contexto, equipes e profissionais de apoio e referência deveriam juntos construir diretrizes clínicas e sanitárias, definir com clareza a responsabilidade de cada equipe/profissional, atuar com base em adscrição de clientela, conhecer as vulnerabilidades do território e da população sob sua responsabilidade,

e fazer a gestão de riscos desta população, promovendo cuidado em saúde de forma integral. (Campos e Domitti, 2007)

Desse modo, os apoiadores matriciais são especialistas em seu núcleo de conhecimento, devendo, a partir de definição de critérios com a equipe de referência (responsável pela coordenação do caso), promover suporte técnico-pedagógico, assim como assistencial, às equipes de referência e usuários dos serviços de saúde.

Dois conceitos são especialmente importantes na proposta do apoio matricial – campo e núcleo, pois estes conceitos reforçam o caráter interdisciplinar da proposta, sem negar as especificidades das profissões. O “núcleo” é o conhecimento, o saber, as tecnologias e as práticas específicas de cada profissão, sendo o que conforma a identidade profissional, as atribuições e responsabilidades assumidas em nome de uma profissão. Já o “campo” é esse espaço de intersecção entre o conhecimento e a prática, aquele limite permeável que aceita a convivência e, por vezes, a sobreposição de ações e teorias. No espaço do “campo”, várias profissões e profissionais podem operar. (Motta e Carvalho, 2015; Figueiredo, 2012)

Assim temos, por exemplo, o campo da saúde mental. Nele, médicos de diversas especialidades, psicólogos, equipes de enfermagem, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas de práticas integrativas e complementares, todos estes e tantos outros, podem operar nos espaços deste campo. É nesta intersecção que ocorrem o diálogo e as pactuações.

Conforme foi mencionado, a proposta do apoio matricial sugere que os “matriciadores” poderão apoiar as equipes/profissionais de duas formas: ora promovendo um suporte técnico-pedagógico, ora fazendo a assistência direta ao usuário. Campos e Domitti orientam que apoiadores e equipes de referência tenham encontros periódicos, pactuação de acionamento do apoio em casos de urgência, realização de intervenções conjuntas (referência e apoiador) para indivíduo, família ou grupos, espaços de discussão de casos e educação permanente, bem como a assistência direta do apoiador para os usuários. (Campos e Domitti, 2007)

Enquanto o apoio clínico-assistencial é aquele realizado diretamente pelo apoiador, podendo ocorrer tanto no atendimento direto do apoiador ao usuário como nos atendimentos compartilhados entre apoiador e profissional referência, o apoio técnico-pedagógico pressupõe um suporte com caráter educativo, podendo acontecer pelas discussões de caso, grupos de discussão, leitura e debates de textos e protocolos, discussão de instrumentos e técnicas, entre outros. A aposta da metodologia do apoio assenta-se no compartilhamento de saberes, contribuindo para aumentar a resolutividade das equipes de referência, à medida

que incorporam conhecimentos, técnicas e instrumentos de outros núcleos de saberes. Além disso, tendo-se em vista o caráter horizontal e dialógico das relações entre apoiador e referência, aposta-se também na ampliação dos conhecimentos do apoiador.

Em que pese a divisão didática para explicar essas duas dimensões do apoio matricial, espera-se que, na prática, essas duas dimensões interfiram-se mutuamente. Ao atenderem conjuntamente um caso de saúde mental, por exemplo, apoiador e referência, além de prestarem assistência direta ao usuário, devem aproveitar essa ação para trocar saberes, com o intuito de terem mais autonomia para doravante conduzir casos semelhantes. Logo, este arranjo organizacional com equipes de referência e equipe de apoio matricial pretende: racionalizar o acesso, integrar conhecimento dos profissionais e compartilhar poder. (Campos e Domitti, 2007) Em relação a este compartilhamento, Cunha e Campos afirmam que:

“(..) as relações entre grupos, corporações, gestores e usuários dentro da organização têm sempre uma dimensão irreduzivelmente política, o que significa dizer que o tema da democracia organizacional e da cogestão são fundamentais para a proposta de Equipe de Referência e Apoio Matricial.” (Cunha e Campos, 2011, p. 966)

Assim, para que o apoio matricial ocorra é necessário que as instituições tenham algum espaço para o exercício da gestão compartilhada, isto é, o apoio matricial ganha potência quando o poder é compartilhado. Além disso, é necessária uma mudança importante na mentalidade dos profissionais que operam em arranjos deste tipo, haja vista que os profissionais são formados quase que exclusivamente para atuarem apenas em seu núcleo de conhecimento e, não raro, têm sua subjetividade forjada também a partir da sua identidade profissional. Portanto, operar nesta lógica exige também, além das competências e habilidades próprias do seu núcleo profissional, fundamentais para que o profissional seja um apoiador que aumentará o grau de resolutividade e autonomia das equipes de referência, competências e habilidades para o trabalho em equipe, para aprender e ensinar, para conhecer, enfim, para ampliar sua racionalidade e visão de mundo.

Neste sentido, Cunha e Campos apontam alguns obstáculos estruturais ao exercício do apoio matricial, afirmando que eles estariam ligados à forma tradicional de organização das instituições, dificultando assim o estabelecimento de um modo de agir interdisciplinar e dialógico. Aqui as instituições podem ser compreendidas como organizações nas quais o trabalho em saúde se desenvolve quanto à forma e quanto ao modo como as profissões se organizam. Os autores sugerem que a especialização do trabalho, as gestões verticalizadas e autoritárias, a baixa integração entre as diferentes profissões e serviços de saúde dificultam e até mesmo impedem que o arranjo do apoio matricial aconteça. (Cunha e Campos, 2011)

Outro obstáculo está ligado à própria implantação parcial do SUS, o que por sua vez acarreta excesso de demanda, subfinanciamento e carência de recursos. Autores ressaltam que o apoio matricial poderia auxiliar na racionalização dos recursos, na medida em que promovem maior integração assistencial e técnica entre os profissionais, utilizando os recursos do sistema de forma mais custo-efetiva. (Tesser e Poli-Neto, 2017; Cunha e Campos, 2011)

Os autores mencionam também o obstáculo político e comunicacional que dependem, para sua solução, do estabelecimento de espaços de cogestão e compartilhamento de poder; e o obstáculo subjetivo e cultural, intimamente ligado à capacidade dos profissionais no que se refere ao desenvolvimento de habilidades para o trabalho interdisciplinar. Todavia, os autores assinalam que, não raro, o que se encontra nos serviços é a presença de profissionais apegados às suas identidades profissionais, com pouca disponibilidade para o trabalho multiprofissional e interdisciplinar. (Cunha e Campos, 2011)

Além dos obstáculos referidos, há os obstáculos éticos, isto é, aqueles que reconfiguram a discussão sobre o sigilo dos pacientes. O trabalho em equipe muda a circularidade da informação entre os profissionais, já que passarão a discutir os casos coletivamente e usarão prontuários únicos, entre outros procedimentos. Assim, é necessária uma reflexão dos profissionais de saúde sobre as relações éticas entre profissionais e destes com os usuários. E, por fim, existe o obstáculo epistemológico, que pressupõe a adesão a um novo paradigma, “(..) que pense o processo saúde, doença e intervenção de modo mais complexo e dinâmico.” (Cunha e Campos, 2011, p. 405)

Em que pesem estes inúmeros obstáculos, existem muitas experiências de apoio matricial em curso no país, provocando e convidando pesquisadores e demais profissionais da saúde a refletirem tanto sobre o método, quanto sobre as limitações e potencialidades deste arranjo organizacional e dispositivo para operar cuidado em saúde. As primeiras experiências de apoio matricial ocorreram a partir de 1989 em Campinas-SP, em serviços de saúde mental. (Cunha e Campos, 2011). A partir delas, outras foram sendo implementadas em serviços de saúde de diversos níveis de atenção.

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde (MS) passou a induzir práticas de apoio matricial por meio de publicação de legislações específicas, como também de financiamento de equipes que operam com a lógica do apoio matricial. Em 2008, o MS publicou a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, publicada em 04 de março de 2008, instituindo as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (eqNASF), orientando-as a trabalhar segundo o referencial teórico-metodológico do apoio matricial e equipes de referência.



(BRASIL, 2008) Melo e colaboradores (2018) relatam que o processo de implantação das eqNASF foi acompanhado com otimismo pela possibilidade de fortalecimento da APS com a incorporação de novas práticas, embora tenham mencionado, também, a dificuldade de traduzir a lógica de trabalho centrada no apoio matricial.

### **1.3. NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)**

#### **1.3.1. Marcos legais**

O artigo 1º da Portaria GM nº 154/2008 cria os NASF com o objetivo de “(..) ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.” (BRASIL, 2008)

Esta mesma portaria definia que os NASF constituíam-se em equipes multiprofissionais, com atuação interdisciplinar, compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento: médico acupunturista; assistente social; profissional da educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra e terapeuta ocupacional. É preconizado que o processo de trabalho das equipes de NASF (eqNASF) deverá se dar sob a égide da responsabilização compartilhada entre as equipes saúde da família (eqSF) e a eqNASF, com a

“(..) revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS.” (BRASIL, 2008)

Starfield ensina que a Atenção Primária à Saúde (APS) deve orientar-se por alguns atributos essenciais: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado; e os atributos derivados: competência cultural e orientação familiar e comunitária. (Starfield, 2002) No Brasil, desde os anos 1990, o MS tem induzido por meio de incentivos financeiros a estratégia a saúde da família (ESF) como forma de organizar a APS.

As eqSF são equipes multiprofissionais, compostas por: médico (preferencialmente da especialidade de medicina de família e comunidade), enfermeiro (preferencialmente especialista em saúde da família), técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde

(ACS). As eqSF podem ser acrescidas de equipes de saúde bucal (eqSB), compostas por odontólogo (preferencialmente especialista em saúde da família) e auxiliar/técnico de saúde bucal. As eqSF são responsáveis sanitariamente pela população de um determinado território. (BRASIL, 2017)

A versão mais recente da Portaria Nacional de Atenção Básica (PNAB), portaria nº 2.436, publicada em 21 de setembro de 2017, mantém o entendimento de que a ESF é a estratégia prioritária para a consolidação e expansão da APS no Brasil e define que esta será orientada pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade, devendo ser operacionalizada pelas diretrizes da regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação de rede e participação comunitária. A PNAB define que

“(..) a organização em Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, destaca a Atenção Básica como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, que deve ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde.” (BRASIL, 2017)

A PNAB determinou algumas alterações em relação as eqNASF. A partir da publicação desta portaria, a sigla NASF deixou de significar “núcleo de apoio à saúde da família” e passou a ser denominado “(..) núcleo ampliado de saúde família e atenção básica.” (NASF-AB). (BRASIL, 2017) Esta Portaria mantém a atuação multiprofissional e interdisciplinar dos NASF, determina a atuação de modo complementar às equipes da APS, com vistas a dar suporte “(..) clínico, sanitário e pedagógico aos profissionais das eqSF e atenção básica (AB).” (BRASIL, 2017)

Os profissionais que poderão compor os NASF-AB foram ampliados em 2017 e abrange as seguintes categorias profissionais: 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; arte educador e profissional de saúde sanitária. Cabe destacar que os gestores locais têm autonomia para compor as equipes, conforme as necessidades sócio-sanitárias dos territórios. O MS dividiu as eqNASF-AB em 3 modalidades distintas (1, 2 e 3) para fins de custeio financeiro. A PNAB determina que as eqNASF-AB sejam compostas como

“(..) um membro orgânico da Atenção Básica, vivendo integralmente o dia a dia nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e trabalhando de forma horizontal e interdisciplinar com os demais profissionais, garantindo a longitudinalidade do cuidado e a prestação de serviços diretos à população. Os diferentes profissionais devem estabelecer e compartilhar saberes, práticas e gestão do cuidado, com uma visão comum e aprender a solucionar problemas pela comunicação, de modo a maximizar as habilidades singulares de cada um.” (BRASIL, 2017)

Os processos de trabalho das eqNASF-AB deverão ser organizados a partir das demandas do território e das dificuldades dos profissionais que atuam na APS. “Para tanto, fazem-se necessários o compartilhamento de saberes, práticas intersetoriais e de gestão do cuidado em rede e a realização de educação permanente e gestão de coletivos nos territórios...”. (BRASIL, 2017) Os profissionais do NASF-AB também deverão atuar de forma integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS), nos diversos pontos da rede de atenção à saúde, e ampliar a sua atuação em direção ao território, atuando de forma integrada com as redes sociais e comunitárias locais.

As eqNASF-AB “(..) não são livres de acesso para atendimento individual ou coletivo. Estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes que atuam na Atenção Básica.” (BRASIL, 2017) A PNAB determina também as competências das eqNASF-AB:

- a) “Participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica à que estão vinculadas;
- b) Contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários; e
- c) Realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes dentre outros, no território.” (BRASIL, 2017)

Desde a implantação das eqNASF, o MS tem publicado materiais de orientações para a operacionalização do trabalho. Foram publicados dois Cadernos de Atenção Básica (CAB) específicos sobre o NASF. Além de trazerem definições conceituais e orientarem a composição das equipes, os CAB reforçam o caráter de integração entre eqNASF, eqSF e gestão. Ainda que a nova PNAB não tenha realizado modificações estruturais na proposta do NASF, algumas mudanças precisam ser visibilizadas. Por exemplo, a ampliação do apoio do NASF para as equipes de atenção primária tradicionais e a retirada do termo apoio matricial, “(..) gerando dúvidas sobre o lugar do matriciamento.” (Melo et al., 2018)

### 1.3.2. Dez Anos de NASF

Em 2018, a regulamentação das eqNASF completou 10 anos. Embora haja poucos estudos sobre o tema, as pesquisas disponíveis evidenciam entraves, dificuldades e alguns avanços. Melo e outros, em artigo referente a esta data, relatam que esses anos foram marcados pela metodologia inovadora do arranjo, por importantes formulações, normatização e financiamento das eqNASF, bem como pela expansão das equipes em todo o território nacional. Todavia, ressaltam que os NASF funcionam de modo heterogêneo, com resultados inconclusivos e que a convivência nos serviços é, por vezes, tensa. (Melo et al., 2018)

Maffissoni e colaboradores, em revisão integrativa sobre as eqNASF, concluíram que a literatura traz poucos consensos em relação às funções que o NASF deve desempenhar. Dentre elas, a de que a função primária dos NASF é apoiar eqSF. Porém, os mesmos autores demonstram ser escassas as orientações sobre como operar o apoio matricial no cotidiano dos serviços de saúde, seja na dimensão técnico-pedagógica, seja na dimensão clínico-assistencial, observando, assim, que a compreensão sobre apoio matricial é diferente entre profissionais do NASF, das eqSF e gestores. (Maffissoni, 2018) Uma das dificuldades apontadas por diversos pesquisadores reside na prática colaborativa entre eqNASF e eqSF. (Melo et al., 2018; Nascimento et al, 2018; Klein e d'Oliveira, 2017; Aciole e Oliveira, 2017; Sobrinho et al., 2014, Lancman et al., 2013)

Para Melo e outros, a integração entre as equipes demanda tempo e investimento, “(..) pois, [ela] se refere ao campo dos valores, do diálogo entre as competências, do exercício da autonomia, entendida como relação entre os saberes profissionais, mas também dos limites destes diante das necessidades de saúde dos usuários.” (Melo et al., 2018, p. 332) Desde os anos 2000, o estudo do trabalho em equipe como prática colaborativa vem sendo desenvolvido. É consenso entre os autores que não basta reunir profissionais para compor uma equipe, isto é, o trabalho colaborativo depende de formação de equipes integradas e efetivas e do desejo de colaboração entre profissionais. (Peduzzi e Agreli, 2018)

Embora o trabalho em equipe interprofissional venha apresentando resultados importantes no sentido da ampliação do acesso e da qualidade de atenção, a operacionalização da prática das equipes é compreendida como um desafio, haja vista que os profissionais permanecem sendo formados separadamente para depois trabalharem juntos. Esse modelo de formação, reproduz a divisão social do trabalho e dificulta a integração dos profissionais nos serviços. (Peduzzi e Agreli, 2018)

Em estudo sobre a percepção de conflitos entre gestores e trabalhadores da APS, Carvalho, Peduzzi e Ayres definiram seis tipos principais de conflitos nos serviços. Quatro associados a aspectos microsociais (relações no próprio ambiente de trabalho), e dois a aspectos macrossociais (relacionados a processos sociais e históricos). O conflito mais citado no estudo como deletério para as relações foi a falta de colaboração. (Carvalho, Peduzzi e Ayres, 2014)

A dificuldade da operacionalização do trabalho interprofissional pode ser mais bem compreendida por meio do conceito de clima do trabalho. “O clima do trabalho em equipe é definido como conjunto de percepções e significados compartilhados entre os membros de uma equipe acerca das políticas, práticas e procedimentos que estes vivenciam no trabalho.” (Peduzzi e Agreli, 2018, p. 1528) Neste sentido, é fundamental que as equipes tenham espaços para compartilhar suas percepções e entendimentos acerca do próprio trabalho.

Existem poucos estudos sobre práticas colaborativas na APS brasileira. No entanto, têm-se evidências de que equipes colaborativas entre si tendem a ser mais colaborativas com outras equipes, apresentando maior possibilidade de ampliar seu trabalho para a rede de atenção à saúde. (Peduzzi e Agreli, 2018)

O processo de trabalho preconizado para as eqNASF exige mais que uma atuação multiprofissional, isto é, há uma expectativa de que as equipes consigam operar de modo interprofissional e interdisciplinar, com vistas a garantir a integralidade do cuidado, por meio da ampliação da clínica. (Pagani e Nascimento, 2016) Para Scherer, Pires e Jean, a construção da interdisciplinariedade demanda tempo e está associada ao processo de amadurecimento das equipes. A interdisciplinariedade depende também de um ambiente institucional que possibilite a criação de novas formas de se fazer saúde. (Scherer, Pires e Jean, 2013)

Os autores apontaram ainda no estudo, que a construção da interdisciplinariedade depende das características pessoais dos trabalhadores e da relação estabelecida entre eles. Além disso, mencionam como potente a capacidade dos trabalhadores de recriar normas e romper limites, autorizando-se a produzir novas interpretações, novos jeitos de cuidar, questionando as normas institucionais. Essas condutas tendem a potencializar o trabalho em equipe. Assim,

“A interdisciplinariedade requer o uso integrado de conhecimentos na prática multiprofissional, invasão das fronteiras disciplinares, desenvolvimento de competências para lidar com os desafios do meio e atitude individual como componente fundamental para o agir profissional.” (Scherer, Pires e Jean, 2013, p. 3210)

Para Ceccim, a interprofissionalidade gera impactos positivos tanto na assistência aos usuários, quanto na possibilidade de agir no tempo certo e oportuno nas atividades de prevenção e promoção da saúde, o que repercute na satisfação dos usuários, melhor adesão ao tratamento e aumento da integralidade do cuidado. Para o autor, a interprofissionalidade também atua na redução do sofrimento do trabalhador, à medida que este fortalece laços de compartilhamento e apoio mútuo. (Ceccim, 2018)

No entanto, há ainda um campo nebuloso em relação à formação dos profissionais para uma prática interprofissional e interdisciplinar. Ceccim defende que as bases da educação interprofissional envolvem as diretrizes da pedagogia em educação para adultos e as metodologias ativas. O autor aponta um caminho para a formação de equipes mais integradas e colaborativas, seguindo as trilhas da EPS. No entanto, adverte o autor, é preciso uma melhor apropriação da EPS para que ela consiga se efetivar no cotidiano dos serviços. (Ceccim, 2018) Nesse contexto, há um consenso na literatura, sinalizando que a prática interprofissional e interdisciplinar demanda construção e investimentos de trabalhadores e gestores. Portanto, é preciso ter essa lupa quando os olhos focarem as relações das eqNASF, eqSF e gestão.

O que a literatura e as experiências vêm demonstrando ao longo destes 10 anos de implantação das eqNASF é que o trabalho em equipe, em si, configura-se como um desafio, com impacto direto na qualidade das ações que são desenvolvidas e na compreensão sobre o trabalho das eqNASF. Os estudos vêm constatando também que existe no imaginário social uma concepção do NASF pautada na noção de um ideal de NASF. Observam que este ideal é defendido ideologicamente, mas é pouco aplicado na prática. (Maffissoni et al., 2018) No âmbito desta discussão, Paulon, Pasche e Righi sinalizam que o conceito de “apoio”

“(..) se reveste de rigor, de um lado, metodológico, e, de outro, conceitual. (..) há de se demarcar, também, certa banalização do termo. Parece que esse conceito-ferramenta que nos é tão caro tem virado uma palavra jogada ao vento. Isso porque sua inscrição como prática nas organizações de saúde parece nem sempre coerente com a discursividade ética que justificou sua criação.” (Paulon, Pasche e Righi, 2014, p. 815)

Há uma avaliação no sentido de que a proposta do NASF é ambígua devido à definição de funções sem clareza das atividades que devem ser realizadas. Desta forma, há certo descontrole dos processos de trabalho e, conseqüentemente, dos resultados alcançados. (Melo et al., 2018) Diversas pesquisas vêm mostrando conflitos entre as normativas e orientações sobre o trabalho do NASF e àquilo que efetivamente se tem conseguido implementar e produzir de resultados, seja para as eqSF, seja para a população. (Silva et al,

2019; Nascimento et al., 2018; Bispo Jr e Moreira, 2018; Maffissoni et al, 2018; Klein e d'Oliveira, 2017; Bispo Jr e Moreira; 2017; Souza e Calvo, 2016; Lancman, 2013; Silva et al, 2012)

Um dos principais problemas apontados é a operacionalização das duas dimensões do apoio matricial (técnico-pedagógica e clínico-assistencial), havendo na maioria das eqNASF, priorização por uma ou outra dimensão. De acordo com Maffissoni e outros, por um lado, há um quantitativo significativo de estudos nos quais há críticas sobre o privilégio que a dimensão clínico-assistencial tem em algumas eqNASF. E por outro, há estudos que justificam esse privilégio, haja vista a demanda da comunidade por assistência. (Maffissoni et al., 2018)

As revisões demonstram uma falta de definição sobre o matriciamento das eqNASF, abrindo precedentes para visões antagônicas e conflitivas. Logo, o que parece vir se configurando nestes pouco mais de 10 anos de atuação de eqNASF é um campo em disputa, no qual profissionais dos NASF, das eqSF, gestores e acadêmicos vêm disputando uma racionalidade gerencial e a organização de modelos de assistência à saúde. Tesser menciona que existem duas reduções comuns sobre as funções do NASF: às vezes há um centramento nos cuidados especializados, gerando “assistencialismo” e, outras vezes, verifica-se um centramento no suporte técnico-pedagógico às eqSF, acarretando em baixa oferta de práticas assistenciais. (TESSER, 2017) Conforme o autor, existe um consenso desde Alma-Ata.

“(..) uma APS abrangente envolve o atendimento a problemas gerais (saneamento básico, problemas de alimentação, distribuição da riqueza social, democratização do poder, educação escolar) que ultrapassam os limites dos serviços de saúde. Estudos sobre determinantes gerais e promoção da saúde têm indicado que a ação e o impacto dos serviços de saúde sobre esses problemas são muito limitados, o que indica que não se deva assumi-los como prioridade de trabalho dos profissionais de saúde dos serviços de APS, embora devam ali ser problematizados em dimensão individual, microssocial e comunitária...”. (Tesser, 2017, p. 568)

Nos debates que vêm sendo travados sobre a atuação das eqNASF, uma das questões centrais está relacionada à atuação dos especialistas na APS e à precariedade da rede de atenção especializada no país. Em países de alta renda, de 4 a 8% de usuários da APS são referenciados para rede especializada. No entanto, em virtude da imensa desigualdade social no Brasil, que produz multimorbidades, estima-se que de 10 a 20% dos usuários da APS brasileira são referenciados para serviços especializados. (Tesser, 2017) Klein e d'Oliveira, citando Testa, 1992, afirmam que em locais com precária rede de atenção especializada a APS torna-se “atenção primitiva de saúde”, pois nestes casos a APS não seria a porta preferencial de entrada no sistema, mas a única porta. (Klein e d'Oliveira, 2017)

Diante da precariedade da rede de atenção especializada que gera desassistência, há tensionamentos no campo em relação ao modelo de operacionalização do matriciamento das eqNASF. Conforme exposto, enquanto de um lado há correntes que compreendem que as eqNASF devem priorizar as ações de transferência tecnológica e atividades compartilhadas, de outro, em contrapartida, há correntes que defendem que os profissionais do NASF devem ampliar suas ações assistenciais, contribuindo para a redução da desassistência aos usuários. Para Tesser, o trabalho dos profissionais na APS deve ser, necessariamente, realizar o cuidado da população adscrita com alta resolubilidade.

“O cuidado aos adoecidos é, talvez, a mais importante das tarefas dos profissionais da APS: ele deve ser ampliado e centrado nas pessoas, envolver abordagem familiar e comunitária com competência cultural, associado com funções de vigilância, educação, prevenção e promoção da saúde, que não o obstruam nem com ele compitam.” (Tesser, 2017, p. 568)

Nesta perspectiva, Tesser defende uma proposta de organização das eqNASF. Para ele, as ações assistenciais especializadas aos usuários filtrados pela eqSF devem ocupar a maior parte da agenda dos trabalhadores do NASF. Estas ações devem ter um caráter interdisciplinar e deverão estar associadas ao apoio às eqSF em espaços interdisciplinares, não necessariamente presenciais, nos quais devam ser discutidos casos, realizada educação permanente, feito esclarecimento de dúvidas, realizados atendimentos conjuntos, entre outras ações. (Tesser, 2017)

Klein e d’Oliveira corroboram com o entendimento de Tesser, sugerindo avaliações sobre as ações desenvolvidas pelo NASF e sua efetividade, haja vista a identificação de parcela da população sem acesso a serviços especializados, baixa capacidade do NASF em absorver a demanda direcionada pela eqSF, e restrição de acesso à eqNASF. (Klein e d’Oliveira, 2017)

Tesser e Poli-Neto acreditam que os NASF têm sido subexplorados como equipes assistenciais de retaguarda. Para os autores, as diretrizes normativas do MS direcionam as equipes para uma atuação generalista, com foco na prevenção e promoção da saúde, subutilizando assim as capacidades nucleares dos profissionais. Para as equipes que têm um foco muito assistencial, os autores orientam integrar as ações com o apoio técnico às eqSF, com vistas à ampliação da resolubilidade e da educação permanente. (Tesser e Poli-Neto, 2017)

Oliveira defende que o NASF tem como objetivo propor e desenvolver ações que auxiliem na superação do modelo biomédico. Todavia, argumenta o autor, o modelo de trabalho proposto para o NASF esbarra na demanda reprimida dos usuários que necessitam



de atendimento individualizado, bem como na precariedade das redes de atenção especializadas. (Oliveira, 2011) Desta forma, existe uma quimera no campo de atuação das eqNASF, e múltiplos modelos de atuação vêm sendo operacionalizados.

Merhy aponta que todo o trabalho em saúde é perpassado por dimensões afetivas e imateriais, levando cada sujeito a realizar sua prática de seu modo. Assim, em que pesem as políticas, diretrizes e normativas da gestão, cada trabalhador compreende, interpreta, apropria-se e opera as normas de diferentes maneiras, correspondendo em maior ou menor grau às expectativas das políticas propostas. (Merhy, 2002)

Nascimento e colaboradores dividem a equipe do NASF em três diferentes categorias: NASF assistencial curativista, NASF semimatricial e NASF matricial.

- a) NASF curativista é aquele cujo objetivo é o apoio de especialistas, atividade prioritariamente individual, relação com eqSF muito reduzida, sem articulação com outros serviços e sem utilização das ferramentas tecnológicas;
- b) NASF semimatricial: o objetivo seria também o apoio especializado com atuação assistencial e o matriciamento às eqSF, atividades individuais e compartilhadas, relação com as eqSF e com outros serviços irregulares, usando ocasionalmente como ferramenta o apoio matricial;
- c) NASF matricial: o objetivo é o suporte matricial às eqSF, com o matriciamento ocorrendo de modo integrado e interdisciplinar, com atividades assistenciais e compartilhadas e ações de promoção e prevenção integradas com as eqSF, bem como reuniões regulares com as eqSF e com a rede, além da utilização de todas as ferramentas tecnológicas do NASF. (Nascimento et al., 2018)

Os autores argumentam que esta última modalidade é a melhor forma de atuação de uma eqNASF. (Nascimento et al., 2018)

Klein e d'Oliveira observam em sua pesquisa que há uma tensão entre profissionais do NASF e as eqSF sobre como organizar o processo de trabalho das eqNASF. Destacam que na compreensão dos profissionais, fazer matriciamento é capacitar as eqSF, ressaltando que apenas estão fazendo apoio matricial quando discutem casos ou realizam atendimentos compartilhados. As autoras observaram que há uma disputa entre trabalhadores do NASF e eqSF. Enquanto os profissionais do NASF tentam reforçar o caráter não ambulatorial de suas ações, as eqSF pressionam por assistência especializada. (Klein e d'Oliveira, 2017)

Os resultados da pesquisa de Bispo Jr e Moreira evidenciaram diferentes compreensões dos profissionais sobre o trabalho do NASF. De um lado, há o entendimento

de que os profissionais do NASF devem centrar suas ações em atividades coletivas; e de outro, que as eqSF demandam assistência individualizada. (Bispo Jr e Moreira, 2018)

Lancman e colegas afirmam que a lógica de atuação diferente das eqSF e eqNASF produzem conflitos e tensões. As eqSF, por serem porta preferencial de entrada no sistema de saúde, vivem uma rotina de intensa demanda de atendimentos e procedimentos, com exigência de alta resolubilidade. Em contrapartida, as eqNASF têm processo de trabalho orientado para análise e reflexão, o que demanda tempo e disponibilidade. “Isso gera descompasso entre a necessidade de atender a demanda, a resolução rápida de alguns casos e a nova lógica de trabalho proposto pelo NASF.” (Lancman et al., 2013, p. 974)

Bispo Jr e Moreira demonstram que as diferentes lógicas de trabalho entre eqNASF e eqSF, a falta de clareza de entendimento sobre qual a função da eqNASF e exigências distintas de produtividade geram disparidade no processo de trabalho das equipes, prejudicando o diálogo. (Bispo Jr e Moreira, 2018)

Tendo-se em vista os estudos sobre práticas colaborativas e trabalho em equipe interprofissional, que mencionam a importância do compartilhamento de entendimento e valores entre equipes, fica evidente que os múltiplos entendimentos sobre a atuação das eqNASF provocam dificuldades na integração das equipes.

Diversos estudos sobre eqNASF apontam as dificuldades relacionais entre estas e as eqSF. De modo geral, as tensões ocorrem em virtude de diferentes compreensões sobre como organizar o trabalho das eqNASF, havendo disputa em relação às ações técnico-pedagógicas e às clínico-assistenciais, especialmente em relação a assistência individual. (Melo et al, 2018; Nascimento et al, 2018; Klein e d’Oliveira, 2017; Aciole e Oliveira, 2017; Sobrinho et al., 2014, Lancman et al., 2013.

Lancman e colaboradores observaram que os profissionais do NASF se sentiam impotentes e subutilizados, pois encontravam resistência das equipes às suas propostas de ações compartilhadas. (Lancman, et al., 2013) A pouca disponibilidade das eqNASF para responder às demandas das eqSF foi considerada um fator que dificultou a construção de vínculos. (Nascimento et al., 2018; Klein e d’Oliveira, 2017) Outros autores, em estudo conduzido na cidade de São Paulo, também identificaram resistência das eqSF ao trabalho do NASF. (Aciole e Oliveira, 2017)

Para Melo e colaboradores, 10 anos após a criação do NASF é necessário definir “(..) estratégias que indiquem direcionamentos mais claros para suas ações, mas que não desconsiderem a complexidade inerente à função do apoio matricial”. (Melo et al., 2018, p. 333) Ou seja, o campo está aberto e em disputa. Assim, são fundamentais a produção de

novas pesquisas e a publicação das experiências das eqNASF. Maffissoni e outros observaram que apenas uma pequena parcela das publicações sobre eqNASF provém de profissionais que estão nos serviços. Ou seja, atualmente não existe protagonismo dos profissionais do NASF na produção de conhecimentos que contribuam para o entendimento das potencialidades, dos entraves e dos desafios que estão colocados para este dispositivo.

Outra dificuldade que as pesquisas vêm apontando é a ausência de formação dos profissionais do NASF para atuar como apoiadores matriciais. Avaliações do 2º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ), primeiro com a adesão do NASF, evidenciaram que cerca de 50% das eqNASF não tiveram acesso a qualquer formação específica para atuar como apoiadores matriciais. (Silva et al., 2019; Brocardo et al., 2018)

Dentre os indicadores de monitoramento utilizados no PMAQ, cabe destacar: a existência de formação específica e educação permanente para as eqNASF, a existência de alguma instância de coordenação para as eqNASF e a realização de atividades em conjunto entre eqSF e eqNASF: planejamento das ações, atendimento compartilhamento, assim como visita domiciliar compartilhada e reuniões entre eqNASF e eqSF. (Brocardo et al., 2018)

Oliveira e Campos mostraram em seu estudo que 83% dos profissionais entrevistados não receberam qualquer formação com foco no apoio matricial. (Oliveira e Campos, 2017) Além da ausência de formação inicial, demonstram ainda que as eqNASF recebem pouca oferta de educação permanente. Brocardo e outros revelam que menos da metade das eqNASF (44%) dos que participaram do 2º ciclo do PMAQ informaram ter recebido alguma oferta de EPS. (Brocardo et al., 2019) A discussão sobre a importância da formação dos profissionais do NASF é tema recorrente nos estudos publicados. (Melo et al., 2018; Campos e Oliveira, 2017; Aciole e Oliveira, 2017; Klein e d'Oliveira, 2017; Tesser, 2017; Tesser e Poli-Neto, 2017; Bispo Jr e Moreira, 2017; Sobrinho et al., 2014; Lancman, 2013)

Para a maioria dos autores, a ausência de formação dos profissionais traz dupla implicação: a primeira é a falta de capacitação dos próprios profissionais do NASF para operar com a metodologia do apoio matricial; a segunda é que os profissionais do NASF exploram pouco o potencial da educação permanente na atuação com as eqSF. Maffissoni e outros concluíram a partir de revisão de literatura sobre eqNASF, que certos aspectos de formação dos profissionais influenciam diretamente na qualidade do atendimento e no apoio ofertado às eqSF. Apontam que a falta de formação, associada à falta de compreensão sobre como se opera o apoio, são desafios a serem superados. (Maffissoni et al., 2018)

Vários estudos mostram o caráter privilegiado do apoio matricial como estratégia de educação permanente em saúde. Os pesquisadores, de modo geral, entendem que o “NASF

deve contribuir no processo de educação permanente das equipes apoiadas, na perspectiva de ampliação do cuidado e qualificação do trabalho.” (Bispo Jr e Moreira, 2017, p. 3) Neste contexto, há uma integração importante entre apoio matricial e interdisciplinariedade, isto é, espera-se que o apoio matricial potencialize a atuação interdisciplinar das equipes. Todavia, as pesquisas demonstram que a vivência do compartilhamento de saberes e transferência tecnológica têm se configurado também como desafio. De modo geral, os profissionais valorizam a possibilidade de compartilhar conhecimentos e aprender uns com os outros. No entanto, quando revelam suas práticas, os elementos de troca quase não aparecem. (Klein e d’Oliveira, 2017)

Bispo Jr e Moreira (2017) observaram que a ausência de educação permanente se dá tanto para os profissionais do NASF como para os profissionais das eqSF. Além disso, os autores evidenciaram que a compreensão de EPS dos trabalhadores está relacionada à oferta de cursos, treinamentos e capacitações, isto é, há uma confusão no próprio entendimento do conceito de educação permanente. Os autores mostram também que, em geral, os profissionais do NASF se sentem inseguros para prover ofertas educativas, e quando o fazem, não raro, elas são realizadas no formato de cursos e treinamentos. Evidenciam, ainda, a não existência entre os profissionais de uma prática de compartilhamento de saberes mútuos, imperando a visão de que os trabalhadores do NASF devem ensinar as eqSF a seguirem determinadas técnicas e procedimentos. (Bispo Jr e Moreira, 2017)

Deve-se destacar que todo o referencial teórico sobre apoio matricial e educação permanente em saúde traz em suas concepções a importância do encontro e do diálogo entre os trabalhadores para pensar as práticas e a educação profissional. Assim, um dos desafios desta pesquisa é olhar para esta interface entre práticas de apoio matricial e educação permanente. Logo, será necessário olhar para o processo de encontro (ou o de ausência), além de investigar como e se os profissionais compartilham seus conhecimentos.

Os estudos que vêm sendo realizados com enfoque nas ferramentas tecnológicas do NASF demonstram que ele é também um campo que precisa ser mais bem compreendido. Enquanto o CAB 27 identifica como ferramentas tecnológicas do NASF: a pactuação do apoio entre eqNASF e eqSF, a clínica ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Projeto de Saúde no Território (PST) (BRASIL, 2010), o CAB 39 detalha ferramentas e estratégias que os profissionais do NASF podem utilizar para conseguir colocar em prática o apoio matricial. A publicação faz menção ao trabalho com grupos, ao PTS, genograma, ecomapa, atendimento domiciliar e individual compartilhados, bem como aos atendimentos específicos dos profissionais no seu núcleo de formação profissional. (BRASIL, 2014)

Nascimento e colaboradores assinalam que as ferramentas tecnológicas do NASF são: apoio matricial, clínica ampliada, PST, PTS e pactuação do apoio. (Nascimento et al, 2018) Já Silva e outros compreendem que as ferramentas referidas se restringem ao PTS, ao apoio matricial e à clínica ampliada (Silva et al., 2019), enquanto Bispo Jr e Moreira consideram que tais ferramentas são: o PTS, o trabalho em grupo, a interconsulta, visita domiciliar, elaboração de materiais educativos e o atendimento individual específico. (Bispo Jr e Moreira, 2018) Logo, percebe-se que não há consenso sobre o assunto nem entre os estudiosos da questão. Ademais, alguns deles entendem o apoio matricial como ferramenta e não como metodologia de trabalho que engloba as demais ferramentas e estratégias para sua operacionalização, evidenciando, assim, que há um campo nebuloso em torno do qual vêm sendo implantadas e operacionalizadas as ações das eqNASF. Infere-se, pois, que o futuro impõe aos pesquisadores esforços de compreensão e produção da realidade.

Conforme foi demonstrado, um dos desafios mais importantes que vêm sendo destacados ao longo destes 10 anos de implantação de eqNASF é o da formação dos trabalhadores apoiadores que atuam nas equipes. Segundo Oliveira, o trabalho do apoiador demanda uma tríplice tarefa: ativar coletivos, conectar redes e incluir conflitos. A partir delas, outras tantas poderão ser desenvolvidas, configurando-se como uma tarefa clínica-crítica-política, já que o trabalho do apoiador se dá sempre no encontro com o outro. (Oliveira, 2011)

Furlan e Amaral, Castro e Figueiredo, apontam caminhos para a formação de apoiadores por meio de cursos de especialização *lato sensu*, utilizando o Método Paidéia. (Furlan e Amaral, 2010; Castro, 2011; Figueiredo, 2012) Oliveira também aponta indicativos para a formação de apoiadores, por meio de sucessivos e permanentes encontros entre “apoiadores e apoiados”, mediados pela discussão do processo de trabalho e de temas em saúde, utilizando o Método Paidéia de cogestão de coletivos. (Oliveira, 2011)

Segundo Oliveira, “(..) formar um apoiador é um ato próprio da função apoio.” (Oliveira, 2011, p. 160), pois é na relação de apoio que se forma um apoiador. Para outro pesquisador, a formação do apoiador se dá mediante uma prática reflexiva num espaço coletivo com outros apoiadores, isto é, “(..) a formação acontece no processo dinâmico de apoiar um coletivo organizado”, como “(..) algo diferente do ensino prescritivo”. (Castro, 2011, p. 37) Oliveira e Campos informam que as diretrizes para a formação de apoiadores matriciais ainda não estão dadas. No entanto,

“(..) considera-se importante que tenham uma formação que os capacite em temas específicos ao seu núcleo de saber e ainda em habilidades de manejo de grupos,

elaboração de ações no território a partir de análise das necessidades e discussão de casos na perspectiva interdisciplinar, considerando a abordagem familiar.” (Oliveira e Campos, 2017, p. 188)

Os caminhos mencionados pelos autores, todos com referencial do Método Paidéia, constituem-se indicativos para a formação de apoiadores para o SUS, mas a escassez de publicações científicas sobre o tema demonstra que este é um campo que demanda experimentações, pesquisas e proposições.

#### 1.4. Entre Políticas: APS, NASF E EPS NO DF

O Distrito Federal (DF) é uma unidade federativa autônoma dividida em 31 Regiões Administrativas (RA). Em 2016, o sistema de saúde do DF passou a ter nova organização territorial, a partir de duas dimensões: as RA e as Regiões de Saúde (RS). (DISTRITO FEDERAL, 2016) As RS foram constituídas observando-se os “(..) limites territoriais, as identidades culturais, econômicas, sociais, as redes de comunicação e a infraestrutura de transportes, a partir do agrupamento das RA.” (DISTRITO FEDERAL, 2016, p. 41) Atualmente existem sete RS, conforme pode ser observado na figura abaixo.

Figura 1- Distribuição das Regiões de Saúde do DF



(Fonte: GEPLAN e GEMOAS-DIPLAN/SUPLAN/SES, 2016)

A Região Leste de saúde, cenário desta pesquisa, é constituída pelas Regiões Administrativas do Itapoã, Paranoá, São Sebastião e Jardim Botânico.

Assim como acontece nas demais unidades da federação, o DF tem passado por um processo de mudança no perfil sócio-demográfico, estrutural e epidemiológico. O aumento das doenças crônicas não transmissíveis, assim como o aumento de mortalidade por causas externas, tais como acidentes e violência, além da manutenção de uma carga significativa de doenças transmissíveis, impõe importantes desafios para o sistema de saúde público do Brasil e do DF. (DISTRITO FEDERAL, 2019) Vale destacar que o DF é reconhecido como um local de contrastes. De acordo com a Pesquisa por Amostra de Domicílios do DF (PDADDF), enquanto a renda domiciliar média dos moradores do Paranoá, Itapoã e São Sebastião é de R\$ 2.465,00, a renda média domiciliar dos residentes no Jardim Botânico é de R\$ 15.614,00. (DISTRITO FEDERAL, 2019)

Embora haja uma enorme desigualdade entre os componentes da população residente no DF, o índice de desenvolvimento humano (IDH) do DF é o maior entre as 27 unidades federadas, e o 9º maior entre os 5.565 municípios brasileiros. No contexto geral de análise da situação de saúde, é importante destacar que o IDH que mais contribui para a posição ocupada pelo DF, foi o IDH longevidade, seguido de renda e educação. (DISTRITO FEDERAL, 2019)

Dos cerca de 2.900.000 habitantes do DF (IBGE, 2018), cerca de 63,5% dependem exclusivamente do SUS. Aproximadamente 11% das pessoas que migraram para o DF, o fizeram procurando melhor acesso aos serviços de saúde. (DISTRITO FEDERAL, 2019) O sistema de saúde do DF é caracterizado pela predominância de estabelecimentos de saúde de administração direta da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SESDF). Segundo dados do Plano Distrital de Saúde (PDS) 2016-2019, a SESDF tem em seu quadro de pessoal o total de 33.186 servidores efetivos, comissionados e requisitados. Desse total, têm-se 12.258 profissionais de nível superior, 18.238 de nível médio e 2.690 de nível fundamental. O Plano também aponta que existe um déficit de 10.798 profissionais na SESDF. (DISTRITO FEDERAL, 2016)

Deve-se considerar que qualquer debate que vislumbre pensar propostas ou fazer análises para o setor saúde no DF precisa, necessariamente, compreender o papel e a dimensão da SESDF no âmbito da Unidade Federativa. Em 2017 a SESDF publicou a Portaria nº 77/2017 SESDF que dá diretrizes sobre a reorganização dos serviços de saúde, apostando no fortalecimento da atenção básica, na ampliação da cobertura populacional, priorizando a composição de equipes de saúde da família, em contraposição ao modelo tradicional de APS. (DISTRITO FEDERAL, 2017) Cabe destacar que esse movimento de fortalecimento da APS no DF não é inédito. Durante os anos de 1996 a 1998, o Governo do

DF institui o Programa Saúde em Casa (PSC), com características semelhantes às do Programa Saúde da Família (PSF), instituído pelo MS em 1994. Em 1997, a cobertura de APS no DF chegou a 88% da população dependente do SUS, embora a gestão dos serviços e a contratação dos profissionais estivessem a cargo de Organizações Sociais (OS). Com a mudança de governo em 2000, o contrato com as OS foi interrompido e o PSC foi desfeito. (Göttems, 2010)

Em 2003 houve nova iniciativa de fortalecimento da APS com a criação do Programa Família Saudável (PFS), que, assim como o PSC, funcionava de acordo com as diretrizes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Em 2006 o PFS foi renomeado de ESF e, finalmente, o DF passou a utilizar a mesma nomenclatura do restante do país. Foi neste momento, ainda, que a SESDF passou a contar com uma estrutura de gestão para APS, denominada Diretoria de Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família, que propôs um Plano de Reorganização da APS no DF. Ela foi dividida em metas de curto, médio e longo prazos, prevendo ainda a cobertura de 100% da população dependente do SUS (73% da população geral) até o fim de 2014. (Cardoso, 2015) Porém, pouco dela avançou, mantendo a cobertura de APS no DF muito aquém do proposto. Além disso, manteve-se o duplo modelo de APS convivendo nos serviços de saúde: o modelo de ESF e o modelo tradicional. Assim, pode-se compreender que o DF vive uma espiral de movimentos de fortalecimento da APS e de retrocessos, retrocessos que estão sempre vinculados às mudanças de governo na Capital Federal, isto é, a APS no DF vem se submetendo à conveniência de suas gestões.

Um novo movimento de fortalecimento da APS no DF foi iniciado com a publicação da Portaria nº 77/2017 SESDF, trazendo alguns ineditismos em relação às propostas anteriores: a definição da ESF como modelo prioritário para a organização da APS; a contratação via concurso público dos profissionais que deverão compor equipes, bem como o fim do modelo tradicional. (DISTRITO FEDERAL, 2017) Para o estabelecimento de um modelo único de atenção na APS, a gestão da SESDF, a partir da publicação da Portaria nº 77/2017 institui um processo

“Denominado de Converte, (..) processo determinante para a mudança do modelo tradicional de assistência na Atenção Primária do DF (..) em 2017, quando se verificou, após diagnóstico da situação, que o quantitativo de profissionais lotados nas Unidades Básicas de Saúde poderia formar equipes de transição para a Estratégia Saúde da Família. Nesse sentido, foi desencadeado o processo de migração dos profissionais para o novo modelo... O outro marco normativo foi a regulamentação desse âmbito de atenção à saúde pela Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017, que estabeleceu a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal.” (DISTRITO FEDERAL, 2019, p. 24)



O Converte previu que os profissionais (médicos pediatras, ginecologistas e clínicos gerais), atuantes na APS no modelo tradicional pudessem optar por permanecer na APS, compondo equipes de saúde da família ou serem realocados em outros níveis de atenção. A opção por permanecer na APS estava condicionada à mudança definitiva da sua especialidade original para a especialidade Medicina de Família e Comunidade, opção que demandaria uma capacitação obrigatória. (DISTRITO FEDERAL, 2019) Em novembro de 2017, o Converte foi encerrado com a publicação da mudança de especialidade dos médicos, que concluíram satisfatoriamente o processo de capacitação.

O modelo de organização tradicional de APS no DF contava também com profissionais de diversas especialidades: assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas, dentre outros. Em geral, estes profissionais estavam dispersos entre diversas unidades de saúde, atuavam de forma individual, ou seja, não compunham equipes. O processo de trabalho era organizado conforme a lógica do modelo tradicional. Durante o processo do Converte aqueles profissionais permaneceram nos serviços e havia uma expectativa de que pudessem vir a compor equipes NASF.

O início do processo de implantação de equipes NASF no DF ocorreu em 2009, um ano depois a primeira equipe foi oficializada. (Rodriguez, Leão e Souza, 2014) Magalhães mostra, entretanto, que antes de 2009 já existiam equipes de saúde mental que atuavam no DF na lógica do apoio matricial. Segundo ela, o processo de implantação das eqNASF no DF não seguiu as orientações do MS. O resultado de sua pesquisa evidenciou que nem profissionais apoiadores, nem profissionais apoiados, nem gestores regionais foram chamados para discutir o projeto de implantação e composição das equipes. As áreas técnicas participaram exclusivamente na designação de novos servidores, porém, sem discussão do processo de trabalho. Informa também não ter havido, no período de implantação, qualquer formação específica para os profissionais que compuseram as eqNASF, embora tenham ocorrido capacitações pontuais. A autora menciona, ainda, que no período do seu estudo os profissionais do NASF do DF não se sentiam preparados para atuar na função de apoiadores matriciais. (Magalhães, 2014)

Em 24 de maio de 2018, a SESDF publicou a Portaria nº 489/2018 que regulamentou a estruturação e operacionalização das equipes NASF-AB no âmbito da APS do DF. Segundo ela, as equipes NASF deveriam ser compostas por cinco profissionais das seguintes profissões: farmacêutico, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional, orientando ainda que cada NASF-AB deveria estar vinculado no mínimo a cinco e, no máximo, a nove eqSF. O acesso ao atendimento individual e coletivo

deveria ocorrer por meio de responsabilização compartilhada e pactuação com as eqSF. (DISTRITO FEDERAL, 2018)

A portaria nº 77/2017 instituiu a política para a APS no DF. No âmbito dela, o

“(..) apoio matricial deverá ser realizado de forma horizontal dentro do mesmo nível de atenção ou entre níveis de atenção distintos, a fim de aprimorar o conhecimento técnico, a resolutividade das equipes e a qualificação do cuidado a população.” (DISTRITO FEDERAL, 2017, p. 6)

A agenda de trabalho dos profissionais é dividida em 2 eixos:

“(..) o primeiro, envolve todos os profissionais: ações compartilhadas, ações intersetoriais e práticas integrativas em saúde. Já o segundo está vinculado a ações especificadas em cada ocupação profissional, como atendimento individual, atendimento domiciliar, atividade coletiva, entre outras.” (DISTRITO FEDERAL, 2019, p. 31)

Ao contrário do que ocorreu com os profissionais médicos e enfermeiros que receberam uma capacitação para atuar no novo modelo, os profissionais do NASF não receberam qualquer formação para atuar como profissionais apoiadores. Todo o processo do Converte gerou uma série de controvérsias entre trabalhadores, especialmente entre aqueles diretamente afetados pelas mudanças, no entanto, recebeu apoio de parte do controle social, dos gestores e de parte dos servidores da SES.

Uma das estratégias usadas no processo do Converte foi a capacitação dos profissionais de nível superior das eqSF. A capacitação para estes foi obrigatória, envolveu atividades teóricas e práticas e teve duração de 220 horas. Foram abordados os seguintes temas: organização e funcionamento da ESF, pré-natal de risco habitual, puerpério e rastreamento de câncer de mama e de colo uterino, crescimento e desenvolvimento de crianças até os dois anos, atendimento a pacientes hipertensos e diabéticos e atendimento à demanda espontânea em APS. (DISTRITO FEDERAL, 2019) O processo do Converte mostra que, não raro, iniciativas de educação e formação em saúde são amplamente utilizadas por gestores, acadêmicos e profissionais para subsidiar processos de mudança na gestão e na atenção à saúde.

A Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (Fepecs), diretamente vinculada à SESDF, é uma fundação pública de direito público e mantenedora da Escola Superior em Ciências da Saúde - ESCS, da Escola Técnica de Brasília - ETESB e da Escola de Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde – EAPSUS. Enquanto a primeira escola almeja formar médicos e enfermeiros para a rede pública de saúde do DF, a segunda é responsável pela formação dos profissionais técnicos. Já a última delas tem como tarefa

propor e executar ações educacionais, na perspectiva da educação permanente, para os servidores da SESDF. (DISTRITO FEDERAL, 2018)

Além da Fepecs com suas três escolas, a SESDF mantém na estrutura organizacional das Superintendências Regionais de Saúde e das Unidades de Referências, Núcleos de Educação Permanente (NEPS), competindo a eles, de acordo com o Regimento Interno, art. 9, inciso I, “(..) planejar, executar, monitorar e avaliar ações e estratégias de Educação Permanente, em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no âmbito da região” (DISTRITO FEDERAL, 2018, p. 3) O NEPS deve, também, atuar em parceria com a Subsecretaria de Gestão de Pessoas e a EAPSUS.

O Regimento Interno também define que compete a todas as unidades orgânicas da SESDF “(..) identificar prioridades, métodos e estratégias de formação e educação permanente, em parceria com a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde e Subsecretaria de Gestão de Pessoas. ” (DISTRITO FEDERAL, 2017, p. 45)

A portaria nº 77/2017 orienta que é competência das Diretorias Regionais de APS (DIRAPS), junto com outras instâncias de gestão, a elaboração de planos de educação permanente em saúde. (DISTRITO FEDERAL, 2017)

Assim, percebe-se que a SESDF faz uma clara adoção, pelo menos do ponto de vista das normativas, por uma concepção de qualificação dos profissionais de acordo com o preconizado pela Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS). No entanto, nos últimos anos a SESDF devolveu quase integralmente os recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde destinados à educação permanente.

Apesar da dificuldade na execução orçamentária e/ou baixa priorização na implementação de um Plano de Educação Permanente (PED) para os profissionais da SESDF, a SESDF vem imprimindo mudanças significativas na organização da gestão e assistência à saúde. Entende-se, pois, que essas mudanças impõem um desafio adicional para gestores e profissionais da SESDF, haja vista que exige a qualificação deles para atuar neste novo modelo de gestão e atenção à saúde. Assim, o desenvolvimento de ações de educação permanente são um imperativo para que as mudanças propostas sejam concretizadas na prática dos serviços.

### 1.5. A Pesquisa-Intervenção

A pesquisa-intervenção está situada no campo de referenciais metodológicos que criticam o estatuto da cientificidade em voga na atualidade. (Guba e Lincoln, 2011)

Grande parte do conhecimento acadêmico produzido nos últimos anos pretende explicitar as verdades sobre seu objeto de estudo, por meio de uma racionalidade que se pretende e intitula neutra diante do objeto da pesquisa. O paradigma da neutralidade científica pressupõe a separação entre pesquisador e objeto estudado, a negação da complexidade e a produção do conhecimento acadêmico em primeiro plano. (Paulon e Romagnoli, 2010)

Vários autores vêm questionando o papel da universidade e apontando a pesquisa-intervenção como uma proposta metodológica que busca colocar em análise os sentidos da universidade e da produção do conhecimento. (Oliveira; Furlan e Cardoso; 2014; Paulon e Romagnoli, 2010) Eles destacam a primazia da intervenção e a necessidade de produzir conhecimento de forma democrática, “(..) colocando em análise as práticas sociais do SUS e da universidade.” (Oliveira, Furlan e Cardoso, 2014, p. 287)

Assim, compete à universidade produzir conhecimento implicado, dando visibilidade para as conjunturas macro e micropolíticas, convocando a participação ativa da comunidade. (Paulon e Romagnoli, 2010)

A pesquisa-intervenção vem articulando um conjunto de campos teóricos e conceituais da filosofia, da psicanálise, das ciências sociais e políticas, dentre outros. Na área da saúde, essa articulação vem se dando no campo da saúde coletiva e da análise institucional. A análise institucional não é apenas um método, mas uma postura frente ao trabalho e ao outro. A gênese do movimento institucionalista é francesa (década de 1960), com ampliação do movimento para a América Latina nas décadas seguintes.<sup>1</sup> (Rocha, 2006; Romagnoli, 2014)

Os teóricos institucionalistas defendem a necessidade de incluir a noção de complexidade nas pesquisas, noção que geralmente não consta das abordagens tradicionais. Assim, faz-se uma crítica ao paradigma positivista que pretende a separação entre pesquisador e objeto a ser estudado, entre objetivo/objetivo. Reconhecer a complexidade implica ampliar os referenciais metodológicos e técnicos da pesquisa, uma vez que tal reconhecimento demanda o reconhecimento simultâneo das incertezas, problemas e contradições, ou seja, a superação do positivismo. (Guba e Lincoln, 2011) Assim, pensando

---

<sup>1</sup> As principais referências são Lourau, Lapassade, Guattari, Baremlitt, Rodrigues, Leitão e Benevides, e Barros, entre outros.

com o físico Werner Heisenberg, pode-se afirmar que o observador está sempre implicado com o campo de observação e que a intervenção sempre altera o objeto (princípio de Heisenberg – Princípio da Indeterminação). (Passos e Barros, 2015; Guba e Lincoln, 2011)

Seguindo essa linha de pensamento, Passos e Barros explicitam o caminho metodológico da pesquisa intervenção,

“(..) considerando que objeto, sujeito e conhecimento são efeitos coemergentes do processo de pesquisar, não se pode orientar a pesquisa pelo que se suporia saber de antemão acerca da realidade... Mergulhados na experiência do pesquisar, não havendo nenhuma garantia ou ponto de referência no exterior a esse plano, apoiamos a investigação no seu modo de fazer... O ponto de apoio é a experiência entendida como um saber-fazer, isto é, um saber (..) que emerge do fazer. Tal primado da experiência direciona o trabalho da pesquisa do saber-fazer ao fazer-saber, do saber na experiência à experiência do saber. Eis aí o “caminho” metodológico.” (Passos e Barros, 2015, p. 18)

Nesta perspectiva, a pesquisa-intervenção como proposta de pesquisa não almeja generalizações, mas toma como foco justamente a singularização. Há uma pretensão de olhar para aquilo que é da ordem do subjetivo, onde o que interessa é o processo de construção de subjetividades e singularidades. (Guba e Lincoln, 2011) Neste tipo de pesquisa, a intervenção é o caminho, pois é na experiência concreta que o fazer e o conhecer tornam-se possíveis, afastando qualquer pretensão de neutralidade do pesquisador e/ou do objeto. Desta forma, o pesquisador que escolhe a pesquisa-intervenção acredita que

“(..) conhecer a realidade é acompanhar seu processo de constituição, o que não pode se realizar sem uma imersão no plano da experiência. Conhecer o caminho de constituição de dado objeto equivale a caminhar com esse objeto, constituir esse próprio caminho, constituir-se no caminho. Esse é o caminho da pesquisa-intervenção.” (Passos e Barros, 2015, p. 31)

Para os autores aqui citados, fazer intervenção é “(..) lançar-se na experiência da criação de si e de mundos.” (Barros e Pimentel, 2012, p. 18)

No desenho de pesquisa-intervenção é necessário definir dois planos: o plano (ou campo) interventivo e o plano (ou campo) de análise. (L’Abbate, 2012) O primeiro busca lançar luz sobre as tramas de poder e jogos de interesse presentes em todas as instituições, nas organizações que as operam e quaisquer outras grupidades, colocando em análise (no plano de análise) os efeitos da intervenção no cotidiano institucional, “(..) desconstruindo territórios e facultando a criação de novas práticas.” (Rocha e Aguiar, 2003, p. 71)

Outro aspecto fundamental que merece destaque é que a pesquisa-intervenção é sempre operacionalizada em e com coletivos. Barros e Pimentel afirmam que um coletivo jamais está dado, ele está sempre em constituição, num permanente devir. Desta maneira, o coletivo

não deve ser compreendido em oposição ao individual, mas a partir da relação entre dois planos: o plano das formas e o plano das forças. O primeiro é o plano das realidades constituídas, é aquilo que está instituído como dado cristalizado, com contornos definidos e com caráter constante. O segundo é o plano da dimensão das possibilidades de transformação, daquilo que se pode construir de novo, isto é, o instituinte. (Barros e Pimentel, 2012)

Logo, a pesquisa-intervenção como proposta metodológica favorece a discussão e a produção coletiva de conhecimento, contribuindo para fragilizar as hierarquias burocráticas, ampliar a participação e para romper com o isolamento dos profissionais. Essa proposta de pesquisa amplia as condições para um trabalho compartilhado, favorecendo sobremaneira as propostas que visam acompanhar as mudanças de um coletivo. (Rocha e Aguiar, 2003)

Colocando-me na perspectiva da pesquisa-intervenção, *esta investigação visou analisar o instituído e como, a partir de uma proposta metodológica de intervenção, o instituído foi se transformando*. Para Paulon e Romagnoli, o “(.) instituído se manifesta nas linhas duras das relações, na demanda de regulamentos, nos mecanismos de atuar a reprodução do mesmo e resistir à emergência do novo.” (Paulon e Romagnoli, 2010, p. 94) Orientando-se, pois, por este procedimento, a pesquisadora responsável por este estudo, *olhou para o que estava cristalizado como dado e acompanhou os desvios que puderam ser operados a partir de um processo de reflexão coletiva, no qual todos os participantes foram autores do processo*. Compreende-se, pois, que a pesquisa-intervenção é um dispositivo para produzir e acompanhar as mudanças nos sujeitos. Para isso, é necessária a emergência de analisadores, assim como a elaboração de análise de implicação. (Rossi e Passos, 2014)

“Analisadores referem-se a todo dispositivo revelador das contradições de uma época, de um acontecimento, de um momento de um grupo e que permita, a partir de uma análise de decomposição do que parecia até então como uma totalidade homogênea (uma verdade instituída), desvelar o caráter fragmentário, parcial e polifônico de toda realidade.” (Paulon, 2005, p. 24)

Associa-se e acrescenta-se a esta compreensão, o entendimento de que o pesquisador está sempre implicado com a realidade que pesquisa. É a explicitação da implicação que define a direção clínico-ético-política da pesquisa-intervenção. Neste sentido, o campo de análise se constrói com base na noção de que todos estão implicados no campo de pesquisa, inclusive o pesquisador. Assim, o campo de análise deverá contar necessariamente com uma análise dos sistemas de lugares ocupados, bem como daqueles lugares que se pretende ocupar ou ainda daqueles lugares que é demandado que se ocupe. (Passos e Barros, 2000)

“A análise aqui se faz sem distanciamento, já que está mergulhada na experiência coletiva em que tudo e todos estão implicados. É essa constatação que força o institucionalismo a colocar em questão as ideias de objetividade, neutralidade, imparcialidade do conhecimento. Todo conhecimento se produz num campo de implicações cruzadas, estando necessariamente determinado neste jogo de forças: valores, interesses, expectativas, compromissos, desejos, crenças etc.” (Passos e Barros, 2015, p. 19)

Portanto, a análise se constitui nas interfaces micropolíticas das relações sujeito-instituições. Os movimentos que se produzem a partir das propostas de intervenção ativam processos coletivos e produzem analisadores institucionais, permitindo que se expresse uma dimensão clínica da intervenção. A clínica, neste processo, não se pauta propriamente no objetivo de revelar um diagnóstico explicativo, mas de tocar as relações sujeito-instituição em seus devires, fazendo-as mobilizar a partir de um esforço concreto de tríplex inclusão: dos sujeitos, dos conflitos e dos analisadores institucionais. Deste modo, a clínica se aproxima de sua raiz etimológica no *klimanen*, desvio, produtora de novas ordens, sentidos e transformações do instituído. (Paulon e Romagnoli, 2010)

Diante destes pressupostos, a pesquisadora não coletou dados por entender não haver dados a coletar. Ela não tratou, também, os serviços e os trabalhadores como sujeitos passivos da pesquisa, mas como autores deste processo. Conforme apontam Oliveira, Furlan e Cardoso,

“A pesquisa acadêmica, considerando o SUS apenas como “campo de coleta de dados de pesquisa” pode operar um processo de expropriação dos seus sujeitos à produção formal do conhecimento científico. Assim se produzem as dicotomias opressoras entre teoria e prática, sujeito e objeto, conhecimento científico e outras formas de saber, a operar acúmulos de poder, iniquidades de direitos e autoritarismos.” (Oliveira, Furlan e Cardoso, 2014, p. 285)

Numa direção inversa, pode-se afirmar que se teve ao longo de todo o processo investigativo realizado por meio desta pesquisa, um claro compromisso ético-estético-político com a construção de um plano interventivo que reconhecesse os diferentes saberes e experiências, diminuindo a distância entre trabalhadores, gestores e academia. Houve um empenho deliberado da investigadora em fazer uma pesquisa democrática, na medida em que despendeu esforço para colocar em análise a relação entre trabalhadores e gestores diante de normativas, produzindo coletivamente uma proposta de um plano de educação permanente.

Ao operar esse plano diante dos objetivos previamente propostos para este trabalho, foi necessário compreender que esta pesquisa foi produzida no seu próprio caminhar. Assim, “(..) a intervenção deve guardar sempre a possibilidade do ineditismo da experiência

humana, e o pesquisador a disposição para acompanhá-la e surpreender-se com ela.” (Paulon, 2005, p. 21) Neste sentido, é necessário explicitar que aqui está se falando de uma pesquisa implicada e de uma pesquisadora implicada, reiterando-se, pois, o compromisso ético de deixar clara a implicação que a pesquisadora tem com o campo pesquisado. Conforme aponta Lourau, é necessário “(..) mostrar as implicações do pesquisador em situação de pesquisa como o essencial do trabalho científico.” (Lourau, 1993, p. 16)

A análise de implicação vem da Teoria Socioanalítica que compreende que a análise de implicação pretende colocar luz no jogo de interesses e poder existentes em qualquer campo de investigação. O pesquisador implicado não pretende se colocar à margem dos analisadores que o afetam, ao contrário, permite colocar em análise suas implicações de pertencimento e lugar institucional. (Paulon, 2005) Assim, o que norteia a análise de implicação é que toda pesquisa no campo afeta, de alguma forma, o pesquisador, sua história e o lugar que ele ocupa. Estar implicado significa realizar a análise das próprias implicações, compreendendo que existe um sistema de poder que legitima o instituído.

A literatura existente vem mostrando algumas interfaces entre a pesquisa-intervenção e as práticas de educação permanente em saúde (EPS). Investigações vêm sendo produzidas utilizando a pesquisa-intervenção como referencial metodológico para propor, acompanhar, avaliar e validar os processos de EPS desenvolvidos no cotidiano dos serviços.<sup>2</sup> Experiências de formação-intervenção vem, também, sendo descritas como caminhos para formação de profissionais no/para o SUS, configurando-se como estratégias metodológicas capazes de, a partir da análise e reflexão sobre o cotidiano de trabalho, no cotidiano de trabalho, promover reflexões e mudanças que ampliam as possibilidades de produzir saúde para si e para o outro. (Heckert e Neves, 2007)

Defende-se a compreensão de que a pesquisa-intervenção possibilita a emergência de processos de formação transformadores, tal como propôs Paulo Freire (2015), à medida que convida os sujeitos a participarem ativamente do processo numa composição coletiva que busca a produção de novas formas de trabalhar e de se relacionar. Mendes, Pezzato e Sacardo apontam que

“(..) os pressupostos da pesquisa-intervenção vêm viabilizando a construção de espaços de problematização coletiva junto às práticas de formação e potencializando a produção de um novo pensar/fazer educação. Neste sentido, a pesquisa-intervenção altera a clássica afirmação: “conhecer para transformar” da pesquisa-ação por “transformar para conhecer.” (Mendes, Pezzato e Sacardo, 2016, p. 1741)

---

<sup>2</sup> (Emerich e Onocko-Campos, 2019; Leite, Rocha e Santos, 2018; Cescon, Capozzolo e Lima, 2018; Vasconcelos et al., 2016; Castro e Campos, 2014; Fortuna et. al., 2012; Minozzo et al., 2012)



Os processos formativos orientados pela pesquisa-intervenção trabalham com dois vetores, o vetor-forma e o vetor-força.

“Por vetor-forma estamos entendendo os processos de formação em suas possibilidades de compartilhamento de experiências, sua ação de problematização das experiências; e por vetor-força estamos considerando os processos de formação em seus efeitos de potência disruptiva. Contudo, o vetor-forma abarca também os processos naturalizados e reificados, expressos na fragmentação dos saberes, nas hierarquizações e no especialismo.” (Heckert e Neves, 2007, p. 149)

Nesta perspectiva, existe uma aposta na força da intervenção dos processos formativos como dispositivos para produzir a problematização de si, do trabalho e do mundo, transformando os modos de fazer saúde. (Heckert e Neves, 2007, 2007). Sendo assim, é preciso dimensionar que os espaços de trabalho podem ser locais de reprodução do instituído, de fazeres cristalizados pouco produtores de vida e de autonomia. Como também podem ser locais de exercício da potência de criação, de possibilidade de invenção de si. “Trabalhar é gerir e colocar à prova experiências, saberes, prescrições; é lidar com a variabilidade da imprevisibilidade que permeia a vida, criando novas estratégias, novas normas.” (Heckert e Neves, 2007, p. 150) Nesse sentido, o trabalho e os espaços de trabalho são compreendidos como locais nos quais há a formação, mobilização e transformação de aspectos da subjetividade.

Emerich e Onocko-Campos defendem que as propostas formativas no SUS devem necessariamente produzir engajamento político e compreender o controle social como campo formativo. Para os autores, a formação dos trabalhadores no SUS deve contemplar “(..) aspectos teóricos e institucionais que ajudem na compreensão da complexidade do que está em jogo.” (Emerich e Onocko-Campos, 2019, p. 10) Eles pensam que um dos efeitos esperados num processo de pesquisa-intervenção-formação é o contato com diversas maneiras de enfrentar as questões, ampliando assim o repertório dos profissionais na construção identitária das práticas, criando novas possibilidades de atuação nos espaços e territórios. “Ao mesmo tempo em que sujeitos transformam os serviços nos quais se formam, por meio de críticas e das necessárias proposições e invenções de modos de lidar com os problemas, por eles são transformados.” (Emerich e Onocko-Campos, 2019, p. 12)

Vasconcelos et.al. apontam caminhos para a formação de trabalhadores do SUS, defendendo a indissociabilidade entre formação e (cotidiano do) trabalho, a indissociabilidade entre formação-trabalho-intervenção, e a indissociabilidade entre trabalho-formação-gestão. (Vasconcelos, et al., 2016) As autoras sugerem também que as

propostas educativas no SUS sigam as seguintes recomendações: 1) implementar micropolíticas educacionais envolvendo técnicos, usuários e gestores, planejadas coletivamente e de acordo com as necessidades locais; 2) instituir e/ou fortalecer espaços de cogestão nos serviços de saúde; 3) apostar em processos formativos que envolvam formação e discussão entre serviços e redes de atenção; 4) realizar visitas técnicas a serviços de referência, ampliando assim as possibilidades de trocas e reflexão das práticas; 5) desenvolver estratégias de divulgação das experiências formativas no SUS. (Vasconcelos et al., 2016)

Martino publicou um estudo prospectivo sobre metodologias de formação em saúde, no contexto brasileiro e no italiano, apontando que as pesquisas-intervenção têm permitido avanços, por estimular a cooperação e a aproximação entre serviços-comunidade e academia, conferindo materialidade para a EPS. (Martino, 2016) No entanto, haja vista a grande interdisciplinariedade envolvida no campo, o autor aponta a necessidade de melhor definição do quadro teórico e da produção de referências bibliográficas específicas. (Martino, 2016)

### **1.6. Eu, Gestora-Apoiadora-Pesquisadora**

“(..) Assumir-se como ser social e histórico, como ser pensante, comunicante, transformador, criador, realizador de sonhos, capaz de ter raiva porque capaz de amar. Assumir-se como sujeito porque capaz de reconhecer-se como objeto. A assunção de nós mesmos não significa a exclusão dos outros. É a “outredade” do “não eu”, ou do *tu*, que me faz assumir a radicalidade de meu *eu*”. (Freire, 2011, p. 42)

Ainda durante a graduação em Psicologia já sabia que iria trabalhar na área da saúde. Assim que concluí a graduação iniciei a residência multiprofissional em saúde da família. O ano, 2007. A cidade, Florianópolis. A residência foi um divisor de águas na minha carreira. Primeiro porque me apaixonei pela APS; segundo porque foi uma imersão fantástica e real no SUS. Embora durante a graduação eu tenha transitado por vários serviços em estágios e iniciação científica, a residência foi o momento da verdade nua e crua: lá mergulhei nos encantos e desencantos de ser trabalhadora do SUS! O NASF ainda não tinha sido institucionalizado, mas já havia iniciativas de equipes de apoio em curso. Na residência constituímos também uma equipe em moldes semelhantes. Foi uma experiência transformada: equipe potente, trabalho integrado, preceptores afiadíssimos... Uma beleza de encher os olhos d'água e aquecer o coração!

Brasília, 2010. Vim para esta cidade utopia porque fui aprovada no concurso da SESDF. Atuei dois anos como psicóloga hospitalar até ser convidada para compor a equipe de gestão da APS. Logo após minha chegada assumi a coordenação das equipes NASF.

Àquela época, eram apenas nove as equipes implantadas no DF, mas os desafios já eram enormes. O NASF nunca tinha sido prioridade na gestão, embora compreendesse a emergência das outras pautas e demandas. Daí porque, talvez, tenha sido tão doloroso estar à frente de um processo no qual pouco se conseguia avançar. Emocionalmente desgastada e sem perspectivas de melhora, após dois anos, pedi para sair. Na época estava fazendo o curso para apoiadores do SUS, ofertado pela Unicamp em parceria com o MS. Sempre me considerei uma privilegiada pelas oportunidades de formação que tive. Acho até que tive muita sorte nesta vida por poder estudar com quem era tido como de vanguarda.

A minha saída da coordenação do NASF foi casada com minha cessão para a Fundação de Ensino e Pesquisa da SES (Fepecs). Novos ares e novos desafios. Foi naquela época que o projeto que deu origem a esta dissertação começou a ser pensado e, pela primeira vez, redigido. Fiz a prova de seleção para o mestrado da UnB. Não fui selecionada. Então, engavetei o projeto por alguns anos. Permaneci pouco mais de dois anos na Fepecs, saindo novamente para integrar a gestão da APS, dessa vez na Região Leste de Saúde. Era momento de mudanças na SES. A regionalização tinha acabado de ser implantada e havia uma perspectiva de que as regionais de saúde teriam autonomia para fazer a gestão dos serviços. Logo depois, iniciou-se o processo do Converte, história que já contei. Foi exatamente naquele momento que desengavetei o projeto e fiz nova seleção para o mestrado. Dessa vez fui aceita e aqui estou finalizando esta etapa. Neste ponto, cabe fazer um acréscimo relacionado a um fato: alguns meses após a finalização do Converte (abril de 2018) saí da gestão e fui compor uma equipe NASF da Região Leste.

No decorrer de minha trajetória profissional, e considerando o contexto histórico específico traçado, a mim me parece nítido que o meu envolvimento com este campo de pesquisa vem de longa data. Já tive a oportunidade (e o privilégio) de olhar para este contexto de vários ângulos – como gestora, como trabalhadora, como pesquisadora e como usuária do SUS. Cada um destes lugares transformou e ampliou minha forma de olhar para estes mesmos, (porém diferentes), lugares.

Como coordenadora do NASF e como gerente na Região, minha implicação era uma, minha mirada para os NASF obedecia a determinados códigos, eu tinha que dar respostas sob determinados aspectos: indicar diretrizes, definir indicadores, liderar processos, alinhar expectativas de profissionais e de gestão, garantir condições de trabalho para trabalhadores, entre tantas outras e diferentes demandas. Realizava enfrentamentos diretos para fazer avançar o projeto em que eu acreditava. Esta pesquisa teve início neste contexto e ainda sou atravessada por este lugar por mim ocupado. Todavia, ao ir para a assistência e integrar uma

equipe como trabalhadora do NASF novas perspectivas e outras miradas foram possíveis. Eu realmente acredito que todo gestor deve ir para assistência por alguns anos, e que todo profissional que nunca passou pela gestão deveria passar. Esse movimento de ir e vir humaniza tanto a gente!

O meu movimento de ir e vir não se deu sem dores e dificuldades. Tive que lidar com a hostilidade de alguns colegas que me responsabilizavam (e eu era em alguma medida responsável) pelo processo do Converte e pelas dificuldades que enfrentavam. Precisei, com rapidez, me reposicionar interna e externamente para conseguir vivenciar meu cotidiano com dignidade e leveza. Redescobri-me psicóloga clínica, e foi no exercício de meu ofício que consegui me aproximar das equipes. Foi a partir desta prática que reconstruí os sentidos da minha atuação profissional e reencontrei paixão. Além disso, esta pesquisa estava em pleno desenvolvimento, exigindo de mim, no meu papel de pesquisadora, a busca intermitente por discernimento e pela construção de pontes que resguardassem a qualidade da pesquisa em curso.

Minha trajetória como estudante do Mestrado e, ao mesmo tempo, como pesquisadora aconteceu de forma turbulenta (por que não dizer?): algumas vezes com fascínio e empolgação; outras, com desmotivação. Invariavelmente com muito cansaço! Integrar uma jornada de 40 horas de trabalho na Secretaria de Saúde com as aulas do mestrado e pesquisa foi um grande desafio! Isso para ficar apenas na questão da carga horária.

Assim, meu envolvimento com esta pesquisa e com este campo do conhecimento foi atravessada pelos diferentes lugares que ocupei durante toda esta jornada. Eu gestora, eu apoiadora, eu pesquisadora... Eu, porque em todos estes papéis e lugares não pude, não quis e não soube (nem queria saber) deixar de ser quem sou com todas as dores e delícias de me saber assim..., como sou!

## **PARTE II**

### **Pesquisa-Intervenção no SUS do Distrito Federal: o relato de uma prática com equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família da Região Leste de Saúde**

A Parte II desta dissertação visa apresentar os objetivos desta pesquisa e expor o caminho metodológico percorrido. Apresenta ainda os resultados e as discussões realizadas, refletindo sobre os efeitos que foram produzidos, observados e vivenciados no desdobramento da investigação. Os resultados apresentados adiante subsidiaram a proposta de formação do “apoiador candango” e a construção do plano de educação permanente para apoiadores matriciais dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) da Região Leste de saúde que será entregue. (Cf. Apêndice 1). Logo, o texto seguinte apresenta o relato de uma prática de pesquisa-intervenção com profissionais dos NASF e gestores dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), parceiros de pesquisa da pesquisadora e autora deste trabalho.

## **2. OBJETIVOS DA PESQUISA**

### **2.1. Objetivo Geral:**

Analisar os efeitos de um processo de construção participativa na formulação de um plano de educação permanente em saúde para apoiadores matriciais, com foco na qualificação da APS em uma das regiões de saúde do Distrito Federal (DF).

### **2.2. Objetivos Específicos:**

- 1) Conhecer as concepções e expectativas de apoio matricial entre profissionais apoiadores e gestores;
- 2) Analisar os impasses e potências para o exercício do apoio matricial na perspectiva dos profissionais apoiadores e gestores;
- 3) Mapear as demandas de educação permanente em saúde (EPS) para o exercício da função apoio na perspectiva dos profissionais apoiadores e gestores;
- 4) Analisar as modalidades de compartilhamento de saberes entre profissionais apoiadores e gestores e sua relação com o conceito de EPS.
- 5) Formular um plano de educação permanente para apoiadores matriciais de uma das regiões de saúde do DF.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1. Natureza do Estudo**

Pesquisa qualitativa do tipo pesquisa-intervenção, descrita na Parte I desta pesquisa, no item referencial teórico.

#### **3.2. Participantes da Pesquisa**

A Região Leste do DF conta com 4 (quatro) equipes do NASF. Participaram desta pesquisa: nove (9) profissionais, apoiadores matriciais, que atuam nas equipes do NASF da Região Leste; e 3 (três) gestores dos serviços nos quais os nove profissionais referidos atuam. Deste grupo de sujeitos da pesquisa, 8 são mulheres. Todas as categorias profissionais previstas nas normativas delineadas para compor os NASF no DF estão representadas nesta pesquisa.

Em relação ao tempo de atuação como apoiadores matriciais, 7 dos 9 profissionais investigados informaram que atuavam como apoiadores havia 1 ano. Uma profissional declarou ter experiência de 6 anos e meio, e outra, de ter 8 anos de atuação em NASF. Quando questionados se tiveram algum tipo de formação para atuar como apoiadores, todos eles responderam que não. Todavia, informaram ter acesso a atividades de capacitação e treinamentos relacionados a diversas temáticas. Todos os participantes da pesquisa fizeram adesão à proposta feita pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SESDF) para atuar nos NASF.

No que se refere aos gestores, todos relataram experiência superior há 2 anos e meio em serviços de gestão. Assim como os apoiadores matriciais, estes sujeitos da pesquisa também afirmaram não ter recebido qualquer formação para fazer a gestão de apoiadores matriciais. Participaram da pesquisa gestores que estiveram na implantação das equipes durante o Converte e gestores que foram nomeados após a troca de gestão da SESDF.

O critério principal de seleção e inclusão dos profissionais participantes nesta pesquisa foi a exigência de que eles estivessem operando ações de apoio matricial em equipes NASF (eqNASF), ou fazendo a gestão dos serviços nos quais estas equipes atuam. Todos os profissionais que atuavam nas equipes NASF da Região Leste foram convidados, pessoalmente e/ou por e-mail, para participar da pesquisa. Assim como, foram convidados todos os gestores dos serviços nos quais os profissionais atuavam. A amostra foi composta pelos profissionais e gestores que responderam positivamente ao convite.

### 3.3. Caminho Metodológico

A metodologia escolhida para esta pesquisa é a qualitativa do tipo pesquisa-intervenção. Esta escolha demonstrada na Parte I desta dissertação possibilitou a convergência com o referencial teórico-metodológico da EPS e do apoio matricial, haja vista que ambos apontam a necessidade de compreender a prática a partir dos encontros, do compartilhamento e da análise em ato. Assim, pesquisou-se a interface entre algumas políticas e diretrizes em saúde pública, mais especificamente as Políticas de Atenção Básica, de Educação Permanente em Saúde e o apoio matricial como campo desta pesquisa-intervenção, observando no percurso o conhecimento que foi produzido pelos participantes.

No desdobrar desta pesquisa, foram realizadas três oficinas. Este procedimento metodológico vem sendo utilizado no campo como ferramenta de pesquisa que propicia resultados bastante ricos. (Spink, Menegon e Medrado 2014) As oficinas, além de gerar material de análise para pesquisas, promovem um exercício ético e político, pois, permitiram a promoção de espaços de produção e negociação de sentidos e de subjetividades, promovendo a transformação de realidades contextualizadas. (Spink, Menegon e Medrado, 2014)

Ao proporcionar espaços de trocas entre os participantes, facilitando a discussão entre os sujeitos, possibilitamos, simultaneamente, a reflexão sobre a temática proposta, a exposição da multiplicidade de entendimentos, vivências e sentimentos em relação ao tema, a emergência de conflitos construtivos ou não, dando visibilidade para a multiplicidade “(..) (nem sempre harmônica) de versões e sentidos sobre o tema.” (Spink, Menegon e Medrado, 2014, p. 33) Para Spink, Menegon e Medrado, as oficinas são uma ferramenta metodológica que facilita a troca dialógica e a co-construção de sentidos.

Essas autoras afirmam que as oficinas incorporam alguns procedimentos metodológicos dos grupos focais, das dinâmicas de grupo e das rodas de conversa. Dos primeiros, as oficinas herdaram a perspectiva de trabalhar com foco numa área temática. Das “dinâmicas de grupo”, as oficinas incorporaram o caráter criativo das atividades propostas, articulando práticas discursivas e estratégias de facilitação de interação grupal. E, por fim, as oficinas buscam o caráter político e transformador presente nas rodas de conversa, entendendo “(..) os espaços grupais como espaços privilegiados para estudar as relações de poder que controlam, selecionam e organizam enunciados, bem como produzem regimes de verdades e formas de resistência.” (Spink, Menegon e Medrado, 2014, p. 34)

Assim, as oficinas favorecem a ampliação do diálogo diante das diferentes expectativas, permitindo a expressão de conflitos e de diferentes interesses, além de, em

alguma medida, produzirem algum alinhamento de fazeres. Consequentemente, as oficinas serviram como espaços de compartilhamento que permitiram a democratização do espaço de trabalho, bem como a exposição dos múltiplos sentidos de se ser trabalhador do NASF no DF. A pesquisadora apostou, assim como outros pesquisadores, na dimensão pedagógica das oficinas, como dispositivos de compartilhamento de saberes-fazeres, possibilitando o exercício grupal de pensar e vislumbrar diferentes possibilidades e novos caminhos. (Leite, Santos e Rocha, 2018)

A primeira oficina (Cf. Apêndice 2) teve como foco as concepções e expectativas dos profissionais de saúde sobre o apoio matricial, bem como os limites e potências para o exercício do apoio na perspectiva destes profissionais. Na oficina 2 (Cf. Apêndice 3) foram mapeadas as demandas de formação para o exercício da função apoio. A oficina 3, denominada de “oficina de devolutiva e validação dos dados”, teve como objetivo validar as análises realizadas com os participantes da pesquisa. Também foram realizadas entrevistas semiestruturadas (Cf. Apêndice 4) com os gestores dos serviços de saúde nos quais os profissionais apoiadores matriciais atuam. As oficinas e entrevistas foram realizadas no período compreendido entre outubro de 2018 a junho de 2019.

As oficinas foram gravadas em áudio e registradas em fotografias; as entrevistas foram gravadas em áudio. Ambas tiveram seu conteúdo transcrito para compor os conteúdos ou dados desta investigação. A autora desta pesquisa utilizou-se também do diário de campo para fazer o registro das atividades e conteúdos produzidos no decorrer das oficinas e entrevistas. O retorno aos registros do diário de campo foi de grande importância para as reflexões e análises realizadas durante todo o percurso desta pesquisa. Conforme orienta L'Abbate, os diários são os instrumentos mais adequados para o registro das atividades que ocorrem numa pesquisa-intervenção. (L'Abbate, 2012)

Assim, o diário de campo é uma ferramenta que possibilita um movimento de reflexão sobre a própria prática, “(..) na medida em que o ato da escrita do vivido, no âmbito individual ou coletivo, é o momento de reflexão sobre e com o vivido, revelando o não dito e pressupondo a não neutralidade do pesquisador no processo de pesquisa.” (Mendes, Pezzato e Sacardo, 2016, p. 1742) Para Barros e Kastrup, os registros em diário de campo, além de colaborarem para a produção de dados, têm a “(..) função de transformar observações e frases captadas na experiência de campo em conhecimento e modos de fazer. Há transformação de experiência em conhecimento e de conhecimento em experiência, numa circularidade aberta ao tempo que passa.” (Barros e Kastrup, 2015, p. 70)



Logo, a escrita desta dissertação é, deliberadamente, uma escrita *implicada*. Ou seja, ao expressar de determinado modo, ao escolher determinadas palavras, ao formular determinadas frases, enfim, ao priorizar a pesquisa-intervenção como um caminho de produção do conhecimento, fica exposto e explicitado o posicionamento da pesquisadora, autora desta investigação. O conhecimento revelado sobre nós e sobre o mundo não só expressa nosso posicionamento teórico com o campo, mas também revela nosso posicionamento político. (Passos e Barros, 2015) A escrita traçada em uma pesquisa-intervenção produz, pois, uma política da escrita, que deve estar em sintonia com a política da pesquisa, devendo também incluir suas contradições, seus enigmas, suas tensões, seus equívocos, suas indagações e suas dúvidas, conforme ensinam Mendes, Pezzato e Sacardo (2016).

Utilizou-se como referencial para a análise dos dados a Análise Institucional, conforme explicitado no item 1.5 “a *pesquisa-intervenção*”. Os conteúdos foram organizados a partir dos analisadores institucionais que emergiram nas oficinas e entrevistas. Ainda, o campo de análise contou com a análise da implicação da pesquisadora.

#### **3.4. Aspectos Éticos:**

Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Saúde da UnB, conforme número do parecer 2.839.506 (Cf. Anexo 1) e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (Fepecs/SES-DF), conforme número do parecer 2.915.243 (Cf. Anexo 2). Os termos de consentimento livre e esclarecidos das oficinas (Cf. Apêndice 5) e entrevistas (Cf. Apêndice 6) foram assinados por todos os participantes da pesquisa. Os riscos e benefícios foram explícitos nos TCLE.

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na sequência deste relato serão apresentados os conteúdos (resultados) que foram produzidos nas três oficinas e nas entrevistas realizadas. Concomitantemente à apresentação dos resultados, realizou-se a discussão dos dados, ancorando-se no referencial teórico-metodológico que orientou a pesquisa. Dito isto, pode-se seguir afirmando que a primeira oficina teve início com uma atividade de aquecimento, que solicitou aos profissionais sujeitos da pesquisa que fizessem silêncio e buscassem refletir sobre um momento/dia de trabalho significativo na função de apoiador matricial, bem como o registro da reflexão por eles feita em uma folha de papel. Vejam abaixo a transcrição dos registros das produções:

**Quadro 1:** Registro da atividade de aquecimento da oficina 1.

Profissional	Reprodução do registro
1	“Há um mês fui procurada pela enfermeira X trazendo um caso de violência doméstica da paciente A. A mesma reside pouco tempo em Brasília (06 meses), vindo do Ceará. Casada com 2 filhos. Não trabalha não estuda. Sai de casa só para levar a filha mais velha para escola. O que chama a atenção neste caso é que A vivia em cárcere privado. O marido era quem ficava com a chave de casa. Saía para o trabalho e a deixava trancada. Morava num apartamento em que a dona da casa é quem abria a porta para que A pudesse sair. Em abordagem com A a mesma entendeu a situação de vivência de cárcere. Falou com uma irmã no Ceará que contou para o pai e vieram busca-la”.
2	“Me veio a memória três momentos distintos de ações que para mim foram significativos. O primeiro foi um momento de discussão e matriciamento acerca do Programa Bolsa Família que tive a oportunidade de fazer com a UBS inteira. Foi interessante pois pude desmitificar vários conceitos equivocados dos profissionais também devido a gestão ter disponibilizado espaço com todos os profissionais ao mesmo tempo, o que gerou desdobramentos no acompanhamento das famílias e nos processos de trabalho das equipes, bem satisfatório. Outro momento que me veio à mente foi um dos grupos que fiz de saúde sexual e reprodutiva, em conjunto com uma equipe de saúde da família, onde realizamos uma ação interessante, com boa participação dos usuários, boa articulação entre os membros dos grupos e estudantes. Também a campanha violência em conjunto com PAV”.
3	“Não teria como ter um dia específico para citar como meu melhor dia de trabalho no NASF. A minha pouca experiência não me proporciona ter um dia como esse. Mas já tive alguns momentos que foram bastante gratificantes como a realização de visita domiciliar e a participação em reuniões de equipe. A minha rotina ainda está muito ligada aos afazeres da farmácia e falta um pouco de integração maior com o NASF e o apoio que ele proporciona às equipes”.
4	“1ª reunião realizada com a equipe NASF e uma ESF. Nesta reunião conseguimos discutir os casos já atendidos e acompanhados, novos casos, pensamos em estratégias para melhorar o trabalho, discutiu-se o processo de trabalho também. Foi significativo por ser um marco na minha relação do NASF com as ESF. A partir desta reunião outras reuniões foram agendadas com as equipes e tem apresentado bons resultados no trabalho e na relação com as equipes de saúde da família”.
5	“Reunião com as equipes e discussão dos casos em rede. Visita institucional nas escolas (com os colegas do NASF). Formação do grupo de saúde mental com a farmacêutica. Grupo de incentivo à leitura com a Fono”.
6	“Reunião da equipe NASF com equipe Rosa. Equipe completa incluindo saúde bucal. Casos e educação permanente (programa de interrupção gestacional previsto em Lei). Desdobramentos das visitas à escola – NASF e odontóloga discussão com equipe da escola. Ambiente respeitoso. Reconhecimento de realização de um bom trabalho”.
7	“Aprendizado coletivo, apoio, colaboração, afeto, produção de conhecimento/parceria/afetividade/dever cumprido e alegria/diversão” (profissional fez um desenho pessoas com as mãos dadas e descreveu estas palavras no entorno das figuras).
8	“Foi a primeira VD que participei na UBS do Itapoã. Pelo fato de estarmos numa equipe grande e como eu mesma estive trabalhando na “atenção primária” por 5 anos no sistema prisional, nunca houve essa prática

	de VD com nossos usuários, pelo fato do encarceramento e o pouco trabalho desenvolvido com as famílias. Foi uma experiência incrível, foi quando pude perceber o trabalho multiprofissional. Me deslumbrei com a dinâmica das equipes. E o sentido da saúde da família e o verdadeiro SUS e sua importância”.
9	NÃO FEZ A ATIVIDADE.

Obs.: Este quadro foi constituído com os escritos dos participantes, *tal como* foram produzidos. .

A expectativa da pesquisadora ao propor a atividade de aquecimento referida foi trazer e incluir o profissional participante da oficina na discussão proposta, qual seja, a de refletir sobre o apoio matricial que prestam, assim como possibilitar a emergência da memória afetiva dos profissionais em relação ao seu cotidiano de trabalho. As experiências de trabalho descritas por eles referem-se a momentos gratificantes que vão desde a atuação direta do profissional na assistência individual ou coletiva de usuários do SUS e familiares, passando por reuniões de equipes, discussão de casos, trabalho em rede e o desenvolvimento de ações educativas. Uma das oito profissionais envolvidas na pesquisa optou por não realizar a atividade proposta para a primeira oficina.

A descrição das ações dos sujeitos da pesquisa participantes da primeira etapa da primeira oficina aponta para aquilo que era e é esperado na e da atuação de uma equipe do NASF: oferta de ações assistenciais individuais e coletivas na UBS e/ou na residência dos usuários, realização de reuniões com as equipes apoiadas e com a rede intersetorial, discussões de casos, trabalho em rede e oferta de ações de apoio pedagógico. (BRASIL, 2014) Alguns registros também trouxeram a descrição do impacto destas ações para os profissionais, mencionando, sensações e sentimentos como satisfação, reconhecimento pelo trabalho desenvolvido, afetividade e alegria/diversão com aquilo que se faz. Scherer, Pires e Jean defendem que “(..) toda atividade de trabalho é sempre um dramático uso de si (..) trazendo a necessidade de reagir, buscar alternativas e exigindo novas relações com o meio e entre pessoas.” (Scherer, Pires e Jean, 2013, p. 3205)

Dentre as diversas possibilidades para significar o trabalho, Campos e Cunha argumentam que trabalhamos para garantir nossa sobrevivência, mas também “(..) para (..) garantir sentido e significado à própria vida. ” (Campos e Cunha, 2011, p. 966) Para os autores, quando há vinculação do trabalhador com um projeto de saúde, ampliando as possibilidades de envolvimento, o trabalhador pode dar ao seu trabalho um sentido de obra. (Campos e Cunha, 2011) Logo, no âmbito desta reflexão, a autora desta investigação entende e crê que a atividade de aquecimento por ela proposta na primeira etapa da primeira oficina realizada cumpriu com um dos objetivos estabelecidos para o que se entende por oficina,

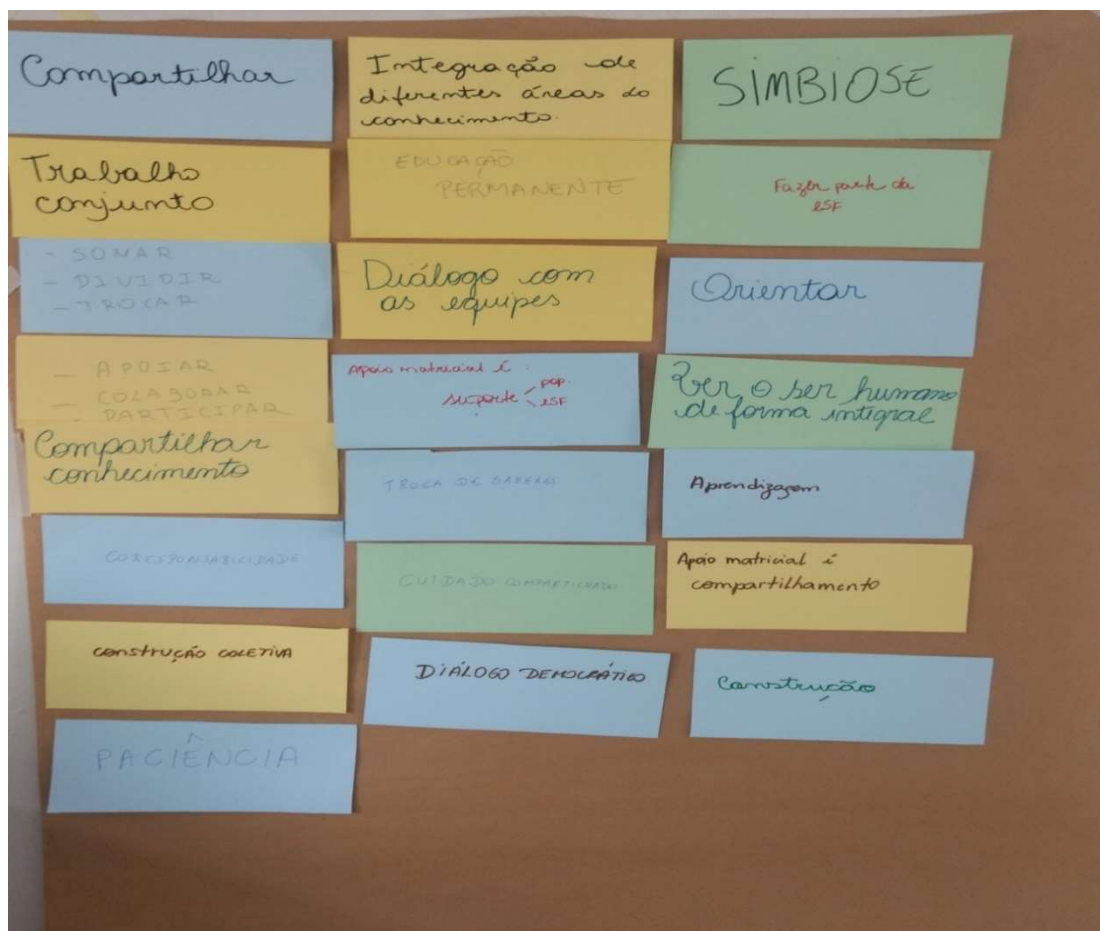
isto é, possibilitar o despertar para a importância de um trabalho com significado. (Spink, Menegon e Medrado, 2014)

## 4.1. CONCEPÇÕES E EXPECTATIVAS SOBRE APOIO MATRICIAL

### 4.1.1. O que eu entendo e falo sobre apoio matricial

Após o aquecimento, a atividade proposta pela autora desta pesquisa visou conhecer as concepções e expectativas de apoio matricial entre os profissionais apoiadores. Para esta atividade, a consigna foi que os participantes deveriam anotar em tarjetas o que compreendiam como apoio matricial, podendo cada um deles usar o número de tarjetas que desejasse. Depois dessa ação, cada profissional deveria apresentar ao grupo sua produção. Na sequência, foi produzido coletivamente um painel conceitual sobre apoio matricial a partir da perspectiva dos profissionais participantes da pesquisa, que é apresentado abaixo.

Figura 2: Painel conceitual “apoio matricial



A mesma questão foi apresentada aos gestores dos serviços nas entrevistas. Assim, a intencionalidade da pesquisadora com esta escolha foi compreender como os profissionais e gestores entendem o conceito de apoio matricial e em que medida a compreensão deste conceito modula as ações desenvolvidas pelos profissionais e direciona a gestão do processo de trabalho dos apoiadores. Para a análise dos dados, o relato dos profissionais e as tarjetas foram transcritas e categorizadas por convergência, divergência e singularidade de ideias.

De acordo com a literatura corrente, o apoio matricial é definido, ao mesmo tempo, como um arranjo organizacional e uma metodologia de trabalho. Cunha e Campos afirmam que o objetivo do apoio matricial em saúde é:

“(..) assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, de maneira personalizada e interativa. Opera com o conceito de núcleo e de campo... O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência.” (Cunha e Campos, 2011, p. 964)

De posse dos conteúdos produzidos pelos profissionais e gestores, a pesquisadora definiu quatro categorias de análise, por ela denominadas de *dimensões*, relacionadas às concepções e expectativas dos profissionais e gestores sobre o apoio matricial.

#### **4.1.1.1. A Dimensão do compartilhamento**

A dimensão do compartilhamento do apoio matricial apareceu de forma significativa no relato dos profissionais e gestores, sugerindo que o compartilhamento refere-se tanto a compartilhar o cuidado em saúde, como compartilhar o conhecimento. Conforme aponta o relato de uma das profissionais: “*O verbo é compartilhar*”. (Profissional 1)

O apoio matricial tem uma dupla função como um arranjo organizacional por apostar na diminuição da hierarquia organizacional e na ampliação das fronteiras dialógicas. Como uma metodologia de gestão do trabalho, orienta uma atuação em equipes que compartilham cuidado, poder e conhecimento. (Campos e Domitti, 2007) Assim, quando os participantes da pesquisa revelaram que para eles o apoio matricial é compartilhar – cuidado, conhecimento ou “*tudo*” (Participante 5), demonstraram a internalização de um dos aspectos do conceito de apoio matricial. No mesmo sentido, os gestores também identificam a dimensão do compartilhamento como central na proposta do apoio matricial, tanto que um deles registrou “*(..) um profissional ajudando o outro ou uma equipe ajudando um profissional, é uma soma*”. (Gestor 1) e outro, de igual modo, mencionou: “*É um apoio entre profissionais para fazer um trabalho junto*”. (Gestor 2)

A centralidade do conceito de compartilhamento também está presente na proposta de equipes NASF, haja vista que há determinação de atuação no modelo de equipe de referência e equipe de apoio, operacionalizando as ações de forma integrada em duas grandes frentes: a clínico-assistencial e a técnico-pedagógico. Campos e Domitti dizem que o apoio matricial depende “(..) de um importante grau de compartilhamento de poder entre distintos profissionais.” (Campos e Domitti, 2007, p. 404) Cunha afirma que a clínica ampliada também pressupõe a adesão a um modelo de trabalho que esteja alicerçado no princípio do compartilhamento. (Cunha, 2010) Neste sentido, os profissionais e gestores indicam que o seu entendimento sobre o apoio matricial vai ao encontro daquilo que a literatura e as normativas políticas orientam sobre o conceito e a operacionalização do apoio matricial. (Campos e Domitti, 2007; Campos e Cunha, 2011)

Experiências internacionais mencionam a importância da troca de conhecimento e da colaboração entre profissionais, tanto que termos como *colaborative care* e *shared care* têm sido usados para descrever as diversas possibilidades de trabalho compartilhado. O que parece ser comum entre as várias propostas é a função de coordenação do cuidado exercida pela APS, a importância da comunicação interprofissional e o uso de tecnologia de informações que promovam agilidade na troca entre profissionais. (Tesser e Poli-Neto, 2017) Todavia, a maior parte daquelas experiências, as que tratam de cuidados compartilhados/colaborativos, não dão ênfase à gestão do processo de trabalho. (Melo et al., 2018)

Apesar da ausência de formação para atuarem como apoiadores matriciais ou como gestores de apoiadores, os participantes desta pesquisa fizeram um movimento em busca de informações e conhecimentos, sendo capazes de trazer compreensões importantes sobre o apoio matricial. De modo geral, a investigadora pôde ser categórica em afirmar que não existe apoio matricial sem compartilhamento – de cuidado, de saberes, de poder, de afetos etc. E para que ele ocorra é necessário que exista um outro também disponível a compartilhar.

Isto leva a autora deste estudo à segunda dimensão enfatizada pelos participantes desta pesquisa: a dimensão relacional do apoio matricial. Embora se possa e talvez se deva pensar nestas duas dimensões de forma única, a pesquisadora compreende que a dimensão relacional extrapola a dimensão do compartilhamento, à medida que traz novos elementos para a análise, como as sensações e os afetos relacionados ao trabalho como apoiador. Assim, compreende que existe uma relação de interdependência entre essas dimensões – assim como

com as demais, mas, compreende também que, para fins de análise, pode tratá-las de forma separada.

#### 4.1.1.2. A Dimensão relacional

Os sujeitos da pesquisa definiram o apoio matricial também como: somar/dividir/trocar, simbiose, trabalho conjunto, corresponsabilidade, diálogo democrático, diálogo com as equipes, construção e paciência. Como se vê, a dimensão relacional perpassa toda a discussão sobre apoio matricial, pois, afinal de contas está se tratando aqui de um profissional/equipe de referência que pactua o suporte de um profissional/equipe de apoio, bem como de um arranjo organizacional que altera a forma de organização dos serviços de saúde. Logo, assim como ocorre com a discussão do compartilhamento, a discussão sobre a dimensão relacional é condição *sine qua non* para que exista apoio matricial.

O apoio matricial se dá em relação. Portanto, é necessário olhar para esta dimensão com a compreensão de que é nas relações que os sujeitos se constituem como sujeitos, assim como é nas relações que os sujeitos aprendem e ensinam, que os sujeitos cuidam de si e dos outros, que negociam, pactuam, organizam, reformulam, suportam e lidam com o outro, conforme ensinam alguns autores. (Mendes, Pezzato e Sacardo, 2016) Segundo outros, a valorização e o investimento na relação entre as pessoas é condição essencial para que exista efetivamente um trabalho compartilhado entre profissionais e equipes. (Sobrinho et al., 2014) Enquanto os sentidos dados pelos gestores para o apoio matricial não fizeram alusão à dimensão relacional propriamente dita, a importância desta dimensão para o trabalho de apoio foi enfatizada pelos trabalhadores, tanto que um deles afirmou que o apoio matricial é “(..) *um exercício do escutar, do saber, da troca, mas também aceitar as diferenças, o respeito.*” (Profissional 2)

A dimensão relacional está na gênese da proposta de apoio matricial. Campos defende a ideia de que as organizações têm tripla finalidade. A finalidade primária é produzir bens e/ou serviços para o público, no caso dos serviços de saúde, produzir ações e serviços que de alguma forma promovam mais saúde para a população usuária. A segunda finalidade está relacionada à manutenção e sobrevivência da própria instituição, isto é, no SUS trabalha-se para que ele se mantenha como um sistema público de saúde. A terceira está relacionada à construção de valores de uso para o próprio trabalhador da saúde. Trabalha-se para garantir o sustento, mas também para se constituir como sujeito, ampliando o

significado da própria vida e da subjetividade. Assim, o trabalho também tem o papel fundamental de associar o sujeito à noção de obra. (Cunha e Campos, 2011; Campos, 2015)

Pôde-se inferir com grande margem de certeza que a dimensão relacional do apoio matricial apareceu, de modo geral, de modo positivo nesta etapa da pesquisa, talvez por se tratar de uma questão que buscava trazer à tona o entendimento de um conceito e não necessariamente de um processo de trabalho.

#### **4.1.1.3. A Dimensão pedagógica**

É válido iniciar a exposição deste tópico com a compreensão do significado do apoio matricial, pela voz de dois dos sujeitos investigados. Assim, para um deles este tipo de apoio é *“Um constante processo de educação permanente.”* (Profissional 6) Para outro, significa: *“Ampliar o conhecimento dos profissionais...; é uma formação mais de campo e menos de núcleo, dando ferramentas para que os profissionais ampliem a visão deles e a capacidade de atuação junto aos pacientes.”* (Gestor 2)

Os profissionais registraram nas tarjetas: educação permanente; troca de saberes; aprendizagem; e orientar. Todos estes termos por eles escritos remetem ao desenho metodológico do apoio matricial que prevê a existência de equipes de referência e a de equipes de apoio, responsáveis pela retaguarda especializada para as equipes de referência. A retaguarda referida pode se dar tanto nos cuidados assistenciais diretos como no suporte técnico-pedagógico. (Campos e Domitti, 2007) Assim, a dimensão pedagógica do apoio matricial foi lembrada por profissionais, indicando que os participantes da pesquisa reconhecem no conceito de apoio matricial sua função de transferência tecnológica.

Certos autores defendem que o apoio matricial além de ser uma metodologia de trabalho é também um *“(..)* mecanismo privilegiado de educação permanente em saúde. *”* (Bispo Jr. e Moreira, 2017, p. 2). Vejam como esta ideia se mostra na fala de dois dos participantes da pesquisa: a Profissional 3 disse: *“A gente aprende, a gente troca saberes”* e o Gestor 1 registrou: *“(..) eu acho que esse apoio matricial vem no sentido de ajudar as equipes a conseguir sua média resolutive”*.

Pagani e Nascimento destacam que o NASF como equipe de apoio deve promover, estimular e compor espaços de educação permanente em saúde (EPS), a fim de produzir novas ações em saúde, fortalecendo a interdisciplinariedade e o trabalho em saúde. (Pagani e Nascimento, 2016) Conforme mencionado, a EPS tem como pressuposto a aprendizagem significativa e aposta em processos que tomem os espaços de trabalho como espaços de



aprendizagem. (Ceccim e Feuerwerker, 2004; Meyer, Félix e Vasconcelos, 2013; Ceccim, 2018; Pinheiro, Azambuja e Bonamigo, 2018)

Oliveira menciona que o apoio matricial é uma das modalidades da função apoio por defender a inseparabilidade entre clínica e gestão, teoria e prática, ação e reflexão, além de advogar que sujeitos e organizações são afetados por relações de poder, saber e afetos. (Oliveira, 2011) Assim, a tecnologia do apoio matricial atende os pressupostos da EPS, tornando as equipes NASF dispositivos potentes para o desenvolvimento de ações de EPS.

Embora haja potência para o desenvolvimento de ações de EPS pelas e/ou para as equipes NASF, estudos vem apontando dificuldades no desenvolvimento de ações de EPS no contexto das equipes NASF. (Silva et al., 2019; Brocardo et al., 2018; Melo et al., 2018; Oliveira e Campos, 2017; Tesser e Poli-Neto, 2017; Bispo Jr e Moreira, 2017; Klein e d'Oliveira, 2017; Tesser, 2017) Cabe salientar que no decorrer desta dissertação, a pesquisadora seguiu dialogando sobre a interface entre o trabalho das equipes NASF e a EPS. Logo, esta discussão não se encerra por aqui.

#### **4.1.1.4. A Dimensão da integralidade**

Ao contrário das demais dimensões que tiveram vários profissionais e gestores fazendo a ela referência, a integralidade foi citada por apenas uma das profissionais apoiadoras. Para esta, o apoio matricial equivale a “*Ver o ser humano de forma integral*”. (Profissional 6) Para Pagani e Nascimento, “(..) a busca da integralidade deve ser uma diretriz fundamental a ser praticada pelos NASFs. ” (Pagani e Nascimento, 2016, p. 59) O conceito de integralidade é complexo e atende a 3 dimensões: a) a abordagem integral do indivíduo, levando em consideração seu contexto familiar e social ampliado; b) ações ampliadas de saúde, englobando ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação e; c) o modelo de organização do sistema de saúde, de forma que este garanta acesso à população conforme as suas necessidades. (BRASIL, 2010) Para Gusso e outros,

“A utilização do conceito de integralidade como abordagem ampliada da pessoa (contexto cultural, familiar e comunitária) representa para Starfield atributos derivados da APS, ou seja, é papel deste espaço de atenção, mas ocorrerá apenas nas equipes/UBS que cumprirem minimamente os atributos nucleares: acesso, continuidade, abrangência dos serviços e coordenação do cuidado. ” (Gusso et al., 2015, p. 4)

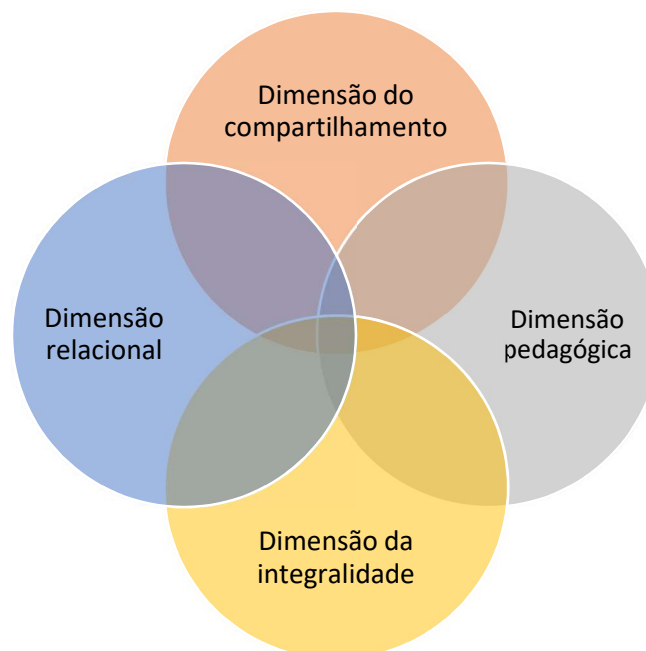
Considerando a reestruturação da APS no DF, assim como o processo de trabalho das equipes de saúde da família (eqSF), pode-se perguntar se a ausência de outras citações sobre a integralidade se justifica, em alguma medida, ao considerar o processo de

reorganização da APS que está em curso no DF. No período em que esta pesquisa foi realizada a APS no DF ainda estava em processo de reorganização e as dificuldades para garantir os atributos essenciais da APS ainda eram muito evidentes, prejudicando sobremaneira iniciativas mais ampliadas. Descartado tal pressuposto ou em complementação a ele, foi importante estar atenta, no decorrer da pesquisa, aos sentidos atribuídos pelos profissionais à integralidade e à existência ou não do reconhecimento dela nas suas ações. Assim, apesar da integralidade ter sido citada por apenas um profissional, deu-se o mesmo destaque a ela no desenho conceitual.

A atuação em equipes multiprofissionais em busca da interdisciplinaridade é uma das apostas do apoio matricial para a produção de um cuidado mais integral com a racionalização dos recursos. (Sobrinho et al., 2014) Portanto, o conceito de apoio matricial está intimamente ligado à capacidade de produzir um cuidado mais integral e resolutivo em saúde.

Deste modo, no contexto da pesquisa, profissionais e gestores produziram alguns sentidos para apoio matricial. Compreendeu-se, pois, que os sentidos produzidos se encontram na intersecção entre estas quatro dimensões distintas, porém interdependentes.

**Figura 3:** Desenho conceitual de apoio matricial



Fonte: Autoria própria.

Neste sentido, para os participantes desta pesquisa, o conceito de apoio matricial parece estar ali, na intersecção entre o compartilhar, o relacionar-se, o ensinar e o aprender

e a capacidade de promover um cuidado mais integral e resolutivo. Embora o quadro conceitual proposto pelos participantes contemple, de maneira geral, uma compreensão fundamentada na literatura do conceito de apoio matricial, cabem, pelo menos, dois destaques antes de seguir.

O primeiro destaque diz respeito tanto aos profissionais quanto aos gestores participantes que focaram a questão do apoio matricial apenas como uma metodologia de trabalho, não havendo referência ao apoio matricial como arranjo organizacional. Assim, para os participantes, o sentido do apoio é metodológico, isto é, informa sobre uma forma de fazer. Já o segundo reside em perceber que forças foram trazidas à cena pelos profissionais e gestores: apoio compartilhar, apoio ensinar e aprender, apoio relacionar-se e apoio “ver o ser humano de forma integral”. Foi fundamental estar atenta a estas forças instituídas sobre o conceito de apoio. Se é que elas estão efetivamente instituídas como conceito e forma de trabalho ou se constituem mera reprodução verbal de um conceito que vem se institucionalizando. Neste sentido, entendeu-se que essas representações sobre o apoio podem ser compreendidas como uma fotografia, que mediante novas propostas reflexivas podem dar lugar a novas experimentações e sentidos sobre o conceito. (Aguiar e Rocha, 2007)

Klein e d’Oliveira em pesquisa realizada no município de São Paulo, com psicólogos atuantes em equipes NASF, concluíram que os profissionais tinham duas concepções sobre matriciamento. Uma relacionada ao matriciamento como troca de saberes, e outra entendida como capacitação e supervisão. As autoras verificaram que concepções divergentes sobre a noção de apoio matricial têm impacto direto na operacionalização do trabalho dos apoiadores. (Klein e d’Oliveira, 2017)

Esta pesquisa produziu resultados semelhantes sobre a noção de apoio matricial no que tange à noção de troca de saberes (dimensão do compartilhamento e dimensão pedagógica). Todavia, nesta produção, a ideia de capacitação/supervisão não se fez presente. À pesquisadora pareceu que os participantes da pesquisa estão sintonizados mais com a ideia de matriciamento como uma troca de saberes e menos como supervisão do trabalho alheio.

Cabe ressaltar, antes de avançar neste relato, que ao definir para esta pesquisa o painel conceitual sobre apoio matricial, novos elementos vieram à tona.

#### **4.2. O que os outros entendem e dizem sobre o apoio matricial?**

A segunda etapa da primeira oficina teve como objetivo apresentar de forma sucinta e dialogada o que a literatura consolidada neste campo conceitua como apoio matricial e

sobre o processo de trabalho do apoiador. O coletivo de pesquisadoras expôs os principais conceitos e diretrizes de apoio matricial, procurando avaliar como estes elementos dialogavam ou não com o que os profissionais tinham conceituado no primeiro momento da oficina. Para esta pesquisadora foi “(..) *impressionante a expressão dos profissionais já no início da exposição. Era um misto de espanto e alívio. Para alguns parecia que era a primeira vez que estavam vendo falar de apoio matricial de forma sistematizada.*” (Trecho do meu diário de campo)

Tendo em vista tratar-se de uma exposição dialogada, no decorrer da apresentação alguns profissionais emitiram algumas reflexões/opiniões sobre o que estava sendo dito. Cabe destacar que os posicionamentos versavam basicamente sobre a dimensão do trabalho em equipe (relacional). Vejam como o diálogo foi ocorrendo e os conteúdos foram sendo, paulatinamente, construídos:

– “*Tô entendendo que apoiar é meio como um time no jogo de futebol, todo mundo precisa se ajudar para fazer o gol.*” (Participante 9)

– “*Só que neste caso a torcida também entra em campo, que são os usuários.*” (Pesquisadora)

– “*Sobre isso que vocês estão falando que apoiar é fazer com e não por. As equipes têm dificuldade de compreender que é fazer com e não por.*” (Participante 4)

– “*(..) Essa ideia de fazer com, eu tenho a tendência de fazer por, então isso é algo que eu vou ter que trabalhar comigo bastante. De fazer com e não por.*” (Participante 1)

– “*Eu acho que a gente tem essa tendência de fazer por e não com, porque a gente quer fazer. Então esse trabalho pedagógico, de construir junto é difícil. E tem situações que são de emergência mesmo e aí esse tempo de fazer com, as vezes, não dá.*” (Participante 2)

Os profissionais na primeira etapa da oficina pareceram dominar alguns sentidos do conceito de apoio matricial, trazendo para o campo elementos que iam ao encontro do conceito conforme proposto por Campos (2003). No entanto, ao serem introduzidos na discussão elementos que tratavam do como fazer o apoio/processo de trabalho do apoiador, surgiram uma série de reflexões e inquietações entre os participantes. A ideia que mais suscitou reflexões foi a da noção de que o processo de trabalho do apoiador envolve necessariamente a capacidade de ele fazer com o outro e não pelo (por) outro, tanto que a

“*A ideia de fazer com e não pelo outro parece ter desconcentrado a maioria dos profissionais. Foi como se tivéssemos colocado no campo um elemento que mexeu com todos. Alguns refletindo sobre suas dificuldades pessoais de fazer com, outros projetando nos outros essa dificuldade e outros ainda tentando justificar que o contexto impede essa forma de atuação. Acho que essa ideia mudou a rota da oficina e tirou as pessoas da zona de conforto das respostas prontas*”. (Trecho de meu diário de campo).

Esta noção de que o apoio matricial “é fazer com o outro e não pelo outro”, tornou-se um importante analisador nesta etapa da oficina, pois esta noção intrínseca ao processo de apoiar trouxe ao campo novas possibilidades de análise, produzindo efeitos reflexivos e deslocando a percepção dos profissionais sobre seu próprio fazer. (Campos, 2003)

Com o campo em efervescência, a partir do diálogo entre o que os profissionais produziram e o que a literatura e a experiência de outras equipes tinham a dizer, pôde-se avançar em direção à terceira etapa da oficina. A intencionalidade da pesquisadora foi colocar em análise as potências e os impasses para o exercício do apoio matricial, ou seja, o que se pretendeu foi colocar em análise a função apoiador exercida por este coletivo.

### **4.3. IMPASSES E POTÊNCIAS PARA O EXERCÍCIO DO APOIO MATRICIAL**

A partir da questão “o que vocês identificam como limites/impasses e possibilidades para a atuação do apoiador matricial? ”, alguns analisadores foram produzidos pelo grupo e serão discutidos adiante. Neste ponto cabe dizer que a análise dos impasses e das potencialidades para o exercício da função apoiador matricial no NASF produziu a emergência de duas categorias de análise: limites e potencialidades do trabalho em equipe e limites e potencialidade da gestão e organização do processo de trabalho.

#### **4.3.1. Limites e possibilidades do trabalho em equipe**

Conforme o discutido no decorrer deste texto, o trabalho do apoiador vem ocorrendo sempre pautado em relação. “Mais do que ponto de partida, o apoio opera como ponto de cruzamento de ideias, experiências, expectativas e afetos, criando condições e possibilidades de produção de um comum, de um plano relacional, plano de afetabilidade coletiva. ” (Escóssia, 2009, p. 692)

O procedimento metodológico utilizado, a pesquisa-intervenção, pressupõe a formação de uma grupalidade, apostando-se no encontro e na formação de coletivos para que haja a possibilidade da emergência do novo. Assim, o grupo é entendido aqui como dispositivo de intervenção. Desse modo, apostamos nessa pesquisa em uma abordagem metodológica que possibilitou a discussão sobre o trabalho do apoiador entre os apoiadores

e na relação entre apoiadores em ato, no aqui e no agora, no afirmar-se e pensar-se como apoiador. Na origem, pois, do processo investigativo que resultou neste relato, acreditou-se que era a partir do encontro entre apoiadores que emergiriam os analisadores que possibilitariam conhecer e reconhecer as potencialidades e limites da atuação, bem como dar voz e ouvidos ao que pudesse ser produzido de novo. Sem deixar, contudo, de dar também atenção àquilo que se manteria como sempre foi (o instituído), expressando, assim, as linhas de forças que tecem o contexto, permitindo a análise dos efeitos da intervenção no coletivo.

Os profissionais e gestores elencaram que as relações existentes entre os profissionais da equipe NASF (eqNASF), entre eqNASF e equipes de saúde da família (eqSF), entre eqNASF e gestão, entre eqNASF e comunidade, bem como entre a eqNASF e a rede (do setor saúde ou intersetorial), todas se constituíam como desafios ao exercício da função apoiador matricial. Estes desafios foram entendidos por uns como limites e por outros como potencialidades. Todavia, para a maioria eles foram identificados como limites e potencialidades, simultaneamente.

Assim, o grupo, as relações, o processo de trabalhar e se constituir em apoiador numa equipe e apoiando outras equipes emergiram como importante analisador desta intervenção. Deste modo, o grupo denunciou que trabalhar de forma colaborativa não se dava de modo natural, como se bastasse reunir pessoas para que uma equipe fosse constituída. Ao contrário, o grupo expressou que se constituir como uma equipe era uma das tarefas – com limites e potencialidades - de se constituir apoiador no NASF. O que pensam Peduzzi e Agreli complementa este entendimento, quando defendem que não bastam equipes efetivas e integradas para que se amplie o acesso e a qualidade do serviço oferecido, mas que é preciso ir além, sendo necessário que profissionais e equipes colaborem efetivamente entre si. (Peduzzi e Agreli, 2018) Inclusive, alguns autores observam que nos serviços de saúde, não raro, as interações entre profissionais e destes com gestores resultam em conflitos. (Carvalho, Peduzzi e Ayres, 2014)

A relação do NASF com as equipes de eqSF teve importante centralidade nas oficinas. Um dos limites apontados para a atuação do NASF foi a assimetria nas relações entre profissionais do NASF e das eqSF. O relato de um dos sujeitos da pesquisa evidencia o problema. Ela registrou: *“O outro tem mais poder que você e se você quiser se legitimar, você precisa fazer pôr para poder provar que você sabe fazer e o outro te reconhecer. Então é uma relação de saber-poder que permeia e ela é um limite.”* (Participante 3)

Tendo em vista que o reconhecimento social do trabalho não é simétrico, Campos quando propôs o apoio matricial, o concebeu a partir da noção de que era necessário alterar

a lógica de funcionamento dos serviços com vistas a um maior compartilhamento de poder. Neste sentido, seria necessário o deslocamento de poder das profissões e corporações para uma relação de poder da equipe interdisciplinar. (Campos e Domitti, 2007) Em que pese essa diretriz clara do apoio, alguns autores apontam que um dos desafios para o exercício do apoio era justamente o pouco diálogo entre as equipes e que estas estavam assentadas em relações assimétricas de poder, sinalizando como necessária a criação de mecanismos que valorizassem os diversos profissionais de saúde. (Cunha e Campos, 2011)

Neste sentido, os participantes desta pesquisa enunciam que esta é uma tarefa ainda inconclusa. As assimetrias de poder entre profissionais e equipes ainda se fazem presentes e, em alguma medida, têm uma interferência direta no processo de trabalho e na subjetividade dos profissionais. O registro de um dos sujeitos da pesquisa exemplifica esta questão. Ela referiu: *“Então as vezes você precisa fazer pelo outro sim, pois muitas vezes não é uma relação de troca, é uma relação de poder.”* (Participante 3)

Carvalho, Peduzzi e Ayres, em estudo conduzido com profissionais da APS, demonstraram que o conflito mais prevalente foi aquele relacionado a “falta de colaboração” entre profissionais. O não cumprimento de um acordo prévio de trabalho, por ausência de colaboração, acaba gerando a sensação de desrespeito e deflagrando situações de conflitos entre profissionais. (Carvalho, Peduzzi e Ayres, 2014) Este conflito ficou evidenciado no registro da Participante 4, quando falou: *“Eu já escutei de médico que ele não vai me solicitar nunca, pois quando ele precisar ele procura um nutrólogo, porque quem faz a parte de nutrição é nutrólogo”*, bem como na fala do Gestor 1, quando mencionou: *“(..) eu acho que o profissional do NASF tem que ter uma paciência histórica e tem que se reinventar para superar os conflitos com os colegas.”* (Gestor 1)

A fala dos participantes expõe essa assimetria de saber-poder entre profissionais do NASF e eqSF, evidenciando a correlação de forças presentes nos serviços de saúde. Quando o grupo visibiliza essa assimetria, denuncia quais são as práticas constitutivas da sua realidade. Para dois dos pesquisadores estudados, *“(..) a partir do cotidiano, das relações que criam os fatos, afirma-se a História como produção do real, e as análises como vetores que evidenciam as forças em luta.”* (Aguiar e Rocha, 2007, p. 653)

Sobrinho e outros, em estudo sobre o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), identificaram que os médicos foram os profissionais que mais citaram o potencial pedagógico do apoio matricial e os que se definiram como aprendizes, o que implicava, segundo os autores, a redistribuição do poder na equipe. Já os enfermeiros denunciaram os conflitos e a disputa de poder dentro da equipe

e os que também conseguiram identificar laços de solidariedade e interesse. (Sobrinho et al, 2014) Aciole e Oliveira, em estudo conduzido na cidade de São Paulo, também identificaram resistência das eqSF ao trabalho do NASF. (Aciole e Oliveira, 2017)

Bispo Jr e Moreira ao comentarem experiências internacionais sobre trabalho colaborativo apontaram que elas sofrem interferência em diversas dimensões: pessoais, sistêmicas e organizacionais. Afirmam que o respeito mútuo, a compreensão dos papéis profissionais e a definição de objetivos em comum têm grande influência na qualidade do trabalho desenvolvido. (Bispo Jr e Moreira, 2018) As dificuldades apontadas ficaram evidentes na relação entre os próprios membros da eqNASF, segundo indica o registro da Participante 2. Vejam o ela que disse:

*“Existe o próprio tempo da equipe de NASF para compreender que ela é um coletivo, porque às vezes até mesmo dentro da equipe NASF você tem esse tipo de postura, eu tenho que provar para alguém do NASF que eu sei para esta pessoa me aceitar, provar meu conhecimento para a pessoa me aceitar. E fazer a identidade grupal daquele grupo leva um tempo e às vezes é bem sofrido.”* (Participante 2)

Em relação à noção de grupo, Rocha argumenta que:

*“(..) por grupo entendemos não um conjunto de pessoas organizadas por certas estabilizações de espaço e tempo, mas os processos que se constituem entre elas e a partir delas no exercício permanente de buscar sentido para o desdobramento das ações e para o significado da sua própria existência. Assim, um grupo se faz na multiplicidade de tensões geradoras de transformações nas/das circunstâncias e no/do curso de seu movimento.”* (Rocha, 2006, p. 170)

De acordo com Peduzzi e Agreli, “(..) constituir-se como uma equipe requer trabalho – é uma construção, um processo dinâmico no qual os profissionais se conhecem e aprendem a trabalhar juntos para reconhecer o trabalho, conhecimentos e papéis de cada profissão...”. (Peduzzi e Agreli, 2018, p. 1526) Portanto, nesse exercício permanente de constituir-se em grupo para desenvolver um trabalho em equipe os profissionais também vão se constituindo como sujeitos. Sobre essa questão, Rocha e Aguiar afirmam:

*“Se acolhemos a máxima de que é nas condições políticas que se produzem sujeitos, domínios de saber e relações com a verdade, pensar o poder como produção de subjetividade é descentrar o poder de um sujeito verdadeiro para colocar em análise os processos de constituição enquanto tal.”* (Rocha e Aguiar, 2003, p. 69)

Os participantes também apontaram que um dos limites para a atuação estava relacionado ao desconhecimento por parte das eqSF das atribuições e do papel do NASF. A Participante 4, por exemplo, evidenciou esse problema quando relatou: *“A minha sugestão é vocês fazerem essa apresentação para as equipes de saúde da família, porque a gente clareou, esclareceu, mas eles têm que ter esse esclarecimento também.”* Tal desconhecimento impõe uma



série de dificuldades ao desenvolvimento do processo de trabalho do apoiador, gerando resistências e distanciamentos.

Lancman e outros afirmam que devido ao trabalho do NASF ter vinculação direta com as eqSF, cada nova proposta/iniciativa depende da reafirmação do contrato de parceria. Em casos que profissionais negam ou resistem às propostas, dois sentimentos presentes entre os profissionais do NASF foram observados: impotência e subutilização. (Lancman et al, 2013) Agreli, em estudo sobre a ESF, revelou que há uma importante relação entre clima para o trabalho em equipes e as práticas colaborativas. (Agreli, 2017) Assim, o clima compreendido como o conjunto de percepções e significados compartilhados entre os profissionais da equipe seria o elemento-chave para ampliar as ações compartilhadas. (Peduzzi e Agreli, 2018)

Apesar das dificuldades relacionais terem tido um importante protagonismo nas discussões do grupo, os participantes também identificaram o trabalho em equipe como uma potencialidade. Vejam suas declarações:

*“Nós temos espaços de construção coletiva, colegiado. O bom que a gente começou junto com as equipes, a gente não chegou depois, porque a gente está construindo junto. Por mais que tenha muitas dificuldades, umas equipes na frente das outras nessa compreensão, mas tá todo mundo construindo ali esse processo conjuntamente, então é bem interessante e uma grande potencialidade do trabalho”.* (Participante 6)

*“Eu acho que a equipe é uma potência, o trabalho em equipe (..) é a maior potência que a gente tem. Apesar de ser difícil. Estar com este tanto de gente é uma potência para troca de conhecimento, para apoio, para parceria, não é fácil, mas assim, minhas situações mais prazerosas de trabalho sempre são no coletivo, nunca quando eu estou sozinha, então isso ajuda muito. Isso supera a falta de conhecimento técnico, saber que eu tenho com quem contar, ajuda muito.”* (Participante 2)

O relato da Participante 2 traz um importante reconhecimento da potência do trabalho em equipe, sem negar as dificuldades dele, isto é, há um reconhecimento das forças instituídas que interferem no processo do grupo, mas, ao mesmo tempo, há um movimento de forças instituintes que permitem a emergência de uma outra forma de se relacionar no grupo, tornando aquilo que era difícil, em algo prazeroso. Para Rocha e Aguiar, “(..) conflitos e tensões são as possibilidades de mudança, pois evidenciam que algo não se ajusta, está fora da ordem, transborda modelos.” (Rocha e Aguiar, 2003, p. 72)

Também foi descrita como uma potência a possibilidade da equipe ser um espaço de acolhida de si e do outro. Pois é nas relações que nos constituímos, que aprendemos a amar e odiar, ferir e curar, acolher e expulsar, ouvir e falar. Sobre essa possibilidade a Participante

6 disse: *“Isso é muito bom, porque você pode compartilhar até as suas angústias, seus sentimentos com seus colegas, que de repente tem um outro olhar, uma outra noção.”*

Ao escolher discutir a interface entre duas políticas públicas que afirmam o trabalho em equipe como central em suas diretrizes EPS e APS, uma metodologia de trabalho e de arranjo organizacional (apoio matricial) que também investe no trabalho em equipe, por meio de uma pesquisa-intervenção, a pesquisadora apostou que apenas na grupalidade poderia encontrar aquilo que achava estar buscando. Assim, para ela, o dispositivo grupo foi o chão e o norte da pesquisa. Logo, a emergência do analisador trabalho em equipe e todos os seus desdobramentos expõem que a efetivação destas políticas públicas no cotidiano dos serviços deverá, necessariamente, acolher os múltiplos sentidos da grupalidade. Conforme afirmam Barros e Pimentel, *“(..) política (..) é um movimento de constituição de coletivos.”* (Barros e Pimentel, 2012, p. 19)

Embora os gestores entrevistados tenham feito breves observações sobre os desafios do trabalho em equipe, parece evidente que este grupo necessita da criação de espaços nos quais possam refletir em relação ao seu trabalho e sobre as relações que são vivenciadas no exercício de se constituir apoiador matricial na SESDF. Talvez uma das evidências mais claras desta necessidade, esteja no fato de os participantes terem solicitado que este trabalho tivesse continuidade ou que anunciássemos à SESDF esta necessidade, tanto que uma das participantes se expressou deste jeito: *“(..) estou saindo daqui me sentindo apoiada, acho que o apoio do apoio está chegando”*. (Participante 1) E outra, assim:

*“A gente ficou muito tempo sem esse apoio e agora tem, é bom estar em contato com as pessoas, ver os projetos, para que a gente não se sinta tão sozinha. Lá no início do NASF tínhamos reuniões, porque tinha uma coordenação central, depois tiraram e depois disso não teve mais. Então é legal, dá um alívio ver essas iniciativas voltando, mais pessoas pensando nisso”*. (Participante 6)

Neste meu lugar de pesquisadora-trabalhadora-apoiadora, que possui identificação com as dificuldades expostas pelo grupo, uma importante implicação minha com o coletivo é o compromisso de entregar às instâncias de gestão da SESDF, as demandas trazidas pelo grupo. Além da demanda por um espaço ampliado e compartilhado para a reflexão e análise do cotidiano de trabalho, o grupo de participantes da pesquisa indicou as reuniões de equipe como espaços potentes para ampliar a capacidade de análise dos problemas e para conseguir superar os desafios relacionais do trabalho em equipe, constituindo-se como espaços que têm potencial para se transformar em linhas de fuga, brechas de composição de outras formas de se relacionar. Tomando isso como horizonte, o caminho será apostar em espaços que

privilegiem o estar junto, nos quais haja a possibilidade de partilhar as práticas e os sentidos de ser apoiador na SESDF, pois, é “(..) no cotidiano que se produzem as experiências coletivas e é viabilizando espaços dialógicos com os atores envolvidos nos processos de atenção à saúde que iremos reinventar os modos de produzir saúde.” (Leite, Rocha e Santos, 2018, p. 194)

#### **4.3.2. Limites e possibilidades relacionadas à gestão e organização do processo de trabalho**

Embora a pesquisadora tenha optado pela análise dos dados produzidos a partir de categorias de análise, ponderou que as duas categorias por ela propostas – trabalho em equipe e gestão e organização do processo de trabalho – têm íntima ligação entre si.

Antes de prosseguir, cabe lembrar que o processo de estruturação das equipes NASF na SESDF ocorreu de forma burocrática, a partir da publicação de normativas e adesão dos profissionais ao modelo de NASF. Ou seja, na prática, o que ocorreu foi que os profissionais que já atuavam nas unidades de atenção primária como especialistas nucleares passaram a ser denominados de equipe NASF. No entanto, ao que tudo indica, a nova denominação e a expectativa de mudanças nos processos de trabalho geraram incertezas e provocaram conflitos entre os trabalhadores. Este conflito apareceu claramente no registro da Participante 5, que se expressou assim: *“Todo mundo que formou NASF saiu da sua zona de conforto. A gente ficou atormentado quando disseram que a gente seria NASF.”*

Além do desconforto, os trabalhadores criticaram também a forma como ocorreu o processo de estruturação das equipes NASF, entendido por eles como um limitador. Houve ainda críticas em relação ao modo como o processo ocorreu com os profissionais que compuseram as eqSF. No entendimento deles, a estratégia utilizada pela SESDF para a mudança de modelo de atenção trouxe dificuldades para a organização do processo de trabalho das equipes, além de ter gerado angústias.

A minha inserção neste estudo como pesquisadora-trabalhadora-apoiadora me impôs múltiplos atravessamentos, tanto que na primeira oficina a implicação com o lugar de ex-gestora foi intensa. Embora não tenha sido responsável por desenhar a forma como o processo de conversão das equipes aconteceria, e como gestora regional ter sofrido os impactos de um processo não dialogado, minha visão de como se deu o processo se diferencia, muito, da visão de meus colegas sobre o fato. Por segundos, eu me vi compelida a dizer: “olha, não foi bem assim”, para num milésimo de segundo depois, fazer o esforço

de me reorganizar internamente, e reocupar o lugar que acredito que deveria estar ocupando naquele momento.

Neste sentido, ter optado por fazer esta pesquisa na Região em que fui gestora, e em que sou trabalhadora-apoiadora, impôs um desafio adicional, que foi suportar ter todos estes lugares em mim, não negar minha história e, assim, explicitar a minha implicação. “Estar implicado (realizar ou aceitar a análise de minhas próprias implicações) é, ao fim de tudo, admitir que eu sou objetivado por aquilo que pretendo objetivar.” (Aguiar e Rocha, 2007, p. 656)

A ausência de uma formação inicial para atuar como apoiadores matriciais foi apontada pelos profissionais como outro limitador para o exercício da função apoio, cabendo ressaltar aqui o fato de que todos os profissionais participantes desta pesquisa informaram não ter recebido qualquer tipo de formação para atuar como apoiadores matriciais. Esta ausência de formação e/ou suporte foi mencionada também pelos gestores participantes.

A composição de eqNASF sem a oferta de ações de formação inicial não ocorre apenas do DF. Oliveira e Campos mostraram que 83% dos 170 profissionais do SUS da cidade de Campinas (componentes da amostra de uma pesquisa) também não tinham recebido qualquer tipo de formação para atuar como apoiadores matriciais. (Oliveira e Campos, 2017)

Silva e colaboradores, em estudo sobre o 2º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ), evidenciaram que 50% das equipes NASF também não receberam qualquer formação específica, “(..) ainda que a literatura explicita que a formação da maioria dos profissionais egressos da academia está distante das reais demandas dos usuários do SUS.” (Silva et al., 2019, p. 6)

Resultados semelhantes foram encontrados por Brocardo e outros. Informam que das 809 eqNASF que responderam o item sobre formação inicial na avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ, apenas 45,6% informaram ter recebido formação específica por ocasião do início das suas atividades como apoiadores matriciais. (Brocardo et al., 2018)

A fragilidade na formação inicial sobre a operacionalização da metodologia de trabalho para os apoiadores matriciais também ocorre com os profissionais das eqSF. Bispo Jr e Moreira evidenciaram em estudo realizado que as eqSF também não receberam formação sobre a metodologia de apoio, o que acabou comprometendo tanto o trabalho em equipe, quanto a própria função apoiador matricial. (Bispo Jr e Moreira, 2017)

Em relação à operacionalização do apoio matricial, os profissionais enfatizaram o desconhecimento de como operar com este dispositivo, perguntando “como fazer apoio

matricial?” Os participantes desta pesquisa argumentaram que em virtude da ausência de formação inicial para atuar como apoiadores matriciais desconheciam a operacionalização da metodologia de trabalho e que, portanto, vivenciavam um lugar de não-saber em relação a esta metodologia. Neste sentido, a Participante 2 disse: *“Como a gente que trabalha nessa função precisa de um método que a gente não tem. Então eu acho que falta conhecimento”* e a Participante 8 registrou: *“(.) a gente está ali, mas não sabe como fazer. Então a gente não é reconhecido como apoiador”*. (Participante 8)

Conforme foi evidenciado, os profissionais e os gestores conseguiram dar alguns sentidos para o conceito de apoio matricial, ou seja, existe uma expectativa entre eles de que os trabalhadores consigam operar de acordo com os sentidos dados para o apoio matricial. Há uma expectativa de que o trabalhador adapte seu processo de trabalho (e a loucura do dia-a-dia) dentro daquele painel de sentidos. Segundo o Gestor 2,

*“(.) Tem profissionais que compõem o NASF que tem muita clareza geral do que é matriciamento, o que é o papel deles. Falta mais o entendimento de alguns profissionais das equipes. Alguns, por exemplo, tem alguma clareza e tem formação grande em atenção primária, de ouvir sobre NASF, matriciamento, mas às vezes vai para o matriciamento individual... Se você fizer uma entrevista, vai te responder tudo lindo, mas na prática, na loucura do dia-a-dia, nem percebe que faz um pouco diferente e tem outros que não sabem e nem querem saber.”* (Gestor 2)

Para os participantes desta pesquisa parece haver um jeito certo de se ser apoiador matricial. Há um prescrito que se faz presente na força dos discursos, que informa um jeito ideal de operar o apoio matricial. Há uma mística no ar sobre o apoio matricial, mas com muita dificuldade na operacionalização.

*“A ideia da troca, no qual saberes específicos podem ser incorporados por outros profissionais, é colocada por alguns psicólogos como o significado do termo matriciamento, visto como algo ideal e como o objetivo a ser alcançado. Porém, muitos profissionais reconhecem a dificuldade de realizá-lo.”* (KLEIN e d’OLIVEIRA, 2017, p. 4)

Barros e Pimentel denominam de plano das formas aquilo que está instituído, cristalizado. (Barros e Pimentel, 2012) Paulon, Pasche e Righi em discussão sobre a institucionalização do apoio institucional esclarecem a necessidade de se ter clareza sobre o conceito e a ferramenta apoio. Argumentam que tão importante quanto não limitar o local de atuação do apoiador institucional, é não jogar a ideia do apoio num extremo oposto, *“(.) deixando envolta num grau de abstração e mistério que ninguém entenda, exatamente, do que se trata ou para que, afinal, pode servir.”* (Paulon, Pasche e Righi, 2014, p. 818)

Pode-se inferir da discussão exposta que algo semelhante pode estar ocorrendo com o apoio matricial. Todos os participantes elencaram uma série de pressupostos em relação

ao conceito, mas ninguém conseguiu informar ao certo para que o apoio matricial serve e como é mesmo que ele se faz.

Essa noção de que existe um jeito ideal de operacionalizar o apoio matricial também foi identificada por Maffissoni e colaboradores. Afirmaram que “(..) o discurso sobre o modo como as atividades devem ser desenvolvidas está presente no ideário dos profissionais, porém as práticas de atenção à saúde mostram que existe uma distância considerável entre o saber e o fazer.” (Maffissoni et al., 2018, p. 1020)

Cabe lembrar que apenas recentemente a SESDF definiu a ESF como modelo prioritário para organização dos serviços de APS. Assim, até há pouco tempo coexistiam modelos de organização – centros de saúde tradicionais e aqueles organizados em eqSF. Alguns serviços tradicionais dispunham de profissionais psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, farmacêuticos, fisioterapeutas e outros atuando, predominantemente, numa lógica ambulatorial dentro dos serviços de APS. Durante o processo de reorganização da APS no DF foram esses os profissionais priorizados na adesão ao novo modelo para compor as eqNASF.

Existem equipes NASF implantadas no DF desde 2010. Deste modo, as equipes atualmente em funcionamento são formadas por profissionais egressos do modelo ambulatorial na APS e profissionais que já tinham composto eqNASF. A junção de profissionais com experiência em eqNASF e profissionais sem experiências e formação inicial foi compreendida como limite e como uma potencialidade pelos sujeitos desta pesquisa.

*“Uma potencialidade são os profissionais experientes no meio da equipe. Mas isso é uma faca de dois gumes, porque a gente não sabe no que vai dar. Alguns se sentem impotentes e sobrecarregados por ter que carregar a estruturação do processo nas costas. Então é um misto de potência e impotência. A experiência e a formação deles é potência para a equipe, mas se você tem muitos profissionais que tem lacuna de informação e de conteúdo, atrasa todo o processo e gera sofrimento para os demais”.*  
(Gestor 1)

Ainda que profissionais e gestores anunciem a falta de conhecimento sobre a operacionalização do método como um limitador, os profissionais, no exercício de se ser apoiador matricial, no cotidiano do seu trabalho, compuseram uma estratégia de trabalho como apoiadores a partir da problematização. Nesse sentido, a Profissional 6 disse: *“A gente entende a problematização como um método de trabalho”* e a Profissional 1, falou: *“Muitas vezes as equipes não sabem nada dos casos que trazem para discussão. Não sabe onde mora, com quem vive, nada, nada. Ficam muito na queixa, naquilo que é aparente. A gente devolve*

*problematizando.*” “Problematizar o funcionamento dos equipamentos de saúde e as ofertas clínicas que construímos deve ser a força motriz dos trabalhadores. Isso nunca está totalmente pronto, sempre parcialmente acabado.” (Emerich e Onocko-Campos, 2019, p. 4)

No momento em que os profissionais identificam a problematização como um método e, portanto, como uma potencialidade do seu trabalho, fica nítida a potência de criação do grupo, há espaço para a criação de novas possibilidades de atuação, haja vista que estas já vêm sendo criadas. Há capacidade inventiva no grupo. Desta maneira, pode-se perceber que existe uma abertura para novas propostas e para a produção de novos sentidos para o trabalho profissional. Deste modo, quando a aposta recai sobre uma proposta metodológica como a pesquisa-intervenção, o interesse se volta, justamente, para o cartografar as linhas de fuga que os coletivos produzem, pois, é no espaço de fuga que reside a possibilidade de se produzir desvios, reorientando as práticas e conformando novas subjetividades.

A organização do processo de trabalho foi outro analisador que emergiu durante a oficina. A diferente lógica de organização do processo de trabalho do NASF e da eqSF foi compreendida como um limite pelos profissionais e gestores.

Por um lado, as eqSF, por serem a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, têm uma grande demanda de atendimentos e procedimentos, que muitas vezes exigem respostas rápidas e inadiáveis. Por outro, o processo de trabalho das equipes NASF está estruturado com base na discussão, reflexão, análise dos processos de trabalho e atuação compartilhada, demandando tempo e disponibilidade. O conflito entre atender a demanda que bate à porta, dar respostas rápidas para a população e atuar na lógica que o modelo NASF opera, gera descompassos tanto nas relações quanto na própria organização do processo de trabalho nas unidades de saúde. (Lancman et al., 2013)

Esses descompassos ficam agravados pelas exigências diferentes que são direcionadas para as equipes, tais como metas de produtividade e número de atendimentos. “As disparidades entre o trabalhar das equipes podem inviabilizar o diálogo entre elas, de forma a produzir um fazer em saúde, individualizado, fragmentado, quando não concorrentes entre si.” (Bispo Jr e Moreira, 2018) A inviabilidade do diálogo entre as equipes fica clara em um dos relatos de uma das participantes da pesquisa:

*“Também tem aquela coisa que eu já escutei, se eu terei que fazer mais esse atendimento, por que o profissional do NASF está aqui? Não precisa da nutricionista se o médico ou enfermeira vai falar de alimentação, vai cuidar do diabético, do obeso, do hipertenso, pra que a nutricionista está aqui?”* (Participante 4)

Conforme discutido no referencial teórico, o modelo preconizado para o trabalho do NASF envolve duas dimensões: a clínico-assistencial e a técnico-pedagógica. No entanto, a literatura demonstra que não raro uma destas dimensões não é contemplada ou é subvalorizada nas ofertas das eqNASF. (Bispo Jr e Moreira, 2018; Melo et al, 2018; Maffissoni, 2018; Tesser, 2017; Tesser e Poli-Neto, 2017; Klein e d'Oliveira 2017) As próprias instruções ministeriais sobre o NASF fortaleceram visões divergentes sobre como organizar o trabalho dos profissionais do NASF. O primeiro caderno publicado sobre o NASF, o CAB 27, previa atendimento compartilhado e discussão de casos, ações nos territórios em conjunto com as equipes e atendimentos específicos do profissional do NASF, mediante discussão e negociação, a priori, com a eqSF. (Brasil, 2009) Já o caderno mais recente, o CAB 39, amplia as possibilidades de cuidado especializado e introduz o termo clínico-assistencial. (BRASIL, 2014)

A última PNAB não faz menção ao termo apoio matricial/matriciamento quando orienta às práticas do NASF. Também deixa aberta uma diversidade de possibilidades de atuação, contemplando desde o atendimento individual, intervenções no território e a grupos populacionais, atuações conjuntas com a eqSF, dentre outras. (BRASIL, 2017)

No DF, a SESDF publicou uma portaria que regulamentou a estruturação e operacionalização dos NASF. Esta portaria, além de outras orientações, normatizou a agenda dos profissionais, definindo carga horária mínima e máxima para cada atividade, a produção esperada para cada profissional, incluiu a previsão de atendimentos específicos de núcleos profissionais, além de atividades compartilhadas, reuniões, grupos etc. (DISTRITO FEDERAL, 2018)

As normatizações em relação ao processo de trabalho das equipes NASF chamam a atenção, pois, além de produzir engessamento e tirar a autonomia dos profissionais e gestores que estão na assistência, dificultam a reflexão sobre a melhor forma de organizar os processos, e carregam uma ilusão, qual seja, a de que portarias, cadernos e outros recursos (papéis, em última instância) darão conta de solucionar os problemas relacionados à atenção e à gestão dos serviços de saúde. Melo e outros argumentam que embora as normatizações em relação ao NASF tenham exercido grande influência na implantação das equipes, a trajetória normativa não se reflete nas realidades locais das equipes. (Melo et al., 2018)

Entende-se que há um distanciamento entre aqueles que pensam e aqueles executam, entre os que pensam a teoria e aqueles que executam os processos. Há uma ilusão de que portarias e normativas consigam dominar mentes e corpos dos trabalhadores. É obvio que se compreende também a necessidade de alguma normatização. Todavia, parece pouco



razoável engessar a agenda de uma equipe que deveria atuar com base na demanda dos territórios e equipes, e que dependem, portanto, de um alto grau de autonomia para organizar seus processos. “Na gestão dos elementos envolvidos no trabalho, a cada momento, os profissionais tomam decisões que nem sempre correspondem ao prescrito.” (Scherer, Pires e Jean, 2013, p. 3207)

Assim, parece pouco efetiva a crença de que há alguma possibilidade de mudar processos de trabalho, sem incluir os trabalhadores nas discussões, pois, afinal de contas, somos nós (e eu me incluo aqui) que executamos tais processos.

“É precisamente esta concepção que considera as pessoas “insumos na produção de saúde” que deve ser revertida, caso queiramos construir as condições políticas e éticas para revisar os modos de organização dos processos de trabalho que permitam reinventar a saúde.” (Paulon, Pasche e Righi, 2014, p. 816)

Apesar de toda a carga normativa vigente, a organização do processo de trabalho das equipes no território tem se dado pela compreensão de cada profissional e gestor, isto é, entre o prescrito e o real, os profissionais e gestores operam conforme suas convicções e possibilidades.

*“Hoje na reunião do NASF discutimos a portaria. Lemos o que a portaria explicitava sobre a agenda, discutimos e concluímos que isso é no máximo um norte. Cada um vai continuar organizando sua agenda à sua maneira”.* (Trecho de meu diário de campo)

Tendo em vista que as normativas não conseguem moldar trabalhadores e que estes operam os dispositivos de acordo com suas convicções, possibilidades concretas de atuação e história de vida, o contexto de organização e de atenção à saúde é um espaço de disputas, no qual diversos interesses e jogos de poder estão presentes.

“(..) é fundamental que os trabalhadores estejam atentos ao fato de que a instituição se coloca como palco de disputas e de atualização de desejos que foram escamoteados quando da inscrição do social. As mudanças e movimentos institucionais trazem à tona as mudanças e movimentos na constituição dos próprios sujeitos com todos os riscos que isso representa para ambos.” (Emerich e Onocko-Campos, 2019, p. 8)

A mudança de modelo de atenção na SESDF, no qual muitos médicos e enfermeiros com distintas formações estão compondo as eqSF, foi entendida como um limitador para a organização do processo de trabalho, à medida que os trabalhadores acreditam que estes profissionais tendem a reproduzir um modelo ambulatorial de desresponsabilização pelo cuidado. A Participante 7 se posicionou assim sobre a mudança referida:

*“(..) Isso vem da formação destes médicos, porque o que eu não entendo e não sei, eu passo para o especialista. Eu acho que eles reproduzem muito isso com o NASF. Tipo, na saúde mental eles já chegam, “esse paciente tem transtorno e estou encaminhando para você. O paciente vira meu e não nosso.”* (Participante 7)

Durante a oficina, surgiram discursos que remetiam a uma disputa entre trabalhadores do NASF e das eqSF. Disputava-se uma ideia de como o serviço deveria ser organizado, disputava-se como o trabalho do apoiador deveria ser organizado e também como as eqSF deveriam se organizar. Vejam:

*“(..) O tempo todo as equipes tensionam para um modelo ambulatorial, tipo “ah, esqueci que não podia mandar o paciente direto para você”, mas isso já foi dito milhares de vezes.” (Participante 6)*

*“Eu percebo que nós do NASF somos testados o tempo todo e é preciso construir uma legitimidade com as equipes. No nosso caso a gente está neste processo de ter que se legitimar; você tem muitas vezes que implorar para conseguir um horarizinho na agenda e conseguir discutir, fazer reunião de equipe... E eu entendo isso como um limite, pois você precisa ficar se legitimando. Então as vezes você precisa fazer por sim,, pois muitas vezes não é uma relação de troca, é uma relação de poder.” (Participante 3)*

*“(..) Olha só, do jeito que está funcionando as coisas hoje existe um dilema para o médico. Ele precisa atender 12, 15 até 20 pacientes por turno, daí chega um caso de saúde mental complexo, o médico para e pensa: “faço a escuta ou encaminho para uma escuta com outro profissional? “Ele olha a agenda e vê que tem mais 3, 4 pacientes para ele atender em 1 hora. Não cabe tudo. Qual o limite do profissional? Faço uma escuta mais ou menos e mando o paciente embora? Bate na porta e pede para o NASF atender? É um dilema. ” (Gestor 1)*

Apesar da concepção de um modelo ideal de apoio, o dilema de como o NASF, as eqSF e a gestão devam organizar o processo de apoio, não é incomum. Alguns autores vêm apontando sobre a existência de conflitos graves entre aquilo que é preconizado nas normativas para o trabalho dos profissionais do NASF e aquilo que efetivamente se consegue implementar. (Silva et al, 2019; Nascimento et al., 2018; Bispo Jr e Moreira, 2018; Maffissoni et al, 2018; Klein e d’Oliveira, 2017; Tesser, 2017; Bispo Jr e Moreira; 2017; Souza e Calvo, 2016; Lancman, 2013; Silva et al, 2012) Entre normativas e vida real, um dos principais campos em disputa está associado ao que os profissionais do NASF podem ou não fazer ou devem ou não fazer. Há uma disputa entre o ideal e as possibilidades do real.

Identificou-se nesta pesquisa que o termo matriciamento tem forte conexão com a ideia de compartilhamento, “o verbo é compartilhar.” Lembra? Outras pesquisas vêm identificando também a existência desta associação entre compartilhamento e matriciamento, fato que tem provocado diferentes compreensões, ações e afetos em relação à outra dimensão do trabalho do NASF: a clínico-assistencial.

Klein e d’Oliveira destacam em seu estudo que o apoio matricial foi entendido “(..) majoritariamente como capacitação de equipes de saúde da família para que elas se responsabilizem pela demanda. ” (Klein e d’Oliveira, 2017, p. 6) Para as autoras, a tensão

entre matriciamento e assistência teve destaque entre os profissionais. Eles compreendiam que estavam fazendo matriciamento quando discutiam os casos e/ou quando faziam atendimentos compartilhados. Aqueles profissionais que atendiam sozinhos com foco no seu núcleo de saber eram vistos como traidores da proposta do NASF. (Klein e d'Oliveira, 2017)

Nascimento e colaboradores demonstraram que as equipes NASF que compuseram a pesquisa que fizeram poderiam ser divididas em três tipos: NASF assistencial-curativista, NASF semimatricial e NASF matricial. A eqNASF matricial é descrita como aquela com alta integração com equipe referência e processo de trabalho majoritariamente compartilhado, aproximando-se do “(..) modelo ideal, ou seja, o preconizado pelo MS”. (Nascimento et al, 2018, p.1149) Para aquelas autoras, conforme exposto no referencial teórico, existe um modelo ideal de NASF e este ideal é aquele definido pelo MS.

Maffissoni e colaboradores informam que há consenso na literatura sobre a principal função dos trabalhadores do NASF, qual seja: dar suporte/apoio para as eqSF por meio do apoio matricial. Todavia, são escassas as orientações sobre como se deve operacionalizar o método. Na revisão integrativa que realizaram, os autores identificaram que:

“(..) o matriciamento realizado pelo NASF-AB não é bem definido, o que abriu precedentes para a polarização das discussões nesse âmbito, com alguns pesquisadores/gestores da área defendendo que o matriciamento dos Núcleos se esgota no apoio técnico-pedagógico, enquanto outros argumentam que o apoio clínico-assistencial também faz parte das atribuições do NASF-AB.” (Maffissoni et al., 2018, p. 1017)

Tesser defende que a priorização de uma ou outra modalidade de atuação é reducionista, na medida em que ou está centrada no assistencialismo ou em ações exclusivas de suporte técnico-pedagógico. A versão assistencialista seria mais palatável, haja vista que não demanda negociações e está mais alheia a conflitos, embora seja mera reprodução de ambulatórios de especialidade dentro da APS. Já a versão exclusiva de apoio técnico-pedagógico em reuniões, grupos, ações de promoção/prevenção e educação em saúde, afastaria os matriciadores dos seus núcleos de competência e da pressão assistencial. Para o autor, a escolha por uma ou outra modalidade gera subutilização dos NASF. (Tesser, 2017) Vejam o que pensam dois dos sujeitos desta pesquisa sobre o assunto:

*“(..) Consultas individuais para mim não deveria existir, o que deveria ter era um suporte especializado para encaminhamento. Acho uma perda de tempo as consultas individuais...”* (Gestor 2)

*“Você tá com um cara ali e ele tem um problema, você sabe que se intervir rapidamente ele vai funcionar, mas a gente não tem para onde encaminhar e a gente acaba pegando muitos casos.... Porque se eu sei que com 3, 5 atendimentos é possível que ele recupere a função, e eu sei que não tem ambulatório, não tem outra coisa, você acaba que pega*

*isso, por quê? Você não vai deixar o cara. Então a gente tem esse limite e a gente acaba trazendo os casos para a gente mesmo.” (Profissional 2)*

Durante as oficinas, ficou evidente que os profissionais do NASF procuraram justificar-se, quando informaram que faziam atendimentos individuais no seu núcleo de competência. Muitos informaram buscar com esses atendimentos dar conta de uma demanda que não era absorvida pela rede secundária. Neste sentido, apontaram que outro limitador para a realização trabalho era a deficiência da atenção especializada.

Os trabalhadores compreendiam que se a rede secundária fosse estruturada, os profissionais do NASF poderiam ficar responsáveis, prioritariamente, pelas ações compartilhadas com as equipes em atividades coletivas, deixando a assistência individual aos usuários sob a responsabilidade da rede secundária.

Esta noção vem sendo questionada por alguns estudiosos do tema e novas propostas vêm sendo delineadas. Klein e d’Oliveira (2017) perceberam que a disputa pela não assistência é uma constante entre profissionais do NASF e eqSF. As autoras defendem que as equipes dificilmente conseguirão construir um alinhamento e cuidados colaborativos enquanto persistir as tensões em torno da demanda assistencial. (Klein e d’Oliveira, 2017)

Bispo Jr e Moreira também observaram em sua pesquisa que as expectativas conflitantes entre profissionais do NASF e eqSF geram problemas relacionais e de organização no processo de trabalho. Os resultados dos estudos destes autores demonstram que os profissionais do NASF não se sentem apoiados pelas eqSF nas atividades coletivas e grupais e, em contrapartida, os profissionais da eqSF não se sentem apoiados pelos profissionais do NASF na retaguarda especializada. (Bispo Jr e Moreira, 2018)

Tesser defende que os trabalhadores do NASF devem atender dois tipos de clientela: os usuários filtrados pelas eqSF e as próprias eqSF.

*“Assim, as ações assistenciais especializadas, individuais e coletivas, em lógica interdisciplinar não presencial, devem ocupar, talvez, a maior parte da sua agenda; e devem estar articuladas ao trabalho de apoio às equipe de SF em espaços interdisciplinares presenciais e não presenciais, viabilizando: discussão de caso, atendimento conjunto quando cabível, esclarecimento de dúvidas, regulação, devolução de casos, construção compartilhada de projetos terapêuticos complicados, pactuação de ações conjuntas, educação permanente.” (Tesser, 2017, p. 570)*

Experiência conduzida em Curitiba-PR a partir de 2014 destacou que além das funções tradicionais, os profissionais do NASF podem ter um papel importante na regulação clínica, na avaliação das filas de especialidades e no suporte às dúvidas dos profissionais da UBS. Esta proposta demonstrou algum impacto na fila para especialidades e aumento da oferta assistencial direta à população. Para os autores deste estudo:

“Os NASF tem sido em muitos locais subexplorados como equipes assistenciais de retaguarda especializada, devido a diretrizes oficiais focadas no apoio em ações generalistas de promoção e prevenção na APS, subutilizando a competência nuclear dos profissionais matriciadores. Por outro lado, em locais que eles atuam somente com assistência especializada, ocorre o inverso e aí devem fazer também apoio técnico às equipes de APS, melhorando sua resolubilidade e contribuindo na sua educação permanente, concretizando o matriciamento.” (Tesser e Poli-Neto, 2017, p. 947)

Melo e colaboradores argumentam que essa visão dicotômica da organização dos processos de trabalho do NASF decorre da dificuldade de tradução da noção de apoio matricial no contexto que atuam as eqSF, do receio de que os trabalhadores do NASF atuem em modelos ambulatoriais tradicionais na APS, bem como da noção equivocada de que os profissionais do NASF deveriam atuar de modo homogêneo, mesmo quando compõem diferentes categorias profissionais com diferentes demandas de apoio, acrescidas pela noção, até há pouco tempo muito forte, de que as eqSF devem fazer, prioritariamente, atividades de prevenção e promoção à saúde. (Melo et al., 2018)

De modo geral, a literatura mais recente sobre o trabalho das equipes NASF tem informado que essa divisão NASF assistencial x NASF técnico-pedagógico não contribui para o desenvolvimento do trabalho das equipes, além de ser fonte de conflitos. Argumenta que o trabalho dos profissionais deveria contemplar as duas modalidades, conforme prescreve a última orientação ministerial. Defende que a “(..) priorização de um tipo ou outro de prática deve ser dada pelos contextos locais, a depender de suas necessidades proeminentes.” (Melo et al., 2018, p. 332)

Em contraposição a esta proposta que as eqNASF atuem nas duas dimensões do apoio matricial, os gestores entrevistados compreendem que o NASF deveria prioritariamente prestar suporte técnico-pedagógico às equipes, e que a assistência direta aos usuários deveria ser prioritariamente realizada em atividades coletivas. Além disso, os gestores defenderam que o NASF deveria desenvolver atividades de apoio à gestão. Dois deles relataram:

*“Eu tenho uma expectativa que eles estejam muito próximos da gerência e a gente está fazendo um núcleo de gestão mesmo... O que eu espero é um matriciamento bem feito para dar conta de apoiar as equipes e fazer projeto terapêutico junto, sistematizar as discussões e participar em grupos operativos.” (Gestor 2)*

*“Minha expectativa é que o NASF dê um apoio gerencial e o apoio para às eqSF. Que ele nos ajude enquanto gestão, de organizar os processos de trabalho e de estar dando apoio às equipes e ajudar nos processos de trabalho, na organização de tudo: demanda, perfil epidemiológico, prioridades, organizar as práticas integrativas.” (Gestor 3)*

Esta foi uma dimensão do apoio que surgiu apenas na fala dos gestores. Os trabalhadores não citaram em momento algum as funções referidas como possíveis

atribuições suas. Este posicionamento, em alguma medida, demonstra que as expectativas de trabalhadores e gestores não estão balizadas, o que, provavelmente, demandará construções coletivas.

A partir da demanda trazida pelos gestores, compreendeu-se que eles almejam que os profissionais do NASF atuem também exercendo a função de apoiadores institucionais. Embora parta de uma mesma raiz, o apoio matricial pressupõe a atuação a partir de um núcleo de saber para, então, ampliar a capacidade resolutiva das equipes de referência e também buscar uma aproximação com os usuários. Já no apoio institucional,

“(..) a principal tarefa é dar suporte para as transformações institucionais, fortalecendo os sujeitos e as instituições para a construção de modos de gestão mais democráticos, tendo como objeto principal de trabalho o próprio processo de trabalho.” (Melo et al., 2018, p. 330)

Tendo em vista as diferentes expectativas expostas, compreendeu-se que é no contexto de cada equipe e de cada território, que será possível desenhar caminhos para a constituição do apoio. Neste sentido, é fundamental compor espaços de cogestão nos serviços nos quais trabalhadores do NASF, eqSF e gestão possam compartilhar expectativas, desejos, limites e assim definir as possibilidades de apoio.

Embora não haja nenhum impedimento para que os trabalhadores do NASF exerçam também a função de apoiadores institucionais, é preciso estar atento ao que enunciam os gestores, e quais contratualidades serão postas à mesa. Os gestores estão falando de ampliar a democracia institucional ou apenas querem ampliar seus braços e olhos em direção à gestão das equipes e os profissionais do NASF, no caso, seriam apenas instrumentos? Há de se estar atento a esses desejos, sob pena de cair em armadilhas que podem comprometer, ainda mais, as relações estabelecidas entre trabalhadores do NASF e trabalhadores das eqSF.

Os profissionais relataram também que as constantes mudanças de gestão são um limitador para a atuação do trabalhador do NASF. Ponderaram ainda que a formação do gestor e a capacidade de ele promover ou não uma gestão compartilhada pode intervir positiva ou negativamente no processo de trabalho das eqNASF e eqSF.

*“Pensando nestas mudanças, eu acho que falta uma padronização, uma regulamentação, porque entra cabeça e sai cabeça, muda tudo. Então eu acho que falta regulamentação, um caminho a se seguir. Entendeu? Precisa ser mais burocrático, a burocracia não é ruim, é boa em diversos aspectos. Você precisa saber que aquilo deve ser feito de uma determinada forma, para ter uma continuidade...”* (Profissional 9)

*“Então, assim, em menos de 1 ano e meio, a gente teve (risos) muitas e muitas mudanças. Por um lado é desorganizador, mas também eu acho que traz uma capacidade dos servidores de reavaliarem os processos (..) e isso é positivo. Porque, por exemplo, a gente trabalhou a autonomia, quem fazia as escalas de técnicos e*

*enfermeiros eram os profissionais, não era a gestão. Ai quando dava um problema, de falta, por exemplo, quem resolvia eram os servidores...” (Profissional 2)*

*“Nessas mudanças de chefia, se as chefias já vêm com conhecimento da ESF eu entendo como um facilitador, uma potência. Agora se chega uma chefia caída de paraquedas, aí é mais um limite.” (Profissional 4)*

Foi demonstrada ao longo deste estudo a interdependência das equipes NASF, eqSF e gestão. A implantação de lógicas de apoio sempre demanda algum grau de compartilhamento da gestão, seja entre profissionais ou entre profissionais e gestores. De acordo com o CAB 39 “(..) a oferta de condições adequadas e o papel de mediação de conflitos e impasses entre Nasf e equipes de AB são algumas das responsabilidades da gestão para o desenvolvimento do trabalho compartilhado entre essas equipes”. (BRASIL, 2014, p. 40) As demais responsabilidades da gestão estão diretamente ligadas à gestão e organização do processo de trabalho, como por exemplo, definição de critérios para acionar o NASF, organização da agenda dos profissionais, organização de cronograma de reuniões e escala de consultórios. (BRASIL, 2014)

A autora desta pesquisa defendeu que equipes NASF e gestores de serviços tenham autonomia para organizar os processos de trabalho, haja vista que é a partir das demandas do território, que o planejamento do apoio poderá ser estruturado. Assim, quando o Profissional 9 solicitou mais regulamentação e burocracia, ouviu-se um pedido para que houvesse instituídos, normas cristalizadas, verdades sobre as quais nenhum novo gestor pudesse fazer alterações. Mas, por detrás desta solicitação, também se pôde ouvir um trabalhador que não suporta mais os desarranjos organizacionais.

Ao mesmo tempo, a Profissional 2 ressaltou os aspectos positivos da gestão compartilhada, que promove a autonomia e a corresponsabilização pela estruturação e organização dos processos de trabalho, já que o trabalho em saúde é marcado por algumas características:

*“(..) atende a necessidades complexas e variáveis; não pode ser totalmente padronizado, uma vez que envolve um encontro sempre singular entre sujeitos; os profissionais precisam de autonomia; é realizado por um grupo heterogêneo de trabalhadores; (..) há dependência do ambiente sociopolítico; e o cenário é de disputa entre atores com diversos interesses, o que demanda um processo de negociação permanente.” (Scherer, Pires e Jean, 2013, p. 3204)*

No contexto de disputa sobre como o NASF deverá estruturar seu processo de trabalho, os profissionais se queixam da forma como a rotina deles está atualmente

organizada. Compreendem que estão imersos na rotina das equipes e acreditam que perderam sua capacidade de análise dos processos de trabalho. Vejam:

*“Hoje estamos mais dentro do que fora das equipes. Perdemos nossa capacidade de se distanciar para analisar os processos.”* (Participante 1)

*“A gente fica muito imerso na rotina e o tempo para conseguir fazer mudanças a gente não consegue. Eu entendo que a gente precisa estar fora mesmo para não ter a capacidade de análise comprometida, mas como a gente tem uma rotina de muitos anos fazendo isso, é difícil mudar.”* (Profissional 2)

Os trabalhadores compreendem que precisariam estabelecer uma espécie de distância ótima para conseguir fazer a análise dos processos de trabalho e assim produzir mudanças. Denunciam também que a rotina “de muitos anos fazendo isso” dificulta alterar os processos. Melo e outros defendem que o trabalho dos profissionais do NASF exige um trânsito que englobe a necessidade de algum grau de identificação com as equipes apoiadas, bem como um afastamento delas, ou seja, “(..) um distanciamento necessário para manter o estranhamento e contribuir com a transformação de crenças, posturas e práticas instituídas.” (Melo et al., 2018, p. 333)

A ideia de manter uma distância segura para conseguir observar o fenômeno e, depois, sugerir intervenções está estritamente associada e presa à noção positivista de ciência. Esta pesquisa vem ensinando que é justamente quando se está embrenhada no fenômeno, consciente da implicação com o objeto, é que se é capaz de produzir análises e linhas de fuga, desvios nos padrões, criando outras possibilidades de atuação. Como bem explicam Paulon e Romagnoli, há “(..) uma indissociabilidade entre quem se propõe a conhecer e quem é conhecido, cujo resultado é uma co-produção/transformação de ambos.” (Paulon e Romagnoli, 2010, p. 93) Logo, apostou-se menos no distanciamento como produtor de análises e mais na criação de espaços coletivos nos quais as implicações pudessem ser analisadas e suportadas, e novas formas de atuação pudessem ser construídas coletivamente.

Em relação à perda da capacidade de análise, os sujeitos interrogados compreendem que uma possível solução para qualificar a atuação dos profissionais seria ter “um apoio do apoio”, isto é, alguém (ou “alguéns”) que desenvolvesse a função de apoiar os trabalhadores do NASF. Esta questão se evidencia claramente no registro da Profissional 2, como se pode constatar: *“A gente precisa de um apoio do apoio, pois com o tempo a gente acaba entrando*



*na rotina e falta essa percepção. Precisa muito, pois a gente fica com um olhar muito viciado e a gente perde muito nosso poder de crítica e de análise.”*

Para Melo e outros, essa percepção dos profissionais encontra respaldo na literatura. Defendem os autores que um apoiador não apóia sozinho, pois, também, precisa de suporte, seja institucional, sejam supervisões clínico-institucionais, reuniões com outros serviços ou, ainda, ofertas de educação permanente. (Melo et al., 2018)

Em que pese haver entre parte dos profissionais e gestores uma expectativa de que a transferência tecnológica entre as equipes seja capaz de ampliar a capacidade resolutiva das eqSF, os profissionais apontaram que vêem o compartilhamento de saberes como um limite e uma potencialidade ao mesmo tempo. O valor desse compartilhamento se mostrou quando a Participante 6 disse que a *“(..) multiplicidade de saberes é uma potência, pois amplia a nossa compreensão, a nossa atuação.”*

Contudo, *“(..) transitar entre o multi e o inter não é simples.”* (Scherer, Pires e Jean, 2013, p. 3208). O Profissional 3 enxergou esta dificuldade quando referiu:

*“Eu vejo que ao mesmo tempo que os saberes podem ser potência, podem ser limites também. O NASF sendo um campo multiprofissional, tem aquela noção vaga que muitos profissionais reproduzem que “Ah, eu vejo fulano fazendo, então eu sei fazer também” e a gente corre o risco de nessa troca de saberes agir de modo superficial... Agir muitas vezes sem aprofundamento, então muitas vezes você se mete a fazer uma coisa que não é da sua área e faz de forma equivocada... Então tem um limite, que eu acho que a gente precisa estar atento..., porque essa ideia de troca, de campo rico, a gente corre o risco de ser superficial e de ser desrespeitoso com o usuário.”*

A compreensão da interdisciplinariedade como limite e potência também foi encontrada no estudo conduzido por Scherer, Pires e Jean. Afirmaram que

*“(..) as facilidades e dificuldades se entrecruzam e se transformam rearticulando e reconfigurando, permanentemente, as ações e os saberes envolvidos na sua execução, bem como redimensionam escolhas em uma relação dialética entre o contexto político institucional e a história de vida dos profissionais.”* (Scherer, Pires e Jean, 2013)

Klein e d’Oliveira também verificaram em seus estudos com profissionais do NASF, que a troca de saberes se depara com limites. As autoras observaram que os profissionais do NASF tendem a falar sobre o que ensinam, mas raramente falam sobre o que aprendem. Assim, a troca de saberes tão almejada é entendida como via de mão única e hierarquizada, à medida que os profissionais NASF assumem uma postura de detentores do saber que irão ensinar às equipes o como fazer, gerando reações diversas quanto à aceitação, por parte das eqSF. (Klein e d’Oliveira, 2017)

A atuação em equipe multiprofissional numa perspectiva interdisciplinar exige dos trabalhadores a ressignificação dos seus papéis profissionais. Este fato foi entendido pelos

profissionais que participaram da pesquisa como um dos limites da atuação do apoiador matricial. Além disso, eles revelaram que a mudança de modelo de atenção com exigência de novas formas de atuação provocou a perda da identidade profissional. A Profissional 5 se manifestou assim a respeito da questão:

*“O que aconteceu aqui é que da noite para o dia você que é assistente social, psicóloga, você que é terapeuta teve que se juntar e a gente passou por um desmonte. Eu tinha a minha sala, ela tinha a dela e ela tinha a dela também. Então a gente sem suporte, sem apoio de nada, perdemos as nossas identidades.”*

Como se vê, a participante denuncia que a atuação em equipe multiprofissional vem exigindo novas competências pessoais, acarretando perdas de identidade profissional. Esta identidade está muito vinculada ao núcleo e, é por meio do núcleo, que os profissionais conformam suas identidades profissionais. A configuração de equipes multiprofissionais que atuam no campo descentra o profissional daquilo que era conhecido para ele, provocando abalos na sua identidade profissional, conforme expôs a Participante 5.

Nessa linha de raciocínio, Lancman e colegas, em estudo sobre equipes NASF, informam que a ambiguidade de relações, a sensação de um não lugar e um não pertencimento, bem como o não reconhecimento das contribuições para o coletivo de trabalho, acabam por dificultar a construção da própria identidade profissional dos trabalhadores envolvidos nas ações. (Lancman et al., 2013) Assim, vale destacar a força que as identidades profissionais representam na construção da subjetividade dos trabalhadores, e o quanto é desafiador o trabalho em equipe, especialmente com o uso de uma metodologia que propõe o intenso compartilhamento de saberes, de cuidados e de afetos.

Entender os conflitos que a utilização da metodologia do apoio provoca na subjetividade dos trabalhadores e na visão que eles têm de si e de seu trabalho é fundamental para compreender, simultaneamente, os movimentos de apego ao conhecido e as brechas de criação de novas identidades profissionais individuais e coletivas. Focando apenas o apego que cada trabalhador tem ao que faz, escreveu o Gestor 3: *“O próprio profissional tem o apego de que isso é meu... Mesmo orientações simples, administrativas, tem profissionais que não conseguem passar para as equipes fazerem. É um apego grande.”*

Como forma de minimizar essa perspectiva da perda de identidade, estudos sobre trabalhos colaborativos expõem a necessidade de compartilhar objetivos e metas, ao mesmo tempo em que se compreendam e respeitem as múltiplas visões e alianças existentes entre os trabalhadores. Assim, argumentam os autores, cada profissional deverá ter consciência de sua interdependência, bem como admitir a necessidade de apoio para conseguir criar

sentimento de pertença e confiança mútua. (Melo et al., 2018) Paulon, Pasche e Righi defendem que os novos arranjos organizacionais não se efetivam sem abalos e

“(..) sem a emergência de processos conflituivos, que, via de regra, geram diferentes graus de sofrimento, pois exigem reposicionamentos subjetivos, mobilizam identidades e corporações inscritas na tradição clássica da divisão social do trabalho em saúde, eivada de relações cristalizadas de poder. São movimentos que exigem capacidade de manejo de conflitos na direção da produção de novas contratualidades, portanto, requerem rearranjos sobre aquilo que foi sendo instituído como responsabilidade e competência numa lógica que demanda superação.” (Paulon, Pasche e Righi, 2014, p. 818)

Em relação às potencialidades relacionadas ao processo de trabalho, além das que já foram descritas ao longo do texto, os profissionais e gestores elencaram a possibilidade de prover um cuidado mais integral, bem como a potência de atuar em rede intersetorial. A Profissional 6 falou que via como potência a: *“(..) a possibilidade de um olhar mais integral, um atendimento mais amplo, as pessoas atuando um pouco fora dos seus núcleos”*. Acrescentou ainda o seguinte ponto de vista:

*“Ter uma rede intersetorial é uma potência. Porque muitas vezes a gente consegue discutir casos nas reuniões da rede, resolver mesmo as situações. A gente lida com vários outros órgãos que às vezes estão trabalhando com as mesmas famílias e quando a gente consegue trabalhar junto é muito potente.”*

Silva e colaboradores compreendem que é apenas com o tempo que uma equipe multiprofissional consegue assumir um caráter mais interdisciplinar. As autoras acreditam também que é no processo de trabalho cotidiano de compartilhar o cuidado e os saberes que os profissionais desenvolvem as habilidades necessárias para uma atuação em direção à transdisciplinariedade. (Silva et al., 2012)

A atuação na APS com a possibilidade de estar imerso no território também foi compreendido como uma potencialidade. Sobre esta imersão, a Profissional 8 se posicionou assim: *“O tanto que nos ajuda a (..) conhecer o território. Quando a gente vai numa visita, vai conhecendo as escolas, de repente (..) percebe que aquele menino que você atende mora naquela casa, estuda nesta escola, isso aproxima tanto a gente, faz tanto sentido.”*

Além disso, os profissionais compreenderam que trabalhar com os agentes comunitários de saúde (ACS) amplia a capacidade de olhar e as possibilidades de intervenção. Compreenderam também que equipes com cadastro familiar auxiliam na organização do processo de trabalho, por permitir atuar de acordo com o perfil epidemiológico do território. Assim, os trabalhadores elencaram a atuação no território como potencialidade para sua atuação como apoiadores matriciais. Eles valorizam as múltiplas possibilidades de integração no território e vislumbram novos sentidos para o seu trabalho.

Além de reconhecerem o trabalho dos ACS, viram no trabalho conjunto, a possibilidade de ampliação do cuidado.

Por fim, um tema que foi recorrente na primeira oficina foi “o sofrimento”. Os profissionais retornaram muitas vezes ao tema, sempre apontando que os profissionais das eqSF não sabem lidar com o sofrimento. No painel que foi montado com os limites e potencialidades para a atuação de apoiadores matriciais, eles descreveram esse item como “ausência de estratégias para lidar com o sofrimento que paralisa → profissionais da eqSF não sabem como lidar”. Para Emerich e Onocko-Campos,

“(..) a insuficiente formação técnica para o campo da Saúde Mental e o contato com a vulnerabilidade e a miséria de territórios são apontados como possíveis fontes de sofrimento para os trabalhadores, o que pode gerar intensa identificação, fazendo com que os profissionais se sintam tão desvalidos e violentados quanto os usuários, ou que componham entraves à realização da tarefa primária no local onde trabalham.” (Emerich e Onocko-Campos, 2019, p. 9)

Para os participantes desta pesquisa, o “sofrimento” foi vinculado à dificuldade dos profissionais da eqSF para abordarem e conduzirem os casos de saúde mental. Eles se expressaram assim sobre a questão: *“Tem uma coisa assim, chorou, sofreu, não é meu. As equipes já passam para o NASF.”* (Profissional 7); *“Como hoje em dia todo mundo chora por qualquer motivo, já chegavam as equipes para levar o caso para a psicóloga. Então as reuniões de equipe se resumiam a isso. As equipes com 3, 4, 5 casos para a psicóloga.”* (Participante 5); *“O sofrimento é visto como muito patológico.”* (Participante 7)

As reflexões sobre o cuidado em saúde mental expuseram a percepção dos profissionais e trouxeram à superfície uma noção de saúde mental ainda muito ligada ao campo *psi*. Neste sentido, profissionais que não estavam diretamente ligados a este núcleo não se viram implicados neste campo. A assistência em saúde mental na APS é um tema que vem sendo amplamente estudado e debatido, haja vista a alta prevalência de transtornos e sofrimento mental entre a população. (Klein e d’Oliveira, 2017; Tesser, 2017; Tesser e Poli-Neto; 2017)

Klein e d’Oliveira conduziram uma pesquisa com psicólogos que atuam em NASF no município de São Paulo. As autoras identificaram questões semelhantes às elencadas nesta pesquisa, qual seja, aquelas associadas à batalha que se dá entre trabalhadores da eqSF e NASF para saber quem seria o responsável pela assistência em saúde mental. Para elas, existe ainda a necessidade *“(..)* de se construir uma modalidade de cuidado própria da saúde mental na atenção primária à saúde” (Klein e d’Oliveira, 2017, p. 8), perspectiva

compartilhada também por Tesser, tendo em vista as peculiaridades da atenção psicossocial. (Tesser, 2017)

A partir de reflexões sobre o conceito de apoio matricial e sobre os limites e potencialidades para o desenvolvimento do trabalho do profissional do NASF, investigadora e demais participantes desta pesquisa conseguiram produzir, coletivamente, enunciados que dizem sobre certa forma de se constituir apoiador matricial no NASF do DF, mas, especificamente, da região de saúde em que atuamos.

Essa certa forma de se constituir trabalhador no NASF do DF aponta para linhas duras, instituídos poderosos. Mas também coloca em evidência uma infinidade de possibilidades inscritas em trabalhadores que afirmam um desejo pelo novo e que mostram compromisso com o projeto do NASF do DF.

#### **4.4 Demandas de educação permanente em saúde**

A partir de agora chamarei de nossa a proposta que fiz para esta investigação como pesquisadora, por entender que ela passou a ser, também, dos sujeitos que participaram da produção de parte dos conteúdos que estão sendo relatados na Parte II desta dissertação.<sup>3</sup>

Assim sendo, esta proposta metodológica diz respeito a uma pesquisa que não visa generalizações, pois, foi justamente na singularização e na nossa implicação com o campo em que estamos inseridos que a proposta se concretizou. Assim, temos optado por olhar para aquilo que escapa, isto é, para cada movimento de construção de subjetividades. (Guba e Lincoln, 2011) Foi nesta perspectiva que construímos também a 2ª oficina, que visou mapear as demandas de EPS para o exercício da função apoio na perspectiva dos profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). Além disso, as entrevistas, de igual modo, também buscaram mapear a percepção dos gestores sobre as necessidades de formação dos trabalhadores do NASF.

Neste mapeamento, procuramos cartografar as principais demandas, observando por entre estas a compreensão que os profissionais tinham sobre aquilo que já sabiam e aquilo que acreditavam precisar aprender para exercerem sua função nas equipes NASF. Assim, na 2ª oficina, retomamos os painéis que os profissionais haviam estruturado na oficina anterior,

---

<sup>3</sup> Quando mencionou-se que os participantes contribuíram para construir parte dos resultados expostos na Parte II desta dissertação, quis-se apenas expressar que não se esqueceu da contribuição das fontes secundárias nela também incluída. Então, de agora em diante, o texto será escrito, prioritariamente, na primeira pessoa do plural.

podendo-se rever e reavaliar aquilo que havia sido definido como limite e potencialidade para o trabalho do apoiador.

A partir desta retomada, propôs-se aos profissionais que descrevessem as principais ferramentas que já dominavam para desenvolver o trabalho como apoiador matricial no NASF e que, portanto, entendiam não haver necessidade de qualificação. Eles, então, descreveram como ferramentas: os conhecimento e habilidades do núcleo de competência profissional; o conhecimento sobre Atenção Primária à Saúde (APS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o NASF; o conhecimento da rede de saúde e intersetorial; a capacidade de trabalhar em equipe; e as habilidades pessoais, tais como: empatia, presença, escuta e disponibilidade pessoal. (Cf. Quadro abaixo)

**Quadro 2 - Conhecimentos e habilidades com domínio dos profissionais**

<b>CONHECIMENTOS E HABILIDADES COM DOMÍNIO DOS PROFISSIONAIS</b>
Conhecimento e habilidades do núcleo profissional
Conhecimento sobre APS, ESF e NASF
Conhecimento da rede de saúde e rede intersetorial
Habilidade e competência para o trabalho em equipe
Habilidades pessoais: empatia, escuta, presença e disponibilidade

Para espanto e surpresa, nenhuma das ferramentas descritas nos cadernos do NASF, na literatura e nas normativas foi citada. Deste modo, toda a organização da oficina precisou ser alterada, tudo o que tinha sido planejado precisou ser modificado, uma vez que a pesquisa-intervenção não se faz de modo prescritivo, com regras pré-estabelecidos, e a objetivos fielmente traçados. Ao contrário disso, seu desdobrar exige que o pesquisador esteja aberto aos desvios que a realidade apresentará. Como ensinam Passos e Barros,

“(..) o desafio é o de realizar uma reversão no sentido tradicional do método - não mais um caminhar para alcançar metas prefixadas (*metá-hódos*), mas o primado do caminhar que traça, no percurso, suas metas. A reversão, então, afirma um *hódos-metá*.” (Passos e Barros, 2015, p.17)

Nascimento e colaboradores, em estudo conduzido com equipes NASF na região metropolitana de Recife, obtiveram resultados semelhantes aos nossos, quando questionaram os profissionais sobre o que eles conheciam e aplicavam das ferramentas tecnológicas do NASF. As autoras relatam que tiveram que esclarecer o que eram

ferramentas do NASF para que os profissionais compreendessem o que estava sendo dito. (Nascimento et al., 2018)

No nosso caso, optou-se por não tentar esclarecer o que eram ferramentas tecnológicas do NASF, por ter sido feita uma escolha metodológica apoiada no aceitar caminhar com os entendimentos que os profissionais tinham sobre o que eram essas ferramentas. Assim, a segunda etapa da oficina objetivou mapear as ferramentas que os profissionais identificavam que precisavam desenvolver para o exercício da função de apoiador na equipe NASF. Novamente os profissionais deixaram de citar as ferramentas tecnológicas, aquelas que a literatura e normativas elencam como próprias do trabalho do apoiador no NASF, exceção feita em relação à citação para formação em manejo de grupos. Os trabalhadores elencaram 11 diferentes demandas de EPS, apresentadas no Quadro seguinte.

**Quadro 3** - Demandas de EPS dos profissionais apoiadores do NASF

<b>DEMANDAS DE EPS DOS PROFISISONAIS APOIADORES DO NASF</b>
Operacionalização da metodologia do apoio matricial
Conhecimento sobre APS e NASF;
Formação em Saúde Mental
Conhecimentos específicos de núcleo profissional (obesidade, transtornos alimentares, direitos trabalhistas, transtorno déficit de atenção e hiperatividade, dentre outros);
Planejamento e organização das ações da equipe NASF
Formação em manejo de grupos
Conhecimento sobre o território e mobilização social
Conhecimento sobre como manejar conflitos (principalmente entre as equipes)
Abordagem do paciente terminal (cuidados paliativos)
Abordagem e manejo na adolescência (manejo das demandas deste ciclo de vida)
Como lidar com a frustração?

Como se pode observar, as demandas dos trabalhadores abrangem um leque diverso e relativamente extenso de demandas de EPS. Dentre elas, existem aquelas que são conceituais (o que é?), outras que são do campo procedimental (como fazer?), e outras ainda que são do campo atitudinal (habilidades pessoais para o fazer).

A terceira etapa da oficina buscou compreender aquilo que os profissionais identificaram como possível de trabalhar na própria equipe, ou seja, buscou-se mapear a dimensão do compartilhamento de saberes entre profissionais do NASF. Neste sentido, interessava analisar, em conjunto com os trabalhadores, como eles estavam fazendo uso da dimensão técnico-pedagógica dentro da própria equipe NASF e com as equipes de saúde da família (eqSF). Se para os profissionais uma das funções do apoio matricial é compartilhar saberes, conforme exposto na primeira oficina, como isso vinha de dando na prática?

Na direção indicada, diante dos quadros 1 e 2 foi solicitado que os profissionais elencassem os temas que eles julgavam pertinentes para serem trabalhados dentro da própria equipe NASF ou entre profissionais do NASF e as eqSF. Os temas indicados pelos sujeitos desta pesquisa como possíveis de serem trabalhados na própria UBS, numa perspectiva de transferência tecnológica entre profissionais, foram sistematizados, organizados e expostos no Quadro seguinte:

**Quadro 4 - Temas para compartilhamento de saberes**

<b>TEMAS IDENTIFICADOS PARA COMPARTILHAMENTO DE SABERES (TRANSFERÊNCIA TECNOLÓGICA ENTRE PROFISSIONAIS)</b>
Saúde Mental/Dependência e abuso de drogas/Investigação Psicossocial
Método do apoio matricial
Planejamento e organização das ações do NASF (identificação das prioridades de demandas)
Manejo de conflitos
Direitos dos cidadãos
Conhecimento sobre os medicamentos
Cuidados paliativos (compartilhamento com profissionais de eqSF)
Conhecimento sobre ESF, APS e NASF
Trabalho em equipe (responsabilização pelo cuidado dos usuários, discussão de casos contribui para integralidade do cuidado e aumento da resolutividade).

Por fim, a quarta e última etapa da 2ª oficina trouxe à luz os painéis anteriores e, a partir deles, fomos tecendo considerações e observações sobre como cada uma das demandas poderia ser trabalhada. Essa atividade gerou muitas discussões, pois, nem tudo que foi identificado por uns como possível de compartilhamento, foi, por outros, compreendido da mesma maneira. O que se quer dizer é que nem todos os profissionais compreenderam a transferência tecnológica entre pares como uma possibilidade potente para dar conta daquilo



que eles entendiam como demandas de EPS. O que pareceu existir foi, ainda, uma desconfiança na potência das trocas de saberes entre este coletivo. Assim, talvez, o pouco tempo de atuação destes trabalhadores nas equipes NASF tenha dificultado a emergência consistente do sentimento de pertença, tão fundamental para o desenvolvimento de interprofissionalidade. Sobre a superação desse problema, Ceccim argumenta que,

“(..) quanto mais se trabalha em equipe, mais se pode compartilhar dos saberes uns dos outros, ampliando-se o arsenal de competências e a capacidade de resposta. Quanto mais se trabalha isoladamente, mais se precisa saber individualmente dos saberes dos outros e maior o risco de erro ou prática insegura. Uma palavra de ordem entre os autores da interprofissionalidade é a segurança do paciente.” (Ceccim, 2018, p. 1741)

Silva e colaboradores também observaram que as equipes NASF tendem a atuar de modo multiprofissional e multidisciplinar no início da sua atuação, salientando, contudo, que apenas com o fortalecimento da integração da equipe e o conhecimento do território se torna possível avançar para uma atuação interprofissional e interdisciplinar. (Silva et. al, 2012)

Deste modo, os profissionais anunciaram durante toda esta pesquisa que, apesar de existir um reconhecimento do trabalho em equipe, eles não se sentem tão seguros, disponíveis ou crenes que as trocas de saberes entre eles possam ser efetivas. Já na oficina anterior, os trabalhadores definiram o compartilhamento de saberes como potência e limite ao mesmo tempo. Nesta oficina, embora se tenha definido o tema da saúde mental, por exemplo, como tema possível de ser abordado entre os profissionais da equipe, no momento da consolidação dos temas para compor o plano de EPS, os participantes defenderam a necessidade de uma formação específica em saúde mental, no formato de um curso.

Neste ponto de inflexão, a pesquisadora interveio perguntando: *“Então, o que o grupo decide? Vocês acham que precisam de uma formação específica em saúde mental, ou isso pode ser trabalhado dentro das equipes?”* A Participante 4 respondeu deste modo: *“Eu gostaria de uma formação mais consistente. E toda a equipe eu acho que tem essa demanda”* e, concordando, a Participante 2 respondeu assim: *“Eu acho que seria legal. Precisa de um curso sim.”*

O mesmo foi ocorrendo em relação aos demais temas. Enquanto alguns profissionais acreditavam que seria possível adquirir conhecimento e ampliar o repertório de atuação a partir das trocas estabelecidas entre os profissionais, outros, em contrapartida, não abriram mão no sentido de demandar ofertas tradicionais de educação, como cursos e capacitações, compreendendo que seria por meio desse tipo de oferta, que seria propiciada a aquisição de formações mais consistentes, conforme ficou evidenciado nos relatos das participantes 4 e 2 acima citados.

Neste contexto, algumas indagações vieram à mente da pesquisadora: se os trabalhadores não acreditavam que a transferência tecnológica entre pares pode ser efetiva para ampliar o arcabouço de conhecimentos e práticas, como eles vinham realizando as ações de transferência tecnológica com as equipes? Como vinha se dando a dimensão técnico-pedagógica do matriciamento?

Esta pesquisa conseguiu revelar que a dimensão do apoio matricial ainda está em construção, demandando um esforço de compreensão e trabalho de profissionais e gestores, para que realmente se efetive e adquira a potência de um processo de educação permanente entre os profissionais. Resultado semelhante foi encontrado por Bispo Jr e Moreira em pesquisa com profissionais do NASF e eqSF na Bahia. Para eles, a formação insuficiente dos profissionais do NASF relacionada à APS e ao próprio processo de trabalho do NASF gera insegurança nos profissionais e, conseqüentemente, gera a ausência ou deficiência de oferta de EPS. (Bispo Jr e Moreira, 2017)

Ainda, alertam aqueles autores que as poucas ofertas de EPS mencionadas pelos profissionais são estruturadas de modo vertical, em formato de cursos e treinamentos, ou seja, revelam uma opção metodológica alinhada à educação continuada e não à EPS. Evidenciam, ainda, que há uma tendência de os profissionais do NASF adotarem uma postura de “professores” em relação aos profissionais da eqSF, o que acabaria gerando resistência. (Bispo Jr e Moreira, 2017)

Após as discussões de cada tema exposto nos painéis, os trabalhadores indicaram os temas constantes do Quadro 5, abaixo, para compor o plano de educação permanente para apoiadores matriciais do NASF. (Cf. Apêndice 1)

**Quadro 5:** Temas para o plano de educação permanente em saúde

<b>TEMAS PARA UM PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE</b>
Conhecimento sobre as diretrizes/normativas da APS, ESF e NASF (Inclui a necessidade da discussão também das competências de cada nível de atenção)
Método do apoio matricial (Incluir organização de processo do trabalho do NASF, planejamento, monitoramento e avaliação)
Formação para o trabalho em equipe e comunicação não-violenta
Qualificação das reuniões de equipe

Formação em Saúde Mental
Formação em abordagens comunitária - mobilização social
Formação em manejo de grupo
Formação em ciclos de vida
Saúde do Trabalhador
Conhecimentos e habilidades para realização de visita domiciliar (Como fazer visita domiciliar multiprofissional?)

Os gestores entrevistados não citaram nenhum conteúdo diferente dos temas definidos pelos profissionais. No entanto, todos enfatizaram a necessidade de os profissionais do NASF terem formação em conteúdos da APS e do método do apoio matricial. Além destes, citaram ainda formação para condução de grupos, trabalho em equipe, atualizações em conteúdos dos núcleos profissionais e conhecimento sobre a rede de atenção à saúde, especialmente sobre as competências da atenção primária e rede especializada.

Assim como os trabalhadores, os gestores citaram apenas o manejo de grupo como uma ferramenta importante para ser trabalhada na formação dos profissionais. As demais ferramentas, tais como: PTS, genograma e ecomapa, dentre outras, não foram elencadas. Desta forma, pôde-se observar uma convergência entre as percepções dos gestores e as dos trabalhadores sobre as principais demandas de EPS para os apoiadores matriciais do NASF.

Segundo estudo do 2º ciclo do PMAQ, os temas mais abordados em atividades de EPS para apoiadores matriciais foram: organização do processo de trabalho, saúde mental, conflitos sociais, princípios e diretrizes da APS e condições crônicas. (Brocardo et al., 2018) Observamos que parte das demandas dos participantes desta pesquisa encontram ressonância com os temas levantados por Brocardo e colegas. Não é de se surpreender, que alguns deles tenham se assemelhado, tendo em vista que cerca da metade das equipes NASF são implantadas no País sem ofertas de formação inicial. (Silva et al., 2019; Brocardo et al., 2018; Oliveira e Campos, 2017) Assim, temas como organização do processo de trabalho e diretrizes e princípios da APS parecem revelar a falta de formação inicial dos profissionais naquilo que é mais elementar para a atuação profissional, isto é, compreender onde está e o que é necessário fazer neste lugar. Esse problema se torna visível na fala da Gestora 1.

*“Pra mim os profissionais do NASF precisam do básico, chão mesmo. O que é SUS, APS, rede secundária e terciária. Saber, onde eu me encaixo? Quem sou eu? Onde estou? Se ele não compreende a essência do que ele está fazendo, não vai dar certo (...). Se eu tivesse tempo e possibilidade, com certeza essa seria a minha função, uma função da gerência. Mas atualmente eu fico dividida entre ajudar nos processos de trabalho e ser domadora, gerenciar processos duros que tomam todo meu tempo.” (Gestora 1)*

Ela mostra a implicação da ausência de formação inicial no cotidiano dos serviços, além de informar ainda que, apesar de ser essa uma possível função do gestor, não consegue organizar esta modalidade de atividade por estar consumida em processos duros de gestão.

Diante do fato, defendemos que a composição de um plano de EPS para apoiadores matriciais do NASF deverá integrar as demandas trazidas pelos profissionais, acrescidas das ferramentas que a literatura sugere como potentes para o trabalho do profissional do NASF na perspectiva da educação permanente em saúde, incluindo também, medidas de enfrentamento dos entraves da assimetria de poder entre as profissões.

## **5. A FORMAÇÃO DO APOIADOR CANDANGO**

Uma pesquisa-intervenção é sempre uma pesquisa implicada, conforme se tem referenciado ao longo deste estudo. Quando, no início desta pesquisa, a investigadora se propôs elaborar um plano de educação permanente em saúde (EPS) para os trabalhadores do Núcleo Ampliado da Saúde da Família (NASF), a ser entregue no final dela para a academia e para a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SESDF), a pesquisadora se comprometeu com a produção de um material que pudesse contribuir para a formação dos apoiadores matriciais do NASF.

No entanto, antes de avançar neste relato, é preciso fazer um alerta: a construção metodológica desta pesquisa-intervenção teve como objetivo primário analisar os efeitos de um processo de construção participativa na formulação de um plano de educação permanente em saúde para apoiadores matriciais. Logo, desde a sua origem, estava claro o princípio de que a pesquisa-intervenção que seria conduzida e que deveria gerar o plano referido, não buscava generalizações. Assim, o plano que dela emergiu fala de um contexto determinado e é com este contexto que ele está comprometido. Apesar disso, tanto a pesquisadora quanto os sujeitos que participaram da pesquisa compreendem que o material produzido por esta pesquisa é revelador de um momento de mudanças e de transformações que todos os trabalhadores da SESDF vêm e estão passando. Compreendem, ainda, que esta pesquisa criou espaço para que trabalhadores e gestores expressassem os impactos subjetivos e na

organização do processo de trabalho vivenciados por eles, desde o início do programa Converte. Assim, entendemos que a pesquisa fala de um contexto específico, num momento histórico específico para a APS do DF.

Os temas que emergiram para a composição do plano de EPS, a partir das oficinas e entrevistas, revelaram um diagnóstico que os profissionais e gestores fazem das suas necessidades de formação. Assim, são extremamente legítimos, na medida em que revelam dificuldades vividas e traduzem necessidades que são percebidas no cotidiano de se constituir apoiador e de se fazer a gestão de apoiadores no contexto da SESDF. Essas demandas revelam muito sobre os serviços e sobre o contexto social em que estes serviços estão inseridos.

*“Os temas produzidos pela pesquisa revelam a emergência do cuidado em Saúde Mental e nisso expõem a dimensão do sofrimento de uma população, além de revelarem também, as dificuldades do trabalho em equipe e anunciarem um desejo: uma comunicação menos violenta. Apontam, ainda, a necessidade de qualificar os espaços de reunião, espaços nos quais dispomos grande parte do nosso tempo. Eles expõem, também, a necessidade de entender, um pouco melhor, a APS, o SUS e o NASF, nos levando a perguntar: e esse negócio de apoio matricial, o que é isso mesmo? Como é que se faz? Mostram a necessidade de se saber entrar nas casas das pessoas e nos seus territórios, revelando como que, por descuido, uma confissão: não sabemos manejar grupos. Vão além, quando afirmam que precisamos entender um pouco melhor, para cuidar melhor, da saúde do trabalhador. Trabalhadores que somos nós e que são estes e aqueles que cotidianamente nos revelam suas dores físicas e emocionais. As dores de se ser um trabalhador. Observem que bonito! Dizem eles que desejamos saber nos comunicar melhor com a comunidade e que estamos querendo aprender a cuidar do outro, do nascimento à morte. Dizem ainda mais, dizem da minha implicação. Expõem minha implicação nesta escrita que revela que o desejo deles é o meu, que as necessidades deles são as minhas. Eu, esta pesquisadora-trabalhadora-apoiadora implicada.” (Trecho adaptado do meu diário de campo)*

Mas, os temas deflagram também ausências. Compreendemos que as ferramentas tecnológicas do NASF são ausências significativas que devem compor o plano de EPS, pois vemos nelas possibilidades de ampliar a atuação do apoiador e qualificar seu processo de trabalho na atenção e gestão dos casos e no apoio às eqSF. Ademais, entendemos que são ainda complementares às demandas trazidas pelos trabalhadores. Assim, ancorados em Emerich e Onocko-Campos, sustentamos a importância da formação teórica destes profissionais, pois, “(..) sem embasamento teórico, não se assiste com qualidade e não se gere com competência.” (Emerich e Onocko-campos, 2019, p. 6)

Embora os temas definidos pelos trabalhadores e gestores revelem um diagnóstico importante dos territórios de atuação dos apoiadores e informem sobre as necessidades de saúde da população, compreendemos que tantos outros temas poderiam ter sido elencados, uma vez que, provavelmente, os temas que apareceram tenham sido, apenas, os emergentes, ou seja, uma fotografia do momento. Conseqüentemente, entendemos que o plano de EPS que será proposto seja um plano que retrata necessidades deste apoiador, o “apoiador candango”. Esse apoiador forjado nas entranhas do sistema de saúde distrital e que expõe todas as potencialidades e dificuldades de se constituir trabalhador do NASF na SESDF.

Dito isso, precisamos revelar que nosso intuito não é somente discutir cada um dos temas demandados pelos profissionais e gestores para sua formação, pois estes já estão dados. Nossa intencionalidade, a partir de agora, é discutir o que propomos como diretrizes metodológicas para o plano de EPS.

Desde quando iniciamos a construção desta pesquisa nossa intenção foi elaborar um plano de EPS. Neste sentido, nosso compromisso sempre foi com um plano que fosse orientado pelos princípios e diretrizes da EPS. Assim, afirmamos nossa escolha ético-política ao propor um modelo de formação que compreendesse a complexidade do campo da saúde. “O viés de formação que visamos afirmar reside menos em seu caráter de mera transmissão de conhecimento (ainda que não se prescindia dos conhecimentos) e muito mais por sua potência disruptiva.” (Heckert e Neves, 2007, p. 149), pois, temos aprendido que um apoiador se forma no ato de apoiar. Dito de outro modo, “(..) a formação do apoiador está relacionada às experimentações do apoio.” (Paulon, Pasche e Righi, 2014, p. 813) Logo, a formação de um apoiador ocorre no processo dinâmico de apoiar um coletivo e, portanto, “(..) é algo diferente de um ensino prescritivo.” (Castro e Campos, 2014, p. 47)

Oliveira e Campos informam que as diretrizes para a formação de apoiadores matriciais ainda não estão dadas. (Oliveira e Campos, 2017) Desta forma, a literatura atual sobre formação de apoiadores estabelece que a formação deve se dar entre apoiadores, prioritariamente no próprio local de trabalho, por meio de reflexões sobre o processo de apoiar. Assim, há uma importante interface entre aquilo que é preconizado nas diretrizes da EPS e o que a literatura e experiências apontam como metodologia para a formação de um apoiador. Pensados deste modo, os espaços de trabalho são tidos como espaços de produção coletiva: trabalhador, gestor e usuários, podendo ser sugerido

“(..) um borramento de fronteiras dos lugares instituídos para a produção de novos e possíveis encontros que envolvam gestores/as e trabalhadores/as, repensando conjuntamente seus processos de trabalho e formação, com a participação dos usuários/as nos processos.” (Meyer, Félix, Vasconcelos, 2013, p. 865)

Assim, propomos que o desenvolvimento das ações do plano de EPS dos apoiadores matriciais aconteça, prioritariamente, nos próprios espaços de trabalho. Pudemos observar, com as oficinas, a potência deste tipo de espaço democrático para provocar reflexões e revelar formas cristalizadas e brechas de fuga para novas produções em saúde. Além disso, os participantes destacaram a importância da institucionalização de espaços nos quais os apoiadores possam estar juntos e compartilhar os desafios de se ser apoiador matricial.

*“É incrível como o que a gente passa é tão comum e tão diferente, ao mesmo tempo. Esse sentimento a gente reconhece no outro, no trabalho do outro, mesmo o outro fazendo um trabalho parecido, num contexto diferente do nosso, os sentimentos são os mesmos... alívio, essa coisa da solidão, mas o que mais me entusiasma é saber que todo mundo tá com vontade de acertar, de querer fazer, eu não sei se está certo, mas eu estou aqui, não desisti e ver que o outro não desistiu também... Tamo junto”.* (Participante 7)

Assim, propomos que o plano de EPS para apoiadores matriciais seja orientado por propostas pedagógicas condizentes com as diretrizes da EPS. Desta perspectiva, acreditamos que a pesquisa-intervenção é uma opção metodológica potente para propor, acompanhar e avaliar ações de EPS no SUS. (Leite, Rocha e Santos, 2018; Cescon, Capozzolo e Lima, 2018; Saffer e Barone, 2017; Vasconcelos et al., 2016; Castro e Campos, 2014; Minozzo et al, 2012; Fortuna et al, 2012; Matumoto et al, 2011)

Na pesquisa-intervenção, assim como na EPS, há o favorecimento da discussão e da produção coletiva, a fragilização das hierarquias burocráticas e ampliação da participação. (Rocha e Aguiar, 2003) Logo, uma proposta de EPS gestada no decorrer de uma pesquisa-intervenção, constitui um instrumento potente para acompanhar as mudanças de um grupo. Assim como a EPS propõem uma aprendizagem contextualizada e significativa, a pesquisa-intervenção também encontra sua potência na singularização, acompanhando a partir das intervenções e das análises realizadas, inclusive a de implicação, o processo de construção e transformação de sujeitos e subjetividades. (Guba e Lincoln, 2011) Portanto, a pesquisa-intervenção pode ser compreendida como um dispositivo para produzir e acompanhar mudanças nos sujeitos e organizações. (Rossi e Passos, 2014) Compreendemos, assim, que ela possibilita a emergência de processos de formação transformadores, assim como propôs Paulo Freire.

Defendemos que as propostas formativas sejam elaboradas dentro daquilo que Ceccim e Feuerwerker chamaram de “quadrilátero da formação”, ou seja, a inclusão de trabalhadores – gestores – ensino e controle social. Para os autores, a formação em saúde pressupõe a interação destas quatro instâncias, produzindo assim uma formação capaz de dar uma

resposta social ampliada e condizente com as necessidades da população. (Ceccim; Feuerwerker, 2004) Nesta perspectiva, é preciso destacar outra ausência significativa nesta pesquisa: nem profissionais apoiadores e nem gestores citaram as universidades. Em que pese o fato de os serviços/profissionais da Região Leste receberem estudantes de graduação e residência, os participantes desta pesquisa não elencaram a presença de estudantes e professores nos serviços, como uma potencialidade para o exercício do apoio matricial e/ou para o desenvolvimento de um plano de EPS.

Autores como Oliveira, Furlan e Cardoso, Paulon e Romagnoli vêm apontando a necessidade de se questionar o papel das universidades, buscando colocar em análise os sentidos da universidade e da produção do conhecimento. (Oliveira, Furlan e Cardoso, 2014; Paulon e Romagnoli, 2010) Sobre a questão, entendemos que a ausência de reconhecimento do papel da universidade demandará melhor compreensão em estudos futuros com esta mesma população. Entretanto, sugerimos em nosso plano de EPS, fortalecer a integração da universidade com os serviços e profissionais de saúde, tornando a rede da SES um potente espaço de ensino-aprendizagem.

Martino, em análise prospectiva nos contextos brasileiro e italiano de processos de educação em saúde e metodologias para formação de profissionais de saúde no contexto da APS, concluiu que os serviços brasileiros são muito receptivos à abordagem metodológica da pesquisa-intervenção. Além disso, concluiu também que o conjunto pesquisa-intervenção-formação favoreceu a cooperação entre territórios e aproximou, pela extensão universitária, universidade e serviço de saúde “(..) conferindo materialidade para a educação permanente em saúde” (Martino, 2016, p. 267) Assim, apostamos em processos coletivos, grupais, por entendermos que o “(..) singular se constrói, mas não de forma individual, e sim pelos compartilhamentos que aproximam os diferentes e fazem com que o inédito possa emergir em meio ao coletivo. Um convite à formação dos trabalhadores que passa pelo dispositivo grupal.” (Emerich e Onocko-Campos, 2019, p. 7)

Desta forma, pode-se afirmar que não existe proposta de EPS, nem de pesquisa-intervenção que não se faça em grupo. Neste sentido, há uma clara diretriz tanto para a EPS, como para a pesquisa-intervenção, de que o grupo é o dispositivo da intervenção. Fortuna e outros afirmam que,

“(..) como dispositivo, os grupos fazem ver e falar, assim, pretende-se captar e expressar algumas composições da micropolítica do trabalho em saúde, manifestas em encontros grupais... Os movimentos de reprodução, quando interrogados e problematizados, têm a força de serem produtores de um novo modo de cuidar.” (Fortuna et al., 2012, p. 658)



Logo, tanto os desenhos metodológicos de pesquisas-intervenção, quanto os desenhos pedagógicos de propostas de EPS se fazem valer da grupalidade para alcançar seus objetivos. Em ambos, o que se pretende é colocar em análise os sentidos que aquela grupalidade dá ao seu fazer. O que se pretende, em última instância, é interrogar o sentido das práticas e produzir transformações das práticas em contextos específicos. Desta forma, tanto a EPS (como dispositivo), quanto a pesquisa-intervenção (como desenho metodológico), valem-se de uma intervenção para provocar reflexão em grupalidades. Porém, é importante destacar que o sentido da intervenção não é vertical ou algo externo ao grupo, mas uma composição de grupo e de intervenção que “(..) recupera a ideia de um vir-entre, um interpor-se (..) possui um sentido articulador entre sujeito-objeto, teoria-prática, formação-aplicação do conhecimento.” (Mendes, Pezzato e Sacardo, 2016, p. 1739)

Em relação ao desenho metodológico propriamente dito, tanto a prática, quanto a literatura demonstram que a pesquisa-intervenção aceita uma diversidade de possibilidades de desenhos metodológicos, merecendo destaque o método cartográfico. A cartografia tem sido utilizada como uma estratégia da pesquisa-intervenção, constituindo uma aposta ético-política na construção de percursos de pesquisa. (Paulon e Romagnoli, 2010) Tem como objetivo: “(..) desenhar a rede de forças à qual o objeto ou fenômeno em questão encontra-se conectado, dando conta de suas modulações e de seu movimento permanente... O desafio é evitar que predomine a busca de informação para que então o cartógrafo possa abrir-se ao encontro.” (Barros e Kastrup, 2015, p. 57)

Outra possibilidade de desenho metodológico para acompanhar processos de EPS tendo a pesquisa-intervenção como referencial metodológico é o proposto por Castro e Campos e por eles denominado de pesquisa-intervenção do tipo apoio. Segundo os autores, este desenho de pesquisa-intervenção é aquele que articula os pressupostos da pesquisa-intervenção com os conceitos e recursos metodológicos do Apoio Institucional Paidéia. (Castro e Campos, 2014)

As experiências e a literatura têm demonstrado que o campo interventivo da pesquisa-intervenção permite uma ampla variedade de desenhos metodológicos de grupalidades, tais como: constituição de fóruns, rodas de conversa, grupos de reflexão, grupo focal, espaços de matriciamento, oficinas etc. (Leite, Rocha e Santos, 2018; Cescon, Capozzolo e Lima, 2018; Saffer e Barone, 2017; Vasconcelos et al., 2016; Castro e Campos, 2014; Minozzo et al, 2012; Fortuna et al, 2012; Matumoto et al, 2011) Assim, evidencia-se que independentemente da configuração e da metodologia de trabalho em grupo definida para uma proposta de EPS, a pesquisa-intervenção é uma metodologia potente para acompanhar

os efeitos dos processos educativos nas grupalidades.

Em que pese a noção de constituição de um grupo constituir-se como condição irrefutável para processos de EPS, outras ferramentas metodológicas podem ser combinadas para o desenvolvimento dos processos educativos e para a produção de dados da pesquisa. Dentre elas, destacam-se: as entrevistas, os relatórios, a análise de prontuários e os levantamentos epidemiológicos. O fundamental é que elas possam também servir como dispositivos de análise e sejam disponibilizadas para avaliação e validação do grupo. (Paulon e Romagnoli, 2010)

Assim, a pesquisa-intervenção pressupõe colocar luz sobre os jogos de forças/poderes instituídos nas organizações e por meio da intervenção buscar brechas (linhas de fuga) para transformar, criar algo novo. Ainda, uma pesquisa-intervenção sempre procurará evidenciar aquilo que pode ser produzido de novo, expressando as linhas de fuga que puderam ser produzidas coletivamente.

Nesta pesquisa, compreendemos que as linhas de fuga que puderam ser produzidas se expressaram nas demandas de formação elaboradas pelos participantes, na revelação dos desconfortos, das dificuldades e das potencialidades, pôde-se perceber também essas linhas de fuga nas revelações de alívio, apoio e sentimento de pertença após cada oficina. Percebemos, ainda, o peso dos instituídos nas solicitações por mais burocracia, na desconfiança em relação à atuação interprofissional e no desejo de fórmulas simples para resolver equações complexas.

Deste modo, propomos que o plano de EPS privilegie metodologias coletivas em conformação de arranjos organizacionais que permitam a problematização dos espaços de trabalho, a identificação de problemas/nós e a definição coletiva de estratégias de intervenção. Nossa proposta é que os espaços de EPS privilegiem o diálogo e a capacidade do coletivo de resolver problemas, corresponsabilizando, deste modo, os sujeitos com o trabalho em desenvolvimento. Assim, podemos afirmar que nosso entendimento está ancorado na compreensão de que o processo de formação do apoiador candango demandará a composição de espaços coletivos para que os processos de trabalho possam ser problematizados e as soluções possam ser buscadas pelo coletivo. Ademais, entendemos que parte significativa dos limites apontados pelos trabalhadores do NASF e gestores poderá ser minimizada, a partir da criação de espaços mais democráticos nos serviços de saúde. “Então a chamada da educação permanente em saúde, multiprofissionalidade e interdisciplinariedade, é uma chamada pela interprofissionalidade: comunidade de aprendizagem.” (Ceccim, 2018, p. 1748)

O grupo acredita, também, que a operacionalização do plano de EPS poderá ampliar significativamente a capacidade de trabalho dos profissionais do NASF. Esta pesquisa demonstrou que a baixa apropriação de conhecimentos e de ferramentas importantes para o trabalhador do NASF, mantém problemas e dificuldades que são vivenciados há muito tempo. Assim, não acreditamos que os propósitos que se almejava com a mudança do modelo de atenção no processo do Converte serão alcançados sem a qualificação dos profissionais e sem a composição de redes integradas entre trabalhadores, gestores, usuários e instituições de ensino. Afinal, “(..) propor mudanças na organização do trabalho, abrir-se ao desconhecido nas experimentações institucionais, também é propor mudanças nos próprios profissionais.” (Emerich e Onocko-Campos, 2019, p. 9)

Desta forma, essa pesquisa vem anunciar que pouca (ou nenhuma) mudança efetiva acontecerá nas relações de cuidado com os usuários se os profissionais e gestores não estiverem engajados nesta proposta de mudança e com formação adequada para operar novas formas de cuidado e outras formas de relação. Como viemos demonstrando ao longo deste estudo, nosso principal objetivo foi mapear os efeitos que puderam ser produzidos e observados a partir das intervenções propostas. Aqui, a intervenção que propusemos foi a de criação de um espaço coletivo – as oficinas – nas quais os trabalhadores pudessem expressar sua compreensão e seus afetos sobre “ser apoiador matricial” e “atuar como profissional do NASF”.

Procedendo deste modo, pudemos colocar em análise o processo de institucionalização do apoio matricial nas equipes NASF pesquisadas. Analisamos aquilo que vigora como instituído, os quais se “(..) manifestam nas linhas duras das relações, na demanda de regulamentos, nos mecanismos de atuar a reprodução do mesmo e resistir à emergência do novo”. (Paulon e Romagnoli, 2010, p. 94) Os instituídos que mapeamos emergiram nas demandas por cursos que ensinassem os profissionais como ser apoiador, no ideário de um jeito certo de se fazer apoio matricial, nas orientações normativas que buscam regular as mentes e os corpos dos trabalhadores e nas relações vividas, tendo as normativas, o prescrito e o ideal como anteparo entre trabalhadores.

Todavia, “(..) as instituições são também constituídas pelo plano dos fluxos, por linhas de fugas heterogêneas que afetam, desestabilizam, agenciam com vários elementos e transgridem, desviam o que está estabelecido.” (Paulon e Romagnoli, 2010, p. 94) Os desvios apareceram na criação e anúncio de um método de trabalho, na compreensão de que, embora seja difícil, a equipe é produtora de possibilidades, reconhecendo, no outro, caminhos para ampliação do cuidado, da compreensão de si e do próprio trabalho. Para os

trabalhadores, sujeitos desta pesquisa, os efeitos anunciados foram de alívio, apoio e pertença, conforme pode ser identificado no relato da Profissional 5 abaixo transcrito:

*“É com este sentimento que eu saio daqui, aliviada, de saber que estamos num caminho, que a gente está realmente tentando apoiar, ajudar no que for possível, temos as nossas limitações, graças a Deus, agora eu aceito a minha limitação, eu tenho buscado vários autores que me façam entender a minha limitação e entender que isso é normal, isso não é nada aterrorizante, que eu sou limitada diante da equipe, mas tenho minhas potencialidades também e que eu não vou me frustrar (...) porque é no fazer, não tem outra forma, é fazendo que a gente avalia, é fazendo que a gente tem essa amplitude, que a gente se distancia e se aproxima...”*

Também houve quem viu, nesta intervenção, indícios para se começar a construir mudanças. Um exemplo deste ponto de vista aparece na fala da Participante 1.

*“É muito bom quando alguém traz outras possibilidades de pensar, porque a gente vai visualizando com o que a gente está fazendo lá, o que faz sentido e não faz. Inclusive é bom pra gente refletir com as equipes. Isso traz uma ideia que é necessário fazer mudanças.”*

Apoiados nos achados desta pesquisa – conteúdos produzidos e explicitados ao longo dela, sistematizados e expostos também neste tópico –, apostamos que o plano de EPS que estamos propondo, metodologicamente orientado pela pesquisa-intervenção, pode configurar-se como um dispositivo disparador de processos de mudanças.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esta pesquisa objetivou “analisar os efeitos de um processo de construção participativa na formulação de um plano de educação permanente em saúde (EPS) para apoiadores matriciais, com foco na qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS) em uma Região de Saúde do Distrito Federal (DF), especificamente a Região de Saúde Leste”.

Por meio do “referencial metodológico da pesquisa-intervenção e utilizando oficinas e entrevistas semiestruturadas, além de diário de campo e análise de implicação, formulamos e validamos, junto aos participantes, os dados produzidos durante a pesquisa, analisando os efeitos deste processo participativo para os participantes e pesquisadores”. Participaram desta pesquisa *nove* profissionais apoiadores matriciais que atuam nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) nos serviços de saúde de APS da Região de Saúde Leste, e *três* gestores de serviços nos quais estes profissionais atuam.

Desde a implantação das primeiras equipes NASF no DF em 2010, o processo de trabalho das equipes NASF vem sendo discutido e operacionalizado, enfrentando desafios, conforme um dos autores estudados. No intuito de compreender esse contexto, esta pesquisa

se propôs também a conhecer as concepções e expectativas em relação ao apoio matricial entre profissionais do NASF e gestores dos serviços, bem como analisar os limites e potencialidades para o desenvolvimento do trabalho do NASF no nosso cenário de pesquisa. Ainda, propusemos um desenho de pesquisa que nos permitiu avaliar as modalidades de compartilhamento de saberes entre profissionais de modo transversal, no desdobrar da pesquisa. Por fim, elaboramos – pesquisadores e participantes –, um plano de EPS para os profissionais do NASF.

Esta dissertação foi estruturada em duas partes: na Parte I, expusemos e discutimos os referenciais teóricos e metodológicos desta pesquisa; a Parte II foi destinada à descrição do caminho metodológico da pesquisa e também ao relato da prática da pesquisa-intervenção, bem como a proposta de formação do “apoiador candango”.

Assim, na parte I, investigamos a interface entre o referencial teórico-metodológico do apoio matricial em saúde, as normativas/orientações para o processo de trabalho das equipes NASF e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Ainda, expusemos o estado da arte da interface APS, NASF e EPS no Distrito Federal, acrescido do referencial metodológico da Pesquisa-Intervenção.

A Parte I também foi dedicada à análise de implicação da autora desta dissertação. Expusemos no texto a nossa implicação com o campo estudado, explicitando os sistemas de lugares que ocupamos no decorrer do estudo e esclarecendo, assim, por meio da análise de implicação, a direção ético-política desta pesquisa.

Na Parte II descrevemos a metodologia do estudo. Dividimos esta parte em quatro subpartes: natureza do estudo; participantes da pesquisa, caminho metodológico e aspectos éticos. O objetivo desta parte, pois, foi apresentar de forma consistente o caminho metodológico que percorremos na pesquisa, os desenhos metodológicos que utilizamos – oficinas, entrevistas e diário de campo – e os aspectos éticos que sustentaram a condução deste estudo.

A apresentação dos resultados e a discussão deles compõem também a segunda parte desta dissertação. Os resultados foram apresentados procurando responder aos objetivos específicos desta pesquisa. Estão organizados em três subpartes: concepções e expectativas sobre apoio matricial; impasses e potências para o exercício do apoio matricial e demandas de EPS.

Em relação às concepções e expectativas sobre apoio matricial, os participantes produziram alguns sentidos para o referencial teórico-metodológico do apoio matricial. Para estes, o apoio matricial encontra-se na intersecção entre quatro dimensões distintas, porém

interdependentes: dimensão do compartilhamento, relacional, pedagógica e da integralidade. A dimensão do compartilhamento foi compreendida como compartilhar o cuidado em saúde e também conhecimento. A associação entre apoio matricial e trabalho conjunto, diálogo democrático com equipes e construção foi descrita como dimensão relacional. O apoio matricial também foi descrito pelos participantes como EPS, troca de saberes e aprendizagem, reconhecendo assim a função de transferência tecnológica do apoio matricial. E, por fim, também houve a associação de apoio matricial com cuidado integral, descrito, neste estudo, como a dimensão da integralidade do apoio matricial.

Destacamos que os sentidos atribuídos pelos participantes tiveram como foco o apoio matricial exclusivamente como uma metodologia de trabalho, não havendo referência ao apoio matricial como um arranjo organizacional. Portanto, para os participantes desta pesquisa, o sentido do apoio matricial é metodológico.

A análise dos impasses e das potências para o exercício da função apoiador matricial no NASF produziu duas categorias de análise: limites e potencialidades do trabalho em equipe e limites e potencialidade da gestão e organização do processo de trabalho.

O processo de se constituir apoiador numa equipe, apoiando outras equipes, foi um importante analisador desta pesquisa. Para os participantes, o trabalho em equipe foi entendido como um limite e também uma potencialidade. A assimetria de poder nas relações entre os profissionais do NASF e destes com os profissionais das equipes de saúde de família (eqSF) foi compreendido como um limitador do trabalho do apoiador matricial, acarretando em interferências nos processos de trabalho e na subjetividade dos profissionais. Também foi apontado como um limitador do trabalho em equipe, o desconhecimento das eqSF das atribuições e competências da equipe NASF. Para os participantes este desconhecimento gera resistência e distanciamento. No entanto, o trabalho em equipe também foi apontado pelos participantes como uma potencialidade, podendo se configurar como um espaço de trocas e acolhida de si e do outro.

Em relação aos limites e potencialidades da gestão e organização do processo de trabalho, a ausência de formação inicial para atuar como apoiadores matriciais foi apontada como um limitador para o exercício da função apoio. Os profissionais enfatizaram desconhecer como se operacionaliza o método do apoio matricial, indagando: “como fazer apoio matricial?”

A diferente lógica de organização do processo de trabalho do NASF e da eqSF foi compreendida também como um limite. A existência de lógicas distintas de trabalho em um mesmo serviço foi tratada pelos gestores como um desafio para a gestão, haja vista a

dificuldade de integrar equipes que operam de modos diferentes. Já os trabalhadores do NASF apontaram que essa diferença na lógica de organização das equipes acirra as assimetrias de poder, dificulta o processo de organização do trabalho e provoca distanciamentos e frustrações.

A atuação em equipe multiprofissional numa perspectiva interdisciplinar também foi entendida como limitador para o trabalho das equipes NASF. A necessidade de ressignificar os papéis profissionais para a atuação neste novo modelo provocou em alguns trabalhadores a perda da identidade profissional, acarretando sofrimento e dificuldade de adaptação.

Também identificamos a existência de tensão entre as duas modalidades do apoio matricial: a clínico-assistencial e a técnico-pedagógica. De acordo com os sentidos atribuídos ao apoio matricial, os participantes estabeleceram uma forte associação entre matriciamento e compartilhamento (de cuidado e de conhecimento). Assim, parte dos profissionais compreendia que apenas quando estavam compartilhando cuidado e/ou conhecimento estavam exercendo a função de apoiadores, justificando a assistência direta aos usuários a precariedade da rede de atenção secundária. Essa mesma noção foi compartilhada por parte dos gestores.

Desta forma, a precariedade da rede de atenção secundária na Região Leste foi considerada um limitador para o trabalho dos profissionais do NASF. Gestores e trabalhadores revelaram que a estruturação da rede especializada permitiria que os profissionais do NASF atuassem como apoiadores matriciais, o que na concepção dos participantes significa atuar numa dinâmica exclusiva de compartilhamento, preferencialmente com toda a equipe, além de ofertarem atividades prioritariamente coletivas.

Ainda, os participantes indicaram que a atual forma de organização do processo de trabalho tende à reprodução do modelo de atenção ambulatorial. Como solução para esta questão, eles defendem que deveria existir um mecanismo de “apoio do apoio”, no qual os profissionais do NASF pudessem ser apoiados para ampliarem sua capacidade de análise e intervenção. Os gestores reconhecem que esse papel deveria ou poderia ser deles, no entanto, destacam que têm dificuldade de exercer essa função, haja vista as múltiplas tarefas que acumulam na gestão das unidades de saúde.

Os gestores também revelaram que têm a expectativa de que a equipe NASF possa apoiar a gestão, ampliando assim seu campo de atuação e integrando ações que puderem ser relacionadas ao referencial teórico do apoio institucional. No entanto, os trabalhadores do

NASF não elencaram essa modalidade de atuação como uma das possíveis atividades a serem desempenhadas pelo NASF.

Outro limitador descrito pelos participantes foi a adesão ao processo do Converte, de profissionais médicos de diferentes especialidades e sem qualificação específica em APS. Os participantes têm a percepção de que estes trabalhadores tendem a se desresponsabilizar pelo cuidado e a tensionarem por um modelo de cuidado especializado.

Os profissionais também identificaram como limitador as constantes mudanças de gestão na SESDF. Para eles, aspectos como a formação do gestor em APS e a capacidade do gestor em promover uma gestão compartilhada exercem interferência direta nos processos de trabalho da equipe NASF.

Em número muito menor que as limitações, as potencialidades elencadas no que tange a gestão e a organização do processo de trabalho foram descritas como possibilidade de: promover um cuidado integral, a potência de atuação no território e em parceria com a rede intersetorial, o trabalho integrado com os agentes comunitários de saúde (ACS) e a existência de cadastro das famílias que residem no território, permitindo o desenvolvimento de ações que estejam de acordo com o perfil sócio-demográfico-epidemiológico dos territórios.

Ainda, os profissionais revelaram que, em que pese o desconhecimento da operacionalização do método do apoio matricial, conseguiram desenvolver uma metodologia própria de trabalho: a problematização. Neste sentido, compreendem como potência a existência de um método no qual possam ancorar seu processo de trabalho.

No decorrer da pesquisa, pudemos observar que os participantes, profissionais e gestores, informaram sobre um ideal de apoiador matricial, amparado nos sentidos que estes dão ao referencial teórico-metodológico do apoio matricial. Deste modo, os participantes pareceram tentar moldar sua atuação em direção a este ideal. No entanto, a realidade da rede de atenção à saúde, o desconhecimento do método, as dificuldades relacionais e os limites da gestão e da organização do processo de trabalho têm afastado os participantes deste modelo idealizado.

Outro tema que emergiu durante a pesquisa foi “o sofrimento”. Os trabalhadores do NASF manifestaram, num primeiro momento, que os profissionais das eqSF têm dificuldade no manejo de situações que envolvem sofrimento, especialmente os casos de sofrimento mental. Ao aprofundar esta discussão percebemos que a dificuldade no manejo dos casos de saúde mental não é exclusiva das eqSF, revelando que a dificuldade é também compartilhada pelos trabalhadores das equipes NASF.



Em relação ao compartilhamento de saberes, os participantes apontaram que ele é um limite e também uma potencialidade para o trabalho das equipes NASF. Enquanto os gestores e parte dos profissionais acreditam na potência do compartilhamento de saberes para ampliar a resolutividade e a capacidade de cuidado, alguns trabalhadores do NASF revelaram desconfiança e alertaram que os profissionais devem ter cuidado e bom senso ao atuarem numa perspectiva de campo, sob pena de comprometer a qualidade do cuidado aos usuários do SUS.

Esse contexto de desconfiança no compartilhamento de saberes ficou mais evidente ao discutirmos as demandas de EPS dos trabalhadores. Ao propormos que eles indicassem temas que pudessem ser abordados na perspectiva da transferência tecnológica, os profissionais mostraram dificuldade, optando majoritariamente pela solicitação de cursos e treinamentos num modelo de educação continuada. Diante disso, essa pesquisa expõe que a dimensão técnico-pedagógica do apoio matricial ainda é incipiente neste coletivo e não adquiriu a potência de um processo de educação permanente.

Portanto, em que pese o trabalho do NASF ser orientado metodologicamente para o trabalho em equipe, a composição de uma equipe não se dá apenas a partir da junção de pessoas. O grupo revelou que o exercício do trabalho colaborativo ainda não foi incorporado e se constitui como uma tarefa inconclusa. A assimetria de saber-poder entre profissionais e equipes, a desconfiança em relação à transferência tecnológica e o próprio desconhecimento do processo de trabalho do NASF denunciam aspectos constitutivos da realidade deste coletivo.

As demandas de EPS dos profissionais foram: Diretrizes/normativas da APS, NASF e Estratégia Saúde da Família (ESF) (incluindo abordagem sobre as competências de cada nível de atenção); Método do apoio matricial (incluindo organização do processo de trabalho, planejamento, monitoramento e avaliação); Formação para o trabalho em equipe e comunicação não-violenta; Qualificação das reuniões de equipe; Formação em saúde mental; Formação em abordagens comunitária e mobilização social; Formação em manejo de grupo; Formação em ciclos de vida; Saúde do trabalhador e Abordagem domiciliar.

No processo de levantamento das demandas de EPS a ausência das ferramentas tecnológicas do NASF foi significativa. Embora os profissionais afirmassem que conheciam as orientações ministeriais e distritais relacionadas ao NASF, eles não citaram as ferramentas tecnológicas quando isto foi demandado nas oficinas e nas entrevistas.

Diante deste contexto, defendemos, ao final da parte II, uma proposta de EPS para os profissionais do NASF no DF. Denominamos “apoiador candango” o profissional forjado

nas entranhas do sistema de saúde distrital e que expôs em nossa pesquisa potencialidades e dificuldades de se constituir trabalhador do NASF na SESDF. Para a EPS do apoiador candango construímos um plano integrando as demandas elencadas pelos profissionais e gestores, acrescidas das ferramentas tecnológicas do NASF, na perspectiva da educação permanente em saúde, tendo a pesquisa-intervenção como orientação metodológica. Assim, o plano de EPS almeja contribuir tanto para a qualificação técnica dos profissionais do NASF, como auxiliar no enfrentamento das dificuldades do trabalho em equipe.

No decorrer desta pesquisa-intervenção, nosso principal objetivo foi mapear os efeitos que puderam ser produzidos e compreendidos a partir da criação de espaços coletivos: as oficinas, nas quais os profissionais do NASF puderam expor seus afetos e entendimentos sobre seu trabalho, suas relações no trabalho e sobre o processo de se constituir apoiador matricial no Distrito Federal. Além disso, ouvimos os gestores dos serviços, e com estes pudemos mapear suas compreensões sobre as equipes NASF, os desafios da gestão e as expectativas em relação a estas equipes.

A referência metodológica da pesquisa-intervenção nos possibilitou olhar para o jogo de forças presentes no contexto que nos dispusemos a pesquisar. Ainda permitiu, com a análise de implicação, tornar clara a nossa implicação com este campo de pesquisa. Portanto, esse referencial nos possibilitou olhar para alguns instituídos e também para alguns movimentos de criação.

Os instituídos revelaram, por um lado, a noção de um modelo ideal de NASF, a força das identidades profissionais e a consequente dificuldade de atuar interdisciplinarmente, a assimetria de saber-poder presente nos serviços de saúde, a demanda por modelos tradicionais de educação, desconsiderando inclusive o próprio saber da experiência, e, orientações/normativas e referências teórico-metodológicos que, não raro, são de difícil operacionalização no cotidiano dos serviços. Por outro, os movimentos de criação foram anunciados no reconhecimento da necessidade de qualificação técnica e de desenvolvimento pessoal e social para se constituir um apoiador, na capacidade de desenvolvimento de um método de trabalho e na abertura para compor espaços coletivos, reconhecendo, nos outros e na equipe, caminhos para ampliação do cuidado, da compreensão de si e do próprio trabalho.

Os resultados desta pesquisa evidenciam também que há espaço para criação de uma outra forma de organizar os processos de trabalho das equipes NASF. Os estudos sobre estas equipes demonstram, assim como demonstra esta pesquisa, que existem conflitos importantes entre o preconizado nas normativas para o trabalho do NASF e aquilo que,

efetivamente, se consegue implantar e operacionalizar. Logo, defendemos que não há um modelo ideal de NASF, mas possibilidades de organização e gestão de equipes NASF em cada contexto específico. Ou seja, compreendemos que é no contexto de cada equipe e território que será organizado o trabalho do apoiador matricial do NASF.

Neste sentido, é imprescindível a composição de espaços de cogestão, nos quais equipes NASF, equipes de saúde da família, gestores e comunidades possam construir coletivamente as possibilidades de cuidado. Esta pesquisa evidenciou que a criação de espaços coletivos é potente para a circulação, expressão e reflexão dos afetos, dos saberes e dos conflitos, permitindo que as múltiplas visões e alianças sejam evidenciadas e as possibilidades de atuação construídas. Além disso, os participantes destacaram a importância da institucionalização de espaços nos quais os apoiadores possam estar juntos e compartilhem os desafios de se ser apoiador matricial na SESDF.

Este estudo também revelou um certo modo de como os trabalhadores do NASF da SESDF têm se constituído como apoiadores matriciais. Embora estejamos implicados apenas com o contexto que pesquisamos, entendemos que a produção desta pesquisa expressa entendimentos sobre o processo do Converte e aponta caminhos para a qualificação das equipes NASF no DF. Assim, compreendemos que o processo de formação do apoiador candango demandará a composição de espaços coletivos para que os processos e as relações de trabalho possam ser problematizadas e soluções possam ser encontradas pelo coletivo. Ademais, entendemos que parte significativa dos limites apontados pelos trabalhadores do NASF e gestores poderá ser minimizada a partir da criação de espaços mais democráticos nos serviços de saúde.

Demonstramos que a pouca apropriação de conhecimento técnico e das ferramentas tecnológicas do NASF contribui para a perpetuação de problemas e dificuldades que estão presentes desde a implantação das equipes NASF na SESDF. Acreditamos que a operacionalização do plano de EPS poderá ampliar significativamente a capacidade de trabalho dos profissionais do NASF, contribuindo para a ampliação do acesso e qualificação do cuidado. No entanto, tendo em vista que esta pesquisa incluiu participantes de apenas uma Região de Saúde, entendemos que o plano de EPS deverá ser validado por profissionais e gestores das demais Regiões de Saúde, fazendo as adaptações pertinentes para cada contexto. Ainda, compreendemos que uma das limitações deste estudo foi não ter incluído profissionais das eqSF e representantes da comunidade. Assim, sugerimos que estes também sejam chamados para contribuir e validar o plano de EPS.

Esta produção também demonstrou que a pesquisa-intervenção é uma opção metodológica potente para propor e acompanhar ações de EPS nos serviços de saúde. Além disso, compreendemos que a pesquisa-intervenção é uma metodologia potente para ser utilizada por trabalhadores dos serviços de saúde. A literatura demonstra que existem poucas pesquisas sobre NASF realizadas por profissionais que compõem as equipes. (Maffissoni, 2018) Neste sentido, esta pesquisa traz contribuições importantes para o campo, à medida que foi realizada por uma trabalhadora do NASF com experiência em gestão de equipes NASF. Desta forma, entendemos que a pesquisa-intervenção também se mostra potente na realização de pesquisas nas quais o pesquisador tenha grande implicação com o campo, pois ao orientar o mergulho no contexto, faz um convite para aqueles que já estão mergulhados a falarem sobre o que fazem e a produzirem e publicizarem conhecimentos.

Assim, compreendo que esta é uma das grandes contribuições da academia com esta pesquisa. Apresentar uma metodologia que permitiu uma pesquisa em serviço e com o serviço, produzindo conhecimento socialmente implicado e dando protagonismo para o conhecimento que vem da experiência.

A não citação das instituições de ensino pelos participantes desta pesquisa aponta para a ausência de reconhecimento das universidades nos serviços. Entendemos que essa ausência demandará melhor discussão em estudos futuros com esta mesma população. Porém, esse fato já indica que novas pactuações entre instituições de ensino e trabalhadores dos serviços deverão ser realizadas. No plano de EPS que elaboramos, sugerimos o fortalecimento da integração da universidade com os serviços, profissionais de saúde e comunidade, acreditando na potência do “quadrilátero da formação” na EPS dos trabalhadores do NASF.

Reforço a implicação ético-política desta pesquisa com uma noção de educação tal como Paulo Freire nos ensinou e, portanto, este estudo é um reconhecimento a Paulo Freire e a atualidade e grandeza de sua obra.

Também revelo minha satisfação pessoal ao concluir este processo que, apesar de extremamente difícil e, por vezes, adoeceador, foi capaz de produzir múltiplos sentidos para minha carreira profissional. Os diversos lugares ocupados neste processo, gestora-apoiadora-pesquisadora, exigiram silenciamentos e ressignificações, ao mesmo tempo em que oportunizaram a ampliação do meu olhar para e sobre este contexto.

Assim, com esta pesquisa-intervenção, buscamos mapear os efeitos do processo de construção participativa de um plano de EPS. Os efeitos que puderam ser descritos indicam caminhos que poderão orientar tanto a operacionalização do plano, quanto a proposição de

novas pesquisas. Apostamos que o plano de EPS que construímos coletivamente, pesquisadores-trabalhadores e gestores, metodologicamente orientado pela pesquisa-intervenção, poderá ser um importante disparador de processos de educação, ampliando as possibilidades de diálogo e sendo indutor de mudanças. Desejamos, por fim, que a operacionalização do plano de EPS compreenda a formação dos apoiadores matriciais como um processo, um permanente devir, sustentado pelo saber da experiência de cada profissional e pelos conteúdos teóricos, abrindo assim a possibilidade de criação de outros/novos sentidos na produção de saúde e de cuidado de si e de outros.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIOLE, Geovani G; OLIVEIRA, Dayana, K, S. Percepções dos usuários e profissionais da saúde da família sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1090-1101, 2017.

AGRELI, Heloíse F. *Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde*. Tese. 262 fls. São Paulo, SP: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2017.

AGUIAR, Katia F; ROCHA, Marisa L. Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, v. 27, n. 4, p. 648-663, 2007.

BARROS, Maria E, B; PIMENTEL, Ellen H, C. Políticas públicas e a construção do comum: interrogando práticas PSI. *Polis e Psique*, v. 2, n. 2, 2012.

BARROS, Laura, P; KASTRUP, Virgínia. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia e ESCOSSIA, Liliana (Org). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2015. p. 52-74.

BISPO JR, José P; MOREIRA, Diane C. Educação Permanente e Apoio Matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, p. 1-13, 2017.

\_\_\_\_\_. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: concepções, expectativas, implicações e desafios para o apoio matricial. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v.16, n. 2, p. 683-702, 2018.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 198, de 13 de fevereiro de 2004. *Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 32, 13 fev. 2004. Seção1, p. 37-41.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. *Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF*, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde na Escola*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p. (*Cadernos de Atenção Básica*, n. 27).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p. (*Cadernos de Atenção Básica*, n. 39).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2436 de 21 de setembro de 2017. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*, 2017.

BROCARD, Deniclara. et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. *Saúde e Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, p. 130-144, 2018.

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

\_\_\_\_\_. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

\_\_\_\_\_. *Um método para Análise e Co-Gestão de Coletivos*. A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 2ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

\_\_\_\_\_. et al. *Investigação sobre cogestão, Apoio Institucional e Apoio Matricial no SUS*. Campinas: HUCITEC, 2017.

BONDIA, Jorge L. *Notas sobre a experiência e o saber da experiência*. Revista Brasileira de Educação, n. 19, p. 20-28, 2002.

CAMPOS, Gastão W. S; DOMITTI, Ana C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CASTRO, Cristiane P. *Avaliação da utilização do Método de Apoio Paidéia para a formação em saúde: clínica ampliada e cogestão*. 211fl. Dissertação de mestrado. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 2011

CASTRO, Cristiane P; CAMPOS, Gastão W S. Apoio institucional Paideia como estratégia para educação permanente em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12, n.1, p. 29-50, 2014.

CARDOSO, Janaína. *Cartografia das práticas de apoio na Atenção Primária à Saúde na Regional Recanto das Emas*, Distrito Federal. 109 fls. Dissertação de Mestrado. Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

CARVALHO, Brígida G; PEDUZZI, Marina; AYRES, José R, C, M. Concepções e tipologia de conflito entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1453-1462, 2014.

CECCIM, Ricardo B. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersectorialidades. *Revista Ciência & Saúde*, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 9-23, 2008.

\_\_\_\_\_. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. *Interface*, Botucatu, v. 22, suplemento 2, p. 1739-1749, 2018.

CECCIM, Ricardo B; FEUERWERKER, Laura C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 9.14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CESCON, Luciana F; CAPOZZOLO, Ângela A; LIMA, Laura C. Aproximações e distanciamentos ao suicídio: analisadores de um serviço de atenção psicossocial. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 27, n.1, p. 185-200, 2018.

CUNHA, Gustavo T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

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

DISTRITO FEDERAL. Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária do Distrito Federal. *Diário Oficial do Distrito Federal*, Brasília, DF, 15 fev. 2017. Seção I, p.4 -7.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 489, de 24 de maio de 2019. Regulamenta a estruturação e operacionalização dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, estabelecendo as normas

e diretrizes para a organização de seu processo de trabalho. *Diário Oficial do Distrito Federal*, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 mai. 2018. Seção I, p. 12-15.

\_\_\_\_\_. DECRETO Nº 39.546, de 19 de dezembro de 2018. Aprova o Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. *Diário Oficial do Distrito Federal*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 dez. 2018. Seção I, p. 12-76.

\_\_\_\_\_. *A reforma da saúde no Distrito Federal: gestão resolutiva e evidências de efetividade*. Brasília, DF. 2019. Disponível em: [https://www.conass.org.br/RAG-ESTADOS/Relatorio\\_Gestao\\_SES\\_DF\\_2016\\_2018\\_A\\_Reforma\\_da\\_Saude\\_no\\_Distrito\\_Federal.pdf](https://www.conass.org.br/RAG-ESTADOS/Relatorio_Gestao_SES_DF_2016_2018_A_Reforma_da_Saude_no_Distrito_Federal.pdf)

\_\_\_\_\_. *Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – Brasília – PDAD 2018*. 2019.p.126. Disponível na internet na URL: [http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/PDAD\\_DF-Grupo-de-Renda-compactado.pdf](http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/PDAD_DF-Grupo-de-Renda-compactado.pdf)

EIDELWEIN, Carolina. *Das tensões e intenções de tornar-se apoiador na máquina de estado*. 117 fls. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2014.

EMERICH, Bruno F; ONOCKO-CAMPOS, Rosana. Formação para o trabalho em Saúde Mental: reflexões a partir das concepções de Sujeito, Coletivo e Instituição. *Interface*, Botucatu, v. 23, p. 1-15, 2019.

ESCÓSSIA, Liliana. O coletivo como plano de criação na Saúde Pública. *Interface comunicação saúde educação*. Botucatu-SP, v.13, supl.1, p.689-94, 2009

FERNANDES, Jusícelia et al. Diretrizes estratégicas para a implantação de uma nova proposta pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade da Federal da Bahia. *Revista de Enfermagem*, v.56, n.54, p.392-395, 2003.

FIGUEIREDO, Mariana D. *A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: apoio Paidéia e formação*. Tese de doutorado. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas-SP, 2012.

FORTUNA, Cinara M et. al. Notas cartográficas do trabalho na Estratégia Saúde da Família: relações entre trabalhadores e população. *Revista Escola Enfermagem USP*, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 657-664, 2012.

FURLAN, Paula G; AMARAL, Marcia A. O Método de Apoio Institucional Paidéia aplicado à formação de profissionais da Atenção Básica em Saúde: metodologia e resultados do curso de especialização em gestão de sistemas e serviços de saúde com ênfase na Atenção Básica. In: CAMPOS, Gastão W, S; GUERRERO, Andre, V. P (Orgs). *Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada*, 2.ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

GIOVANELLA, Lígia. Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde? *Cadernos de Saúde Pública*, v.34, n. 8, e00029818, 2018.

GÖTTEMS, Leila B.D. *Análise da Política de Atenção Primária à Saúde desenvolvida no Distrito Federal: a articulação entre o contexto político, os problemas, as alternativas e os atores na formação da política de saúde (1979 A 2009)*. 285 fls. Tese de doutorado em Administração da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciências da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2010.

GUBA, Egon; LINCOLN, Yvonna S. *Avaliação de quarta geração*. Campinas: Ed. UNICAMP, 2011.



- GUSSO, Gustavo et al. Bases para um novo sanitário. *Revista Brasileira de MFC*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 36, p. 1-10, 2015.
- HECKERT, Ana Lúcia C.; NEVES, Claudia E A B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção do coletivo. In: MATTOS, Roseni et al (Org). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJABRASCO, 2007, p. 145-160.
- KLEIN, Ana Paula; d'OLIVEIRA, Ana Flávia, P, L. O “cabo da força” da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Caderno de Saúde Pública (online)*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 1-10, 2017.
- L'ABBATE, Solange. Análise institucional e intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua implicação na Saúde Coletiva. *Mnemosine*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 194-219, 2012
- LANCMAN, Selma et al. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 968-975, 2013.
- LEITE, Loiva S; ROCHA, Kátia B; SANTOS, Liliane M. A tessitura dos encontros da rede de atenção psicossocial. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 183-200, 2018.
- LOURAU, Renè. *Análise institucional e práticas de pesquisa – René Lourau na UERJ*. Rio de Janeiro, UERJ, 1993.
- MAFFISSONI, André L. et al. Função matriciadora dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 119, p. 1012-1023, 2018.
- MAGALHÃES, Cláudia, C, B. *Contribuições dos Núcleos de Apoio da Saúde da Família (NASF) para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador*. 230fl. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2014.
- MARTINO, Ardigó. Pesquisa-intervenção em formação e desenvolvimento de profissionais de saúde, expansão e qualificação da Atenção Básica. In: CECCIM, Ricardo et al (Org). *In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculo em rede*. Porto Alegre: Rede Unida, p. 263-275, 2016.
- MATUMOTO, Silvia et al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto-SP, v.19, n.1, (online), 2011.
- MELO, Eduardo et al. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): problematizando alguns desafios. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 328-340, 2018.
- MENDES, Rosilda; PEZZATO, Luciane M; SACARDO, Daniele P. Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar “com”. *Ciência & Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 737-1745, 2016.
- MERHY, Emerson E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*, São Paulo: HUCITEC, 2002.
- MEYER, Dagmar E; FÉLIX, Jeane; VASCONCELOS, Michele F, F. Por uma educação que se movimento como maré e inunde os cotidianos dos serviços de saúde. *Interface*, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 859-871, 2013.
- MINOZZO, Fabiane et al. Grupos de saúde mental na Atenção Primária à saúde. *Fractal, Rev de Psicologia*, Niterói, v.24, n.2, p. 323-340, 2012.
- MOTTA, Amanda C; CARVALHO, Wania, M, E, S. Psicologia e Políticas Públicas em saúde: a Psicologia no SUS – reconhecer potencialidades e aprimorar competências. In:

- POLEJACK, Larissa (Org). *Psicologia e Políticas Públicas na saúde: experiências, reflexões, interfaces e desafios*. Porto Alegre: Rede Unida, p. 77-92, 2015
- NASCIMENTO, Cynthia M, B et al. Configurações do processo de trabalho em núcleos de apoio à saúde da família e o cuidado integral. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1135-1156, 2018.
- OLIVEIRA, Denize C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro: UERJ, v.16, n. 4, p 569-576, 2008.
- OLIVEIRA, Gustavo N. *Devir apoiador: uma cartografia da função apoio*. 168fl. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 2011.
- OLIVEIRA, Gustavo N; FURLAN, Paula G; CARDOSO, Janaína R. Pesquisa-intervenção na atenção primária à saúde do Distrito Federal: o papel da universidade no apoio institucional para o desenvolvimento regional e a democratização do SUS. In: *Práticas de apoio e integralidade no SUS: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa*. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO, v. 1, p. 281-306, 2014.
- OLIVEIRA, Mônica M; CAMPOS, Gastão W, S. Formação para o apoio matricial: percepção dos profissionais sobre processos de formação. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 187-206, 2017.
- PAGANI, Rosani; NASCIMENTO, Débora, D, G. Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: criar e recriar as possibilidades do ser fazer no cotidiano da saúde. In: SANTOS, Maria L, M et al (Org). *O NASF em cena: tecnologias e ferramentas de trabalho no cotidiano das equipes*. Porto Alegre: Rede Unida, p. 53-83, 2016.
- PAIM, Jairnilson S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n.6, p. 1723-1728, 2018.
- PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinariedade. *Psicologia: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 71-79, 2000.
- \_\_\_\_\_. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia e ESCOSSIA, Liliana (Org). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, p. 17-31, 2015.
- \_\_\_\_\_. Por uma política da narratividade. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia e ESCOSSIA, Liliana (Org). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, p. 150-171, 2015.
- PAULON, Simone M. A análise da implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. *Psicologia & Sociedade*. Belo Horizonte, v.17, n. 3, p. 18-25, set-dez, 2005.
- PAULON, Simone M; ROMAGNOLI, Roberta C. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. *Estudos e pesquisas em Psicologia Social*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 85-102, 2010.
- PAULON, Simone M; PASCHE, Dário F; RIGHI, Liane B. Função apoio: da mudança institucional à institucionalização da mudança. *Interface*, v. 18, suplemento 1, p. 809-820, 2014.
- PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloise F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface*, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1525-1534, 2018.

PINHEIRO, Guilherme, E, W; AZAMBUJA, Marcelo S; BONAMIGO, Andrea W. Facilidades e dificuldades vivenciadas na Educação Permanente em Saúde, na Estratégia Saúde da Família. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 4, p. 187-197, 2018.

PINTO, Luiz F; GIOVANELLA, Lígia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n.6, 1903-1913, 2018.

RODRIGUEZ, Michelline R; LEÃO, Mônica A; SOUZA, Núbia T. Monitoramento e supervisão do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em uma região administrativa do Distrito Federal utilizando-se análise de entrevista. *Revista Brasileira MFC*. Rio de Janeiro, v.9, n. 3, p. 37-44, 2014.

ROCHA, Marisa L. Psicologia e as práticas institucionais: a pesquisa-intervenção em movimento. *Psico*, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. 169-174, 2006.

ROCHA, Marisa L; AGUIAR, Katia F. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 23, n. 4, p. 64-73, 2003.

ROMAGNOLI, Roberta C. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. *Psicologia e Sociedade*, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 44-52, 2014.

ROMAGNOLI et al. Por uma clínica da resistência: experimentações desinstitucionalizantes em tempos de biopolítica. *Interface*, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 199-207, 2009.

ROSSI, Andre; PASSOS, Eduardo. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. *Revista EPOS*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 156-181, 2014.

SAFFER, Denis; BARONE, Luciana, R. Em busca do comum: o cuidado do agente comunitário de saúde em Saúde Mental. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 813-833, 2017.

SARDINHA PEIXOTO, Leticia et al. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. *Enfermería Global*, Murcia, n. 29, p. 324-339, 2013.

SCHERER, Magda, D, A; PIRES, Denise, E, P; JEAN, Remy. A construção da interdisciplinariedade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 18, n. 11, p. 3203-3212, 2013.

SILVA, Andrea T, C et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do município de São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 2076-2084, 2012.

SILVA, Isabelle C, B et al. O processo de trabalho no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 1-19, 2019.

SOBRINHO, Délcio, F. et al. Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/hipertensão e saúde mental. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 83-93, 2014.

SOUZA, Thaís, T; CALVO, Maria C, M. Resultados esperados dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: revisão de literatura. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 976-987, 2016.

SPINK, Mary J; MENEGON, Vera M; MEDRADO, Benedito. Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético-políticas. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 32-43, 2014.

STARFIELD, Barbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TESSER, Charles D. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. *Interface*, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 565-578, 2017.

TESSER, Charles D; POLI NETO, Paulo. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 941-951, 2017.

VASCONCELOS, et al. Entre políticas (EPS) – Educação Permanente em Saúde e PNH – Política Nacional de Humanização): por um modo de formar no/para o Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface*, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 981-991, 2016.

## **8. APÊNDICES**

### **8.1. Apêndice 1 – Plano de Educação Permanente em saúde para profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) do Distrito Federal.**

#### **PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA PROFISSIONAIS DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) DO DISTRITO FEDERAL**

Autora: Amanda Chelski da Motta

Coautora: Dais Gonçalves Rocha.

Brasília

2019.

## **PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA PROFISSIONAIS DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) DO DISTRITO FEDERAL**

### **1. ANTECEDENTES**

Reflexões em relação ao modo como são formados os profissionais de saúde são constantes entre teóricos do campo, professores, gestores e estudantes da área da saúde. Este é um debate que se atualiza e reatualiza diante das dificuldades de construir um sistema de saúde universal, igualitário, resolutivo e com relações humanizadas.<sup>4</sup> O texto constitucional brasileiro inclui no artigo 200, inciso III, que cabe ao SUS “(..) ordenar a formação dos recursos humanos.” (BRASIL, 1988)

Em 2004, mediante a publicação da Portaria nº 198/GM/MS, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).<sup>5</sup> A publicação da PNEPS promoveu indução técnico-política-financeira com vistas à transformação das práticas formativas no SUS. Esta política orienta o uso de ferramentas educacionais que fomentem uma atuação crítica, reflexiva, compromissada e tecnicamente eficiente, e que incorpore o respeito às características regionais e as necessidades específicas de formação dos profissionais.<sup>6</sup>

A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SESDF) mantém em sua estrutura organizacional a Fundação de Ensino e Pesquisa em Saúde (Fepecs) responsável, por meio de suas três escolas, pela formação de novos quadros profissionais para o SUS, bem como pela educação permanente dos profissionais que integram o corpo funcional da SESDF.<sup>7</sup> Além da Fepecs, com suas 3 escolas, a SESDF mantém também nas Superintendências Regionais de Saúde e das Unidades de Referências, Núcleos de Educação Permanente (NEPS). De acordo com o Regimento Interno, art. 9, inciso I, compete aos NEPS “(..) planejar, executar, monitorar e avaliar ações e estratégias de Educação Permanente, em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no âmbito da região.” (DISTRITO FEDERAL, 2017, p. 3)

---

<sup>4</sup> Cf. Motta e Carvalho, 2015.

<sup>5</sup> Cf. BRASIL, 2004.

<sup>6</sup> Cf. BRASIL, 2009

<sup>7</sup> Cf. DISTRITO FEDERAL, 2017.

O Regimento Interno também define que compete a todas as unidades orgânicas da SESDF “(..) identificar prioridades, métodos e estratégias de formação e educação permanente, em parceria com a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde e Subsecretaria de Gestão de Pessoas.” (DISTRITO FEDERAL, 2017, p. 45) Já a Portaria nº 77/2017 orienta que é competência das Diretorias Regionais de APS (DIRAPS), junto com outras instâncias de gestão, a elaboração de planos de educação permanente em saúde.<sup>8</sup> Assim, compreendemos que a SESDF faz uma clara adoção, pelo menos do ponto de vista das normativas, por uma concepção de qualificação dos profissionais de acordo com o preconizado pela PNEPS.

Há equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (eqNASF) implantadas no Distrito Federal (DF) desde 2010.<sup>9</sup> De acordo com a autora, o processo de implantação das eqNASF no DF não seguiu as orientações do MS, haja vista que não houve a participação de gestores regionais e trabalhadores na discussão do projeto de implantação e composição das equipes. Magalhães revelou também em sua pesquisa que não houve no período de implantação dos NASF qualquer formação específica para os profissionais que compunham as eqNASF. Sua pesquisa ainda demonstrou que, no período do estudo, os profissionais do NASF DF não se sentiam preparados para atuar na função de apoiadores matriciais.

Em 24 de maio de 2018, a SESDF publicou a Portaria nº 489/2018 que regulamentou a estruturação e operacionalização das equipes NASF. Esta Portaria, além de outras orientações, normatizou a agenda dos profissionais, definindo carga horária mínima e máxima para cada atividade, a produção esperada para cada profissional e incluiu a previsão de atendimentos específicos de núcleos profissionais, além de atividades compartilhadas, reuniões e desenvolvimento de grupos.<sup>10</sup> No entanto, a SESDF não ofertou qualquer formação específica para os profissionais que compuseram o NASF para exercer as atividades previstas e normatizadas na referida Portaria.

Neste contexto, *este documento objetiva apresentar um plano de educação permanente em saúde (EPS) para os profissionais que atuam em equipes de NASF no DF.* Este plano de EPS compõe parte de pesquisa de mestrado desenvolvida no Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB), denominada *Apoiar e intervir: efeitos de um processo de construção participativa de um Plano de Educação Permanente para apoiadores matriciais.* Sua construção foi norteadada por um modelo de formação orientado

---

<sup>8</sup> Cf. DISTRITO FEDERAL, 2017.

<sup>9</sup> Cf. Magalhães, 2014.

<sup>10</sup> Cf. DISTRITO FEDERAL, 2018.

pelos princípios e diretrizes da EPS. Assim, afirmamos uma escolha ético-política quando propomos um modelo de formação que compreenda a complexidade do campo da saúde. “O viés de formação que visamos afirmar reside menos em seu caráter de mera transmissão de conhecimento (ainda que não se prescindia dos conhecimentos) e muito mais por sua potência disruptiva.” (Heckert e Neves, 2007, p. 149)

Este plano de EPS foi elaborado por meio de uma pesquisa-intervenção. De sua elaboração participaram, além da propositora, profissionais integrantes de eqNASF e gestores de serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) da Região Leste de Saúde. Ele aponta caminhos conceituais e metodológicos que foram construídos dialogando as necessidades de formação dos trabalhadores e gestores, com a literatura sobre EPS, apoio matricial e NASF.

A construção metodológica da pesquisa-intervenção que gestou este plano de EPS teve como objetivo primário: analisar os efeitos de um processo de construção participativa na formulação de um plano de educação permanente em saúde para apoiadores matriciais. Cabe, pois, evidenciar que os produtos obtidos pela pesquisa realizada não podem ser generalizados, até porque o tipo de pesquisa escolhido para produzi-los não busca generalizações. Logo, este documento expressa os entendimentos sobre um contexto e é com este contexto que está implicado.

Apesar disso, compreende-se que o material produzido por pesquisadores e participantes é revelador de um momento de mudanças e de transformações que os trabalhadores da SESDF vêm passando. Entende-se também que a pesquisa feita possibilitou que trabalhadores e gestores expressassem impactos subjetivos e na organização do processo de trabalho que têm vivenciado desde o início do processo de reorganização da APS no DF. Assim, este plano de EPS fala de um contexto particular, de um momento histórico específico, para a APS do DF.

Acreditamos que o plano de EPS que propomos é um plano que expressa as necessidades de formação dos trabalhadores que atuam em equipes de NASF na SESDF. Denominamos “apoiador candango”, o profissional forjado nas entranhas do sistema de saúde distrital que expuseram, no desdobrar da pesquisa realizada, potencialidades e dificuldades de se constituir trabalhador do NASF na SESDF. Esperamos, pois, que este plano possa efetivamente contribuir com a EPS dos profissionais que compõe as equipes NASF na SESDF, ampliando as suas possibilidades de atuação, fortalecendo trabalhadores, equipes de saúde da família e gestores, bem como qualificando o processo de gestão e atenção à saúde.



## 2. OBJETIVOS E DIRETRIZES

Este plano de EPS está orientado pelos pressupostos da EPS e pelas diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Tem como objetivos:

- 1) Apresentar à gestão da SESDF um plano de EPS para profissionais dos NASF, construído de forma coletiva por profissionais dos NASF, gestores dos serviços de APS e UnB;
- 2) Sugerir abordagens metodológicas para a execução do plano de EPS para profissionais dos NASF;
- 3) Apresentar as demandas de educação permanente em saúde dos profissionais dos NASF e gestores dos serviços.

A EPS tem como inspiração a pedagogia crítica de Paulo Freire. (Freire, 2015) Freire propõe uma Educação produtora de autonomia, de valorização do conhecimento prévio, de horizontalidade nas relações, com a organização de rodas que favoreçam o diálogo na perspectiva da transformação social. (Motta e Carvalho, 2015)

Um dos pressupostos pedagógicos da EPS é a aprendizagem significativa, isto é, a aprendizagem precisa fazer sentido para os sujeitos de forma que os processos de ensino-aprendizagem sejam estruturados a partir da problematização do cotidiano. Neste sentido, a EPS não expressa apenas uma opção didático-pedagógica, mas também uma opção político-pedagógica<sup>11</sup>, bem como uma orientação objetiva para os processos formativos no SUS, que devem tomar o espaço de trabalho como espaço de aprendizagem.<sup>12</sup> Para Ceccim, é preciso pensar em estratégias de educação dos profissionais de saúde que privilegiem mais a composição e menos a fragmentação. Este é “(..) um lugar precípuo à educação permanente em saúde por conexão com o andar do trabalho e pela não segregação entre espaço de formação e espaço de trabalho.” (Ceccim, 2018, p. 1747)

Certos autores apontam que a formação dos profissionais que atuam no SUS “(..) deveria ter como propósito principal a transformação das práxis e dos sistemas de saúde.” (BISPO JR e MOREIRA, 2017, p. 8) Porém, não raro, as propostas pedagógicas ofertadas e/ou demandadas pelos trabalhadores buscam formar executores de procedimentos, “(..)

---

<sup>11</sup> Cf. Emerich e Onocko-Campos, 2019; Pinheiro, Azambuja e Bonamigo, 2018; Ceccim, 2008; Ceccim e Feuerwerker, 2004.

<sup>12</sup>Cf. Meyer, Félix e Vasconcelos, 2013; Bispo Jr e Moreira, 2017; Ceccim, 2018.

pouco comprometidos com o SUS e com as transformações sociais”. (Bispo Jr e Moreira, 2017, p. 8)

De acordo com os pressupostos da EPS, o conhecimento técnico é apenas uma dimensão da formação dos profissionais e, portanto, outras dimensões devem ser agregadas como a “(..) produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS.” (Ceccim e Feuerwerker, 2004, p. 43)

No intuito de contemplar todas essas dimensões, a EPS orienta a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, por serem compreendidas como potentes ao ampliarem as possibilidades de diálogo e reflexão, permitindo maior participação dos trabalhadores e uma aprendizagem mais significativa. Nesta perspectiva, na EPS é necessário definir um método que possibilite ao sujeito ser o construtor de seu próprio conhecimento e não mero receptor de informações. (Pinheiro, Azambuja e Bonamigo, 2018)

Para Emerich e Onocko-Campos, “(..) a aposta em metodologias ativas pode potencializar a aprendizagem significativa e pressupõe a existência de gestão democrática para que tais metodologias sejam operacionalizadas.” (Emerich e Onocko-Campos, 2019, p. 3) Completando, dizem outros, que a EPS orienta que as práticas educativas incluam as equipes multiprofissionais, fomentando práticas dialógicas que ampliem as possibilidades de análise, reflexão e mudanças nos processos de trabalho das equipes multiprofissionais em direção a práticas interdisciplinares.<sup>13</sup> Assim, aposta-se naquilo que Ceccim e Feuerwerker (2004) denominaram de “quadrilátero da formação”, isto é, a inclusão de trabalhadores – gestores – ensino e controle social. Para os autores, a formação em saúde pressupõe a interação destas quatro instâncias, produzindo, portanto, uma formação capaz de dar uma resposta social ampliada, democrática e condizente com as necessidades da população.<sup>14</sup>

Deste modo, para que a EPS se efetive é necessária a articulação de vários atores envolvidos na atenção, na gestão, no ensino e no controle social. Algumas pesquisas apontam que um caminho possível é apostar na capacidade inventiva e criativa desses sujeitos. Assim, entende-se que os serviços de saúde são compostos por trabalhadores que não apenas reproduzem técnicas e aplicam conhecimentos, mas por sujeitos que produzem e criam outras possibilidades para o seu fazer. Desta forma, há uma aposta na “(..) micropolítica do cotidiano”. (Meyer, Félix e Vasconcelos, 2013, p. 866)

---

<sup>13</sup> (Pinheiro, Azambuja e Bonamigo, 2018; Ceccim, 2018)

<sup>14</sup> (Ceccim e Feuerwerker, 2004)

Por conseguinte, podemos afirmar que a formação dos profissionais de saúde exige diálogo com a rede de saberes e experiências que se produzem nos serviços e nas instituições de ensino, compreendendo que é na potência dos encontros que se abre espaço para produção de sujeitos e de cuidado. A literatura sobre formação de apoiadores matriciais demonstra que um apoiador se forma no ato de apoiar. Dito de outro modo, “(..) a formação do apoiador está relacionada às experimentações do apoio.” (Paulon, Pasche e Righi, 2014, p. 813)

Desta maneira, a formação de um apoiador ocorre no processo dinâmico de apoiar um coletivo, sendo, portanto, “(..) algo diferente de um ensino prescritivo”. (Castro e Campos, 2014, p. 47) Embora se saiba que as diretrizes para a formação de apoiadores matriciais ainda não estejam dadas, alguns autores consideram importante que se tenha uma

“(..) formação que os capacite em temas específicos ao seu núcleo de saber e ainda em habilidades de manejo de grupos, elaboração de ações no território a partir de análise das necessidades e discussão de casos na perspectiva interdisciplinar, considerando a abordagem familiar.” (Oliveira e Campos, 2017, p. 188)

Assentado em pressupostos semelhantes, este plano de EPS orienta que os processos educativos para formação de apoiadores matriciais sejam produtores de autonomia, valorizando o conhecimento dos profissionais e gestores que atuam nos serviços, produzindo assim uma aprendizagem significativa, isto é, que faça sentido para aqueles que estão diretamente envolvidos nos serviços. Ele apóia-se também na compreensão dos espaços de trabalho do NASF como espaços de formação. Assim entendidos, a formação dos profissionais do NASF deve ocorrer prioritariamente, mas não somente, nos próprios serviços, integrando profissionais do NASF e de equipes de saúde da família, gestores, professores, estudantes e comunidade.

Assim, sugerimos que a execução deste plano possa contar com o apoio e a participação de universidades, ampliando as possibilidades de operacionalização e execução do plano. Apostamos na integração de profissionais da SESDF, gestores e estudantes de graduação, pós-graduação e residência, transformando a rede SESDF em um espaço de ensino-aprendizagem, contribuindo para a formação de uma rede que esteja engajada na construção de possibilidades de atuação para as equipes NASF no DF e preparando os futuros profissionais do SUS.

Defendemos que as ofertas educativas devam ser construídas de forma compartilhada com profissionais, gestores e instâncias de ensino da SES e externas à SESDF, ampliando a democracia institucional. O plano indica também o uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem e se dirige, prioritariamente, às equipes multiprofissionais com vistas a

interdisciplinaridade. Por fim, ele aposta na capacidade inventiva e criativa dos sujeitos que integram os serviços da SESDF e que ajudaram a construir a muitas mãos essa proposta.

### 3. ABORDAGENS METODOLÓGICAS

Desde as primeiras experiências de implantação de equipes NASF no DF não houve proposta de formação para os trabalhadores do NASF. No estudo conduzido por Magalhães (2014), os profissionais já enunciavam não se sentir preparados para atuar como apoiadores matriciais. Na pesquisa que desenvolvemos, e da qual este plano de EPS surgiu, os profissionais informaram não ter recebido qualquer formação e/ou suporte para atuarem como apoiadores matriciais. Esta mesma ausência foi indicada pelos gestores participantes.

A composição de equipes NASF sem a oferta de ações de formação inicial não é uma realidade apenas do DF. Diversos estudos, de abrangência local e nacional, vêm mostrando a ausência de formação específica para estes profissionais, bem como suas consequências nos resultados produzidos pelas equipes NASF.<sup>15</sup> Assim como os profissionais do NASF não receberam formação específica, os das equipes de saúde de família (eqSF) também não. O fato acaba por comprometer tanto o trabalho em equipe, quanto a própria função apoiador matricial.<sup>16</sup>

Em relação ao método de trabalho do apoio matricial, os profissionais participantes da pesquisa indicaram desconhecer como operar com este dispositivo, questionando: “como fazer apoio matricial?” Argumentaram que a ausência de formação inicial como apoiadores matriciais para atuar dificulta a operacionalização do método. Logo, vivenciam um lugar de não-saber em relação a metodologia de trabalho.

Além da ausência de formação inicial, estudos demonstram que as eqNASF recebem poucas ofertas de educação permanente. Brocardo e colegas (2019) revelaram que menos da metade das eqNASF (44%) que participaram do 2º ciclo do Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade (PMAQ) informaram ter recebido alguma oferta de EPS.<sup>17</sup> A discussão sobre a importância da formação dos profissionais do NASF é tema recorrente em estudos publicados.<sup>18</sup> Para a maioria dos autores, a ausência de formação dos profissionais do NASF traz uma dupla implicação: a primeira é a falta de capacitação dos próprios profissionais do

---

<sup>15</sup> Cf. Silva et al., 2019; Brocardo et al., 2018; Oliveira e Campos, 2017.

<sup>16</sup> Cf. Bispo Jr e Moreira, 2017.

<sup>17</sup> Cf. Brocardo et al., 2019.

<sup>18</sup> Cf. Melo et al., 2018; Oliveira e Campos, 2017; Aciole e Oliveira, 2017; Klein e d'Oliveira, 2017; Tesser, 2017; Tesser e Poli-Neto, 2017; Bispo Jr e Moreira, 2017; Sobrinho et al., 2014; Lancman, 2013.

NASF para operarem com a metodologia do apoio matricial; a segunda é que os profissionais do NASF exploram pouco o potencial da educação permanente na atuação com as eqSF.<sup>19</sup>

Bispo Jr e Moreira (2017) alertam que as poucas ofertas de EPS para profissionais do NASF são estruturadas de modo vertical, em formato de cursos e treinamentos, ou seja, revelam uma opção metodológica alinhada à educação continuada e não a EPS. Também evidenciaram que há uma tendência dos profissionais do NASF adotarem uma postura de “professores” em relação aos profissionais da eqSF, o que acaba gerando resistência destes. Maffissoni e outros (2018) concluíram a partir de revisão de literatura sobre eqNASF que aspectos de formação dos profissionais influenciam diretamente na qualidade do atendimento e no apoio ofertado às eqSF. Apontaram que a falta de formação, associada a falta de compreensão sobre como se opera o apoio são desafios a serem superados.

Retomando o já dito, a literatura atual sobre formação de apoiadores estabelece que ela deva ocorrer entre apoiadores, prioritariamente no próprio local de trabalho, por meio de reflexões sobre o processo de apoiar. Assim, há uma importante interface entre aquilo que é preconizado nas diretrizes da EPS e o que a literatura e experiências apontam como metodologia para a formação de um apoiador.<sup>20</sup> Consequentemente, propomos que a operacionalização do plano de EPS dos apoiadores matriciais aconteça, prioritariamente, nos próprios espaços de trabalho por observar, com as oficinas realizadas durante a pesquisa, a potência deste tipo de espaço para provocar reflexões, revelar compreensões e ampliar possibilidades de atuação. Além disso, os participantes destacaram a importância da institucionalização de espaços nos quais os apoiadores possam estar juntos, compartilhando conhecimentos e desafios de se ser apoiador matricial.

Deste modo, este plano de EPS para apoiadores matriciais está orientado por propostas pedagógicas alinhadas com as diretrizes da EPS. Nesta perspectiva, acreditamos que a pesquisa-intervenção é uma opção metodológica potente na proposição, no acompanhamento e na avaliação de ações de EPS. A pesquisa-intervenção vem articulando um conjunto de campos teóricos e conceituais da filosofia, da psicanálise, das ciências sociais e políticas e outros. Na área da saúde tem articulado conhecimentos do campo da saúde coletiva e da análise institucional.<sup>21</sup>

A literatura existente mostra algumas interfaces entre a pesquisa-intervenção e as práticas de EPS. Algumas pesquisas vêm sendo produzidas utilizando-se deste tipo de

---

<sup>19</sup> Cf. Maffessonni et al., 2018.

<sup>20</sup> Cf. Oliveira e Campos, 2017; Paulon, Pasche e Righi, 2014; Castro e Campos, 2014.

<sup>21</sup> Cf. Rocha, 2006; Romagnoli, 2014.

pesquisa como referencial metodológico para propor, acompanhar, avaliar e validar os processos de EPS desenvolvidos no cotidiano dos serviços.<sup>22</sup> Passos e Barros (2015, p. 18) explicitam o caminho metodológico da pesquisa intervenção, nos termos seguintes:

“(..) considerando que objeto, sujeito e conhecimento são efeitos coemergentes do processo de pesquisar, não se pode orientar a pesquisa pelo que se suporia saber de antemão acerca da realidade...Mergulhados na experiência do pesquisar, não havendo nenhuma garantia ou ponto de referência no exterior a esse plano, apoiamos a investigação no seu modo de fazer... O ponto de apoio é a experiência entendida como um saber-fazer, isto é, um saber que vem, que emerge do fazer. Tal primado da experiência direciona o trabalho da pesquisa do saber-fazer ao fazer-saber, do saber na experiência à experiência do saber. Eis aí o “caminho” metodológico.”

Na pesquisa-intervenção, a intervenção é o caminho, pois é na experiência concreta que o fazer e o conhecer se tornam possíveis. Assim como na EPS, na pesquisa-intervenção, há o favorecimento da discussão e da produção coletivas, da fragilização das hierarquias burocráticas e da ampliação da participação. Sendo uma proposta potente para acompanhar as mudanças de um grupo.<sup>23</sup> Logo, há uma clara aposta nos processos coletivos, grupais. Não existe proposta de EPS, nem de pesquisa-intervenção, que se faça fora de um grupo. Neste sentido, tanto para o primeiro como para a segunda, há uma diretriz clara de que o grupo é o dispositivo da intervenção. Para Fortuna e colaboradores (2012, p. 658),

“(..) como dispositivo, os grupos fazem ver e falar, assim, pretende-se captar e expressar algumas composições da micropolítica do trabalho em saúde, manifestas em encontros grupais... Os movimentos de reprodução, quando interrogados e problematizados, têm a força de serem produtores de um novo modo de cuidar.”

Sendo assim, tanto os desenhos metodológicos de pesquisas-intervenção quanto os desenhos pedagógicos de propostas de EPS se fazem valer da grupalidade para alcançar seus objetivos. Em ambos, o que se pretende é colocar em análise os sentidos que aquela grupalidade dá ao seu fazer. O que se pretende, em última instância, é interrogar o sentido das práticas e produzir transformações das práticas em contextos específicos. Logo, segundo dois dos autores consultados, o singular é construído não de modo individual, “(..) mas (..) pelos compartilhamentos que aproximam os diferentes e fazem com que o inédito possa emergir em meio ao coletivo. Um convite à formação dos trabalhadores que passa pelo dispositivo grupal.” (Emerich e Onocko-Campos, 2019, p. 7)

---

<sup>22</sup> Cf. Emerich e Onocko-Campos, 2019; Leite, Rocha e Santos, 2018; Cescon, Capozzolo e Lima, 2018; Vasconcelos et al., 2016; Castro e Campos, 2014; Fortuna et. al., 2012; Minozzo et al., 2012.

<sup>23</sup> Cf. Rocha e Aguiar, 2003.

Desta forma, tanto a EPS (como dispositivo), quanto a pesquisa-intervenção (como desenho metodológico) se valem de uma intervenção para provocar reflexão em grupidades. Porém, é importante destacar que o sentido da intervenção não é vertical ou algo externo ao grupo, mas uma composição de grupo e de intervenção que “(..) recupera a ideia de um vir-entre, um interpor-se (..) possui um sentido articulador entre sujeito-objeto, teoria-prática, formação-aplicação do conhecimento.” (Mendes, Pezzato e Sacardo, 2016, p. 1739)

Assim como a EPS propõe uma aprendizagem contextualizada e significativa, a pesquisa-intervenção também encontra sua potência na singularização, acompanhando, a partir das intervenções e das análises realizadas, inclusive a de implicação, o processo de construção e transformação de sujeitos e subjetividades.<sup>24</sup> Portanto, a pesquisa-intervenção pode ser entendida como um dispositivo para produzir e acompanhar mudanças nos sujeitos e organizações<sup>25</sup>, ou seja, o trabalho e os espaços de trabalho são compreendidos como lugares nos quais há formação, mobilização e transformação de aspectos da subjetividade e do trabalhar.

Defendemos uma compreensão de que a pesquisa-intervenção possibilita a emergência de processos de formação transformadores, tal como propôs Paulo Freire, na medida em que convida os sujeitos a participarem ativamente do processo numa composição coletiva que busca a produção de novas formas de trabalhar e de se relacionar. Conforme apontam Mendes, Pezzato e Sacardo (2016, p. 1741),

“(..) os pressupostos da pesquisa-intervenção vêm viabilizando a construção de espaços de problematização coletiva junto às práticas de formação e potencializando a produção de um novo pensar/fazer educação. Neste sentido, a pesquisa-intervenção altera a clássica afirmação: “conhecer para transformar” da pesquisa-ação por “transformar para conhecer.”

Martino (2016), em análise prospectiva no contexto brasileiro e italiano de processos de educação em saúde e metodologias para formação de profissionais de saúde no contexto da APS, concluiu que os serviços brasileiros são muito receptivos à abordagem metodológica da pesquisa-intervenção. Além disso, o conjunto pesquisa-intervenção-formação favoreceu a cooperação entre territórios e aproximou, por meio da extensão universitária, universidade e serviço de saúde “(..) conferindo materialidade para a educação permanente em saúde.” (Martino, 2016, p. 267)

---

<sup>24</sup> Cf. Guba e Lincoln, 2011.

<sup>25</sup> Cf. Rossi e Passos, 2014.

Experiências de formação-intervenção vêm sendo descritas como caminhos para a formação de profissionais no/para o SUS, configurando-se como estratégias metodológicas capazes de, a partir da análise e reflexão sobre o cotidiano de trabalho, promover, no dia a dia da vida, reflexões e mudanças que ampliem as possibilidades de produzir saúde para si e para o outro.<sup>26</sup> Nessa direção, os processos formativos orientados pela pesquisa-intervenção trabalham com dois vetores, o vetor-forma e o vetor-força. Dois dos autores estudados entendem o vetor-forma como

“(..) processos de formação em suas possibilidades de compartilhamento de experiências, (..) ação de problematização das experiências; e por vetor-força (..) processos de formação em seus efeitos de potência disruptiva. Contudo, o vetor-forma abarca também os processos naturalizados e reificados, expressos na fragmentação dos saberes, nas hierarquizações e no especialismo.” (Heckert e Neves, 2007, p. 149)

Na pesquisa-intervenção existe uma aposta na força da intervenção dos processos formativos como dispositivos para produzir a problematização de si, do trabalho e do mundo e, desta forma, transformar os modos de fazer saúde. Neste sentido, é preciso compreender que os espaços de trabalho podem ser locais de reprodução do instituído, de fazeres cristalizados, pouco produtores de vida e de autonomia. Como também podem ser locais de exercício da potência de criação, de possibilidade de invenção de si e de outras formas de trabalho. “Trabalhar é gerir e colocar à prova experiências, saberes, prescrições; é lidar com a variabilidade da imprevisibilidade que permeia a vida, criando novas estratégias, novas normas.” (Heckert e Neves, 2007, p. 150)

Em relação ao desenho metodológico propriamente dito, tanto a prática quanto a literatura demonstram que a pesquisa-intervenção aceita uma diversidade de possibilidades de desenhos metodológicos. Paulon e Romagnoli (2010) ensinam que o método cartográfico (cartografia) vem sendo utilizado como uma das estratégias da pesquisa-intervenção, constituindo-se como aposta ético-política na construção de percursos de pesquisa. Daí porque ele merece destaque.

Outra possibilidade de desenho metodológico para propor, acompanhar e validar os processos de EPS, tendo a pesquisa-intervenção como referencial metodológico, é o proposto por Castro e Campos (2014) e por eles denominado de pesquisa-intervenção do tipo apoio. Este desenho de pesquisa deve ser compreendido como aquele que articula os

---

<sup>26</sup> Cf. Heckert e Neves, 2007.



pressupostos da pesquisa-intervenção com os conceitos e recursos metodológicos do Apoio Institucional Paidéia. As experiências e a literatura também vêm demonstrando que o campo interventivo da pesquisa-intervenção permite uma ampla variedade de desenhos metodológicos de grupais, tais como: constituição de fóruns, rodas de conversa, grupos de reflexão, grupo focal, espaços de matriciamento, oficinas e outros.<sup>27</sup>

Assim, evidencia-se que, independentemente da configuração e da metodologia de trabalho em grupo definida para uma proposta de EPS, a pesquisa-intervenção é uma metodologia potente para acompanhar os efeitos dos processos educativos nas grupais. Em que pese a noção de constituição de um grupo ser condição irrefutável para processos de EPS, outras ferramentas metodológicas podem ser combinadas para o desenvolvimento dos processos educativos e para a produção de dados da pesquisa. Dentre elas destacam-se as entrevistas, os relatórios, a análise de prontuários e levantamentos epidemiológicos. O fundamental é que sirvam também como dispositivos de análise e sejam disponibilizadas para avaliação e validação do grupo.<sup>28</sup>

Deste modo, as ofertas de EPS para os profissionais do NASF que porventura vierem a ser desenvolvidas a partir deste plano poderão ser construídas utilizando-se de diversos desenhos metodológicos. Logo, algumas demandas de formação poderão se dar nos próprios espaços de matriciamento, enquanto outras poderão ocorrer pela análise de prontuários, relatórios epidemiológicos e de produção, e outras ainda poderão necessitar da estruturação de cursos e/ou treinamentos. Em que pesem as múltiplas possibilidades de desenhos metodológicos, os pressupostos da EPS devem ser garantidos.

Um dos efeitos esperados de uma pesquisa-intervenção-formação é o contato com diversas maneiras de enfrentar velhas e novas questões, ampliando-se assim o repertório dos profissionais na construção identitária das práticas, criando novas possibilidades de atuação nos espaços e territórios. “Ao mesmo tempo em que sujeitos transformam os serviços nos quais se formam, por meio de críticas e das necessárias proposições e invenções de modos de lidar com os problemas, por eles são transformados”. (Emerich e Onocko-Campos, 2019, p. 12) Daí porque, Vasconcelos e colaboradores (2016) apontam caminhos para a formação de trabalhadores do SUS, defendendo a indissociabilidade entre formação e (cotidiano do) trabalho, a indissociabilidade entre formação-trabalho-intervenção e a indissociabilidade entre trabalho-formação-gestão, bem como sugerem que as propostas educativas no SUS

---

<sup>27</sup> Cf. Leite, Rocha e Santos, 2018; Cescon, Capozzolo e Lima, 2018; Saffer e Barone, 2017; Vasconcelos et al., 2016; Castro e Campos, 2014; Minozzo et al, 2012; Fortuna et al, 2012; Matumoto et al, 2011.

<sup>28</sup> Cf. Paulon e Romagnoli, 2010.

sigam as seguintes recomendações:

- 1) implementar micropolíticas educacionais envolvendo técnicos, usuários e gestores, planejadas coletivamente e de acordo com as necessidades locais;
  - 2) instituir e/ou fortalecer espaços de cogestão nos serviços de saúde;
  - 3) apostar em processos formativos que envolvam formação e discussão entre serviços e redes de atenção;
  - 4) realizar visitas técnicas a serviços de referência, ampliando assim as possibilidades de trocas e reflexão das práticas e
  - 5) desenvolver estratégias de divulgação das experiências formativas no SUS.
- (Vasconcelos et al, 2016)

Tendo em vista a abordagem metodológica que estamos sugerindo, *propomos para a operacionalização deste plano de EPS, o uso de metodologias coletivas* em conformação de arranjos organizacionais que permitam a problematização dos espaços de trabalho, a identificação de problemas, a definição coletiva de estratégias de intervenção e a aquisição e compartilhamento de conhecimentos. *Nossa proposta é que os espaços de EPS privilegiem o diálogo e a capacidade do coletivo de resolver problemas*, corresponsabilizando assim os sujeitos com o trabalho e a formação em desenvolvimento.

Assim, nossa proposta de abordagem metodológica para a execução deste plano de EPS *não oferece restrições às possibilidades de desenhos metodológicos e indica a abordagem da pesquisa-intervenção como uma metodologia potente para o desenvolvimento das ações de EPS*, possibilitando a orientação não apenas dos desenhos metodológicos, como também produzindo dados de acompanhamento e avaliação das ações propostas, *incentivando* trabalhadores, gestores, instituições de ensino e comunidade a elaborar e acompanhar os processos de formação, bem como avaliar os resultados e os efeitos que serão obtidos com estas ações de EPS.

#### **4. TEMAS PARA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**

Na pesquisa-intervenção que fizemos e que deu origem a este Plano, procuramos mapear as demandas de EPS dos profissionais do NASF e gestores, observando por entre elas a compreensão que os profissionais tinham sobre aquilo que lhes era sabido e aquilo que acreditavam precisar aprender para exercerem sua função nas equipes NASF. Entendemos que os temas que emergiram, a partir das oficinas e entrevistas, revelam um diagnóstico que

profissionais e gestores fazem das suas necessidades de formação. Logo, são incontestavelmente legítimos. Revelam dificuldades importantes, traduzem necessidades que são percebidas no cotidiano de se constituir apoiador e de se fazer a gestão de apoiadores no contexto da SESDF. Essas demandas de EPS revelam percepções e entendimentos sobre os serviços e sobre o contexto social nos quais estes serviços estão inseridos.

Além de mapear as demandas de EPS dos profissionais do NASF e gestores, a pesquisa-intervenção feita, e coordenada por nós, buscou compreender quais eram os impasses e potências para o exercício do apoio matricial. Os resultados produzidos demonstraram que os impasses e as potências podem ser divididos em duas grandes categorias: limites e possibilidades do trabalho em equipe e limites e possibilidades relacionadas à gestão e ao processo de trabalho. As demandas referidas foram discutidas a partir da compreensão dos limites e potencialidades para o exercício da função de apoiador matricial. Ou seja, nosso intuito foi refletir junto com profissionais do NASF e gestores quais ofertas de EPS poderiam ser potentes para qualificar o processo de trabalho e, ao mesmo tempo, ampliar a capacidade de análise, reflexão e ação dos profissionais e gestores.

Obviamente, nem todos os limites apontados pelos sujeitos da pesquisa poderão ser resolvidos com ofertas educativas, já que alguns deles extrapolam os objetivos e possibilidades da EPS. Todavia, mesmo para os casos apontados, a composição de coletivos organizados pode ser potente para auxiliar a gestão no enfrentamento de problemas e composição de soluções.

Entendemos que, embora os temas para a EPS definidos pelos participantes da pesquisa revelem um diagnóstico importante dos territórios de atuação dos apoiadores, bem como esclareçam as necessidades de saúde da população, compreendemos que outros temas poderiam ter sido elencados. Provavelmente, os indicados sejam apenas os emergentes. Uma fotografia do momento. Assim, entendemos que o plano de EPS proposto retrata as necessidades do “apoiador candango”. Os temas elencados para apoiadores matriciais do NASF, e constantes deste Plano de EPS, podem ser visualizados no Quadro abaixo.

**Quadro 1:** Temas para o plano de educação permanente em saúde

<b>TEMAS PARA O PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE</b>
Conhecimento sobre as diretrizes/normativas da APS, ESF e NASF (Inclui a necessidade da discussão também das competências de cada nível de atenção)

Método do apoio matricial (Incluir organização de processo do trabalho do NASF, planejamento, monitoramento e avaliação)
Formação para o trabalho em equipe e comunicação não-violenta
Qualificação das reuniões de equipe
Formação em Saúde Mental
Formação em abordagens comunitária - mobilização social
Formação em manejo de grupo
Formação em ciclos de vida
Saúde do Trabalhador
Conhecimentos e habilidades para realização de visita domiciliar (Como fazer visita domiciliar multiprofissional?)

Como podemos observar, as demandas dos trabalhadores abrangem um leque diverso e relativamente extenso de demandas de EPS. Dentre elas, há as que são conceituais (o que é?), as que são do campo procedimental (como fazer?) e as que pertencem ao campo atitudinal (habilidades pessoais para o fazer) Complementando, afirmamos que os gestores entrevistados não citaram qualquer tema diferente dos definidos pelos profissionais. Porém, houve unanimidade em enfatizar a necessidade dos profissionais do NASF terem formação em conteúdo da APS e no método do apoio matricial. Além destas sugestões, indicaram também a formação para condução de grupos, trabalho em equipe, atualizações em conteúdos dos núcleos profissionais e conhecimento sobre a rede de atenção à saúde, especialmente sobre as competências da atenção primária e rede especializada.

Durante o desenvolvimento da pesquisa, uma das ações programadas solicitava que os profissionais elencassem as ferramentas tecnológicas do NASF que utilizavam e dominavam para desempenhar a função de apoiador matricial em equipes NASF. Para surpresa, apenas 1 (uma) das ferramentas descritas nos cadernos do NASF<sup>29</sup>, na literatura e nas normativas foi citada, a saber: formação em manejo de grupo. Logo, tanto trabalhadores como gestores citaram apenas o manejo de grupo como uma ferramenta importante para ser trabalhada na formação dos profissionais. Outras, tais como: PTS, genograma e ecomapa, por exemplos, não foram elencadas. O que se pode ver, pois, é uma convergência entre as

<sup>29</sup> Cf. BRASIL, 2009; BRASIL, 2014.

percepções dos gestores e dos trabalhadores sobre as principais demandas de formação para os apoiadores matriciais do NASF, carecendo, porém, de maior alinhamento com as normativas e a literatura.

Segundo estudo do 2º ciclo do PMAQ, os temas mais abordados em atividades de EPS para apoiadores matriciais são: organização do processo de trabalho, saúde mental, conflitos sociais, princípios e diretrizes da APS e condições crônicas.<sup>30</sup> Observamos que parte das demandas dos participantes desta pesquisa encontra ressonância nos temas levantados por Brocardo e outros. Esta sintonia parcial não nos surpreende, uma vez que cerca da metade das equipes NASF foi implantada no país sem ofertas de formação inicial.<sup>31</sup> Logo, temas como organização do processo de trabalho e diretrizes e princípios da APS parecem revelar a falta de formação inicial naquilo que é mais elementar para um profissional: compreender onde está e o que é necessário fazer neste e deste lugar. A falta de conhecimento sobre as ferramentas tecnológicas do NASF também demonstra os reflexos da falta de formação específica para a atuação do NASF. Compreendemos que as ferramentas tecnológicas deverão integrar o plano de EPS, haja vista que vemos nelas possibilidades de ampliar a atuação do apoiador e qualificar seu processo de trabalho na atenção e gestão dos casos e no apoio às eqSF. Ademais, entendemos que elas são complementares às demandas trazidas pelos trabalhadores.

Neste contexto compusemos o plano de EPS para apoiadores matriciais do NASF, a partir de demandas trazidas pelos profissionais, acrescidas das ferramentas que a literatura sugere como potentes para o trabalho do profissional do NASF, bem como compreendemos que a metodologia do plano de EPS deverá contemplar o enfrentamento dos entraves da assimetria de poder entre as profissões, fortalecendo o trabalho interdisciplinar. O Quadro 2 que aparece abaixo traz o conjunto dos temas que os sujeitos e pesquisadores produziram no desdobrar da pesquisa-intervenção que deu origem a este Plano.

---

<sup>30</sup> Cf. Brocardo et al., 2018.

<sup>31</sup> Cf. Silva et al., 2019; Brocardo et al., 2018; Oliveira e Campos, 2017.

**Quadro 2:** Temas para o plano de educação permanente em saúde dos profissionais do NASF

<b>TEMAS PARA A EPS DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES NASF</b>
Conhecimento sobre diretrizes e normativas da Atenção Primária à Saúde (APS), Estratégia Saúde da Família (ESF) e NASF (Incluir a necessidade de discussão sobre as competências de cada nível de atenção)
Método do apoio matricial (Inclui organização do processo de trabalho do NASF, planejamento, monitoramento e avaliação dos processos de trabalho do NASF e equipes de saúde da família)
Formação para o trabalho em equipe e comunicação não-violenta
Qualificação das reuniões de equipe
Projeto Terapêutico Singular (PTS)
Formação em Saúde Mental
Projeto de Saúde no Território (PST) (Inclui formação em abordagens comunitárias e mobilização social)
Formação em Manejo de Grupo (operativos e terapêuticos)
Genograma e Ecomapa
Formação em Ciclos de Vida
Saúde do Trabalhador
Atendimento individual e domiciliar compartilhado

Encerrando a exposição deste Plano de EPS, afirmamos nossa convicção de que a operacionalização dele poderá ampliar significativamente a capacidade de trabalho dos profissionais do NASF. A pesquisa que desenvolvemos, e que a ele deu sustentação, demonstrou que a baixa apropriação dos conhecimentos e das ferramentas que são importantes para o trabalhador do NASF, mantém problemas e dificuldades que são vivenciados há muito tempo. Deste modo, reiteramos nossa aposta neste plano de EPS, pensado, construído e sistematizado, coletivamente, por pesquisadores-trabalhadores e gestores metodologicamente orientados pela pesquisa-intervenção, e na sua potencialidade como instrumento disparador de processos de educação, ampliando as possibilidades de diálogo e de mudanças. Desejamos, por fim, que sua operacionalização compreenda a formação dos apoiadores matriciais como um processo, um permanente devir, sustentado

pelo saber da experiência de cada profissional e pelos conteúdos teóricos, abrindo assim a possibilidade de criação de outros/novos sentidos na produção de saúde e de cuidado de si e de outros.

## 5. REFERÊNCIAS

- ACIOLE, Geovani G; OLIVEIRA, Dayana, K, S. Percepções dos usuários e profissionais da saúde da família sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1090-1101, 2017.
- AGRELI, Heloíse F. *Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde*. Tese. 262 fls. São Paulo, SP: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2017.
- BARROS, Laura, P; KASTRUP, Virgínia. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia e ESCOSSIA, Liliana (Org). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2015, p. 52-74.
- BISPO JR, José P; MOREIRA, Diane C. Educação Permanente e Apoio Matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, p. 1-13, 2017.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 32, 13 fev.2004, Seção1, p. 37-41.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde, 2006; v. 9)
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na Escola. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, 160 p. (*Cadernos de Atenção Básica*, n. 27).
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, p.116. (*Cadernos de Atenção Básica*, n. 39).
- BROCARD, Deniclara. et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. *Saúde e Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, p. 130-144, 2018.
- CASTRO, Cristiane P; CAMPOS, Gastão W S. Apoio institucional Paideia como estratégia para educação permanente em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12, n.1, p. 29-50, 2014.
- CECCIM, Ricardo B. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersectorialidades. *Revista Ciência & Saúde*, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 9-23, 2008.
- \_\_\_\_\_. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. *Interface*, Botucatu, v. 22, suplemento 2, p. 1739-1749, 2018.

CECCIM, Ricardo B; FEUERWERKER, Laura C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 9.14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CESCON, Luciana F; CAPOZZOLO, Ângela A; LIMA, Laura C. Aproximações e distanciamentos ao suicídio: analisadores de um serviço de atenção psicossocial. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 27, n.1, p. 185-200, 2018.

CUBA, Egon; LINCOLN, Yvonna S. *Avaliação de quarta geração*. Campinas: Ed. UNICAMP, 2011.

DISTRITO FEDERAL. Portaria nº 489, de 24 de maio de 2019. Regulamenta a estruturação e operacionalização dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, estabelecendo as normas e diretrizes para a organização de seu processo de trabalho. *Diário Oficial do Distrito Federal*, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 mai. 2018. Seção I, p. 12-15.

\_\_\_\_\_. DECRETO Nº 39.546, de 19 de dezembro de 2018. Aprova o Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. *Diário Oficial do Distrito Federal*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 dez. 2018, Seção I, p. 12-76.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. *Plano de Saúde 2016-2019* - Versão aprovada conforme Resolução CSDF Nº457, de 05 de abril de 2016. Disponível em: [http://www.saude.df.gov.br/images/LAI/Planos/PDS\\_2016-2019\\_OFICIAL\\_Parte\\_I.pdf](http://www.saude.df.gov.br/images/LAI/Planos/PDS_2016-2019_OFICIAL_Parte_I.pdf)

EMERICH, Bruno F; ONOCKO-CAMPOS, Rosana. Formação para o trabalho em Saúde Mental: reflexões a partir das concepções de Sujeito, Coletivo e Instituição. *Interface*, Botucatu, v. 23, p. 1-15, 2019.

FORTUNA, Cinara M et. al. Notas cartográficas do trabalho na Estratégia Saúde da Família: relações entre trabalhadores e população. *Revista Escola Enfermagem USP*, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 657-664, 2012.

HECKERT, Ana Lúcia C.; NEVES, Claudia E A B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção do coletivo. In: MATTOS, Roseni et al (Org). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJABRASCO, 2007, p. 145-160.

KLEIN, Ana Paula; d'OLIVEIRA, Ana Flávia, P, L. O “cabo da força” da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Caderno de Saúde Pública (online)*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 1-10, 2017.

LANCMAN, Selma et al. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 968-975, 2013.

LEITE, Loiva S; ROCHA, Kátia B; SANTOS, Liliane M. A tessitura dos encontros da rede de atenção psicossocial. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 183-200, 2018.

MAFFISSONI, André L. et al. Função matriciadora dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 119, p. 1012-1023, 2018.

MAGALHÃES, Cláudia, C, B. *Contribuições dos Núcleos de Apoio da Saúde da Família (NASF) para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador*. 230fl. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2014.

MARTINO, Ardigó. Pesquisa-intervenção em formação e desenvolvimento de profissionais de saúde, expansão e qualificação da Atenção Básica. In: CECCIM, Ricardo et al (Org). *In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculo em rede*. Porto Alegre: Rede Unida, p. 263-275, 2016.



MELO, Eduardo A et al. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): problematizando alguns desafios. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 328-340, 2018.

MENDES, Rosilda; PEZZATO, Luciane M; SACARDO, Daniele P. Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar “com”. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 737-1745, 2016.

MEYER, Dagmar E; FÉLIX, Jeane; VASCONCELOS, Michele F, F. Por uma educação que se movimento como maré e inunde os cotidianos dos serviços de saúde. *Interface*, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 859-871, 2013.

MINOZZO, Fabiane et al. Grupos de saúde mental na Atenção Primária à saúde. *Fractal*, Rev de Psicologia, Niterói, v.24, n.2, p. 323-340, 2012.

MOTTA, Amanda C; CARVALHO, Wania, M, E, S. Psicologia e Políticas Públicas em saúde: a Psicologia no SUS – reconhecer potencialidades e aprimorar competências. In: POLEJACK, Larissa (Org). *Psicologia e Políticas Públicas na saúde: experiências, reflexões, interfaces e desafios*. Porto Alegre: Rede Unida, 2015, p. 77-92.

NASCIMENTO, Cynthia M, B et al. Configurações do processo de trabalho em núcleos de apoio à saúde da família e o cuidado integral. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1135-1156, 2018.

OLIVEIRA, Mônica M; CAMPOS, Gastão W, S. Formação para o apoio matricial: percepção dos profissionais sobre processos de formação. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 187-206, 2017.

PAULON, Simone M; ROMAGNOLI, Roberta C. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. *Estudos e pesquisas em Psicologia Social*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 85-102, 2010.

PAULON, Simone M; PASCHE, Dário F; RIGHI, Liane B. Função apoio: da mudança institucional à institucionalização da mudança. *Interface*, v. 18, suplemento 1, p. 809-820, 2014.

PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloise F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface*, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1525-1534, 2018.

PINHEIRO, Guilherme, E, W; AZAMBUJA, Marcelo S; BONAMIGO, Andrea W. Facilidades e dificuldades vivenciadas na Educação Permanente em Saúde, na Estratégia Saúde da Família. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 4, p. 187-197, 2018.

ROCHA, Marisa L. Psicologia e as práticas institucionais: a pesquisa-intervenção em movimento. *Psico*, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. 169-174, 2006.

ROCHA, Marisa L; AGUIAR, Katia F. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 23, n. 4, p. 64-73, 2003.

ROMAGNOLI, Roberta C. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 44-52, 2014.

ROSSI, Andre; PASSOS, Eduardo. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. *Revista EPOS*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 156-181, 2014.

SARDINHA PEIXOTO, Leticia et al. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. *Enfermería Global*, Murcia, n. 29, p. 324-339, 2013.

SILVA, Andrea T, C et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do município de São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 2076-2084, 2012.

SILVA, Isabelle C, B et al. O processo de trabalho no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 1-19, 2019.

SOBRINHO, Délcio, F. et al. Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/hipertensão e saúde mental. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 83-93, 2014.

TESSER, Charles D. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. *Interface*, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 565-578, 2017.

TESSER, Charles D; POLI NETO, Paulo. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 941-951, 2017.

VASCONCELOS, et al. Entre políticas (EPS) – Educação Permanente em Saúde e PNH – Política Nacional de Humanização): por um modo de formar no/para o Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface*, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 981-991, 2016.

## 8.2. Apêndice 2 – Guia da Oficina 1

### GUIA DA OFICINA 1

**Objetivo:** Conhecer as concepções e expectativas de apoio matricial entre profissionais apoiadores e analisar os impasses e potências para o exercício do apoio matricial na perspectiva dos profissionais apoiadores.

**Participantes:** 7 profissionais de saúde que desenvolvem ações de apoio matricial.

**Tempo:** aproximadamente 3 horas.

**Local:** UBS 1 do Paranoá (PRAIA)

### COORDENAÇÃO DA OFICINA e REGISTRO DA OFICINA

A oficina será coordenadora por 3 profissionais (2 na efetiva condução da oficina e 1 no registro);

### APRESENTAÇÃO/TCLE E CONTRATO (tempo aproximado 20 minutos)

- 1) Os coordenadores deverão se apresentar e agradecer a presença de todos;
- 2) Apresentar o TCLE, esclarecendo os objetivos da pesquisa e as condições de participação; Será distribuída uma cópia do TCLE para cada participante, este será lido conjuntamente e as assinaturas deverão ser coletadas;
- 3) Estabelecer um contrato para a oficina no qual deverá ser abordado, no mínimo, os seguintes aspectos: objetivo, duração da oficina, uso do celular (pactuar que os celulares permanecerão desligados), saída do local da oficina, como por exemplo, para ir ao banheiro, importância da participação de todos, respeito o momento de fala de cada um, respeito mútuo, sigilo sobre o que se vai conversar naquele espaço, guarda do material que será utilizado, esclarecer que não há respostas certas ou erradas, e perguntar se há mais alguma regra que alguém gostaria de propor para que todos tenham uma conversa produtiva.
- 4) Informar que o gravador será ligado;
- 5) Distribuir os crachás e canetinhas e solicitar que cada participante anote seu nome; Cada profissional deverá se apresentar para o coletivo, falando: Nome, Local de trabalho e Tempo de atuação como apoiador matricial.

## **AQUECIMENTO** (tempo aproximado 15 - 20 minutos)

1) O aquecimento terá a seguinte dinâmica:

1.1). Distribuir papel e caneta para cada participante;

1.2). Solicitar que cada profissional silencie e busque refletir sobre um momento/dia de trabalho significativo na função de apoiador matricial. Nesta viagem guiada serão dirigidas as seguintes perguntas: Neste dia, onde você estava? Quem estava com você? Como era este local de trabalho? O que você fez? Qual resposta obteve para considerar este dia/momento significativo?

1.3). Cada profissional terá entre 5- 10 minutos para registrar sua experiência no papel;

1.4). Os profissionais serão convidados a compartilhar com os demais essa sua experiência;

1.5) **ATENÇÃO:** Caso haja saturação nas experiências ou no tempo. Pactuar a finalização desta atividade.

## **DESENVOLVIMENTO** (tempo aproximado 1 hora e 30 minutos)

**FASE 1** (Marco inicial) - **O que eu entendo e digo?** (25 minutos):

1) Distribuir tarjetas e canetinhas para todos os participantes;

2) Colar na parede papel pardo com a seguinte frase: “Para mim, apoio matricial é...”;

3) Orientar que cada participante deverá escrever nas tarjetas o que entende por apoio matricial;

4) Esclarecer que os participantes terão de 5 a 10 minutos para concluir;

**OBSERVAÇÃO:** esclarecer que cada participante poderá utilizar quantas tarjetas desejar;

5) Após o tempo transcorrido, pedir que um a um dos participantes leiam, em voz alta, o que escreveram;

6) Os participantes deverão pegar as tarjetas e colar no papel pardo;

7) Após a colagem, questionar se os participantes querem falar alguma coisa sobre as definições que os colegas deram para apoio matricial.

8) Deixar que os participantes falem livremente;

**OBSERVAÇÃO:** Tempo máximo para concluir essa etapa da oficina: 25 minutos;

## **FASE 2 – O que os outros entendem e dizem?** (10-15 minutos)

1) Uma das coordenadoras apresentará o que a literatura disponível traz sobre o conceito de apoio matricial;

Esta apresentação iniciará trazendo a perspectiva do APOIO e depois o composto APOIO MATRICIAL;

**FASE 3 – O que nós entendemos e dizemos? (30 – 40 minutos):**

1) Os participantes serão convidados a falar sobre aquilo que foi apresentado, associando com as tarjetas elaboradas na fase 1. Há convergências? Divergências?

2) Diante da discussão conceitual sobre “o que é ser apoiador” e “o que é apoio matricial” os participantes serão provocados (caso isso ainda não tenha surgido na discussão) a falarem sobre as potencialidades e dificuldades da sua atuação no contexto do seu trabalho.

3) A medida que as dificuldades e potencialidades forem sendo apontados os coordenadores e/ou os profissionais deverão ir anotando as mesmas em tarjetas (todos os participantes terão tarjetas disponíveis para suas anotações) e as disporão na parede, de modo que todos possam visualizá-las;

**FASE 4 – O que nós produzimos juntos? (10 minutos)**

1) As coordenadoras irão fazer uma síntese da discussão realizada, por intermédio das tarjetas produzidas, questionando se há ainda algo importante para ser acrescentado.

**AVALIAÇÃO DA OFICINA (tempo aproximado 15 minutos)**

1) Os coordenadores deverão perguntar aos participantes o que mais chamou a atenção de cada um na oficina;

2) Ouvir os participantes sobre as suas impressões sobre a oficina;

3) Identificar temas que se repetem na fala dos participantes e fazer perguntas sobre esses temas;

4) Convocar os participantes que porventura não se manifestaram a falar sobre as suas impressões;

5) Pedir que os participantes avaliem a oficina registrando nas tarjetas “que sensações/efeitos essas discussões provocaram em mim? ”

OBSERVAÇÃO: Esclarecer que as tarjetas não precisam ser identificadas e que desta vez os participantes não precisarão ler suas respostas em voz alta, nem colá-las nas paredes;

OBSERVAÇÃO: No entanto, os participantes que desejarem fazer suas críticas e sugestões terão espaço de fala e escuta.

6) Ao final, agradecer a participação de todos e pactuar a data da próxima oficina;

- 7) Apenas após o encerramento desligar o gravador;
- 8) Recolher e guardar todo o material produzido, haja vista que este material deverá ser analisado.

### **AVALIAÇÃO E COMPARTILHAMENTO DAS COORDENADORAS**

Após o término da oficina, as coordenadoras deverão se reunir e compartilhar suas impressões, fazendo um registro sistematizado dos principais pontos da discussão, encaminhamentos e sensações e efeitos provocados em cada coordenadora.

### 8.3. Apêndice 3 – Guia Oficina 2

#### GUIA OFICINA 2

**Objetivo:** Mapear as demandas por formação para o exercício da função apoio na perspectiva dos profissionais apoiadores e gestores e mapear as modalidades de compartilhamento entre os profissionais do NASF.

**Participantes:** 7 profissionais de saúde que desenvolvem ações de apoio matricial.

**Tempo:** aproximadamente 3 horas.

#### APRESENTAÇÃO

- 1) Coordenadores deverão se apresentar e agradecer a presença de todos;
- 2) Retomar o TCLE, esclarecendo os objetivos da pesquisa;
- 3) Estabelecer o contrato da oficina: objetivo, duração, uso do celular, respeito a fala, sigilo.
- 4) Informar que o gravador será ligado;
- 5) Apresentação dos participantes:
  - **Nome;**
  - **Informar se teve oportunidade de se qualificar para atuar no NASF.**

#### AQUECIMENTO (tempo aproximado 15 minutos)

- 1) Entregar para os participantes um resumo em tópicos dos principais pontos/apontamentos produzidos pelo grupo;
- 2) Fazer uma leitura coletiva destes pontos;
- 3) Abrir para breve discussão do grupo – questionando se há algo que eles recordam como importante e que não está contemplado no resumo.

#### DESENVOLVIMENTO (2 hrs)

- 1) Dinâmica da “**caixa de ferramentas**”.

Objetivo: mapear quais ferramentas cada equipe e profissional dispõe para desenvolver as ações de apoio matricial com a equipe e território.

- 2) Cada participante receberá 3 tarjetas de cores diversas (totalizando 9 tarjetas) – **tempo 10-15 minutos para esta dinâmica.**
- Uma cor seria destinada para descrever 3 ferramentas que o profissional já possui para desenvolver apoio matricial e entende que não há necessidade de qualificação;
  - Outra cor é destinada para descrever 3 ferramentas que o profissional identifica que precisa desenvolver/qualificar e
  - Na terceira cor o profissional descreveria 3 ferramentas que podem ser construídas/desenvolvidas/qualificadas pela própria equipe/território de modo coletivo/compartilhado.
- 3) Cada profissional montará a sua “caixa de ferramentas” e apresentará para o coletivo
- Todos os profissionais apresentarão uma cor de cada vez, ou seja, todos apresentarão 1º as tarjetas das ferramentas que já possuem, depois as que precisam desenvolver e, por fim, todos apresentam as que podem ser desenvolvidas no próprio coletivo.
- 4) As coordenadoras vão montando um painel, agrupando as ferramentas semelhantes.
- Um painel para cada cor de tarjeta.
- 5) Após todos apresentarem suas ferramentas, as coordenadoras deverão perguntar se algum participante gostaria de incluir alguma outra ferramenta;
- 6) Após esta etapa, as coordenadoras deverão retomar uma a uma as ferramentas questionando **em que contexto essas ferramentas são/podem ser utilizadas no apoio matricial;**
- Solicitar que um participante descreva em uma tarjeta as conclusões (convergentes e divergentes) do grupo sobre o contexto de utilização da ferramenta – essa tarjeta deverá ser afixada junto da ferramenta num novo painel;
  - Durante essa discussão deverá ser retomado o que foi discutido na oficina  
1. Exemplo: no momento de discutir PTS – perguntar aos profissionais em qual contexto o PTS é utilizado ou poderia ser? Quais os



desafios/potencialidades para a utilização desta ferramenta? (Trazer os elementos da oficina 1 para esta discussão).

- A partir desta discussão, poderemos definir se há necessidade de qualificar essa ferramenta, seja do ponto de vista:
  - **conceitual** (entendimento/alinhamento conceitual);
  - **procedimental** (como fazer/modo de operar a ferramenta) ou
  - **atitudinal**.(regime relacional/ético do uso da ferramenta)

### **AVALIAÇÃO DA OFICINA** (tempo aproximado 20 minutos)

- 1) Os coordenadores distribuirão para cada participante um papel no qual cada participante deverá responder as seguintes perguntas: *“Foi possível mapear as minhas necessidades de formação? Se sim, há algo que ainda queira acrescentar? Se não, quais são as suas sugestões?”*
- 2) Cada participante terá 10 minutos para responder.
- 3) Os coordenadores deverão recolher as respostas;
- 4) Os coordenadores deverão solicitar que cada participante encerre a oficina dizendo uma palavra/frase que resuma a sua experiência de participar das oficinas;
- 5) Ao final, agradecer a participação de todos;
- 6) Apenas após o encerramento desligar o gravador;
- 7) Recolher e guardar todo o material produzido, haja vista que este material deverá ser analisado.

## **8.4. Apêndice 4 – Roteiro das entrevistas semiestruturadas**

### **ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADA**

**Objetivo:** Conhecer as concepções e expectativas de apoio matricial; analisar os impasses e potências para o exercício do apoio matricial na perspectiva dos gestores; mapear as demandas de EPS e analisar as modalidades de compartilhamento de saberes.

**Participantes:** 3 gestores que fazem a gestão dos serviços nos quais os profissionais participantes da pesquisa realizam apoio matricial

**Tempo:** aproximadamente 1 hora e 30 minutos.

### **PREPARATIVOS PRÉ-ENTREVISTA**

- 1) O entrevistador/pesquisador entrará em contato com os gestores agendando a entrevista em local e horário oportuno para o gestor;
- 2) Neste contato prévio o pesquisador deverá informar sobre o projeto de pesquisa e os objetivos da entrevista.

### **ENTREVISTA**

- 1) O pesquisador deverá agradecer a disponibilidade do gestor em participar da entrevista;
- 2) O pesquisador deverá apresentar o TCLE, esclarecendo novamente os objetivos da pesquisa e as condições de participação;
- 3) Informar que irá ligar o gravador;

### **PERGUNTAS**

- 1) Há quanto tempo você está na gestão do serviço?
- 2) Qual sua trajetória de formação e atuação em serviços de Atenção Primária à Saúde, tanto como profissional, quanto como gestor?
- 3) Na sua trajetória de formação, você teve a oportunidade de participar de espaços de discussão sobre apoio matricial?
- 4) O que você entende/conhece por apoio matricial?
- 5) Por favor, complete a sentença: “Pra mim fazer gestão de apoiadores matriciais é...”;
- 6) Como gestor, quais são as suas expectativas em relação ao trabalho dos apoiadores?

- 7) O que você identifica como impasse e potência para o desenvolvimento de ações de apoio matricial de maneira geral e no serviço que você faz gestão?
- 8) Você conhece ou já propôs alguma iniciativa de formação para os apoiadores matriciais?
- 9) Na sua opinião, as dificuldades para realização de ações de apoio matricial podem estar relacionadas com a formação dos apoiadores?
- 10) Se o entrevistado responder SIM, perguntar: Você tem sugestão de temas e conteúdos que deveriam ser trabalhados com os profissionais apoiadores?
- 11) Se o entrevistado responder a pergunta 8 com NÃO, perguntar: O que você identifica como as maiores dificuldades para o desenvolvimento de ações de apoio matricial?
- 12) Você acredita que o serviço e os profissionais apoiadores e apoiados poderiam se beneficiar tendo um plano de educação permanente para apoiadores?
- 13) Quais suas ideias para a qualificação do apoio matricial no serviço que você gerencia?
- 14) Perguntar se o entrevistado gostaria de falar mais alguma coisa.
- 15) Encerrar a entrevista agradecendo a participação do gestor.

## 8.5. Apêndice 5 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos (TCLE) para participantes das oficinas



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa *“Apoiar e intervir: efeitos de um processo de construção participativa de um plano de educação permanente para apoiadores matriciais”*, sob a responsabilidade da pesquisadora Amanda Chelski da Motta.

Os objetivos desta pesquisa são: analisar os efeitos de um processo de construção participativa na formulação de um plano de educação permanente em saúde para apoiadores matriciais, com foco na qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS) na Região Leste de Saúde (Paranoá, Itapoá, São Sebastião e Jardim Botânico). Para isso, queremos conhecer as concepções e expectativas de apoio matricial entre profissionais e gestores; analisar os impasses e potências para o exercício do apoio matricial na perspectiva dos profissionais apoiadores e gestores; mapear as demandas de formação para o exercício da função apoio; analisar as modalidades de compartilhamento de saberes entre apoiadores e gestores e sua relação com o conceito de educação permanente e, por fim, formular, de modo participativo, um plano de educação permanente para apoiadores matriciais.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação se dará por meio de participação em oficina(s) agendadas com antecedência mínima de 72 horas, dentro de sua disponibilidade de tempo. Todas as atividades acontecerão nas instalações de serviços de saúde da Superintendência da Região Leste de Saúde. As oficinas terão duração média de 3 horas. A sua participação poderá ser gravada em áudio, vídeo e/ou registrada em fotografias, mediante sua autorização, e posteriormente transcritos e analisados para os objetivos da pesquisa.

Os riscos de sua participação na pesquisa são decorrentes de sua dedicação de tempo e disponibilidade prática e afetiva nas atividades da pesquisa. Discutir sobre expectativas, impasses, potências e demandas e/ou necessidades de formação, assim como sobre as relações e processos de trabalho nem sempre é confortável. Há o risco de sofrer retaliações de superiores ou de colegas de trabalho. Informamos que, para minimizar estes riscos, todo o processo de construção do projeto de pesquisa, seus objetivos e processos, foi discutido com os gestores da Superintendência da Região Leste de Saúde. A indicação dos participantes da pesquisa será realizada mediante o conhecimento das chefias imediatas dos serviços de saúde envolvidos. Serão fornecidas declaração de comparecimento constando a atividade, data e carga horária, sempre que solicitado pelo(a) senhor(a), justificando e documentando sua participação.

Se o Sr (a) aceitar participar, estará contribuindo para a melhoria do desempenho dos profissionais e dos serviços de saúde, para que atuem melhor em rede e possam atender com mais qualidade e garantir melhores resultados em saúde.

O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder ou participar de qualquer procedimento e de qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a).

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa (tais com, deslocamento para o local da pesquisa ou alimentação) as mesmas serão cobertas pelo pesquisador responsável.



Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para a pesquisadora Amanda Chelski da Motta, telefone celular (61) 98203 6777, telefone residencial (61) 3547 6996, e-mail: [amanda.sesdf@gmail.com](mailto:amanda.sesdf@gmail.com), disponível inclusive para ligação a cobrar.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília e pelo pelo Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (Fepecs). O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail [cepfs@unb.br](mailto:cepfs@unb.br) ou [cepfsunb@gmail.com](mailto:cepfsunb@gmail.com), horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte. Ou através dos contatos do CEP/FEPCS telefone : (61) 3325-4940, e-mail: [comitedeetica.secretaria@gmail.com](mailto:comitedeetica.secretaria@gmail.com).

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

---

Nome / assinatura

---

Pesquisador Responsável  
Amanda Chelski da Motta

Brasília, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## 8.6. Apêndice 6 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos (TCLE) para participantes das entrevistas



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE**

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa “Apoiar e intervir: efeitos de um processo de construção participativa de um plano de educação permanente para apoiadores matriciais”, sob a responsabilidade da pesquisadora Amanda Chelski da Motta.

Os objetivos desta pesquisa são: analisar os efeitos de um processo de construção participativa na formulação de um plano de educação permanente em saúde para apoiadores matriciais, com foco na qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS) na Região Leste de Saúde (Paranoá, Itapoã, São Sebastião e Jardim Botânico). Para isso, queremos conhecer as concepções e expectativas de apoio matricial entre profissionais e gestores; analisar os impasses e potências para o exercício do apoio matricial na perspectiva dos profissionais apoiadores e gestores; mapear as demandas de formação para o exercício da função apoio; analisar as modalidades de compartilhamento de saberes entre apoiadores e gestores e sua relação com o conceito de educação permanente e, por fim, formular, de modo participativo, um plano de educação permanente para apoiadores matriciais.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de entrevista(s) agendadas com antecedência mínima de 72 horas, dentro de sua disponibilidade de tempo. Todas as atividades acontecerão nas instalações de serviços de saúde da Superintendência da Região Leste de Saúde, as entrevistas poderão ocorrer em outro local em comum acordo com o(a) entrevistado(a). Nenhuma entrevista ultrapassará 1 hora e 30 minutos. A sua participação poderá ser gravada em áudio, vídeo e/ou registrada em fotografias, mediante sua autorização, e posteriormente transcritos e analisados para os objetivos da pesquisa.

Os riscos de sua participação na pesquisa são decorrentes de sua dedicação de tempo e disponibilidade prática e afetiva nas atividades da pesquisa. Discutir sobre expectativas, impasses, potências e demandas e/ou necessidades de formação, assim como sobre as relações e processos de/no trabalho nem sempre é confortável. Há o risco de sofrer retaliações de superiores ou de colegas de trabalho. Informamos que, para minimizar estes riscos, todo o processo de construção do projeto de pesquisa, seus objetivos e processos, foi discutido e acordado com os gestores da Superintendência da Região Leste de Saúde. A indicação dos participantes da pesquisa será realizada mediante o conhecimento das chefias imediatas dos serviços de saúde envolvidos. Serão fornecidas declaração de comparecimento constando a atividade, data e carga horária, sempre que solicitado pelo(a) senhor(a), justificando e documentando sua participação.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para a melhoria do desempenho dos profissionais e dos serviços de saúde, para que atuem melhor em rede e possam atender com mais qualidade e garantir melhores resultados em saúde.

O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder ou participar de qualquer procedimento e de qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a).

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa (tais com, deslocamento para o local da pesquisa ou alimentação) as mesmas serão cobertas pelo pesquisador responsável.





Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para a pesquisadora Amanda Chelski da Motta, telefone celular (61) 98203 6777, telefone residencial (61) 3547 6996, e-mail: [amanda.sesdf@gmail.com](mailto:amanda.sesdf@gmail.com), disponível inclusive para ligação a cobrar.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília e pelo pelo Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (Fepecs). O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail [cepfs@unb.br](mailto:cepfs@unb.br) ou [cepfsunb@gmail.com](mailto:cepfsunb@gmail.com), horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte. Ou através dos contatos do CEP/FEPECS telefone : (61) 3325-4940, e-mail: [comitedeetica.secretaria@gmail.com](mailto:comitedeetica.secretaria@gmail.com).

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

---

Nome / assinatura

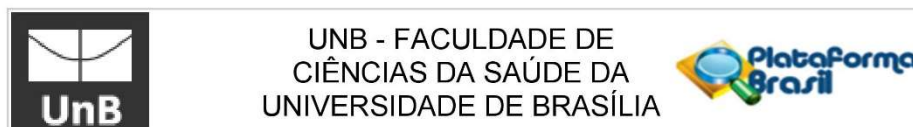
---

Pesquisador Responsável  
Amanda Chelski da Motta

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## 9. ANEXOS

### 9.1. Anexo 1 - Parecer Comitê de Ética da Universidade de Brasília



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** APOIAR E INTERVIR: EFEITOS DE UM PROCESSO DE CONSTRUÇÃO PARTICIPATIVA DE UM PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA APOIADORES MATRICIAIS

**Pesquisador:** Amanda Chelski da Motta

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 89690218.3.0000.0030

**Instituição Proponente:** FACULDADE DE SAÚDE - FS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.839.506

##### Apresentação do Projeto:

Resumo: " Este estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo pesquisa-intervenção, no qual trabalharemos com a perspectiva da pesquisa e pesquisador implicados, sob referencial hermenêutico. Objetiva-se analisar os efeitos de um processo de construção participativa na formulação de um plano de educação permanente em saúde para apoiadores matriciais, com foco na qualificação da Atenção Primária à Saúde em uma região de saúde do Distrito Federal, especificamente a Região de Saúde Leste (Itapoã, Paranoá, Jardim Botânico e São Sebastião). Assim, nos interessa investigar a interface entre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS) em Saúde e o referencial teórico- metodológico do apoio matricial em saúde. Tanto a PNEPS, quanto o referencial do apoio matricial sustentam que a construção de saberes se dá no ato do encontro entre os pares. Assim, por meio de oficinas e entrevistas semiestruturadas, entre outros recursos metodológicos, pretende-se formular e validar junto aos participantes os dados que serão produzidos durante a pesquisa, analisando os efeitos deste processo participativo para os participantes e pesquisadores. Os resultados produzidos servirão de subsídio para a formulação de recomendações para implementação de um plano de educação permanente para matriciadores."

Hipótese: "O compartilhamento das experimentações de apoio matricial podem contribuir para a

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com





elaboração de um plano de educação permanente para apoiadores matriciais.”

Metodologia: “Trata-se de pesquisa qualitativa participativa, do tipo pesquisa-intervenção, sob o referencial hermenêutico (Gadamer, 2008; Ricoeur, 2010, Guba e Lincoln, 2011), com duração de 8 meses, considerando o período após a aprovação no Comitê de Ética. A pesquisa-intervenção está situada no campo de referenciais metodológicos que criticam o estatuto da cientificidade em voga na atualidade (GUBA E LINCOLN, 2011). Critica-se o paradigma positivista que pretende a separação entre pesquisador e objeto a ser estudado, entre objetivo/subjetivo. Reconhecer a complexidade implica em ampliar os referenciais metodológicos, pois esta demanda o reconhecimento das incertezas, problemas e contradições, ou seja, a superação do positivismo (GUBA E LINCOLN, 2011). Paulon e Romagnoli (2010) apontam a necessidade de produzir conhecimento não apenas para prover a academia, mas fundamentalmente para “promover práticas reais que se amparem em uma ciência a fim de ampliar as possibilidades de vida” (PAULON E ROMAGNOLI, 2010, p. 89). A pesquisa-intervenção não almeja generalizações, o foco, neste tipo de pesquisa, está justamente na singularização. Há uma pretensão de olhar para aquilo que é da ordem do subjetivo, onde nos interessa o processo de construção de subjetividades e singularidades (GUBA E LINCOLN, 2011). É necessário apontar que estamos falando de uma pesquisa implicada e de uma pesquisadora implicada. Assim, temos o compromisso ético de deixar clara a implicação que se tem com o campo a ser pesquisado. Conforme aponta Lourau (1993) é necessário “mostrar as implicações do pesquisador em situação de pesquisa como o essencial do trabalho científico” (LOURAU, 1993, p. 16). Assim, nesta pesquisa nos interessa a análise do instituído e como a partir de uma proposta de intervenção este vai se transformando. Pretende-se olhar para o que está cristalizado como dado e acompanhar os desvios que podem ser operados a partir de um processo de reflexão coletiva, no qual todos os participantes são autores do processo. Serão realizadas 3 oficinas. Na primeira (vide apêndice 1) serão abordadas as concepções e expectativas dos profissionais de saúde sobre o apoio matricial, bem como os impasses e potências para exercício do apoio na perspectiva destes profissionais. Na oficina 2 (apêndice 2) pretende-se mapear as demandas de formação para o exercício da função apoio. Também serão realizadas entrevistas semiestruturada (vide apêndice 3) com os gestores dos serviços de saúde nos quais os profissionais apoiadores matriciais atuam, considerando a saturação da amostra. As oficinas e entrevistas serão gravadas em áudio de voz, vídeo e registrada em fotografias, e terão seu conteúdo transcrito para compor os dados de pesquisa (que incluirão também observação e diário de campo dos pesquisadores), mediante

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.839.506

Autorização e TCLE. O material de pesquisa será analisado sob o referencial da Análise de Conteúdo Temático-Categorial Simples (OLIVEIRA, 2008), na qual os pesquisadores farão leitura fluente do conteúdo das oficinas e entrevistas e comporão categorias analíticas e avaliativas, buscando convergências, divergências e singularidades entre os conteúdos trazidos pelos participantes. Os pesquisadores também realizarão devolutiva (ciclo hermenêutico) em uma oficina ao final da pesquisa (apêndice 4) a qual terá como objetivo validar o material construído junto aos participantes e delinear uma proposta de plano de educação permanente para apoiadores matriciais. Por fim, destaca-se que pesquisadores na área da saúde tem utilizado referenciais de pesquisa-intervenção, Passos, Kastrup, Escossia, 2009; Fonseca, Nascimento e Maraschin, 2012, utilizaram a cartografia em suas pesquisas. L Abbbate, 2012; Passos, Benevides, 2012, fizeram uso da pesquisa-intervenção, legitimando esta metodologia no campo da Saúde Coletiva, apontando a potência desses métodos na transformação dos modos de intervir e de conhecer (PAULON, p. 2015).

Critério de Inclusão: "A estratégia de recrutamento inicial será o contato verbal com os profissionais de saúde que desenvolvem ações de apoio matricial para às equipes de saúde da família, bem como gestores que fazem a gestão dos serviços nos quais esses profissionais desenvolvem as suas atividades de apoio matricial. Nesta ocasião, os objetivos da pesquisa serão apresentados e caso haja acordo em participar será apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assinatura. O principal critério para a seleção dos participantes, além da exigência que os profissionais estejam operando ações de apoio matricial ou fazendo a gestão dos serviços nos quais estes profissionais atuam, foi o de conveniência da pesquisadora, tendo em vista que a mesma trabalha na Região Leste de Saúde, o que garante facilidade de acesso e de abordagem aos participantes. Cabe destacar que essa conveniência é importante para que a pesquisa seja concluída no prazo estimado, a saber, 12 (doze) meses. Estão previstos como potenciais participantes da pesquisa 10 (dez) profissionais de saúde (incluindo trabalhadores e gestores, divididos da seguintes forma: 7 profissionais e 3 gestores). Conforme mencionado, para estarem inclusos na pesquisa, estes profissionais devem exercer ações de apoio matricial no cotidiano de suas atividades. Os gestores convidados a participar serão aqueles que fazem a gestão dos serviços nos quais esses profissionais atuam e/ou da Política da Atenção Primária à Saúde na Região de Saúde Leste. Chegou-se a esse número a partir de mapeamento prévio realizado na Região Leste de Saúde, no qual identificamos, ao menos, 15 profissionais que desenvolvem ações de apoio matricial na Região e, no mínimo, 5 gestores diretamente envolvidos

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.839.506

com essas equipes. A seleção destes atores é estratégica para a pesquisa, haja vista que para a elaboração de um plano de educação permanente para apoiadores matriciais faz-se necessário trazer a contribuição dos diferentes atores envolvidos neste processo.”

Critério de Exclusão: “ O critério de exclusão adotado será: profissionais que desenvolvem ações de apoio matricial eventualmente, ou seja, menos que 1 (uma) atividade de apoio matricial no mês.”

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivos: “Analisar os efeitos de um processo de construção participativa na formulação de um plano de educação permanente em saúde para apoiadores matriciais, com foco na qualificação da Atenção Primária à Saúde em uma região de saúde do Distrito Federal.”

Objetivo Secundário: “1) Conhecer as concepções e expectativas de apoio matricial entre profissionais apoiadores e gestores;2) Analisar os impasses e potências para o exercício do apoio matricial na perspectiva dos profissionais apoiadores e gestores;3) Mapear as demandas por formação para o exercício da função apoio na perspectiva dos profissionais apoiadores e gestores;4) Analisar as modalidades de compartilhamento de saberes entre profissionais apoiadores e gestores e sua relação com o conceito de educação permanente em saúde.5) Formular um plano de educação permanente para apoiadores matriciais de uma região de saúde do Distrito Federal.”

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

De acordo com a pesquisadora:

Riscos: “Como toda pesquisa que versa sobre aspectos relacionados ao trabalho e às inter-relações pessoais e institucionais, o participante pode sentir-se constrangido por se perceber avaliado no que diz respeito ao seu conhecimento e preparo para o cargo que atualmente ocupa. A discussão sobre processo de trabalho, sobre os problemas no cotidiano do trabalho e sobre relações de poder e hierarquia nas instituições nem sempre é confortável. Neste tipo de pesquisa também pode existir a percepção, pelo participante, de um risco social, a medida que este torna pública as suas opiniões, podendo gerar conflitos futuros. Há também o risco moral, relacionado aos julgamentos sobre seus posicionamentos em relação a questões que envolvem o cotidiano do trabalho. Para minimizar estes riscos, todo o projeto de pesquisa foi discutido e pactuado com os

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsub@gmail.com



gestores da Região de Saúde Leste. Além disso, por tratar-se de um projeto participativo, antes do início das oficinas e entrevistas, as questões propostas deverão ser avaliadas e validadas pelos participantes, os quais poderão solicitar a inclusão ou exclusão de perguntas/atividades. Durante as oficinas e entrevistas, os profissionais poderão não responder/participar das atividades propostas. Quanto aos possíveis riscos sociais e morais das pesquisas, eles serão minimizados por um extremo cuidado na condução das atividades, com a realização de um contrato verbal de convivência e confidencialidade entre os participantes, criando assim um ambiente favorável à participação. Cabe destacar que a proposta metodológica participativa reconhece e cria dispositivos concretos para o acolhimento e reconhecimento das diversidades étnicas, culturais e políticas. Serão utilizados códigos alfanuméricos para identificar os participantes da pesquisa, ou seja, qualquer dado pessoal ou profissional que permita identificá-lo será omitido, tanto no texto da dissertação, quanto nas possíveis publicações que derivem da pesquisa." Benefícios: "Os participantes desta pesquisa não terão outros benefícios diretos que não uma possível sensação de bem-estar por poder contribuir com a instituição a que pertence, além da oportunidade de refletir entre pares e buscar melhorias nos processos de trabalho, trazendo benefícios institucionais e sociais muito relevantes. Refletir de forma coletiva com profissionais e gestores sobre o exercício da função de apoiadores matriciais e formular uma proposta de educação permanente poderá fortalecer as estratégias de educação destes profissionais, haja vista que tais propostas partirão deste coletivo. Uma vez conhecida a necessidade de educação permanente dos apoiadores matriciais, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal poderá elaborar estratégias de capacitação que promovam impactos positivos na organização do processo de trabalho destes profissionais. Por meio dos resultados apresentados e das publicações que serão produzidas, a pesquisa poderá alertar gestores e estudiosos da Saúde Coletiva para a importância de promover espaços de escuta dos profissionais apoiadores, bem como da oferta contextualizada de ações de educação permanente em saúde."

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisador apresentou carta resposta contendo os esclarecimentos às solicitações deste CEP para a análise do projeto, conforme elencado no parecer consubstanciado nº 2729120 postado em 28/06/2018. Observa-se adequação das respostas conforme os apontamentos do CEP.

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com





Continuação do Parecer: 2.839.506

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Documentos que compõem o processo:

1. Informações básicas do projeto - "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1071360.pdf" postado em 15/05/2018;
2. Folha de rosto assinada pela pesquisadora responsável e com assinatura e carimbo da Profª. Karin Eleonora Sávio de Oliveira Vice-Diretora da Faculdade de Ciências da Saúde-UnB, como instituição proponente – documento não editável "FOLHA\_DE\_ROSTO\_UNB.pdf" postado em 29/04/2018;
3. Carta de encaminhamento ao CEP/FS, assinada pela pesquisadora responsável informando tratar-se de Trabalho de mestrado profissionalizante do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva -UNB – documento versão não editável assinada "Carta\_de\_encaminhamento.pdf" postado em 12/05/2018;
4. Termo de responsabilidade e compromisso da pesquisadora responsável de acordo com a Res. CNS 466/2012, assinada pela pesquisadora responsável– documento versão não editável e assinada "TERMO\_RESPONSABILIDADE.pdf" postado em 12/05/2018;
5. Projeto detalhado - versão editável " PROJETO.docx" postado em 15/05/2018;
6. Termo de concordância da Coparticipante-assinado por Fabiana Loureira Binda do Vale Superintendência da Região de Saúde Leste e a Diretora da Atenção Primária Danusa Fernandes Benjamin autorizando a realização pesquisa – documento versão não editável "TERMO\_CONCORDANCIA.pdf" postado em 29/04/2018";
7. Planilha Orçamentária – documento editável "PLANILHA\_ORCAMENTARIA.docx" postado em 12/05/2018, informa o valor total de R\$450,00 referente a material de papelaria, ligações telefônicas e combustível para deslocamento;
8. Planilha Cronograma – documento editável "CRONOGRAMA.docx" postado em 12/05/2018. 9. Modelo de TCLE – documento editável "TCLE\_OFICINAS.docx" e "TCLE\_ENTREVISTA.docx" postado em 12/05/2018.

Documentos anexados ao projeto após parecer nº CEP\_2729120 postado em 28/06/2018:

1. Informações básicas do projeto "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1071360" postado em 26/07/2018 – arquivo não editável com as correções solicitadas no parecer.

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.839.506

2. Planilha Cronograma – documento editável “CRONOGRAMA.docx” postado em 26/07/2018 com as alterações solicitadas CEP.

3. Carta Resposta- arquivo editável “CARTA\_RESPOSTA\_PENDENCIA.docx” postado em 26/07/2018 – apresentar as respostas aos questionamentos do CEP.

**Recomendações:**

Não se aplicam.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Análise das respostas às pendências apontadas no parecer nº CEP 2.729.120 postado em 28/06/2018:

1) No documento “PROJETO.docx” postado em 15/05/2018; no item metodologia verifica-se a seguinte afirmativa “ O principal critério para a seleção dos participantes, além da exigência que os profissionais estejam operando ações de apoio matricial ou fazendo a gestão dos serviços nos quais estes profissionais atuam, foi o de conveniência da pesquisadora, tendo em vista que a mesma trabalha na Região Leste de Saúde, o que garante facilidade de acesso e de abordagem aos participantes. Cabe destacar que essa conveniência é importante para que a pesquisa seja concluída no prazo estimado, a saber, 12 (doze) meses.”. Considerando a Resolução CNS N° 466 de 2012, item IV.6.b Nos casos de restrição da liberdade, “deve-se observar que a liberdade do consentimento deverá ser particularmente garantida para aqueles participantes de pesquisa que, embora plenamente capazes, estejam expostos a condicionamentos específicos, ou à influência de autoridade, caracterizando situações passíveis de limitação da autonomia, como estudantes, militares, empregados, presidiários e internos em centros de readaptação, em casas abrigo, asilos, associações religiosas e semelhantes, assegurando-lhes inteira liberdade de participar, ou não, da pesquisa, sem quaisquer represálias”. Solicita-se esclarecimento das formas de minimizar a influências de autoridade da pesquisadora. Aproveitando também para esclarecer sobre o contrato verbal de convivência e confidencialidade citado.

RESPOSTA: “Cabe destacar também que, por se tratar de pesquisa qualitativa de 4ª geração do tipo pesquisa-intervenção (página 2), a própria metodologia minimiza a influência da pesquisadora, haja vista que o pressuposto desta metodologia é convidar todos a participarem ativamente do

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.839.506

processo de pesquisa (página 2). Assim, participantes e pesquisadora vão definindo no curso da pesquisa os rumos que esta vai tomar, num processo dialético no qual o pesquisar é compartilhado entre pesquisadora e participantes. Um exemplo de como este processo será conduzido está descrito no item “avaliação dos riscos e benefícios do projeto”, “por tratar-se de um projeto participativo, antes do início das oficinas e entrevistas, as questões propostas deverão ser avaliadas e validadas pelos participantes, os quais poderão solicitar a inclusão ou exclusão de perguntas/atividades” (página 5).

Além disso, conforme descrito no item metodologia, a pesquisa qualitativa do tipo pesquisa-intervenção pressupõe a existência de um pesquisador implicado, ou seja, a todo momento o pesquisador deixará claro para os participantes a sua implicação com o campo pesquisado (página 2). Acredita-se que a explicitação da implicação reduz a influência de autoridade da pesquisadora, pois à medida que os participantes conhecem a implicação da pesquisadora, estes podem optar por contribuir ou não com a pesquisa. Por fim, também acreditamos que a realização de uma oficina de validação de dados (apêndice 4) é outra forma de reduzir a influência de autoridade da pesquisadora. À medida que a pesquisadora traz para o coletivo de participantes a possibilidade de validar ou não os dados produzidos e analisados, reduz-se a influência de autoridade.

O contrato verbal de convivência está descrito nos apêndices 1, 2 e 3 deste projeto de pesquisa. Copio na íntegra o item apresentação presente no apêndice 1:

- 1) “Os coordenadores deverão se apresentar e agradecer a presença de todos;
- 2) Retomar os termos do TCLE, esclarecendo novamente os objetivos da pesquisa e as condições de participação;

Observação 6: Será distribuída uma cópia do TCLE para cada participante, este será lido conjuntamente e, caso não tenha sido realizado em contato anterior, as assinaturas deverão ser coletadas;

- 3) Informar que o gravador será ligado;
- 4) Distribuir os crachás e canetinhas e solicitar que cada participante anote seu nome;

Observação 7: Respeitar o nome social dos participantes.

- 5) Estabelecer um contrato para a oficina no qual deverá ser abordado, no mínimo, os seguintes aspectos: objetivo, duração da oficina, uso do celular (pactuar que os celulares permanecerão desligados), saída do local da oficina, como por exemplo, para ir ao banheiro, importância da participação de todos, respeito ao momento de fala de cada um, respeito mútuo, sigilo sobre o que se vai conversar naquele espaço, guarda do material que será utilizado, esclarecer que não há

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsub@gmail.com



respostas certas ou erradas, e perguntar se há mais alguma regra que alguém gostaria de propor para que todos tenham uma conversa produtiva”.

Em relação a confidencialidade, em que pese os participantes estarem usando crachás com seus nomes durante as oficinas, isto se dará para facilitar a comunicação entre todos no decorrer da atividade. No momento de análise dos dados, a cada participante será atribuído um código alfanumérico, resguardando assim a confidencialidade no momento da publicação dos resultados. O mesmo processo dar-se-á com os participantes das entrevistas (página 5).”

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2) No documento ““TCLE\_OFICINAS.docx”” no quarto paragrafo lê-se: “A sua participação se dará por meio de participação em oficina(s) agendadas com antecedência mínima de 72 horas, dentro de sua disponibilidade de tempo. Todas as atividades acontecerão nas instalações de serviços de saúde da Superintendência da Região Leste de Saúde. As oficinas terão duração média de 3 horas. A sua participação poderá ser gravada em áudio, vídeo e/ou registrada em fotografias, mediante sua autorização, e posteriormente transcritos e analisados para os objetivos da pesquisa.” Conforme o item III.2.i da Resolução CNS N° 466 de 2012, as pesquisas devem “... prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros”. Solicita descrever quais as estratégias adotadas para garantia da confidencialidade, privacidade e a não estigmatização das participantes no estudo.

RESPOSTAS: “Conforme mencionado no item “avaliação dos riscos e benefícios do projeto” (página 4) a pesquisadora pretende minimizar os riscos inerentes a toda ação de pesquisar, pactuando a íntegra do projeto com os gestores da Região de Saúde Leste. “Além disso, por tratar-se de um projeto participativo, antes do início das oficinas e entrevistas, as questões propostas deverão ser avaliadas e validadas pelos participantes, os quais poderão solicitar a inclusão ou exclusão de perguntas/atividades” (página 5).

Durante as oficinas e entrevistas, os profissionais poderão não responder/participar das atividades propostas. Quanto aos possíveis riscos sociais e morais da pesquisa, eles serão minimizados por um extremo cuidado na condução das atividades, com a realização de um contrato verbal de convivência e confidencialidade entre os participantes, criando assim um ambiente favorável à participação (apêndices 1, 2 e 3 e página 5). Cabe destacar que a proposta “metodológica participativa reconhece e cria dispositivos concretos para o acolhimento e reconhecimento das

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com





Continuação do Parecer: 2.839.506

diversidades étnicas, culturais e políticas. Serão utilizados códigos alfanuméricos para identificar os participantes da pesquisa, ou seja, qualquer dado pessoal ou profissional que permita identificá-lo será omitido, tanto no texto da dissertação, quanto nas possíveis publicações que derivem da pesquisa” (página 5).

Desta forma, as estratégias utilizadas serão:

- 1) Pactuação do projeto com a gestão Regional;
- 2) Oportunidade dos participantes avaliarem e validarem, em conjunto com os pesquisadores, as questões propostas, permitindo a recusa de participação à qualquer tempo;
- 3) Realização de contrato verbal de confidencialidade e convivência, reduzindo assim os riscos morais e sociais da pesquisa (a proposta de contrato de confidencialidade e convivência está disponível no apêndice 1, 2 e 3 do projeto de pesquisa).

Este contrato verbal abará, no mínimo, os seguintes aspectos: objetivo da oficina, duração da oficina, uso do celular (pactuar que os celulares permanecerão desligados), saída do local da oficina, como por exemplo, para ir ao banheiro, importância da participação de todos, respeito ao momento de fala de cada um, respeito mútuo, sigilo sobre o que se vai conversar naquele espaço, guarda do material que será utilizado, esclarecer que não há respostas certas ou erradas, e perguntar se há mais alguma regra que alguém gostaria de propor para que todos tenham uma conversa produtiva”.

Os itens contratados entre pesquisadores e participantes serão descritos em folha de papel pardo e permanecerá em local visível durante toda a oficina.

- 4) Utilização de códigos alfanuméricos para identificar os participantes da pesquisa, desta forma os dados pessoais dos participantes serão omitidos em todas as publicações que derivarem da pesquisa;
- 5) Utilização de proposta metodológica participativa, a qual reconhece e cria dispositivos concretos para o acolhimento e reconhecimento das diversidades étnicas, culturais e políticas (apêndices 1, 2 e 3).”

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3) Solicita-se inserção da SES-DF como instituição coparticipante na Plataforma Brasil, por meio do CNPJ, confirmando vínculo com o "5553 - Comitê de Ética em Pesquisa - FEPECS/SES-DF", para que, uma vez aprovado pelo CEP/FS, possa ser automaticamente replicado nesse CEP para apreciação.

RESPOSTA: "A solicitação de inserção da SES-DF como instituição coparticipante na Plataforma

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.839.506

Brasil foi atendida."

ANÁLISE: Transcrevo item Coparticipantes da página 6 de 10 do arquivo "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1071360" postado em 26/07/2018, lê-se: "04.287.092/0001-93 - Maria Dilma Alves Teodoro - Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/ FEPECS/SES/ DF"

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Conclusão: Todas as pendências foram atendidas. Não há óbices éticos para a realização deste projeto. Protocolo de pesquisa está em conformidade com a Resolução CNS 466/2012 e Complementares.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

De acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa. O início das atividades de coleta dos dados do projeto devem aguardar a aprovação do projeto pelo CEP da instituição coparticipante, se for o caso.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1071360.pdf	26/07/2018 10:27:14		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	26/07/2018 10:26:47	Amanda Chelski da Motta	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_PENDENCIA.docx	26/07/2018 10:25:10	Amanda Chelski da Motta	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	15/05/2018 21:00:20	Amanda Chelski da Motta	Aceito
Outros	TERMO_CONCORDANCIA.doc	15/05/2018 20:58:20	Amanda Chelski da Motta	Aceito
Outros	TERMO_RESPONSABILIDADE.doc	15/05/2018 20:57:40	Amanda Chelski da Motta	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento.doc	15/05/2018 20:56:58	Amanda Chelski da Motta	Aceito
Outros	FOLHA_DE_ROSTO_UNB.doc	15/05/2018 20:56:01	Amanda Chelski da Motta	Aceito

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsub@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.839.506

Outros	SOM_E_VOZ.docx	12/05/2018 18:14:23	Amanda Chelski da Motta	Aceito
Orçamento	PLANILHA_ORCAMENTARIA.docx	12/05/2018 18:13:59	Amanda Chelski da Motta	Aceito
Outros	CURRICULO_GUSTAVO.docx	12/05/2018 18:12:00	Amanda Chelski da Motta	Aceito
Outros	CURRICULO_DAI5.docx	12/05/2018 18:11:33	Amanda Chelski da Motta	Aceito
Outros	CURRICULO_AMANDA.docx	12/05/2018 18:11:04	Amanda Chelski da Motta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ENTREVISTA.docx	12/05/2018 18:10:35	Amanda Chelski da Motta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_OFICINAS.docx	12/05/2018 18:10:22	Amanda Chelski da Motta	Aceito
Outros	TERMO_RESPONSABILIDADE.pdf	12/05/2018 18:10:05	Amanda Chelski da Motta	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento.pdf	12/05/2018 18:08:42	Amanda Chelski da Motta	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_CONCORDANCIA.pdf	29/04/2018 11:13:07	Amanda Chelski da Motta	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_UNB.pdf	29/04/2018 10:23:17	Amanda Chelski da Motta	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

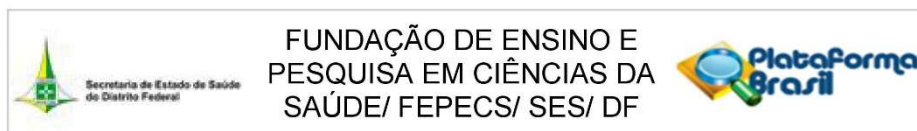
Não

BRASILIA, 23 de Agosto de 2018

Assinado por:  
**Keila Elizabeth Fontana**  
(Coordenador)

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsub@gmail.com

## 9.2. Anexo 2 - Parecer Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (Fepecs)



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** APOIAR E INTERVIR: EFEITOS DE UM PROCESSO DE CONSTRUÇÃO PARTICIPATIVA DE UM PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA APOIADORES MATRICIAIS

**Pesquisador:** Amanda Chelski da Motta

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 89690218.3.3001.5553

**Instituição Proponente:** Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.915.243

#### Apresentação do Projeto:

Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva.

#### Objetivo da Pesquisa:

Analisar os efeitos de um processo de construção participativa na formulação de um plano de educação permanente em saúde para apoiadores matriciais, com foco na qualificação da Atenção Primária à Saúde em uma região de saúde do Distrito Federal.

Objetivo Secundário: 1) Conhecer as concepções e expectativas de apoio matricial entre profissionais apoiadores e gestores; 2) Analisar os impasses e potências para o exercício do apoio matricial na perspectiva dos profissionais apoiadores e gestores; 3) Mapear as demandas por formação para o exercício da função apoio na perspectiva dos profissionais apoiadores e gestores; 4) Analisar as modalidades de compartilhamento de saberes entre profissionais apoiadores e gestores e sua relação com o conceito de educação permanente em saúde. 5) Formular um plano de educação permanente para apoiadores matriciais de uma região de saúde do Distrito Federal.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos: Como toda pesquisa que versa sobre aspectos relacionados ao trabalho e às interrelações

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.710-904  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3325-4940 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.915.243

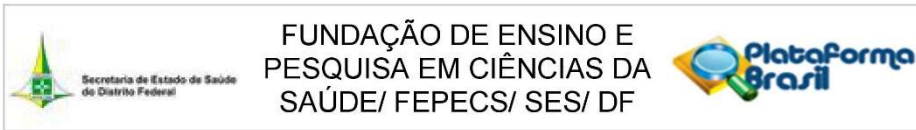
personais e institucionais, o participante pode sentir-se constrangido por se perceber avaliado no que diz respeito ao seu conhecimento e preparo para o cargo que atualmente ocupa. A discussão sobre processo de trabalho, sobre os problemas no cotidiano do trabalho e sobre relações de poder e hierarquia nas instituições nem sempre é confortável. Neste tipo de pesquisa também pode existir a percepção, pelo participante, de um risco social, a medida que este torna pública as suas opiniões, podendo gerar conflitos futuros. Há também o risco moral, relacionado aos julgamentos sobre seus posicionamentos em relação a questões que envolvem o cotidiano do trabalho. Para minimizar estes riscos, o projeto de pesquisa foi discutido e pactuado com os gestores da Região de Saúde Leste. Além disso, por tratar-se de um projeto participativo, antes do início das oficinas e entrevistas, as questões propostas deverão ser avaliadas e validadas pelos participantes, os quais poderão solicitar a inclusão ou exclusão de perguntas/atividades. Durante as oficinas e entrevistas, os profissionais poderão não responder/participar das atividades propostas. Quanto aos possíveis riscos sociais e morais da pesquisa, eles serão minimizados por um extremo cuidado na condução das atividades, com a realização de um contrato verbal de convivência e confidencialidade entre os participantes, criando assim um ambiente favorável à participação. Cabe destacar que a proposta metodológica participativa reconhece e cria dispositivos concretos para o acolhimento e reconhecimento das diversidades étnicas, culturais e políticas. Serão utilizados códigos alfanuméricos para identificar os participantes da pesquisa, ou seja, qualquer dado pessoal ou profissional que permita identificá-lo será omitido, tanto no texto da dissertação, quanto nas possíveis publicações que derivem da pesquisa."

**Benefícios:** Refletir de forma coletiva com profissionais e gestores sobre o exercício da função de apoiadores matriciais e formular uma proposta de educação permanente poderá fortalecer as estratégias de educação destes profissionais, haja vista que tais proposta partirão deste coletivo. Uma vez conhecida a necessidade de educação permanente dos apoiadores matriciais, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal poderá elaborar estratégias de capacitação que promovam impactos positivos na organização do processo de trabalho destes profissionais. Por meio dos resultados apresentados e das publicações que serão produzidas, a pesquisa poderá alertar gestores e estudiosos da Saúde Coletiva para a importância de promover espaços de escuta dos profissionais apoiadores, bem como da oferta contextualizada de ações de educação permanente em saúde. "

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de pesquisa qualitativa do tipo pesquisa-intervenção. Utilização do referencial

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.710-904  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3325-4940 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.915.243

hermenêutico com duração de 8 meses, considerando o período após a aprovação no Comitê de Ética. Serão realizadas 3 oficinas. Na primeira serão abordadas as concepções e expectativas dos profissionais de saúde sobre o apoio matricial, bem como os impasses e potências para exercício do apoio na perspectiva destes profissionais.

Serão realizadas entrevistas semiestruturada com os gestores dos serviços de saúde nos quais os profissionais apoiadores matriciais atuam, considerando a saturação da amostra.

As oficinas e entrevistas serão gravadas em áudio de voz, vídeo e registrada em fotografias, e terão seu conteúdo transcrito para compor os dados de pesquisa (que incluirão também observação e diário de campo dos pesquisadores), mediante Autorização e TCLE.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados os termos obrigatórios.

Folha de rosto (07/09) contendo assinatura da vice reitora da FCS/UnB; TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA (26/08/18); Planilha de orçamento apontando uso de recurso próprio da pesquisadora (26/08); TCLE das entrevistas (26/08); TCLE das Oficinas (26/08); Termo de concordância (26/08); Cronograma (26/08); Termo de compromisso do pesquisador (26/08); Carta de encaminhamento ao CEP-FEPECS (26/08); currículo dos pesquisadores (26/08); termo de concordância (15/05) termo de responsabilidade (15/05).

Pendências apontadas pelo CEP FS/UnB foram respondidas com a inserção da SES/DF como instituição coparticipante.

**Recomendações:**

Alterar, nos termos destinados ao participante de pesquisa, o telefone de contato do CEP FEPECS para: 2107-2132 ramal 6878.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto aprovado.

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

O pesquisador deverá encaminhar relatório parcial e final de acordo com o desenvolvimento do

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.710-904  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3325-4940 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.915.243

projeto da pesquisa, conforme Resolução CNS/MS nº 466 de 2012.

O presente Parecer de aprovação tem validade de até dois anos, mediante apresentação de relatórios parciais, e após decorrido esse prazo, caso necessário, deverá ser apresentada emenda para prorrogação do cronograma.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1206939.pdf	07/09/2018 11:27:54		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	07/09/2018 11:26:37	Amanda Chelski da Motta	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	26/08/2018 16:02:51	Amanda Chelski da Motta	Aceito
Outros	USO_IMAGE_SOM.pdf	26/08/2018 16:02:27	Amanda Chelski da Motta	Aceito
Orçamento	PLANILHA_ORCAMENTARIA.pdf	26/08/2018 16:01:41	Amanda Chelski da Motta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ENTREVISTA.pdf	26/08/2018 16:00:33	Amanda Chelski da Motta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_OFICINAS.pdf	26/08/2018 16:00:21	Amanda Chelski da Motta	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_CONCORDANCIA.pdf	26/08/2018 15:59:11	Amanda Chelski da Motta	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	26/08/2018 15:55:34	Amanda Chelski da Motta	Aceito
Outros	TERMO_COMPROMISSO_PESQUISADOR.pdf	26/08/2018 15:55:18	Amanda Chelski da Motta	Aceito
Outros	CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO_AO_CEP.pdf	26/08/2018 15:54:23	Amanda Chelski da Motta	Aceito
Outros	CURRICULO_GUSTAVO.pdf	26/08/2018 15:52:37	Amanda Chelski da Motta	Aceito
Outros	CURRICULO_DAIIS.pdf	26/08/2018 15:52:15	Amanda Chelski da Motta	Aceito
Outros	CURRICULO_AMANDA.pdf	26/08/2018 15:51:47	Amanda Chelski da Motta	Aceito

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.710-904  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3325-4940 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.915.243

Outros	CARTA_RESPOSTA_PENDENCIA.docx	26/07/2018 10:25:10	Amanda Chelski da Motta	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	15/05/2018 21:00:20	Amanda Chelski da Motta	Aceito
Outros	TERMO_CONCORDANCIA.doc	15/05/2018 20:58:20	Amanda Chelski da Motta	Aceito
Outros	TERMO_RESPONSABILIDADE.doc	15/05/2018 20:57:40	Amanda Chelski da Motta	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento.doc	15/05/2018 20:56:58	Amanda Chelski da Motta	Aceito
Outros	FOLHA_DE_ROSTO_UNB.doc	15/05/2018 20:56:01	Amanda Chelski da Motta	Aceito
Outros	SOM_E_VOZ.docx	12/05/2018 18:14:23	Amanda Chelski da Motta	Aceito
Outros	CURRICULO_GUSTAVO.docx	12/05/2018 18:12:00	Amanda Chelski da Motta	Aceito
Outros	CURRICULO_DAIIS.docx	12/05/2018 18:11:33	Amanda Chelski da Motta	Aceito
Outros	CURRICULO_AMANDA.docx	12/05/2018 18:11:04	Amanda Chelski da Motta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ENTREVISTA.docx	12/05/2018 18:10:35	Amanda Chelski da Motta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_OFICINAS.docx	12/05/2018 18:10:22	Amanda Chelski da Motta	Aceito
Outros	TERMO_RESPONSABILIDADE.pdf	12/05/2018 18:10:05	Amanda Chelski da Motta	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento.pdf	12/05/2018 18:08:42	Amanda Chelski da Motta	Aceito

**Situação do Parecer:**

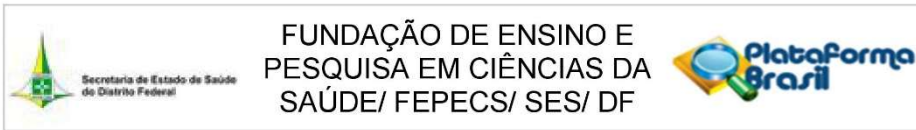
Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.710-904  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3325-4940 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com





FUNDAÇÃO DE ENSINO E  
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA  
SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF

Continuação do Parecer: 2.915.243

BRASILIA, 25 de Setembro de 2018

---

**Assinado por:**  
**DILLIAN ADELAINÉ CESAR DA SILVA**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.710-904  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3325-4940 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com

Página 06 de 06

