



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Alex Simões de Mello

**O agir pedagógico na construção do apoio matricial: caminhos possíveis no
compartilhamento do cuidado**

Rio de Janeiro

2021

Alex Simões de Mello

O agir pedagógico na construção do apoio matricial: caminhos possíveis no compartilhamento do cuidado

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Sonia Acioli de Oliveira

Rio de Janeiro

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB/B

M527 Mello, A. S.
O agir pedagógico na construção do apoio matricial : caminhos possíveis no compartilhamento do cuidado / Alex Simões de Mello. – 2021. 203 f.

Orientadora: Sonia Acioli de Oliveira
Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Atenção primária à saúde - Organização e administração. 2. Relações interprofissionais. 3. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde. 4. Eficiência organizacional. 5. Educação em saúde. 6. Pesquisa qualitativa. I. Acioli, Sonia. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Bibliotecária: Adriana Caamaño CRB7/5235

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta Tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Alex Simões de Mello

**O agir pedagógico na construção do apoio matricial: caminhos possíveis no
compartilhamento do cuidado**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 30 de junho de 2021.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Sonia Acioli de Oliveira (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof.^a Dra. Helena Maria Scherlowski Leal David
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Clarissa Terenzi Seixas
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof.^a Dra. Ana Lúcia Abrahão da Silva
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Pedro José Santos Carneiro Cruz
Universidade Federal da Paraíba

Rio de Janeiro

2021

DEDICATÓRIA

A minha querida mãe,
Que se fez presente em toda a minha formação, incansavelmente.
Esta etapa tem muito de você. Jamais esquecerei de sua luz e força, tão necessárias para que eu chegasse até o fim. Estou pronto e essa conquista é nossa!
Obrigado por todo o aprendizado e dedicação à vida e aos seus filhos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha existência interativa com a sua criação. Pela luz de cada dia. Pela minha capacidade de amar o que vem de Vós.

Aos meus pais, Hernani e Selma, que hoje junto ao Pai Celestial, nos protegem e emanam boas energias para seguirmos a caminhada. Vocês sempre lutaram para que os meus sonhos se concretizassem. Serei eternamente grato pela educação que puderam me oferecer, pois dela pude efetiva-los!

Aos meus irmãos, Ernane e Alessandro, que no encontro das (nossas) diferenças sentimos a necessidade de lutar juntos. Obrigado por todo apoio, respeito e confiança nessa vida!

Ao meu companheiro Go, que sem medir esforços esteve ao meu lado e, desde o início, me apoiou em todos os projetos acadêmicos. Na vida, segurou comigo todas as dificuldades - e olha que não foi fácil! Obrigado por todo seu carinho, amor e respeito comigo e com a minha família. Te amo!

Aos meus familiares, extensão da minha pequena família, que sempre me incentivaram e apoiaram minhas decisões. Obrigado, tia Sônia, tio Zé, meus primos Thiago e Carolina, minhas cunhadas Aline e Michelle, e meus padrinhos Delemir e Nilzomar. E aos meus sobrinhos queridos Felipe, Miguel e Lorenzo, que trazem alegria aos nossos dias, mostrando a força da juventude e a certeza que a vida vale a pena!

À minha amiga e orientadora Sonia Acioli, que juntos nesse percurso tumultuado e cheio de novidades, tivemos histórias parecidas. Para além dos assuntos acadêmicos, soube me apoiar em decisões difíceis e me oferecer todo o suporte possível. Muito obrigado!

À banca avaliadora desta tese, a Prof.^a Dr.^a Helena Maria Scherlowski Leal David, a Prof.^a Dr.^a Clarissa Terenzi Seixas, a Prof.^a Dr.^a Ana Lúcia Abrahão da Silva e ao Prof. Dr. Pedro José Santos Carneiro Cruz - obrigado pelo carinho ao aceitar este desafio e pela dedicação dispensada à apreciação desta produção.

Aos suplentes desta banca avaliadora, Prof. Dr. Ricardo de Mattos Russo Rafael e a Prof.^a Dr.^a Vanessa de Almeida Ferreira Corrêa, os meus agradecimentos pela oportunidade da leitura e contribuições ao meu trabalho.

Aos meus parceiros do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Faculdade de Enfermagem da UERJ, que gentilmente me acolheram e tão logo me apoiaram nessa

empreitada. A vocês toda a minha gratidão e orgulho por fazer parte desse seletor, potente e plural conjunto de enfermeiros-professores!

Aos parceiros do Grupo de Pesquisa Saberes e Práticas em Saúde Coletiva, o meu agradecimento por todo o incentivo, apoio e trocas.

Aos meus companheiros na gestão acadêmica Juliana, Ricardo, Luiza, Fernanda e Leonardo, que muito me apoiaram em um dos momentos em que mais precisei, a finalização desta tese. Obrigado!

As parceiras da Secretaria Municipal de Saúde de Paraíba do Sul – RJ, gestoras no período da pesquisa (2019), Isabel, Grazielle, Lucia, Caroline, Suellen, Leilane e Helena, toda a minha admiração pelo trabalho de vocês, obrigado pela acolhida e apoio! Sem a proximidade dos encontros, nada disso teria o brilho que recebeu.

Aos colaboradores diretos desta pesquisa, trabalhadores da ESF e NASF. Obrigado, guerreiros, pela generosidade em dividir comigo os espaços de trabalho, de luta e reflexões! O SUS é nosso! Gratidão especial a Ana Carla Santos, Ana Paula Santos, Carlos Mendonça, Claudete Santos, Danielle Alberto, Danton Lisboa, Débora Rodrigues, Evandro carvalho, Fernanda Abreu, Gleice Lima, Guilherme Castro, Jorgiane Ribeiro, Letícia Vieira, Lilian Guedes, Liliane Alvin, Luzicácia Santana, Maria Fernanda Rocha, Maria Lucia Pacheco, Michelle Oliveira, Patrícia Rodrigues, Priscilla Freitas, Raquel Rosa, Renata Bernardes, Rita Silva, Roberta Silvério, Rodrigo Souza, Rodrigo Rezende, Rosana Santos, Silmara Soares, Solange Railbold, Tassiana Nascimento, Tatiane Reis, Vandiele Hilário, Vanessa Sant'Anna, Vera Lucia Gouvea, Vitor Gonçalves.

As amigas Isabella Koster e Giselle Marques, muito obrigado pela companhia! O sonho que sonhamos juntos, certamente, tem um sabor bem mais especial.

Aos meus queridos educandos de todos os cantos desse imenso Brasil, vocês fazem parte dessa conquista, muito obrigado!

Mundo Novo

Deus chama a gente pra um momento novo
De caminhar junto com o Seu povo
É hora de transformar o que não dá mais
Sozinho, isolado, ninguém é capaz

Não é possível crer que tudo é fácil
Há muita força que produz a morte
Gerando dor, tristeza e desolação
É necessário unir o cordão

Por isso vem entra na roda com a gente também
Você é muito importante

A força que hoje faz brotar a vida
Habita em nós pela sua graça
É ele quem nos convida pra trabalhar
O amor repartir e as forças juntar

Pr. Ernesto Barros Cardoso

RESUMO

MELLO, A. S. **O agir pedagógico na construção do apoio matricial**: caminhos possíveis no compartilhamento do cuidado. 2021. 203 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

O apoio matricial se configura como uma retaguarda assistencial e pedagógica, de perspectiva interdisciplinar, facilitadora da articulação entre saberes e práticas pela interprofissionalidade, se aproximando dos problemas de saúde e sua complexidade atribuídas ao campo da saúde coletiva. A sua materialização constitui-se como um desafio as equipes da Atenção Básica em Saúde (ABS), sobretudo pela dificuldade em estabelecer níveis colaborativos que promovam, efetivamente, a cogestão do cuidado compartilhado. Defende-se, que o apoio matricial na perspectiva da Educação Popular em Saúde (EPS) pode ser um diferencial nesse processo, transformando os saberes e as práticas dos profissionais de saúde e contribuindo para a qualificação da ABS. Neste sentido, delineou-se como objetivo para este estudo, analisar a dimensão pedagógica do apoio matricial, a partir dos saberes e práticas das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do Município de Paraíba do Sul/ RJ, considerando os princípios da EPS e sua contribuição para a qualificação da ABS. Trata-se, portanto, de uma pesquisa participante, de natureza qualitativa, realizada a partir da realidade vivenciada pelos trabalhadores da ABS. A interação com os trabalhadores ocorreu no período de setembro a dezembro de 2019, com adesão de 32 profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e NASF. A coleta de dados se deu de forma participativa e integrada, por meio de uma entrevista semiestruturada de autoperenchimento, duas oficinas utilizando a técnica de World Café, e pela observação participante do trabalho interativo entre as equipes, pelo apoio matricial. A análise dos dados foi feita a luz da hermenêutica dialética, através da qual foi possível confirmar a tese de que o apoio matricial desenvolvido na perspectiva da EPS transforma saberes e práticas, contribuindo para a qualificação da ABS. Constatou-se que o reconhecimento e a articulação entre os saberes científico e popular precisam estar alinhados com a realidade de vida da população adscrita ao território, como um processo sistêmico, e organicamente complexo, para a concretização do diálogo e do compartilhamento efetivo; Que a dimensão pedagógica do apoio matricial tem a propriedade de um agir pedagógico capaz de transformar os saberes e as práticas profissionais por meio da ação crítica característica da EPS; E que, de fato, as transformações ocorridas em todas as etapas do processo de trabalho no âmbito da ABS, promovidas pela materialização do apoio matricial, contribuem para o aumento da resolutividade, qualificando este nível de atenção no Sistema Único de saúde (SUS). Conclui-se que a EPS apresenta subsídios promissores para a concretização do apoio matricial, apontando o diálogo, o compartilhamento de saberes, a problematização, a empatia e os processos populares e democráticos como caminhos possíveis a cogestão do cuidado.

Palavras-chave: Apoio matricial. Atenção Básica à Saúde. Educação Popular e Saúde. Relações interprofissionais. Agir comunicativo.

ABSTRACT

MELLO, A. S. **The pedagogical action in the construction of matrix support:** possible paths in the sharing of care. 2021. 203 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Matrix support is configured as an assistential and pedagogical backing, with an interdisciplinary perspective, facilitating the articulation between knowledge and practices through interprofessionality, approaching the health problems and their complexity attributed to the field of public health. Its materialization constitutes a challenge for the Primary Health Care (ABS) teams, mainly due to the difficulty in establishing collaborative levels that effectively promote the co-management of shared care. It is argued that matrix support from the perspective of Popular Education in Health (EPS) can be a differential in this process, transforming the knowledge and practices of health professionals and contributing to the qualification of ABS. In this sense, the objective of this study was to analyze the pedagogical dimension of matrix support, based on the knowledge and practices of the teams at the Family Health Support Center (NASF) in the city of Paraíba do Sul / RJ, considering the principles of EPS and its contribution to the qualification of ABS. It is, therefore, a participatory research, of a qualitative nature, carried out based on the reality experienced by ABS workers. The interaction with workers occurred from September to December 2019, with the participation of 32 professionals from the Family Health Strategy (ESF) and NASF teams. Data collection took place in a participatory and integrated way, through a semi-structured self-completed interview, two workshops using the World Café technique, and through the participant observation of the interactive work between the teams, by the matrix support. Data analysis was carried out in the light of dialectical hermeneutics, through which it was possible to confirm the thesis that the matrix support developed from the perspective of EPS transforms knowledge and practices, contributing to the qualification of ABS. It was found that the recognition and articulation between scientific and popular knowledge need to be aligned with the reality of life of the population assigned to the territory, as a systemic, and organically complex process, for the realization of dialogue and effective sharing; That the pedagogical dimension of matrix support has the property of a pedagogical action capable of transforming professional knowledge and practices through the critical action characteristic of EPS; And that, in fact, the changes that occurred in all stages of the work process within the scope of ABS, promoted by the materialization of matrix support, contribute to the increase in resolvability, qualifying this level of care in the Unified Health System (SUS). It is concluded that the EPS presents promising subsidies for the realization of matrix support, pointing to dialogue, knowledge sharing, problematization, empathy and popular and democratic processes as possible ways to co-manage care.

Keywords: Matrix support. Primary Health Care. Popular Education and Health. Inter-professional relationships. Communicative action.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Modalidade de NASF de acordo com a Portaria nº 3.124/2012	35
Quadro 2 -	Compilado das alterações da PNAB 2017 que podem gerar impactos sobre as equipes NASF no desenvolvimento do apoio matricial	41
Figura 1 -	Perspectivas do agir comunicativo orientado para o entendimento mútuo, correlacionado ao agir pedagógico	65
Quadro 3 -	Classificação dos municípios do Estado do Rio de Janeiro com cobertura maior que 80% na ABS	76
Figura 2 -	Fases do estudo pactuado no município de Paraíba do Sul/ RJ	80
Quadro 4 -	Representação dos trabalhadores na pesquisa por categoria profissional	84
Figura 3 -	Síntese sistematizada das etapas da coleta dos dados	86
Figura 4 -	Estrutura da análise hermenêutica dialética	90
Figura 5 -	Processo de construção do conhecimento a partir das relações dialógicas pelo apoio matricial, estabelecidas entre usuário/ família, o território/ RAS, e as equipes da ESF e NASF	139
Figura 6 -	Esquema simplificado sobre a repercussão da pesquisa participante no trabalho das equipes da Atenção Básica de Paraíba do Sul, a luz das experiências dos ACS e profissionais do NASF	155
Quadro 5 -	Formação de categorias empíricas	194

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACE	Agente Comunitário de Endemias
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AD	Atenção Domiciliar
AI5	Ato Institucional nº 5
APS	Atenção Primária à Saúde
CAB	Caderno de Atenção Básica
CEB	Comunidades Eclesiais de Base
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CH	Carga horária
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CnaR	Consultório na Rua
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EdPopSUS	Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
EPS	Educação Popular em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
ENF	Faculdade de Enfermagem
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
MOPS	Movimento Popular de Saúde
MS	Ministério da Saúde
MST	Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PICS	Prática Integrativa e Complementar em Saúde

PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAES	Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEIAS	Território-Escola Integrado de Atenção à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	14
1	REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL	30
1.1	Atenção à Saúde no Brasil: o primeiro nível	30
1.1.1	<u>Atenção Primária ou Atenção Básica à Saúde no Brasil: um debate prudente para além dos aspectos conceituais</u>	30
1.1.2	<u>A Atenção Básica à Saúde como cenário (des)privilegiado para o apoio matricial</u>	34
1.2	O trabalho em equipe como expectativa às práticas colaborativas	43
1.2.1	<u>Interdisciplinaridade, interprofissionalidade e a complexidade do trabalho em equipe</u>	48
1.2.2	<u>Educação Popular em Saúde e as Práticas Colaborativas: algumas aproximações</u>	51
1.3	O agir pedagógico na perspectiva da Educação Popular em Saúde: diálogos possíveis com a teoria do Agir Comunicativo de Jürgen Habermas	56
1.3.1	<u>A genealogia da Educação Popular: um diálogo com o pensamento habermasiano</u>	56
1.3.2	<u>Interfaces do apoio matricial com a Educação Popular em Saúde - o agir pedagógico em perspectivas</u>	63
2	ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA	69
2.1	O referencial teórico e metodológico	69
2.1.1	<u>A pesquisa participante como percurso metodológico</u>	71
2.2	Desenho do estudo	73
2.2.1	<u>Tipo de pesquisa</u>	73
2.2.2	<u>Cenário de pesquisa</u>	73
2.2.3	<u>Agenda conjunta de trabalho</u>	79
2.2.4	<u>Sujeitos da Pesquisa</u>	82
2.2.5	<u>Coleta dos dados</u>	83
2.2.6	<u>Análise dos Dados</u>	88
2.2.7	<u>Cuidados éticos</u>	92

3	CONTEXTUALIZADO O CAMPO DA PESQUISA: ENCONTRO DAS DIFERENÇAS EM UMA EXPERIÊNCIA DE APOIO MATRICIAL	94
3.1	O apoio matricial pelas equipes NASF no município de Paraíba do Sul/RJ	94
3.2	Potencialidades e dificuldades nas práticas do apoio matricial	106
4	SABERES E PRÁTICAS DO APOIO MATRICIAL NA ATENÇÃO BÁSICA – UMA REALIDADE INACABADA	120
5	O AGIR PEDAGÓGICO COMO AGENTE TRANSFORMADOR DA PRÁTICA PROFISSIONAL	134
5.1	Caminhos possíveis na articulação entre a Educação Popular em Saúde e o apoio matricial	141
6	CONTRIBUIÇÕES DO APOIO MATRICIAL NA PERSPECTIVA DA EPS PARA A QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA	149
	CONCLUSÃO	159
	REFERÊNCIAS	166
	APÊNDICE A - Roteiro de entrevista semiestruturada	188
	APÊNDICE B - Roteiros das oficinas 1 e 2	190
	APÊNDICE C - Roteiro simplificado – observação participante	191
	APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	192
	APÊNDICE E - Formação de categorias empíricas	194
	APÊNDICE F - Proposta de Oficina “Diálogos com Agentes Comunitários de Saúde: (re)visitando o processo de trabalho na ABS”	197
	ANEXO - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	200

INTRODUÇÃO

Este estudo se propôs a analisar a dimensão pedagógica do apoio matricial a partir dos saberes e das práticas desenvolvidas pelas equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), tendo como pano de fundo os princípios da Educação Popular em Saúde (EPS) e sua contribuição para a qualificação da Atenção Básica à Saúde (ABS).

Cabe de antemão esclarecer que, apesar da alteração no nome para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), ocorrida em 2017 com a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), foi usado nessa pesquisa o termo original “NASF” por apropriação e conveniência (BRASIL, 2017). A opção pelo termo anterior se justifica pelo enfraquecimento da proposta matricial atrelada à reedição da PNAB, cujas mudanças propostas para a ABS foram além do alvo de atuação, impactando no redimensionamento das equipes. Neste sentido, o novo termo e significado não agregaram valor e interesse ao estudo.

Esta mudança no posicionamento político sobre a Atenção Básica descaracterizou parte do que havia sido consolidado como herança da luta e das construções advindas da reforma sanitária, expondo de maneira ainda confusa, à época, o que posteriormente se revelou em um plano de desvitalização das bases do Sistema Único de Saúde (SUS). Deste modo, estabeleceu-se um movimento de esvaziamento da proposta de trabalho das equipes, atribuiu-se significativo desmerecimento a atuação nos territórios, bem como o seu abafamento na articulação com as equipes de referência, base do trabalho colaborativo, e diretamente relacionado ao apoio matricial (MELO; MIRANDA, 2018; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Contudo, sob a mesma estrutura conceitual, adotou-se por opção do pesquisador o termo ABS, ao invés de Atenção Primária à Saúde (APS)¹, como tem sido reconhecido internacionalmente o primeiro nível de atenção à saúde em um sistema hierarquizado. Para além da padronização em todo o corpo textual, facilitando a compreensão e o diálogo com o termo adotado pela PNAB e documentos correlatos, as diretrizes apontadas para o seu escopo de atuação no SUS em relação a outros sistemas universais, favorecem as discussões, alvo das especificidades discutidas por este estudo.

¹ Essa abordagem será discutida no capítulo 1.

A aproximação da temática do apoio matricial com a vida profissional do pesquisador se inicia na formação acadêmica, pela perspectiva do compartilhamento de saberes e práticas, implicando em um importante papel transformador. Buscava-se um lugar no campo da saúde que alinhavasse os conhecimentos apreendidos durante o percurso da Graduação em Enfermagem, mas que, isoladamente, não traria respostas ou não parecia dar conta de um cuidado integral, holístico e humanizado, como foi apresentada a prática profissional. Predominavam-se um acumulado de saberes técnicos e instrumentais que serviam, pontualmente, à operacionalização de alguns procedimentos nos planos de cuidados.

Projetos de pesquisa e extensão de caráter interdisciplinar, oferecidos fora da Escola de Enfermagem, passaram a ser os espaços preferidos de trocas e busca por outros olhares sobre a saúde. Novos contornos à prática da enfermagem se agregaram, extrapolando os limites do fazer técnico, restrito a profissão, e abrindo possibilidades as construções do cuidado conjunto com acadêmicos de diferentes cursos e áreas de conhecimento. E, nesse percurso, a Saúde Coletiva se aproximou como um campo de (re)significação dos saberes, que a partir da práxis identificou-se como um nicho capaz de oferecer respostas as inquietações latentes. Nesse contexto, ampliaram-se as perspectivas sobre uma formação mais interessante, robusta e promissora.

Como enfermeiro, os desafios enfrentados pelo cotidiano profissional levaram a reflexões sobre as contradições do agir, quando as formas de viver e adoecer nos territórios e coletividades vinculados a Estratégia Saúde da Família (ESF) não se relacionavam como deveriam com a oferta de cuidados. A prática profissional do recém-formado, carregada de sonhos, desejos, entusiasmo e, ao mesmo tempo, medo e insegurança, foi tomada pelo tecnicismo e focada na eliminação do adoecimento biológico, apenas, em detrimento dos fatores associados a tais fenômenos. Apesar de todo investimento interdisciplinar na formação, a integração dos saberes no âmbito do trabalho em saúde, sobretudo aqueles procedentes dos usuários, família e comunidades e a partilha dos cuidados com outros profissionais e serviços, nem sempre era possível. O serviço caminhava em direção contrária às práticas integrais e reproduzia-se, à época, um modelo fabril de cuidado à saúde.

A estranheza na realização de um cuidado vazio e limitado, no qual por vezes faltavam ferramentas para integrar outros saberes às práticas profissionais, a despeito de toda vontade e inclinação para a mudança, foi o ponto que impulsionou ao investimento no Curso de Especialização em Enfermagem em Promoção da Saúde. Parecia que a

experiência da interdisciplinaridade vivenciada na graduação não era o bastante para atender as necessidades profissionais na articulação do cuidado integral. Reconhecia-se a conveniência da aproximação de outros saberes e práticas, mas carecia de estratégias de busca e agregação desses conhecimentos, transformando o fazer e o agir fragmentado.

Na permanente busca pelo compartilhamento de saberes, surgia a oportunidade da docência, que por outra vertente, seria possível se aproximar de diferentes formas de conhecimento. O processo de ensino e aprendizado desenvolvido durante o período de atuação no Curso de Especialização em Enfermagem em Saúde da Família foi capaz de despertar, com mais intensidade, outro viés da profissão. Foi uma longa jornada dedicada ao ensino, concomitante a assistência. E nesse bojo, veio o mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente, como uma área ainda fragilizada no conjunto de saberes, que a época representou um importante passo no aprofundamento temático, como forma de ampliar a capacidade do pensar e agir profissional.

Os horizontes se expandiram e o pensamento crítico sobre o agir integral ainda causava desconforto. O conhecimento de outras formas de cuidar foi apresentado para além das práticas tradicionais. A associação de técnicas orientais milenares de relaxamento e bem-estar trouxe a experiência do cuidado holístico, a princípio como paciente, mostrando-se potente e possível de ser agregada à enfermagem no âmbito da Saúde Coletiva. O interesse espontâneo e rápido por outras racionalidades do cuidado (LUZ, 2005), hoje reconhecidas como Práticas Integrativas e Complementares na Saúde (PICS), foram se aproximando da prática profissional cotidiana, e novos investimentos foram feitos, com a iniciação em Reiki, Florais de Bach, Shantala, Medicina Tradicional Chinesa, Acupuntura e Radiônica.

Os modos de olhar a produção da saúde passaram a não ter mais o mesmo sentido, apesar das práticas se manterem, a sua aplicabilidade ganhava outro contorno e se aproximava da efetivação de um cuidado integral. A incorporação das PICS no cotidiano do trabalho na ESF reforçou a ideia da integralidade, ressignificando o cuidado, reconduzindo as práticas habituais e agregando saberes advindos de diferentes origens pela valorização do encontro entre culturas. O acompanhamento gradativo dessa transformação no campo ideológico e operacional na trajetória profissional da saúde foi considerado pelo pesquisador como parte importante na proposição desse estudo, bem como na configuração da tese, partindo do princípio que o compartilhamento de saberes e práticas, mediados pelo diálogo, modificam o pensar e o agir dos trabalhadores.

Em oportunidade profissional posterior, como gerente de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), atuando sob o modelo da gestão participativa, foi possível contribuir na construção de um Território-Escola Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS), como proposta alinhada as Redes de Atenção à Saúde (RAS), combinando modelos ampliados de cuidado (MENDES, 2011). Ainda, junto ao colegiado gestor do TEIAS, como marco da integração das políticas públicas de saúde com a participação cidadã daquele território, implementou-se um Conselho Gestor Intersetorial, uma equipe NASF, uma equipe do Consultório na Rua (CnaR) e outra de Atenção domiciliar (AD), para articularem com as equipes da ESF existentes.

Essa experiência na gestão da ABS possibilitou contribuir para a elaboração e atuação no Curso de Aperfeiçoamento em Apoio Matricial na Atenção Básica, com ênfase nos NASF, oferecido pelo Ministério da Saúde em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/ FIOCRUZ), como estratégia pioneira de qualificação da ABS em âmbito nacional (MELO, 2016). Até então, tal Curso ofertou três edições nacionais, e, cada qual oportunizou o ingresso de até 2000 profissionais de saúde da ABS.

A partir de 2015, no exercício da docência pela Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (ENF/ UERJ), as chances de desenvolver atividades que envolvessem o apoio matricial têm sido oportunizadas junto aos estudantes de graduação durante os estágios curriculares na rede de serviços de saúde, bem como a aproximação deste dispositivo nas discussões da EPS, em atividades extensionistas. O ensino prático da enfermagem tem sido desenvolvido na rede básica municipal, junto a ESF, estruturado pelo trabalho colaborativo em equipe. Essa experiência tem se intensificado com a participação no grupo de pesquisa *Saberes e Práticas em Enfermagem e Saúde Coletiva*, que se aproxima, em uma de suas linhas, de estudos sobre os aspectos políticos-metodológicos no campo da EPS.

O apoio matricial ou matriciamento, como tem sido chamado por trabalhadores da saúde, tem sido reconhecido por estudiosos na área como dispositivo metodológico e arranjo organizacional, ao mesmo tempo, dada sua característica indutora de melhores resultados da assistência no âmbito da ABS. Como prática que utiliza o compartilhamento do cuidado entre profissionais e serviços, busca a integralidade da atenção, a desfragmentação da assistência e o aumento de respostas às necessidades de saúde da população (CAMPOS, 1999; 2017; MELO; MIRANDA, 2018).

De forma genérica, o matriciamento se apresenta como apoio especializado, oferecido como suporte a equipes e profissionais que estão em linha de frente, nos territórios de saúde. Usado na reorganização do processo de trabalho por meio de uma matriz estrutural na resolução de problemas, busca expandir as formas de olhar para o processo, mesclando saberes e práticas especializadas ou não especializadas, científicas ou populares. O matriciamento procura estabelecer formas dialógicas e horizontalizadas de atuação, instrumentalizando em via de mão dupla, as equipes de referência e de apoio, cada qual sob o aspecto que couber no processo. Esta é uma estrutura que reconstitui a equipe de saúde, de forma a transformar o poder tomado pela lógica da especialização, fragmentada e individual, em uma gestão interdisciplinar, oportunizando arranjos de cuidado mais próximos da integralidade (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Compartilhar o campo de intervenção é um dos desafios da interdisciplinaridade na materialização do matriciamento, cujo propósito está na construção permanente induzida pela equipe de referência ao coletivo de profissionais da rede assistencial. De certo modo, precisa-se compreender que, frequentemente, o somatório de olhares e ações sobre o caso-problema não garante a integralidade, bem como possa favorecer a baixa resolutividade, caso não haja um movimento de interrelação entre eles.

A verticalização do processo, muitas vezes pautada na hegemonia profissional caracterizada pelo saber médico, também não tem oferecido boas respostas, distanciando-se de uma perspectiva mais integral e integrada às reais necessidades dos usuários (CAMPOS, 1999). Há de se considerar as diferentes dimensões na produção social da saúde, que vão além da concepção biológica e do uso de esquemas epidemiológicos, que possa construir espaços de cuidados horizontalizados, que leve em consideração o contexto social e as histórias de vida e adoecimento, numa contingência individual e coletiva (ROCHA; DAVID, 2015).

Para termos esta organização no cotidiano do trabalho em saúde, é importante elucidar que a cultura e a subjetividade dos profissionais formam o contexto socioeconômico dos espaços institucionais. Desta maneira, torna-se um grande desafio reconhecer que o processo de transformação pode implicar em mudanças profundas na organização e funcionamento dos serviços, apontando dificuldades e barreiras para a reorganização do processo de trabalho (CAMPOS, 1999).

Reconfigurar o trabalho na ABS, a partir do apoio matricial, parece desafiador à medida que se abre a possibilidade de qualificar a comunicação dialógica entre os diferentes núcleos de saberes, em um processo não hierarquizado e próximo das

necessidades contingenciadas. Esse modo de operacionalizar a gestão do cuidado caminha na direção contrária aos modos de produção de cuidado pautados, unicamente, no paradigma biomédico.

O apoio matricial procura ir ao encontro da desintegração do cuidado e se aproxima das dificuldades de promover um diálogo estável e determinante, que essencialmente precisa envolver diferentes profissionais de saúde e usuários, na busca por respostas para os problemas enfrentados. Há distinção de falas e entendimentos na relação dialógica entre profissionais/ mediadores e a população. Nesse sentido, Valla (2014) nos aponta que na expressão de cada interlocutor, quase que inevitavelmente, é percebida sua visão de mundo, seus modos de compreender e agir, mostrando que os profissionais e a população não vivenciam as mesmas experiências de maneira semelhante.

A múltipla interpretação aos problemas trazidos pelos usuários, partindo do *modus operandi* do matriciamento, requer uma complexa rede dialética, designada por uma organização que permita explorar as possibilidades terapêuticas em variadas dimensões do cuidado e núcleos de saberes. Acordos e decisões são tomados, muitas vezes, sem a devida participação de quem buscou a ajuda, direcionando o foco decisório em apenas um lado do processo dialógico, descaracterizando a proposta matricial. Nesse contexto, há nítida parcialidade, dominância de saberes e práticas descontextualizadas.

A retaguarda especializada proposta pelo NASF, como equipe que promove o apoio matricial na Atenção Básica, desenvolve suas práticas a partir das dimensões assistencial e técnico-pedagógica, tendo papel fundamental no enfrentamento da realidade complexa, proveniente das mais variadas formas de produção da saúde. O matriciamento deve acontecer por meio de suporte as situações com dificuldades de compreensão ou análise, buscando tornar as equipes apoiadas autônomas, tanto pela troca de conhecimentos, quanto pela oferta de ações adicionais e complementares as das equipes. Este movimento garante a ampliação do escopo e da abrangência da ABS (MELO; MIRANDA, 2018).

Com esta estrutura, o apoio matricial busca aperfeiçoar os espaços de troca de experiências e promover a Educação Permanente em Saúde. Esse processo, ao ocorrer, movido pelo compartilhamento de saberes, constrói caminhos alternativos de busca dos conhecimentos, amplia a capacidade de atendimento, e fortalece os vínculos profissionais nas equipes e com os usuários. Assim, é tangível reconhecer que o apoio matricial também privilegia as práticas pedagógicas pela educação permanente, que se desdobram em um processo de ensino e aprendizagem contextualizados, focado nas reais

necessidades, tanto dos diferentes profissionais e equipes quanto de usuários, famílias e comunidade (BALLARIN; BLANES; FERIGATO, 2012).

A possibilidade de manter trocas efetivas, subsidiadas por um diálogo emancipatório, autônomo e potencializador de práticas de cuidado mais amplas e alinhadas ao cotidiano do cuidado se aproximam dos princípios da EPS (FREIRE, 1987; FREIRE; NOGUEIRA, 1993). Sua força transformadora pode aprimorar as habilidades dos diferentes profissionais e equipes envolvidas, permitir acesso a outras informações e vislumbrar novas dimensões sobre as necessidades de saúde, propiciar a criação e uso de novas estratégias de intervenção, fortalecendo a interdisciplinaridade e a integralidade da atenção (BALLARIN; BLANES; FERIGATO, 2012).

O apoio matricial, configurado na perspectiva interdisciplinar, e desenvolvido no âmbito da interprofissionalidade, se aproxima dos problemas de saúde escalonados dentro da complexidade atribuída ao campo da saúde coletiva e, portanto, se depara com o desafio da sua concretização. A dificuldade em estabelecer o apoio matricial na prática, pode estar associada ao baixo nível da colaboração, quando o apoio matricial se caracteriza neste viés, sem aproximação entre as equipes. Em termos efetivos, assumir as dificuldades em conduzir uma dada situação é uma demanda para o trabalho colaborativo, tornando viável a prática matricial (MELO; MIRANDA, 2018).

Manifestar a necessidade de outras perspectivas da atenção à saúde, em caráter complementar e de esclarecimento sobre algum ponto gerador de conflito, como é feito pelas equipes de referência, pode ser um facilitador ao processo de compartilhamento (CAMPOS, 1998; CAMPOS; DOMITTI, 2007). Do mesmo modo, que para dar atenção a tais necessidades como oferta colaborativa, precisa-se de certo grau de aproximação das dimensões que caracterizam os problemas enfrentados na ofertar de apoio, em referência as equipes de matriciamento. Esta oferta terá maior nível de colaboração se ambos os lados tiverem vivido a necessidade e o reconhecimento da insuficiência de determinados saberes e conhecimentos na condução de suas práticas (MELO; MIRANDA, 2018; SEIXAS et al., 2019). De certo modo, esse processo estimulador do pensamento crítico, ativado pela dimensão pedagógica do apoio matricial, conduz a uma práxis transformadora e libertadora das amarras do pensamento biomédico (FREIRE, 1987).

Outro aspecto desafiador ao matriciamento, ainda relacionado à consolidação do diálogo, pode estar associado a pouca autonomia na participação popular. Por mais que a proposta do cuidado compartilhado seja participativa, a equipe pode não incorporar a participação da população no processo de cuidado, tanto quanto a população delegar aos

profissionais da saúde ou facilitadores institucionais a tomada de decisão, o que não significa sua falta de autonomia, partindo da ideia que o saber de referência provém do profissional (VALLA, 2014). Esses desafios margeiam as discussões sobre a EPS, que se estabelece como campo teórico e metodológico, percorrendo a luta por uma democracia ainda mais participativa, garantidora de acesso às ações de saúde, ofertadas de forma humanizada pelo SUS (BONETTI; CHAGAS; SIQUEIRA, 2014).

O movimento histórico da EPS resgata a luta pelo rompimento do autoritarismo e normatização das relações estabelecidas entre os serviços de saúde e a população. Traz ainda, a valorização da diversidade e heterogeneidade dos grupos sociais e sua intercomunicação, o compromisso com as classes subalternas, o protagonismo dos educandos e o diálogo orgânico entre o saber popular e o saber científico (CRUZ et al., 2020; VASCONCELOS, 2008).

Neste sentido, olhar para o apoio matricial à luz dos princípios da EPS é garantir o permanente diálogo entre os saberes, dinamizando a visão crítica e problematizadora, capaz de transformar as práticas. É construir estratégias que facilitem o compartilhamento do conhecimento, geradoras de atitudes e ações emancipadas e autônomas, comprometidas com a construção de projetos democráticos e populares. É apoiar o protagonismo dos sujeitos que buscam respostas para seus problemas, depositando toda confiança nas mãos dos profissionais de saúde (BRASIL, 2013; FREIRE, 1987; 1996; FREIRE; NOGUEIRA, 1993).

De forma institucionalizada, a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS), publicada em 2013, reforça o compromisso com o SUS, no tocante a universalidade, a equidade, a integralidade e a participação popular mais efetiva. Foi conquistada pelo adensamento dos movimentos de luta e manifestações provocadas pelos coletivos nacionais da EPS, se posicionando como uma prática político-pedagógica transversal, impulsionada pelo diálogo entre a diversidade de saberes, na valorização dos saberes populares, da ancestralidade, do incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos (BRASIL, 2013).

A PNEPS traz como princípios orientadores: a) o diálogo - reconhecido pela intersubjetividade do encontro de saberes construídos histórica e culturalmente por sujeitos, de forma respeitosa, servindo para ampliar o conhecimento crítico sobre a realidade, colaborando com os processos de transformação e humanização; b) a amorosidade – se refere a ampliação do diálogo nas relações de cuidado e educação, aliando as trocas emocionais e da sensibilidade, por meio de conhecimentos e

argumentações logicamente organizadas; c) a problematização – envolve a relação dialógica na construção de práticas em saúde, a partir da análise crítica da realidade; d) a construção compartilhada do conhecimento - processos comunicacionais e pedagógicos que busca compreender e transformar de modo coletivo as ações de saúde desde suas dimensões teóricas, políticas e práticas; e) a emancipação - processo coletivo e compartilhado, conquistado pela superação e a libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência, facilitadores da desumanização e determinação social do adoecimento; e f) o compromisso com a construção do projeto democrático e popular – trata-se da reafirmação do compromisso com a construção de uma sociedade justa, solidária, democrática, igualitária, soberana e culturalmente diversa, construída por meio das lutas sociais e da garantia do direito universal à saúde, protagonizada pelos sujeitos, grupos e movimentos populares. Esses princípios se alinham aos desafios levantados aqui, como limites ao fortalecimento da ABS e, conseqüentemente, da consolidação do apoio matricial no SUS.

Desse modo, a EPS vem sendo experienciada como uma potente ferramenta de fortalecimento das práticas do apoio matricial nos territórios onde as fragilidades do SUS têm apontado maiores dificuldades em lidar com as desigualdades sociais e os processos democráticos de participação popular. Nessa perspectiva, a EPS com atitudes acolhedoras e propositora da autonomia se aproxima pela importante contribuição na formação profissional, na atuação colaborativa do trabalho em equipe e na corresponsabilização dos sujeitos do cuidado ao processo integral de atenção à saúde, sobretudo referente as questões sociais, imbricados na defesa da vida e dos direitos conquistados, democraticamente. Esse movimento pode influenciar diretamente na diminuição das injustiças sociais, no processo de transformação do cuidado e de emancipação desse grupo de pessoas envolvidas, usuários, profissionais e gestores (LIMA et al., 2020; OLIVEIRA; CAMPOS, 2017; OLIVEIRA JR. et al., 2020).

Frente a esse panorama de provocações e fragilidades, destacam-se algumas questões inquietantes nessa discussão: Como se dá a produção do cuidado compartilhado na ABS? Que saberes e práticas têm sido compartilhados como proposta matricial? Como tem se dado a relação entre os profissionais e os usuários na construção do apoio matricial? A Educação Popular em Saúde poderia contribuir no compartilhamento dos saberes e práticas estruturantes do apoio matricial na ABS?

A partir desta reflexão, portanto, recorta-se como objeto deste estudo o compartilhamento dos saberes e práticas voltados ao agir pedagógico na produção do apoio matricial pelas equipes NASF na perspectiva da Educação Popular em Saúde.

Justificativa

O sistema de saúde brasileiro, apesar de admirável em sua formulação, abrangência e acesso à população como um sistema efetivamente universal, tem sido atacado vorazmente em decorrência da crise do capitalismo e de sua exacerbação em uma vertente liberal selvagem. Frentes neoliberais têm provocado o enfraquecimento do SUS com estratégias rudimentares, mostrando que o Brasil não tem condições de manter tal sistema, numa lógica de mercado pautada na relação custo-benefício. Nessa perspectiva, a ABS tem sido alvo de inúmeras transformações, que em seu percurso histórico, partindo desde a VIII Conferência Nacional de Saúde, tem passado por momentos significativos, que ora se caracterizam como mudanças fortalecedoras, como no período entre 1990 e 2013, e ora sob a forma de ataques e desmontes a partir desse recorte, como tem sido observado com as modificações nas políticas da Atenção Básica e Saúde Mental, por exemplo. Tais reviravoltas interferem diretamente na organização do trabalho e na resolutividade da atenção à saúde (BARBOSA, 2018; FIGUEIREDO, 2014; PANIZZI, 2015; PATROCÍNIO; MACHADO; FAUSTO, 2015).

Durante o governo federal regido pelo Partido dos Trabalhadores, entre os anos de 2003-2014, houve grande crescimento e estruturação da ABS, dada principalmente pela expansão da ESF, que servia como base ordenadora do sistema e detinha a porta de entrada preferencial, estabelecendo uma comunicação promissora entre os pontos de apoio na RAS. Dessa forma, o trabalho na ABS partia de princípios orientadores pautados nos atributos internacionais destinados a este nível, como a atenção ao primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação da atenção (MALTA et al., 2016; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Nessa época, o NASF surge com o propósito de qualificar e ampliar a resolutividade da ABS, se estabelecendo como retaguarda especializada às equipes da ESF. Quanto a isso, os estudos de Barbosa (2018), Barros et al. (2015), Klein, Pires e D'Oliveira (2017), e Patrocínio, Machado e Fausto (2015), demonstram que as diretrizes

de implantação não foram suficientes para garantir e resguardar práticas de apoio matricial que, efetivamente, promovessem a mediação entre as equipes apoiadoras e as de referência. Alguns aspectos precisavam ser revistos, em especial os conflitos existentes na relação entre a prescrição do trabalho e o que é realizado na prática. A implantação dessas equipes, sem a contextualização junto a ESF pode criar alguns contrassensos, que vão de exigências desmedidas a diferenças significativas na priorização de ações, refletindo diretamente na fragmentação do processo de trabalho (SOUZA; MEDINA, 2018).

No entanto, foi possível constatar que a implantação dos NASF se deu de forma desigual, tanto do ponto de vista estrutural, perpassando pela operacionalização do apoio matricial versus a atenção especializada, quanto na efetivação das diretrizes nacionais, com pouca clareza sobre a proposta (FIGUEIREDO, 2014; LIMA, 2016; MELO et al., 2018; NORDI, 2015; OLIVEIRA, 2015; PATROCÍNIO; MACHADO; FAUSTO, 2015; SOUZA; MEDINA, 2018). Os estudos apontam para a falta de planejamento e diálogo entre as equipes, a gestão e a rede de assistência à saúde, consequência direta da ausência ou incipiência de processos de educação permanente dos profissionais (AZEVEDO et al., 2014; BISPO JR.; MOREIRA, 2017; BRAGHIN; FERRETI; FERRAZ, 2017; FERREIRA et al., 2016; LIMA, 2016; LIMA; FALCÃO, 2014; SILVA, 2018; SOUZA; MEDINA, 2018). Ao mesmo tempo, há aqueles que reconhecem a proposta do apoio matricial no trabalho do NASF (ACIOLE; OLIVEIRA, 2017; DIAS, 2016; FIGUEIREDO, 2014; VALÊNCIO, 2018), tanto quanto a identificação de uma estratégia promissora para o fortalecimento da ABS no sistema de saúde (BARBOSA, 2018; FIGUEIREDO, 2014; PANIZZI, 2015).

Esse panorama corrobora com os desafios apontados por Melo e Miranda (2018) a respeito da fragmentação dos saberes e das práticas que compõem a atenção a saúde na ABS, mediada pelo apoio matricial. Os limites e as potencialidades da retaguarda especializada trazida pelo matriciamento se esvaem, à medida que sua implantação não cumpriu as etapas necessárias de fortalecimento das bases de sustentação do SUS. O apoio matricial se torna frágil e vulnerável ao passo que não se tenha a garantia de uma equipe de referência que se aproprie do seu território de abrangência, bem como uma equipe NASF sintonizada com as suas referências e a rede de serviços (BISPO JR.; MOREIRA, 2017; MOURA; LUZIO, 2014; NASCIMENTO, 2014; PATROCÍNIO; MACHADO; FAUSTO, 2015; SAMPAIO et al., 2015;). Transformações no processo de

trabalho podem vir a depender de mudanças de atitudes e aproximações com outros conhecimentos (PANIZZI, 2015).

Com a última versão da PNAB, a abrangência de atuação do NASF se expande e aumenta o desafio, onde desta vez, não mais a ESF tem a legitimidade exclusiva de representar a ABS como porta de entrada prioritária, como designada em versões anteriores desta política. Instaura-se a possibilidade, a cargo da gestão municipal, de promover diferentes arranjos de equipes para a Atenção Básica, com limites imprecisos de população adscrita e composição profissional, a serem matriciadas pelo então reconhecido Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), agora extensivo a todos os formatos de equipes da ABS (MELO; MIRANDA, 2018; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Mudanças como essa, nos modos de produção do cuidado, estabelecem reconfigurações no processo de trabalho, suscitam novos desafios e cobranças aos trabalhadores, podendo afetar suas formas de pensar e agir, desempenhadas no cotidiano do trabalho em saúde (BARBOSA, 2018; BARROS et al., 2015; BRAGHINI; FERRETTI; FERRAZ, 2017; DIAS, 2016; FERREIRA et al., 2016; KLEIN; PIRES; D'OLIVEIR, 2015; PANIZZI, 2015; SANTOS, 2015; VALÊNCIO, 2018). Nesse viés, o estudo de Volponi, Garanhani e Carvalho (2015) demonstrou que o NASF, quando assumido como uma proposta inovadora, tem a potência inventiva de novas práticas, articulando a efetivação das mudanças no trabalho em saúde, por meio do compartilhamento e apoio às práticas do cuidado. Para tal, torna-se necessário o alinhamento às diretrizes do trabalho interdisciplinar e intersetorial; a educação permanente e Educação Popular em Saúde; a territorialização; a integralidade; o controle social; a promoção da saúde; a humanização (CELA; OLIVEIRA, 2015; FERRO et al., 2014; FITTIPALDI; BARROS; ROMANO, 2017; KLEIN; PIRES; D'OLIVEIR, 2017; MOURA; LUZIO, 2014; PANIZZI, 2015; REIS et al., 2016; SANTOS; UCHÔA-FIGUEIREDO; LIMA, 2017; SANTOS, 2018).

De acordo com os resultados encontrados nos estudos de Oliveira (2015), Panizzi (2015), Santos (2018), Santos et al. (2015), Santos et al. (2017), e Volponi, Garanhani e Carvalho (2015), o trabalho do NASF teve impacto positivo na percepção dos gestores sobre a produção do cuidado, passando a considerar os trabalhadores como sujeitos autônomos e protagonistas, coparticipes na gestão democrática. Para além da ampliação do olhar sobre o cuidado, produziu-se o aumento no *menu* de ofertas na assistência, uma inclinação em direção a integralidade do cuidado, e o acréscimo nas ações de promoção

da saúde. Enfim, o NASF promoveu transformações permanentes, que não deixaram de envolver disputas e necessidades, sob o crivo do trabalho colaborativo.

O aspecto colaborativo na construção do cuidado compartilhado, envolvendo o diálogo permanente e a aproximação entre equipes de referência e o NASF, ainda são pontos frágeis. A ausência desse aspecto traz ruídos na comunicação e prejudica a concretização do apoio matricial, fortalecendo o modelo biomédico de assistência (BARBOSA, 2018; BARROS et al., 2015; BISPO JR.; MOREIRA, 2017; BRITO, 2015; CELA; OLIVEIRA, 2015; DIAS, 2016; FERRO et al., 2014; FIGUEIREDO, 2014; FURTADO; KNUTH, 2015; KLEIN; PIRES; D'OLIVEIR, 2017; MARTINEZ; SILVA; SILVA, 2016; NORDI, 2015; PANIZZI, 2015; SAMPAIO et al., 2015; SANTOS, 2015; REIS et al., 2016; SANTOS; UCHÔA-FIGUEIREDO; LIMA, 2017; SILVA, 2018; SOUZA, 2017; SOUZA; MEDINA, 2018;).

A esse respeito, cabe destacar uma reflexão sobre os modos de ofertar o cuidado apresentada em uma pesquisa com profissionais de ambas as equipes, desenvolvida por Santos, Uchôa-Figueiredo e Lima (2017). Para além dos distintos pontos de vista na proposição do cuidado por essas equipes, o que na perspectiva do matriciamento é bastante relevante, há uma discrepância significativa no formato com que os atendimentos acontecem. Os atendimentos médicos, ainda permanecem individualizados, e aqueles realizados por não médicos, tendem ao caráter grupal. O trabalho interdisciplinar, como atributo principal do matriciamento, não apareceu como elemento estruturante na relação entre as equipes de referência e o NASF, nessa pesquisa. Há pouca autonomia profissional, com falta de flexibilidade nas agendas para as discussões de caso, por parte dos médicos e enfermeiros da ESF, limitando sua condução apenas aos espaços das reuniões de equipes. Também foi percebida a ausência de resposta pelos profissionais da ESF sobre a possibilidade de encontros por necessidades, enquanto os profissionais da equipe NASF afirmaram haver tal oportunidade. Isso demonstra a não articulação esperada na materialização do apoio matricial (SOUZA; MEDINA, 2018).

Contudo, a possível contribuição da EPS na efetivação do apoio matricial, inicialmente, pode estar no reconhecimento de uma proposta pedagógica que seja capaz de estimular a participação crítica dos atores envolvidos no processo de cuidado compartilhado, e que venha a (re)construir matrizes operacionais possíveis e contextualizadas, apoiadas no diálogo e na emancipação dos sujeitos coletivos na busca de maior resolutividade dos cuidados em resistência ao modelo hegemônico (CRUZ et al. 2020; MELLO; SANTOS; OLIVEIRA, 2020; MENDONÇA, 2016).

Na ABS, a discussão sobre o apoio matricial se torna fundamentalmente relevante, à medida que analisamos o desafio de aumentar a resolutividade e qualificar a gestão do cuidado, que precisa ser compartilhado com todos os pontos de apoio necessários à longitudinalidade do processo terapêutico, na busca por melhores resultados com as RAS. O diálogo entre os pontos de apoio tem sido um grande desafio. No caso do NASF, as peculiaridades de cada profissional que compõe a equipe e seus núcleos de saberes precisam se articular em torno de um mesmo objeto constituinte do campo, a saúde coletiva (OLIVEIRA, 2010). O diálogo crítico e emancipatório precisa ser igualmente resolutivo na conformação das relações de cuidado, para além dos processos terapêuticos, como se propõe a dimensão técnico-pedagógica do apoio matricial.

A complexidade das práticas atribuídas a ABS frente às demandas dos territórios vivos trazem ao NASF uma dinamicidade peculiar deste nível de atenção. Nos estudos de Azevedo et al. (2014), Bispo Jr. e Moreira (2017), Braghini, Ferretti e Ferraz (2017), Cela e Oliveira (2015), Ferreira et al. (2016), Kanno, Bellodi e Tess (2012), Lima (2016), Lima e Falcão (2014), Onocko-Campos, Campos e Ferrer (2012) e Silva (2018), foram evidenciados que os profissionais especialistas em sua formação básica não acompanham e não estão preparados, tecnicamente, para responderem, com algum grau de resolutividade satisfatória, gerando frustrações e baixa resolutividade. Mendes (2011) e Pinto et al. (2012) acrescentam que, apesar das distorções na formação para atuar na ABS, as RAS precisam ser identificadas, acionadas e compartilhadas, necessariamente, para garantir melhores níveis de respostas às demandas.

Conhecer a forma como se operacionaliza o apoio matricial pelo NASF e construir dispositivos para o enfrentamento das dificuldades, a partir dos próprios envolvidos nas equipes, pode ser uma forma de contribuir para a efetivação das políticas de saúde que buscam a ampliação das respostas, de forma articulada com as RAS. A legitimação das necessidades de conhecimentos e práticas levantadas pelos próprios apoiadores NASF podem ser a força motriz para o desenvolvimento de novas habilidades no encontro com as fragilidades do território (SOUZA; MEDINA, 2018).

Portanto, a prática do apoiador matricial se estabelece na possibilidade de partilhar os saberes e as dificuldades, estabelecer vínculos institucionais e comunitários e viver as tensões da ABS, poder planejar, reorganizar, coordenar, contratar e construir atividades junto às equipes de referência, no intuito de estabelecer um processo permanente de formação dos profissionais envolvidos, ao mesmo tempo em que se amplia a qualidade de respostas (OLIVEIRA, 2010). No entanto, nos estudos de Bispo Jr. e Moreira (2017),

Cela e Oliveira (2015), Santos (2015) e Silva (2018), as fragilidades da dimensão técnico-pedagógica despontam como fator importante que emperra a concretização do apoio matricial no cotidiano dos NASF. Isso compromete diretamente o compartilhamento do cuidado, a comunicação e o diálogo entre os pontos de apoio, o processo de educação permanente dos profissionais, a ampliação da clínica, a autonomia do processo terapêutico, a interdisciplinaridade, dentre tantos outros aspectos.

O NASF precisa se reconhecer como equipe que também possui limites, muitas vezes distintos daqueles identificados pela ESF, mas que para além dos desafios, carece identificar e se apropriar das suas potencialidades para se tornar resolutivo e ir além, junto às equipes de referência, o que pode ser constatada como a sua maior conquista. No estudo de Silva, Aguiar e Winck (2012) foi possível ratificar que o NASF, como dispositivo inovador, fortalece as ações das equipes da ESF e apoia no enfrentamento dos desafios pela corresponsabilidade do cuidado, na interdisciplinaridade, na articulação entre os diversos níveis de atenção, na garantia de espaços para a discussão de casos, na elaboração do plano de cuidados, nas ações compartilhadas e no papel pedagógico, formador de recursos humanos (CAMPOS, 2017).

Lima (2013) afirma que grande parte das demandas no SUS também se configura como desafio às equipes da ABS, em especial o acesso e a longitudinalidade do cuidado - sobretudo quando se trata do compartilhamento entre pontos das redes assistenciais e de apoio (LIMA, 2016; MICLOS; CALVO; COLUSSI, 2017). Algumas estratégias adotadas para facilitar esta interrelação requerem conhecimentos específicos, muitas vezes desconhecidos pelos profissionais especializados do NASF, na interface com outros setores, fragilizando a resolutividade e aumentando a complexidade do desafio para o apoio matricial.

Frente aos desafios estabelecidos pela realidade dos territórios da saúde no âmbito nacional, torna-se imperativo a necessidade de estudos a seu respeito. Neste contexto, Barros et al. (2015), Lima (2013) e Pasquim e Arruda (2013) concluem que a realização de pesquisas que abordem o NASF é imprescindível para contribuir na ampliação das discussões sobre a compreensão, o funcionamento e a avaliação do impacto das ações do apoio matricial sobre a ABS na qualificação do cuidado.

Objetivos

Como suporte à exploração do objeto nessa pesquisa, em conformidade a problematização realizada, estabeleceu-se os seguintes objetivos gerais e específicos:

- Objetivo geral:
 - Analisar a dimensão pedagógica do apoio matricial, a partir dos saberes e práticas das equipes NASF do Município de Paraíba do Sul/ RJ, considerando os princípios da Educação Popular em Saúde e sua contribuição para a qualificação da Atenção Básica à Saúde.

- Objetivos específicos:
 - Caracterizar o apoio matricial das equipes NASF ressaltando sua interação com as equipes de referência e o território adscrito;
 - Identificar os saberes e práticas implicados no apoio matricial desenvolvido pelas equipes NASF;
 - Conhecer as potencialidades e dificuldades das equipes NASF no processo de matriciamento;
 - Identificar os princípios da Educação Popular em Saúde presentes no apoio matricial desenvolvido pelas equipes NASF;
 - Mapear as contribuições do apoio matricial desenvolvido na perspectiva da EPS para a qualificação da Atenção Básica à Saúde.

Assim, partindo da breve introdução à temática do apoio matricial, articulado pela sua dimensão pedagógica em diálogo com os princípios da Educação Popular em Saúde, formaram a base desta pesquisa. A proposição dos objetivos facilitou a condução investigativa, quando alinhados aos métodos científicos que buscaram compreender a realidade apresentada pelo fenômeno em estudo, mostraram sua dimensão e subsidiaram a construção da seguinte tese: “O apoio matricial desenvolvido pelas equipes NASF na perspectiva da Educação Popular em Saúde transforma saberes e práticas dos profissionais de saúde e contribui para a qualificação da Atenção Básica à Saúde”.

1 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

Neste capítulo, buscou-se estruturar reflexões mais abrangentes sobre alguns aspectos relacionados à temática central do estudo, articulando dentro do campo da Saúde Coletiva, parte da estrutura da Atenção Básica à Saúde, no que tange os aspectos teórico-conceituais e a inserção do apoio matricial nas equipes NASF e da ESF. Também foi explorado o trabalho em equipe como expectativa para as práticas colaborativas entre os profissionais, implicando o desafio da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade, como perspectivas de enfrentar a sua complexidade, para além das aproximações com a EPS, como articuladora político-metodológica desse processo. E por último, a luz de um diálogo com a teoria do agir comunicativo de Jürgen Habermas, aproximou-se das possibilidades contributivas da EPS na efetivação do apoio matricial na ABS, trazendo a genealogia da educação popular e as perspectivas do agir pedagógico.

1.1 Atenção à Saúde no Brasil: o primeiro nível

1.1.1 Atenção Primária ou Atenção Básica à Saúde no Brasil: um debate prudente para além dos aspectos conceituais

Diversos países do mundo, cujos sistemas de saúde tem caráter nacional e atendem a um escopo universal, têm considerado estratégias de bases territoriais e população-alvo como elementos estruturantes na formação de redes regionalizadas para orientar a organização de serviços de saúde (FAUSTO; ALMEIDA; BOUSQUAT, 2018). Este nível de ordenamento se aproxima da proposta elaborada por Dawson em 1920, com o intuito de atender as solicitações do governo inglês frente às mudanças no sistema de proteção social, que no período pós-guerra necessitava regionalizar a oferta de serviços de saúde para populações específicas (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Essa proposta, conhecida como *Informe Dawson*, estruturou o sistema de saúde britânico a época, e influenciou de alguma maneira, a formação de sistemas nacionais de saúde ao redor do mundo, sobretudo aqueles que tinham como alicerce o estado de bem-

estar social. O Informe trazia um arranjo sistêmico que articulava serviços de saúde de diversos níveis, assentando o ponto central de convergência nos centros de saúde, como organização que pretendia oferecer a medicina preventiva e curativa em conjunto com médicos generalistas, a enfermagem de qualidade e o apoio de consultores e especialistas visitantes. Os Centros Primários de Saúde podiam variar em tamanho e complexidade, de acordo com as condições locais (MINISTERIO DE SALUD DE LA GRAN BRETAÑA, 1964).

De certo modo, foi a partir dessa estrutura que outras configurações foram dando sentido a disposição dos serviços de saúde em diferentes países, chegando ao que reconhecemos hoje como atenção primária. Sua confirmação se deu em 1978, durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata/Cazaquistão, como cuidados básicos e essenciais que devem utilizar métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundamentadas e socialmente aceitas, para servir de modo universal aos indivíduos, famílias e comunidades. Ser participativa e ter custo sustentável para o país. Que seja parte integrante do sistema de saúde e represente o seu primeiro nível de contato, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais próximo possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham (OMS, 1978).

Para Starfield (2004), a atenção primária é o nível estrutural que exerce a função de entrada no sistema de saúde para todas as necessidades e problemas e serve como base aos demais níveis do sistema na condição de coordenadora ou integrante. Dedicase ao manejo de sujeitos com múltiplos diagnósticos e queixas difusas, dos quais não se acomodam nos diagnósticos e tratamentos que melhoram a qualidade global da vida. Como modo de reconhecimento dessa formatação no Brasil, Conill (2008) corrobora com duas concepções de ABS que prevalecem no cenário nacional, uma que a reconhece como porta de entrada na oferta de cuidados ambulatoriais, e outra como uma política de reorganização do modelo assistencial.

Essas perspectivas trazem à tona um debate importante, que é a diferenciação entre Atenção Primária e Atenção Básica à Saúde para além de uma questão semântica. Essa última, adotada pelo Brasil a despeito de outros países, reforça uma questão ideológica, pautada na cidadania ampliada, avessa ao reducionismo na oferta de saúde, e restrita e centralizada em seguimentos específicos da população, como tem sido expressa pela atenção primária descrita por alguns autores (GIOVANELLA, 2018).

O sentido atribuído pela questão semântica e a busca por utilizar o termo que define e represente a atenção à saúde pode ser o divisor de águas do que se espera desse

nível de atenção. Ser primária ou básica pode expressar, respectivamente, uma atenção à saúde internacionalmente reconhecida e consolidada, que represente a estrutura inicial de um sistema, não menos complexa, ou a representação mais elementar e rasteira na oferta de cuidados. Para além das origens dos termos, primária e básica, pode-se ter uma política seletiva e focalizada ou integral e inclusiva. Ainda assim, é possível encontrar os termos sendo tratados como sinônimos, sem envolver o contexto a que estão submetidos, aparentando similaridade. Os termos podem ser usados de modo análogos tomando como base os mesmos fundamentos teórico-conceituais ou não. Por isso ao usa-los para além das bases que o constituíram, pode mostrar diferenças para o seu uso. (MELLO; FONTANELLA; DAMARZO, 2009).

No entanto, ainda é possível perceber que a distinção entre os termos ultrapassa a estrutura conceitual, e influencia diretamente as concepções políticas que orientam as formas de ofertar a assistência à saúde. Isso se torna preocupante, a medida em que há consenso no reconhecimento deste nível de atenção como estruturante do sistema, influenciando políticas de saúde e a garantia de direitos. Essa é uma medida, conceitual e ideológica, que coloca na balança a priorização da maior ou menor oferta, gerando um campo de disputas.

No Brasil, o primeiro nível da atenção à saúde se diferencia com o movimento da reforma sanitária na década 1970, avança na composição e consolidação do SUS, construindo um percurso alinhado a uma oferta de atenção à saúde mais ampla, próxima da população, e garantidora de direitos essenciais. Nessa ocasião, cresciam os Movimentos Populares de Saúde (MOPS) e emergiam inúmeras ações comunitárias locais ligadas aos procedimentos alternativos e naturais de atenção à saúde, tanto quanto aquelas de cunho político, como movimentos de luta ao entorno dos equipamentos de saúde, que culminaram na criação de conselhos de saúde, protagonizando o controle e à fiscalização dos serviços de saúde.

Em outras frentes, o MOPS lutava pela renovação da medicina comunitária, a exemplo da Faculdade de Medicina de Goiás, criando a Comunidade de Saúde, Desenvolvimento e Educação, a qual trabalhava com a valorização das parteiras, a criação de postos rurais de atendimento à saúde, a valorização da prática de artesanato. Esse movimento favorecia a participação da população no planejamento, na execução e na avaliação das atividades, sendo perseguido e substituído pela implantação do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), por pressão política. Além desse, outros movimentos também ganharam vulto, como o “Meio Grito” das

Comunidades Eclesiais de Base (CEB) e os agentes da diocese de Goiás, que nasce como uma pesquisa sobre as condições de vida e os direitos à saúde do povo que vivem nas periferias da diocese. A liderança se dava pelas “comissões de saúde”, organizadas por lavradores, lavadeiras, donas de casa, professoras rurais e estudantes (STOTZ, 2005).

O movimento popular de saúde em suas variadas experiências, durante a ditadura militar, servia como espaços políticos fortalecidos, teórica e metodologicamente, pela pedagogia freiriana. Nesse contexto, segundo Pedrosa (2021), a EPS já se estruturava como movimento organizado em rede que agregava docentes, estudantes, pesquisadores e trabalhadores da saúde, sobretudo aqueles oriundos da atenção básica e da saúde mental. Os encontros entre esses militantes dos movimentos sociais buscavam sistematizar as experiências, trabalhar na formação de lideranças e no desenvolvimento de práticas populares e tradicionais de saúde. Toda essa construção histórica aponta para uma atenção à saúde mais robusta e contextualizada.

Em 2006, adota-se a definição de ABS e se consolida, a partir da publicação do Ministério da Saúde sobre as “Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão”, e do lançamento da “Política Nacional de Atenção Básica”, em sua primeira versão. A PNAB trazia a saúde da família como estratégia prioritária na reorganização da ABS, servindo como porta de entrada preferencial do paciente no sistema de saúde, orientada pelos princípios fundamentais da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).

A ABS, em sua conformação política, se constitui enquanto base de apoio ao SUS e se coloca na posição de ordenadora das RAS, sob a lógica de territórios integrados e cuidado compartilhado, ampliando as possibilidades de acesso, da continuidade do cuidado e das respostas às demandas por saúde. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a: 19), define-se “Atenção Básica” como

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Ao considerar o conceito positivo de saúde e sua relação com a qualidade de vida da população, torna-se necessário mobilizar um complexo conjunto de conhecimentos e ações para atuarem sobre a diversidade encontrada nos territórios. A capilaridade da ABS

prevê as mais variadas situações e cenários, cuja proposta pautada na ação comunitária, faz da ESF o principal ponto de apoio na articulação da RAS (CAMPOS et al, 2010; SOUZA; MARQUES; SILVA, 2012).

A proposta da ABS exige um cuidado longitudinal junto da população e que se aproxime da integralidade (BRASIL, 2014). A dinâmica que garante a qualidade do trabalho nesta direção se estabelece a partir do conhecimento do território de atuação e da responsabilidade sanitária, do trabalho em equipe, do enfoque clínico, epidemiológico e socioeconômico na perspectiva integral das respostas aos problemas identificados, da garantia de acesso pela gestão do cuidado, e da autonomia dos indivíduos e coletivos pela capacidade dos sujeitos em governar sua própria vida (BRASIL, 2014; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

1.1.2 A Atenção Básica à Saúde como cenário (des)privilegiado para o apoio matricial

A Política Nacional de Atenção Básica, lançada em 2006, manteve-se até a última edição em 2017, fortalecendo a ABS com diretrizes de base territorial e articulação em rede. Com características bem definidas, defendia um escopo robusto, com um esquema fortemente estruturado com equipes descentralizadas, responsáveis pelo primeiro contato do paciente, no território de moradia. Buscava-se garantir a longitudinalidade do cuidado, ofertando atenção da forma mais próxima possível da integralidade, além de articular pontos da atenção à saúde, de maneira coordenada. Com foco na família e na orientação comunitária, a ESF e suas variações, foram a principal porta de entrada no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012a; GIOVANELLA; MENDONÇA; ALMEIDA, 2009).

Ao longo da história, a diversidade dos territórios esteve pautada nas agendas do Ministério da Saúde, quando se tratava de atenção integral, resolutividade e da garantia do acesso ao sistema público de saúde. Os avanços nesta direção trouxeram variações nas formas e cenários de atuação na ABS. A partir das equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), lançado em 1992, e do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, que traziam o fortalecimento deste nível de atuação no SUS, foram criadas variações de equipes que atendessem a populações específicas, como as Unidades Básicas de Saúde Fluviais, a ESF para Populações Ribeirinhas, as equipes do CnaR para

a população em situação de rua e os NASF - equipes de especialistas para atuarem com o apoio matricial (BRASIL, 2012a).

Considerada como equipe da Atenção Básica, o NASF foi formulado para atuar como apoio aos profissionais da ESF em linha de frente no território, como referência aos usuários e suas famílias (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Ambas as equipes, articuladas no processo de trabalho cotidiano da Atenção Básica, compõem as RAS e dinamizam o seu funcionamento, ordenando os fluxos e distribuição de competências no sistema de saúde, de onde buscam promover atenção integral e longitudinal ao território de abrangência (FRANCO; MERHY, 2013; MENDES, 2011).

O NASF foi criado em 2008, na perspectiva de ampliar a capacidade de resposta da Atenção Básica a um número cada vez maior de problemas de saúde relacionados a este nível de atenção. Tinha sua atuação limitada a municípios de médio e grande porte, com atendimento a um número específico de equipes de referência, contratualizadas de acordo com o tamanho e quantitativo populacional dos municípios. Posteriormente, com atualizações da PNAB em 2011, ocorreu uma redefinição nos parâmetros de implantação das equipes NASF, criando-se a possibilidade estratégica de ação em municípios menores, oportunizando assim, o apoio matricial a todo o país (BRASIL, 2014). O redimensionamento das equipes pode ser conferido no quadro 1 abaixo:

Quadro 1 - Modalidade de NASF de acordo com a Portaria nº 3.124/2012.

MODALIDADES	Nº DE EQUIPES VINCULADAS	SOMATÓRIO DE CH PROFISSIONAL*
I	5 a 9 equipes da ESF e/ou equipe da AB para populações específicas (CnaR, equipe ribeirinha e fluvial).	Mínimo 200 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20 horas e, no máximo, 80 horas de carga horária semanal.
II	3 a 4 equipes da ESF e/ou equipe da AB para populações específicas (CnaR, equipe ribeirinha e fluvial).	Mínimo 120 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20 horas e, no máximo, 40 horas de carga horária semanal.
III	1 a 2 equipes da ESF e/ou equipes da AB para populações específicas (CnaR, equipe ribeirinha e fluvial).	Mínimo 80 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20 horas e, no máximo, 40 horas de carga horária semanal.

Fonte: Adaptação, DAB/SAS/MS, 2012b.

Desta maneira, o NASF se expande dentre as cidades do país, e se configura como equipes multiprofissionais compostas por diferentes especialidades, no campo da saúde coletiva, e se propõe a trabalhar de forma integrada as equipes de referência. Sua atuação se destina ao compartilhamento de conhecimentos e práticas em saúde, o que agrega ao

campo, saberes peculiares de cada núcleo de formação dos profissionais componentes das equipes, pelo apoio matricial.

Por meio de diferentes áreas de conhecimento, o apoio matricial passa a oferecer um suporte clínico-assistencial e técnico-pedagógico às equipes da ESF. Cabe destacar que a dimensão assistencial do matriciamento mantém relação com a prática clínica, correspondente ao atendimento direto ou indireto aos usuários nos diferentes espaços do território, como predominância aos contatos individuais. Ao passo que, para a dimensão técnico-pedagógica, há uma tendência ao processo educativo e formador. Esta se destina ao apoio educativo com e para as equipes. Assim, no processo de trabalho do NASF, as dimensões do apoio matricial caminham juntas, o que nos faz concluir que esta equipe trabalha com dois focos de ação, o fazer junto e o ensinar outras perspectivas do fazer, numa relação direta com as equipes de referência e o grupo de usuários, famílias e comunidade (BRASIL, 2008; 2010; 2014; CUNHA; CAMPOS, 2010).

Nessa perspectiva, o apoio matricial caracteriza-se por arranjos de gestão que se estruturam com as equipes de referência e outros serviços da RAS, para dinamizar e aumentar estrategicamente a continuidade do cuidado, fortalecendo as chances da formação de vínculo e divisão das responsabilidades pelas ações. Nesta mescla, nascem outros arranjos promissores capazes de produzir tendências e novas culturas, distintas daquelas centradas no corporativismo e na alienação do trabalhador (CUNHA; CAMPOS, 2010; OLIVEIRA, 2010;).

No Brasil, o apoio matricial teve seu surgimento na década 1990, como uma inovação no campo da saúde coletiva, aplicado ao Método Paidéia, proposto por Gastão Wagner à Rede de Atenção à Saúde de Campinas - SP. O Apoio Paidéia, como foi concebido, é um método que auxilia a formulação e a execução da gestão democrática e participativa, ao mesmo tempo em que oferece uma postura ética e política, trabalhando para o aumento da autonomia dos sujeitos. De tal modo, esta metodologia pode ser materializada pelo apoio no âmbito da gestão, dinamizada pela cogestão de organizações das relações institucionais e sistemas sociais, conhecida como Apoio Institucional, tanto quanto pela cogestão das relações interpessoais e clínicas entre equipes, com o Apoio Matricial (FERNANDES, OLIVEIRA, PEREIRA JR, 2017).

Percorrendo seus primeiros passos como arranjos gerenciais nos serviços oferecidos pelo SUS, o apoio matricial tomou por base os conceitos de equipe de referência e de apoio matricial especializado. Sustentado nos princípios da cogestão, buscava provocar novas formas de comunicação entre as equipes de saúde e os usuários

do sistema, de forma a envolver um maior compromisso com a produção da saúde (CAMPOS, 1999). E assim, o apoio matricial tornou-se desejável e possível de ser desenvolvido em qualquer serviço de saúde, desde que não haja restrições para a sua aplicação.

Esse processo pode ser vivenciado de diversas formas nas práticas da ABS entre os profissionais especialistas - apoiadores matriciais, e aqueles da atenção básica - equipes de referência. Sua operacionalização ocorre por meio de atendimentos individuais ou coletivos, discussão de casos, construção de projetos terapêuticos singulares, organização de atividades junto à população, práticas coletivas de caráter educativo e operacional, articulações intersetoriais, dentre outras atividades, sempre alinhadas às necessidades dos indivíduos, famílias, comunidade e territórios (CAMPOS, 1999; CAMPOS; DOMITTI, 2007; MELO; MIRANDA, 2018).

O apoio matricial emerge da interação entre as diferentes acomodações dos núcleos de saberes, sobre um determinado campo de atuação, em um processo envolvido pela interprofissionalidade. A partir das dificuldades e limitações dos profissionais da equipe de referência, com sua especificidade generalista, o NASF se aproxima com saberes específicos de cada categoria de apoio e busca, de forma compartilhada, produzir novo modo de aproximação do objeto do cuidado, sob uma perspectiva interdisciplinar. Assim, o apoio matricial para o NASF se apresenta como um referencial teórico-metodológico, no exercício cotidiano de qualificação e transformação das práticas em saúde, aplicadas à ABS (BRASIL, 2014).

Em uma abordagem sobre a saúde coletiva como um campo das relações interdisciplinares, das quais as ciências humanas e sociais se destacam, Acioli (2015) corrobora com a ideia de que neste campo o desempenho dos profissionais e suas concepções teóricas devem partir das práticas que a população realiza, da existência de uma sabedoria prática e da possibilidade de processos de construção compartilhada de conhecimentos entre os vários profissionais da saúde que atuam na ABS, e dentre eles e os usuários.

A capilaridade do desempenho da ESF no território nacional trouxe à ABS inúmeros desafios, no que se refere ao seu papel de qualificação e ordenação das RAS, e na ampliação da capacidade resolutiva pelo aumento do escopo de atuação junto a grupos populacionais específicos, o que lhe confere maior capacidade na gestão efetiva do cuidado. Neste sentido, pressupõe-se que o sucesso das ações do cuidado vinculadas ao território implica, necessariamente, em seu reconhecimento. Isso só é possível, dentre

outras medidas, pela implementação de um processo articulado de territorialização, delineado essencialmente pela adscrição de clientela e o mapeamento da área de abrangência. Dessa forma, conhecer o território facilita a organização em redes de atenção e o compartilhamento na gestão do cuidado, trazendo maior autonomia e qualidade na dinamização dos processos terapêuticos e resultados mais significativos (BRASIL 2014; MENDES, 2011;).

O saber singular de cada profissional que desenvolve o apoio matricial, servindo-se como dispositivo que agrega, pode ampliar as possibilidades de diálogo com as dificuldades encontradas pelas equipes de referência no trato com as demandas dos usuários, seja pela mobilização de um arsenal estratégico para dentro das UBS, como para a articulação com pontos distintos da rede de apoio, no território e/ou no serviço de saúde. A garantia da boa performance pode estar no encontro entre as equipes garantida para além de outros espaços, também nas reuniões semanais de equipe. Para Oliveira (2010: 278), “uma equipe que não se reúne, que não se encontra, dificilmente conseguirá operar o apoio matricial”.

Estrategicamente, a adoção de processos de cogestão que privilegiem a educação permanente como espaço democrático e de encontro entre as equipes da Atenção Básica, tanto quanto a desprecarização das relações de trabalho aumentam a potência do apoio matricial e a qualidade do cuidado compartilhado (CUNHA; CAMPOS, 2010). Nesta direção, o apoio matricial também pode ser ofertado de forma direta individual ou coletiva, de modo provisório ou não, às demandas especializadas. Caracterizam-se por práticas que requerem determinadas competências profissionais que promovem resoluções específicas, que se articulam e qualificam o trabalho em rede pelo sistema de referência e contra referência sem que perca a horizontalidade do vínculo. Há certa confusão que se estabelece naturalmente entre o corporativismo das profissões e a crescente diluição de saberes pelas especialidades, que de certo modo podem ser melhor compreendidas a partir da concepção de campo e núcleo (FERNANDES; OLIVEIRA; PEREIRA JR, 2017).

O campo e o núcleo na construção do apoio matricial apresentado por Campos (2000) revelam conceitos não antagonistas, porém de limites tênues e influenciáveis entre si, sendo o núcleo a reunião de conhecimentos e atribuições específicas de cada profissão, formando a sua identidade; enquanto o campo se caracteriza pelo espaço onde as disciplinas e profissões se articulam, buscando apoio para desenvolverem suas empreitadas teóricas e práticas. No entanto, cabe problematizar que nem sempre

conseguimos separar as práticas dos núcleos, daquelas de referência ao campo, mas a proposição do trabalho com segurança, no compartilhamento de saberes e práticas e no agir em equipe, certamente, produz crescimento a todos, tanto aos núcleos, como ao próprio campo (BRASIL, 2014; OLIVEIRA, 2010).

Quanto ao enfrentamento das dificuldades encontradas pelas equipes de referência ao lidar com casos entendidos como complexos, geralmente, é possível identificar dificuldades técnicas e operacionais. Tais dificuldades podem ter relação direta ou não com o modo fragmentado de olhar, quando a formação dos profissionais das equipes vinculadas é generalista, tanto como podem estar ligadas a problemas nos serviços e na rede (CAMPOS; DOMITTI, 2007; KANNO; BELLODI; TESS, 2012; ONOCKO-CAMPOS; CAMPOS; FERRER, 2012; SHIMIZUI; FRAGELLI, 2016). Não é difícil perceber que a fragmentação e desarticulação da equipe e da rede de serviços podem impedir o sucesso do apoio matricial, bem como comprometer a resolutividade das ações.

A esse respeito, sob o conjunto de atribuições e desafios a serem trabalhados pelos NASF na proposta de qualificação da ABS, somadas as dificuldades particularizadas pela inserção de especialidades para atuarem em um campo generalista, não se exige “superprofissionais”, mas se reconhece a necessidade premente de qualificação, boa dose de criatividade e cooperação no trabalho em equipe. É nesse viés que a interprofissionalidade se justifica como estratégia articuladora de saberes interdisciplinares para o alcance de bons resultados do trabalho colaborativo.

No entanto, com a aprovação da nova PNAB em 2017, uma sucessão de mudanças aconteceu e transformou o panorama nacional em um cenário obscuro e de visível retrocesso, que somadas a medidas federais perversas em outros setores, como econômico, político e social, desenhavam uma conjuntura político-sanitária bastante comprometida. Os ataques violentos as bases de sustentação do SUS atingia de cheio a ABS, na tentativa de enfraquecer os serviços, desmobilizar o controle social e desarticular os territórios, revelando um cenário de franco autoritarismo e desmonte ameaçador da democracia.

Autores e entidades de pesquisa analisaram a nova política e apontaram um panorama que compromete e desarticula o SUS, julgando ser parte de um processo arquitetado para a redução do estado que, partindo do golpe parlamentar nas eleições de 2018, conta com a aprovação da Emenda Constitucional 95, que impõe ajuste fiscal com o congelamento de despesas primárias por 20 anos. Esse conjunto de ataques fere gravemente a garantia de direitos universais instituídos pela Constituição. As mudanças

na política são vistas como ameaçadoras da universalidade, integralidade, equidade e participação social, pressupostos conquistados pela reforma sanitária e alicerçados pelo SUS. Com a justificativa de ampliar a autonomia dos municípios, tais mudanças atacam diretamente aos pilares que sustentaram e diferenciaram a ABS brasileira, decompondo o acesso aos cuidados, promovendo a gradativa desvinculação do território com as equipes, desqualificando o trabalho do agente comunitário de saúde (ACS), expressando o caráter utilitarista e o reforço à privatização (ABRASCO; CEBES; FIOCRUZ, 2017; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Particularmente, em relação à composição das equipes, novos arranjos são propostos com vistas a apontamentos que favorecem o modelo tradicional de prestação de serviços neste nível da atenção à saúde. Três fatores foram cruciais nesse processo: 1) a utilização de um efetivo de profissionais menor do que a ESF, com uma consequente redução dos custos; 2) facilidade na organização pela flexibilidade na carga horária; e 3) estratégias clientelistas financeiramente apoiadas. Neste sentido, a transformação do modelo de atenção, frente a PNAB 2017, revela uma regressão, propiciando a expansão da ABS tradicional e fortalecendo o enfoque queixa-conduta, em detrimento da configuração mais abrangente da, até então, consolidada ABS (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Por conseguinte, a equipe de matriciamento após a reedição da PNAB, passa a ser chamada de NASF-AB, remodelando seu desempenho. Altera-se o seu escopo de atuação, que passa a operar junto às equipes da ABS nos seus mais variados formatos, caracterizando o modo ampliado do NASF e desse nível de atenção. De acordo com Melo e Mirando (2018), este processo diminui a centralidade do apoio matricial como referencial teórico metodológico, e ainda apontam que a nova edição da política, embora não mude o modo de atuar, menciona pouco o apoio matricial. Desse modo, o NASF também passa a amargar os efeitos perversos e obscuros de algumas políticas públicas do SUS.

Em uma reflexão sobre as diferentes edições da PNAB, o estudo de Melo et al. (2018) sistematizou de modo comparativo as versões 2011 e 2017 da política, levando em consideração os princípios, diretrizes e conceitos centrais da Atenção Básica; os aspectos organizativos e funcionais das equipes e unidades de saúde; e os aspectos de gestão e financiamento. Os resultados foram organizados sob dimensões de análise e comportamento, como aqueles que se mantiveram, os que foram descontinuadas e as que foram acrescentadas ao novo texto. De modo objetivo, as mudanças apontadas pelo estudo

em relação ao NASF, que podem gerar impactos na produção do apoio matricial foram compiladas no quadro 2 abaixo:

Quadro 2 - Compilado das alterações da PNAB 2017 que podem gerar impactos sobre as equipes NASF no desenvolvimento do apoio matricial.

Princípios, diretrizes e conceitos centrais da Atenção Básica
<ul style="list-style-type: none"> - Retirada da palavra ‘democrática’, no que se refere ao formato das práticas de cuidado e de gestão. - A ‘humanização’ desaparece dos princípios enunciados na versão 2017. - Detalhamento e repetição da noção de rede e traduções dos princípios do SUS e das noções das redes. - Acréscimo dos ‘cuidados paliativos’ e ‘vigilância à saúde’ ao conceito de ABS, especificamente. - Explícita-se a proibição na ABS de ‘qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras’.
Aspectos organizativos e funcionais das equipes e unidades de saúde
<ul style="list-style-type: none"> - Reconhece outras formas de organização da ABS para além da saúde da família. - O número recomendado de pessoas por equipe da ESF passa de 2.000-3.500 pessoas, contrária a versão anterior que indicava apenas o limite máximo de 4.000/equipe, sem mínimo. - Sem definição sobre o número mínimo de ACS/equipe, passando, portanto, a ser de 1 ACS/equipe. - Recomendação de que os ACS devem cobrir 100% da população em condições de maior risco e vulnerabilidade (sem parâmetros objetivos), e não mais 100% da população adscrita. - Retirada a previsão do uso de parte da carga horária dos profissionais (8 horas semanais) para atividades de formação. - Retirada a possibilidade de profissionais de 20 horas e 30 horas na ESF, ficando apenas 40 horas. - As equipes de Saúde Bucal passam também a poder cobrir as unidades básicas tradicionais. - Muda-se para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, abolindo a noção de ‘apoio’. - Dada menor ênfase a educação permanente no processo de trabalho da ABS. - O PSE está apenas como um dos itens que devem ter financiamento federal, sem especificações. - Traz como responsabilidade tripartite a garantia do transporte em saúde para equipes e usuários. - Introduz os conceitos ‘padrão essencial’ e ‘padrão ampliado’ na conformação e classificação das ações e serviços, sem detalhamento. - Possibilita a incorporação do ACE como parte da ESF. - As equipes da ABS têm previsão de 10 horas de carga horária mínima para seus profissionais, sem obrigatoriedade de ACS na sua composição, com indicação de novo financiamento de custeio. - Integração entre vigilância e atenção básica, unificando as ações dos ACS e ACE. - Novas competências dos ACS, com formação específica, assistidos por profissional de nível superior. - Os NASF passam a cobrir também as chamadas unidades básicas tradicionais. - Recomendação de que as UBS tenham 4 equipes para atingirem o seu potencial resolutivo, o que na versão anterior era por quantitativo de pessoas. - Profissionais da ESF só podem atuar em uma equipe
Aspectos de gestão e financiamento da Atenção Básica
<ul style="list-style-type: none"> - Agregação da figura do gerente de UBS e suas atribuições. - Repetida menção sobre as realidades de cada local e possibilidades e adaptação (por vezes isso ficando confuso e até contraditório, quando acompanhando de uma definição normativa fechada) dos parâmetros propostos, de forma a ampliar o poder do gestor municipal. - A previsão (não detalhada) de agregação de modalidade de financiamento federal com recursos condicionados à abrangência da oferta de ações e serviços. - Indicação de financiamento ‘regular e automático’ pelas secretarias estaduais de saúde para os municípios, embora a PNAB não tenha nenhum dispositivo concreto para isso. - Validade de 4 meses para o credenciamento de novas equipes pelo Ministério da Saúde (prazo para serem implantadas no município após o credenciamento-autorização solicitado).

Fonte: Adaptação de Melo et al., 2018.

Não obstante, em maio de 2019, o governo federal publica o Decreto nº 9.795, que aprova a reestruturação funcional do Ministério da Saúde, demarcando o posicionamento contrário a gestão conduzida até então. São criadas as Secretarias de Atenção Primária à Saúde (SAPS) e Atenção Especializada à Saúde (SAES), e extinguida a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). A SAPS, passa a alocar três departamentos: os recém-criados Departamentos de Saúde da Família e de Promoção da Saúde, bem como o de Ações Programáticas Estratégicas, que antes se encontrava na Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) (BRASIL, 2019b).

Essas mudanças em meio ao cenário de desqualificação da ABS proposta na nova PNAB trazem incertezas e reafirmam a fragilidade imposta ao controle social no SUS. Apesar de a política nacional norteadora manter-se como ABS, toda a reestruturação passa a ser chamada de APS, que apesar do termo, caminha a passos largos para a sua segmentação, à restrição da oferta de serviço e o aumento das desigualdades sociais. A exemplo disso, avançou a adoção da carteira de serviços, que desconsiderou a atenção prestada sob a lógica territorial, em favor de um modelo clínico individualizado, recompondo o modelo tradicional e a mercantilização da saúde (ABRASCO, 2019).

Apesar de considerar, ainda, a ESF como central no processo de trabalho da ABS, a carteira de serviço que busca padronizar as ações nesse nível de atenção apresenta outra versão dessas equipes, com médicos de família que não se aproximam da comunidade e uma enfermagem tarefaira e restrita, além da desconsideração dos agentes comunitários (ABRASCO, 2019). O NASF, nesse cenário de disputas, perde seu lugar ao sol, e a retaguarda especializada é posta à margem - mais uma demonstração da completa descaracterização da ABS, tão bem-conceituada no cenário mundial, que perde a sua centralidade na família e a capacidade de dar voz a população, silenciada pelo afastamento de todas as instâncias representativas do controle social, da então gestão da SAPS.

Ainda sob efeito do desmonte, a Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, veio categoricamente ratificar a desestruturação da ABS instituindo o Programa Previne Brasil, que estabelece um novo modelo de financiamento de custeio da “mais nova APS”, no âmbito do SUS (BRASIL, 2019c). A estrutura extingue os Pisos da Atenção Básica mudando a lógica de repasse financeiro, com base no efetivo de cadastrados na ESF e em uso do serviço, gerando pagamento por performances aos trabalhadores. Os municípios perdem a única fonte per capita de financiamento, gerando impactos preocupantes, além de retirar o NASF de cena, com o corte dos seus incentivos (ABRASCO, 2019). Dessa

forma, o programa põe em xeque a interprofissionalidade do trabalho em equipe e a interdisciplinaridade do apoio matricial.

O apoio matricial institucionalizado se enfraquece, e passa a depender do nível de resistência em que cada gestor municipal e/ ou estadual possa oferecer, intimamente relacionado ao investimento feito e a crença que o processo compartilhado de gestão do cuidado, como maneira ideológica de qualificar a atenção, possa garantir alento a população tão vulnerabilizada pelo descaso da saúde pública brasileira, germinada após as últimas eleições presidenciais.

1.2 O trabalho em equipe como expectativa às práticas colaborativas

O trabalho em equipe tem sido considerado uma das prerrogativas para o desenvolvimento das práticas na ABS, mas pelo movimento progressivo de enfraquecimento do SUS, tal estrutura tem sido fragilizada e posta à prova como elemento agregador de qualidade no deferimento da atenção à saúde. O trabalho em equipe ocupa lugar de destaque na lista de prioridades da organização do processo de trabalho em saúde, especialmente na Atenção Básica, quando o olhar sobre as práticas e o conceito de saúde precisavam estar afinados com as necessidades dos usuários, concatenados à transição do modelo assistencial, que passou a ser vislumbrado pela ótica da vigilância em saúde.

No entanto, torna-se imperativo compreender a adoção do trabalho em equipe no campo da saúde como suporte importante e necessário que atribuí qualidade a atenção à saúde. Peduzzi (2008), em um levantamento produzido com a finalidade de explorar a gênese do termo no campo da saúde, data sua introdução entre as décadas de 1950 e 1970, envolvendo uma conjuntura sobre três aspectos: a) o movimento de integração trazido pela medicina preventiva, comunitária e integral; b) novas perspectivas para o conceito da saúde; e c) as consequências sobre o processo de trabalho.

Com a crescente proposta da medicina preventiva nos anos de 1950, sob a conjuntura pós-guerra, o foco das novas concepções em saúde coletiva se amparava na incorporação de aspectos sociais, considerando a totalidade na concepção do indivíduo biopsicossocial e o seu contexto familiar. O ensino médico por outro lado, radicalizava e incorporava princípios da Reforma Flexner, por influência da hegemonia político-social norte-americana, e dava indícios de novos tempos na prática médica, com ênfase nas

especialidades (CAPRA, 2007). Nesse sentido, tornou-se parte do currículo de graduação da medicina o debate sobre a assistência à saúde por meio de uma equipe multiprofissional com liderança médica (PEDUZZI, 2008).

Esse movimento trouxe novas perspectivas para o trabalho em saúde. A partir da incorporação da medicina preventiva as especialidades médicas, apontava-se a conveniência de pôr em diálogo os olhares fragmentados sobre o indivíduo. Adotavam-se novas concepções sobre a saúde e a doença, em um processo de transição paradigmática da era bacteriológica - defendida pela unicausalidade como forma de adoecer, para uma fundamentação na história natural das doenças - percebida como multicausal. Essa nova concepção, defendida por Leavell e Clark, pautava a definição de saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas como a ausência de doenças, proposta defendida pelo OMS em 1946 (LEAVELL; CLARK, 1976; PEDUZZI, 2008; PUTTINI; PEREIRA JR; OLIVEIRA, 2010).

Assim então, passava-se a adotar novo modelo de atenção à saúde a partir do contexto de multicausalidade como fator preponderante ao processo saúde-doença. A moderna prática médica, de alto custo e gasto considerável na prestação do cuidado a população crescente, preocupava autoridades. A ascensão da medicina comunitária surge como aposta na ampliação da oferta médica a menor custo, intervindo junto a população pobre, que até então não se beneficiavam da oferta de cuidados à saúde (PUTTINI; PEREIRA JR; OLIVEIRA, 2010).

E nesse viés, pelo olhar da saúde para os aspectos correlatos, surge a incorporação de outras categorias profissionais em caráter complementar e independente, reestruturando o processo de divisão do trabalho, em meio a um cenário transicional da concepção do processo saúde-doença. Fato esse, que demonstrou ser o trabalho em equipe uma estrutura originária para além da conjuntura político-econômica, envolvendo a relação custo-benefício da prática médica, mas também justificada pela necessidade de integração entre as disciplinas e profissões, compreendidas como indispensáveis nas práticas de saúde emergentes da concepção biopsicossocial (PEDUZZI, 2008).

Em meados dos anos de 1970, no bojo dos movimentos de reforma das políticas de saúde brasileira, emergiram críticas em torno do curativismo e da fragmentação do cuidado, que dominavam o serviço de saúde. Buscavam-se estratégias de valorização do trabalho multiprofissional como forma de reparar tamanha fragilidade. Mas apenas em 1986, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, o trabalho em equipe foi exaltado

como arranjo substitutivo ao até então, trabalho independente e isolado, produzido por profissionais em separado (PEDUZZI, 2008).

A discussão avança e ganha novo formato na década de 1990, tendo como pano de fundo a aprovação da Constituição Federal brasileira e o advento do SUS. O foco foi dado a integralidade, acumulando discussões entre a oferta e a demanda de serviços de saúde, em torno das necessidades da população. A integralidade, de acordo com Mattos (2001), como expressão polissêmica, não pode ser reduzida as percepções simplistas e descontextualizadas, pelo contrário, merece ter um valor que precisa ser defendido e sustentado nas práticas dos profissionais e expressa pelas respostas apropriadas aos pacientes, de forma alargada e competente, à medida que procuram o serviço de saúde.

Essa perspectiva, tensiona o debate e no campo de disputas expõe a franca necessidade do diálogo interdisciplinar, do uso intencional de tecnologias a favor do reconhecimento das reais necessidades do paciente, família e comunidade, e aponta o trabalho em equipe como principal estrutura que possa garantir sucesso e qualidade na atenção à saúde dos indivíduos e territórios. Como materialização desse processo, foi lançado o PSF.

A questão, dessa vez, apontava para o trabalho articulado entre equipes, que sob a ótica da rede de serviços, buscava garantir qualidade e longitudinalidade da atenção à saúde e maior resolutividade. No entanto, essa carência exigia uma formação para o trabalho em equipe e prática colaborativa que demandava incorporação acadêmica, pelos cursos de graduação, como proposta de educação interprofissional colaborativa, e manutenção pelo escopo da educação permanente dos profissionais de saúde (PEDUZZI, 2017).

A década de 2000 alavancou a formação profissional carreada por estratégias de apoio e incentivo a qualificação profissional, frente aos desafios demandados pelo SUS. Foram lançadas pelo Ministério da Saúde a “Política Nacional de Educação Permanente” e o dispositivo “Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde” (VERSUS) como propostas a médio e curto prazo. Também, foram discutidas propostas longitudinais de reestruturação da formação acadêmica pelo Plano Nacional de Educação, aprovando as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), em 2001. Essa última medida, buscava assegurar a flexibilidade e diversidade na oferta dos cursos de graduação das instituições de educação superior (COSTA et al., 2018). Especificamente nos cursos da saúde, as DCN traziam relevo para três grandes áreas: a atenção, a gestão e a educação na saúde. No âmbito da gestão, foram valorizados os processos de ensino-aprendizagem,

de aprendizagem interprofissional, de mobilidade e da formação de redes (MIGUEL et al., 2018).

A interprofissionalidade como resultado do processo de integração de saberes, que se processa no campo epistemológico e da colaboração interprofissional, tem lugar na organização do trabalho, especificamente no campo das práticas (CECCIM, 2018). A OMS assinala que a colaboração interprofissional tem fundamental importância na redução da crise mundial, estimulada pela força de trabalho em saúde. Define a educação interprofissional pela interação entre estudantes de duas ou mais profissões aprendendo uns com/ sobre os outros, entre si, possibilitando a colaboração e o alcance de melhores resultados na saúde (MIGUEL et al., 2018; OMS, 2010).

No âmbito da saúde, a interprofissionalidade vem ganhando foco no contexto das políticas, devido a crescente necessidade de regulamentar critérios e parâmetros das atividades profissionais em equipe, o que demanda a organização curricular da formação. No entanto, ainda precisa-se reconhecer o que Ceccim (2018) chama de “saberes interdisciplinares” e “competências interprofissionais”. Para o autor, os saberes interdisciplinares fazem referência ao conjunto de conhecimentos resultantes das diversas ciências, das percepções populares e das apreensões tácitas. E como competências interprofissionais compreende o arranjo entre as habilidades e aptidões profissionais ordenadas sob o contorno das profissões.

Nesse aspecto, cabe refletir que o aprimoramento do trabalho em equipe pode se efetivar à medida que se pratique o compartilhamento dos saberes entre seus componentes, o quanto mais, melhor se tornam as percepções do coletivo profissional e, conseqüentemente, ampliam a capacidade de resposta (CECCIM, 2018). Essa prática envolve reciprocidade entre seus membros, mediado pela interação comunicacional cotidiana e permissiva a uma articulação das práticas desenvolvidas na equipe, no serviço e na rede de atenção (HABERMAS, 2012a; PEDUZZI, 2001). Para Franco e Santos (2010), a relação entre as pessoas da mesma equipe pode transformar a base de sustentação da organização e considerar esta forma de trabalho como elemento básico no desempenho processual em um cenário de mudança.

O modelo de equipe adotado na Atenção Básica, de acordo com a PNAB (BRASIL, 2012a), deve se configurar como um arranjo multiprofissional, que de maneira não hierárquica necessita dispor de atribuições que atuam em duas vertentes: nos aspectos gerais, aqueles que cabem a todos os membros como uma produção coletiva, e os aspectos específicos, direcionados a cada núcleo profissional. De modo geral, esta equação é uma

implicação do trabalho na ABS trazida neste estudo, e desafiada pela operacionalização da dimensão pedagógica do apoio matricial.

Não obstante, com todo esforço para consolidar novas formas de aproximação de práticas abrangentes e contextualizadas na direção das necessidades dos pacientes, ainda apresentam desafios a serem enfrentados pelas equipes que destoam do compromisso exigido pelo SUS. A fragmentação do trabalho na produção de saúde tem apontado para uma desqualificação do cuidado, quando debruçados sobre as necessidades da população cada vez mais complexas, a partir das mudanças no perfil demográfico e epidemiológico, gerando uma tríplice carga de doenças: envelhecimento populacional, aumento das doenças crônico-degenerativas e mortes por causas externas (MENDES, 2011; OPAS, 2011; PEDUZZI et al., 2011;).

A diversidade que envolve o contexto contemporâneo da ABS, associado às fragilidades procedentes da formação profissional, salienta as dificuldades do trabalho em equipe, demandando a necessária apropriação de práticas interprofissionais e interdisciplinares, como dispositivos de autoanálise dos processos desenvolvidos pelo trabalho coletivo. Discutir a importância deste tipo de abordagem na ABS pode ser o caminho que fortalece a singularidade dos processos de cuidado, que institua a valorização da autonomia do paciente, que reconheça a heterogeneidade dos saberes profissionais, para além das distintas formas e vínculos trabalhistas (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013).

Para Peduzzi e Agreli (2018), há uma tendência crescente, desde os anos 2000, de associar o trabalho em equipe às práticas colaborativas, possivelmente induzida pela preocupação em melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde da população assistida. A autora ainda afirma que apenas a integração entre equipes não é eficiente, mas defende que haja colaboração *entre* e *intra* serviços e profissionais, estabelecendo uma rede cooperante.

Fica evidente, portanto, que a participação colaborativa pelo diálogo e o compartilhamento de saberes e práticas, apresentado na literatura, tem apontado caminhos para a efetivação do apoio matricial na qualificação da ABS, principalmente pela discussão do trabalho em equipe, favorecida pela interprofissionalidade. Mas para a concretização de tal *modus operandi* há de superar o desafio da interrelação profissional, da fragmentação de saberes e da sobreposição de práticas. Embora se reconheça que a participação, o diálogo e o compartilhamento de ideias sejam elementos agregadores e facilitadores desse processo, são poucos os registros que reconhecem esses como

princípios da EPS, o que este estudo busca afirmar como fator potencializador do apoio matricial.

1.2.1 Interdisciplinaridade, interprofissionalidade e a complexidade do trabalho em equipe

A contemporaneidade tem chegado com críticas a fragmentação do conhecimento, pela especialização desenfreada e o saber em migalhas, fruto de uma inteligência esfacelada. A interdisciplinaridade tem avançado nas arenas de disputa e sido encarada como proposta promissora no enfrentamento da patologia geral do saber (JAPIASSU, 1976; RIOS; SOUSA; CAPUTO, 2019; VASCONCELOS, 2013). Desse modo, os desafios estruturais apresentados pelo SUS de hoje, na tentativa de oferecer respostas aos também desafiadores problemas trazidos pelos seus usuários, sobretudo no desenvolvimento do apoio matricial na ABS, demanda dos profissionais da saúde uma articulação entre saberes e práticas que extrapolam, muitas vezes, o conhecimento acadêmico técnico-científico.

No campo da saúde coletiva a interdisciplinaridade tem sido considerada como um paradigma, com sua funcionalidade implicada na redefinição dos saberes disciplinares e nas lógicas de aplicação política ou de intervenção médico-social (ALMEIDA FILHO, 1997; LUZ, 2009). Desta forma, a interdisciplinaridade está para além da aproximação de saberes, o que para Luz (2009: 306) “são propostas teóricas disciplinares assumidas como parâmetros discursivos e de intervenção”, em alusão a serem um paradigma. Para a autora, a complexidade do campo da saúde coletiva se aproxima da constante interlocução entre os saberes teóricos das disciplinas que compõem o campo da política, do social, da cultura, e considera ainda, as diferenças nas formações disciplinares dos atores envolvidos e suas práticas (LUZ, 2009).

A saúde vista como ausência de doença, sob a perspectiva opositora ao negativo, a má sorte ou a contramão de costumes e credos que normatiza a sociedade de forma opressora, vorazmente conduzida pela hegemonia de mercado, não tem sido pauta das notas técnicas e documentos norteadores da atenção à saúde. Hoje, cada vez mais, se reconhece a saúde como um sistema complexo de produção social que envolve e incrementa a vida de pessoas e populações que, por influências de diversos fatores como

naturais, físicos, ambientais e comportamentais, podem variar em sua percepção. Essa problemática se ancora no paradigma biomédico, que ainda vigente, construiu o arcabouço do que se conhece pelas formas de diagnosticar e tratar doenças na medicina ocidental. Sua contribuição se esgota ao adotar a concepção meramente biológica, mecânica e especialista sobre o cuidado humano, sem estabelecer relações com os demais elementos que o compõe (CAPRA, 2007).

Ao analisar esta situação precisa-se reconhecer a multidimensionalidade da saúde, caracterizada pelas distintas realidades, que são cada vez mais polidisciplinares, transversais, transregionais, transnacionais, globais. Bem como, compreender que o ser humano é indivisível dentro deste processo, é um todo, e não a soma das partes (MORIN, 2000; 2015a; 2017). Nesse sentido, a teoria da complexidade proposta por Edgar Morin busca dimensionar tal análise. Esta dicotomia entre estabelecer parâmetros de conhecimento sobre partes de um fenômeno quando há a necessidade do seu todo para conceber respostas é tentar achar na parte o todo, sem conhecimento da sua totalidade. A busca pelo essencial nunca pode ser em partes, pois este não é parcelável, tanto quanto o que é global torna-se cada vez mais essencial. Cabe compreender, até então, que a particularidade de cada problema está nos seus contextos. Assim, o que é derivado de um constructo formado por elementos interligados, ou que funcionam como um todo, não pode ser dividido em partes para termos ideia do “todo”. É justamente no desafio da totalidade que encontramos o desafio da complexidade (MORIN, 2000; 2015a).

Conhecer os problemas de saúde de uma população é sem dúvidas um fenômeno, por si só, complexo. O diagnóstico comunitário estabelecido pelas equipes de referência, muitas vezes são percepções que trazem olhares técnicos, que mediante a complexidade da vida, são saberes fragmentados que só servem para usos técnicos, com poucas possibilidades de enfrentar os grandes desafios da realidade vivenciada nos territórios na época atual. Isto denota uma dificuldade em captar a realidade numa perspectiva global que, conseqüentemente, leva ao enfraquecimento da responsabilidade sobre esta população. Nesta circunstância, cada um tenderá a ser responsável apenas por aquilo que consegue enxergar, dentro da sua especialidade, colocando a margem e comprometendo a organicidade do processo de vida comunitária, do bairro, da cidade. A parte percebida, nem sempre representa o todo (MORIN, 2017).

A este respeito, alguns autores que discutem o trabalho em equipe como arranjo interdisciplinar e interprofissional na busca da desfragmentação do cuidado, conferem destaque especial a discussão das formações e atribuições profissionais nos espaços

coletivos de produção em saúde (CECCIM, 2018; PEDUZZI; AGRELI, 2018). A depender da composição da equipe, do seu escopo de atuação e o contexto de práticas, faz-se oportuno aplicar os conceitos de campo e núcleo de saberes, proposto por Campos (2000), para que se torne mais clara as possibilidades e arranjos possíveis. Nesse sentido, Acioli e Luz (2003) contribuem com o debate afirmando que para atuar no campo da saúde, há de se considerar as práticas que a população realiza e a existência de um saber prático contextualizado com os meios de vida e trabalho das pessoas que cuidamos. O compartilhamento destas práticas resulta em transformação nos modos de olhar e responder as necessidades de saúde, em busca da integralidade da atenção.

A integralidade tem sido objeto de desejo para a construção de caminhos mais eficazes nas práticas em saúde, no entanto o seu conjunto de atributos não tem sido pauta fácil de ser conquistada, tornando o resultado ainda distante do ideal. Apesar do concentrado esforço, alguns contrastes demonstram deficiências, como a dificuldade na condução da educação superior pela formação na perspectiva da interprofissionalidade, bem como na organização do trabalho em saúde (FERLA; TOASSI, 2017). Entretanto, cabe destacar que o avanço ainda é maior no âmbito do serviço na ABS, do que na formação profissional. Isso se atribuiu ao fato de o serviço estar mais próximo da população, em busca de respostas cada vez mais complexas, e diretamente relacionado ao trabalho em equipe e práticas colaborativas (PEDUZZI, 2017).

O desafio está para além da reunião de um diversificado conjunto de profissionais atuantes em mesmo espaço de trabalho e atendendo a mesma população. Pelo contrário, busca-se com a interprofissionalidade a formação de profissionais em serviço, que em meio ao aprendizado compartilhado com práticas colaborativas, venham a promover atenção à saúde alinhada aos princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação social, como movimento de sustentação do SUS (PEDUZZI, 2017).

Alusões à baixa resolutividade dos serviços de saúde sob a perspectiva do cuidado pode ter relação direta com a desarticulação do conhecimento, quando a segmentação das abordagens disciplinares restringe o olhar sobre o processo saúde-doença, gerando implicações para a formação e o trabalho em equipe (FARIAS et al., 2018). O contexto de variados formatos de equipe e gestão do processo de trabalho trazem oportunidade ao diálogo entre racionalidades, propiciando a interação e abordagens baseadas em práticas colaborativas, de caráter interdisciplinar sob intervenção interprofissional (LIMA et al., 2018).

Essa proposta de compartilhamento de saberes e práticas no cerne do processo de trabalho em saúde se aproxima da educação permanente, definida pela aprendizagem significativa que se incorpora ao cotidiano do trabalho possibilitando transformar as práticas profissionais (BRASIL, 2018b), cuja centralidade está no cotejamento entre as fragilidades emergentes do cotidiano das práticas do cuidado, e as potencialidades identificadas pelo diálogo e coparticipação na resolução de problemas. A educação, nessa dinâmica, coloca-se transversalmente como mediadora dos movimentos de qualificação da atenção à saúde, mostrando-se como uma importante ferramenta de gestão.

A capilaridade da educação permanente no campo na saúde tem mostrado sua potência em transformar práticas e capacitar equipes no trabalho colaborativo. Seus benefícios ao processo de trabalho podem, de certa forma, atender as demandas da educação, referentes às necessidades de aprendizagem na interprofissionalidade, valendo-se do seu caráter agregador e colaborativo. Nesse sentido, suas contribuições conferem robustez e renovação contínua ao conhecimento, produzindo impactos sobre o trabalho integrado em equipe, a circulação e o compartilhamento de saberes e práticas, a problematização do processo de trabalho, a e identificação das potencialidades da ação interprofissional, baseada em saberes interdisciplinares (CECCIM, 2017).

A materialização de uma proposta de trabalho na ABS desenvolvida com práticas integrais, resolutivas e voltada as reais necessidades do paciente devem estar pautadas em saberes interdisciplinares e habilidades interprofissionais. O resultado desse conjunto de atributos é o trabalho colaborativo, reconhecido como um dos meios mais profícuos para enfrentar o desafio da complexidade na saúde, e conseqüentemente, efetivar a interdisciplinaridade do trabalho em equipe (FARIAS et al., 2018).

1.2.2. Educação Popular em Saúde e as Práticas Colaborativas: algumas aproximações

O interesse em modificar a abordagem às práticas em saúde, de modo a atingir maiores níveis de integralidade e resolutividade, exigem importantes transformações no processo de trabalho, que podem envolver uma diversidade de saberes, habilidades e atitudes. Dentro desse escopo, favorecer uma escuta qualificada, se comprometer com o protagonismo nos processos decisórios, ampliar o campo de visão profissional, e garantir processos dialógicos e participativos na condução terapêutica, podem ser ações que

venham a fortalecer as bases de sustentação das redes colaborativas, que de maneira coletiva, constroem o apoio e instrumentalizam o processo de trabalho na ABS. Esse pode ser o modo com que a EPS se estabelece como articuladora e fortalecedora do matriciamento, ampliando a resolutividade da atenção.

Sobre esse ponto de vista, a Educação Popular em Saúde, segundo Pinheiro e Bittar (2016), tem sido discutida como um dispositivo reorientador das práticas de saúde, que para além da sua dimensão metodológica, orienta-se como um movimento político, que defende e sustenta a atenção à saúde sob uma relação construída entre profissionais e comunidade. Dessa construção, com o objetivo de obter maior autonomia e processos sociais emancipatórios, os participantes desenvolvem novas linguagens e alternativos canais de comunicação, bem como participam de processos de construção compartilhada de conhecimentos (FREIRE, 1987; HABERMAS, 2012a).

Stotz (2005) acrescenta que a EPS se comporta como um movimento social, mesclado por distintos atores de diferentes inserções, comprometidos com a participação e a emancipação dos trabalhadores. Refere-se a confluência de diferentes visões de mundo, na busca coletiva por construir novas perspectivas, que transforme a realidade e impulse a autonomia dos sujeitos. Toda esta construção se ancora nas prerrogativas da educação de Paulo Freire.

A despeito da potência das práticas em saúde apoiadas pela EPS, outra vertente de contribuição está no âmbito da força de trabalho em saúde. Há evidências sobre o descompasso na formação profissional que almeja o fortalecimento dos sistemas de saúde, tornando-se, desta forma, um desafio na ordem do trabalho colaborativo. A formação hegemônica em saúde se apresenta como um dos impedimentos às mudanças do modelo de atenção à saúde e na reorientação da formação dos profissionais na área. Essa estrutura é frequentemente orientada pela fragmentação do saber, com dificuldades em estabelecer o diálogo, atende aos propósitos de uma atenção centrada nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, pautada em uma contundente divisão do trabalho entre as categorias profissionais (COSTA, 2017; HABERMAS, 2012b).

Como detentora de uma metodologia articulada e inclusiva, a educação popular entra nessa arena e se coloca a favor de um processo formativo que parta das reflexões próprias dos profissionais de saúde e usuários que venham a problematizar o cotidiano do trabalho, por meio do compartilhamento de impressões, ideias, práticas e saberes (PINHEIRO, BITTAR, 2016). A dialogicidade instituída como mediadora na formação de profissionais da saúde resgata os princípios freirianos da autonomia e liberdade na

educação, consubstanciando o enfrentamento das formas compartimentadas do saber e agir em saúde, fortalecendo o SUS (FREIRE, 1987; PINHEIRO; BITTAR, 2016).

Diante desse cenário, cabe reconhecer que a discussão sobre a reformulação dos modelos de assistência e formação de pessoal para o SUS tem sido marcada por lutas e um significativo acúmulo na produção de conhecimento em saúde. No entanto, as práticas colaborativas e a educação interprofissional têm recebido destaque como marco teórico-conceitual e metodológico, como uma aposta de novos e promissores investimentos às transformações necessárias (COSTA, 2017).

Peduzzi e Agreli (2018) propõem em seu estudo uma discussão a respeito das diferentes modalidades de trabalho interprofissional e exploram o modelo contingencial, proposto por Reeves et al. (2010) para compreender suas dimensões relacionais, contextuais e da organização do trabalho. O modelo estudado diferencia o “trabalho em equipe”, a “colaboração interprofissional” e o “trabalho em rede” como distintas formas de trabalho que envolvem a interprofissionalidade, mas têm em comum a preocupação em atender as necessidades locais dos usuários, famílias e comunidades. Considera ainda a abordagem contingencial como expansão do trabalho interprofissional tradicional, para além do trabalho em equipe. De maneira complementar, utiliza-se das afirmações de Morgan, Pullon e Mckinlay (2015), considerando a “colaboração interprofissional” como um termo guarda-chuva que abriga a “Prática colaborativa interprofissional” e “o Trabalho em equipe interprofissional”.

De acordo com essa miscelânea de termos, referentes às distintas modalidades de trabalho interprofissional advindas da proposta contingencial, pode-se considerar o trabalho em equipe, a colaboração interprofissional, a prática colaborativa interprofissional e o trabalho em rede como propostas que prezam pela integração e compartilhamento de conhecimentos em prol da qualidade da atenção à saúde, em consonância com o contexto de vida e saúde de pacientes, famílias e comunidades, tanto quanto de profissionais e serviços (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

O desafio de compartilhar práticas na busca da integralidade do cuidado se aproxima, inicialmente, pelo trabalho em equipe, sobretudo na integração dos saberes genuínos da formação profissional de cada componente, até aqueles oriundos do processo de trabalho instituído, hierarquizado, que muitas vezes dificultam o trabalho interdisciplinar. Sem deixar de lado a preocupação com a organização dos serviços de saúde, cenário em que desenvolvem as ações de cuidado, planejamento e gestão (ACIOLI, 2015). Nesse viés, a participação popular e a decisão pela gestão participativa/

compartilhada no gerenciamento do cuidado são atributos que consolidam o processo de trabalho de maneira democrática e contra hegemônica, o que favorece a mitigação das desigualdades (MELLO; SANTOS; OLIVEIRA, 2020).

A partir de então, pensar a integralidade nas ações em saúde como resposta a fragmentação do cuidado envolve práticas colaborativas, interprofissionais e interdisciplinares que, para além da reunião de diferentes profissões e disciplinas, é necessária uma construção que rompa com o pensamento hegemônico, característico de um paradigma hierárquico e fragmentário do saber (ACIOLI, 2015; CECCIM, 2018; PEDUZZI; LEONELLO; CIAMPONE, 2016).

Nesta perspectiva, as equipes NASF trazem em sua constituição elementos que corroboram com a integralidade, em especial pelo apoio matricial, intencionalmente, para ampliar a abrangência e o escopo das ações da ABS, bem como sua resolutividade. A responsabilização compartilhada com as equipes da ESF sobre o território de abrangência fortalece seus princípios e o papel de coordenação do cuidado nas RAS (BRASIL, 2012a).

Frente a esse cenário, a EPS tem muito a contribuir, exercendo um diálogo permanente com as políticas públicas no reconhecimento das suas ações como importante indutora da participação popular, do fortalecimento do controle social, e da construção da gestão participativa (PULGA, 2014). Sob o aspecto teórico-metodológico, a EPS promove a articulação entre as áreas da educação e da saúde, promovendo uma prática social em busca da garantia de acesso as ações de saúde pautadas na valorização do conhecimento popular e nas relações humanizadas (BONETTI; CHAGAS; SIQUEIRA, 2014).

A institucionalização da EPS concentrou esforços de uma trajetória de luta e compromisso de intelectuais e dos movimentos sociais populares, que ao longo do tempo construíram de forma participativa a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (PNEPS-SUS), cujos fundamentos se alinham aos princípios éticos e culturais de engajamento popular. Portanto, a aproximação de outros saberes na composição de práticas mais contextualizadas e dialógicas transforma e constrói meios possíveis de chegar as reais necessidades da população. Assim, reconhecer a prática educativa de fundamentação popular, como afirmam Stotz e David (2013), não se relaciona ao que é público, mas sim pelo caráter político do trabalho que preza pelos interesses da população, cuja opressão sobrepõe determinadas classes, principalmente os trabalhadores, mulheres, negros, etc.

Deste modo, cabe refletir que o capitalismo tem grande responsabilidade sobre a massificação das classes subalternas como meio de alcance de sucesso no consumo e distribuição de lucros e riquezas. Os senhores do capital promovem a sua manutenção por meio da opressão, ampliando o poder sobre as massas e minando possibilidades de organização e crescimento que ameacem o poder instituído e gerem competição. A educação popular, nesse sentido, caminha na contramão e tem seu comprometimento inerente a transformação da realidade, da qual se propõe a arranjar outras formas do fazer em mundos possíveis, mais sustentáveis, autônomos e libertos, cuja força motriz se encontra, exclusivamente no reconhecimento da condição de dominância pelo oprimido. (FREIRE, 1987; JARA, 2012).

Nesse panorama de disputas, a prática colaborativa funciona como uma ferramenta pedagógica na educação interprofissional, constituindo-se de interação, colaboração e participação ativa dos envolvidos (ALMEIDA; TESTON; MEDEIROS, 2019). De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a prática colaborativa parte da interação entre profissionais de diferentes áreas, envolvendo pacientes, familiares e comunidade, com o intuito de promover atenção à saúde de qualidade aos diferentes níveis assistenciais, com vistas à integralidade, admitindo-se todo trabalho clínico e não clínico (OMS, 2010).

A educação popular entra nesse interstício das emergências do campo da saúde por meio das práticas compartilhadas. O diálogo que se fundamenta no cerne do processo de trabalho, envolvido pelas variadas dimensões do saber, constrói conhecimentos inerentes ao próprio coletivo, que muitas vezes não possuem a completude para se enquadrar a um único núcleo de saber. Por conseguinte, a colaboração se agrega no “fazer junto”, as diferentes linguagens se entrelaçam e se completam, a comunicação flui e as repostas passam a fazer sentido.

A opção pela educação popular como norteadora das formas de pensar, agir, e vir a ser, na transformação das práticas em saúde leva a compreensão que o percurso será marcado por inúmeros desafios. O compromisso com a construção de projetos democráticos e populares no âmbito dos territórios de vida dos usuários e prática profissional vão ao encontro da consolidação do SUS, carecendo de força para lutar e transformar, pois as possibilidades frente ao esforço do trabalho colaborativo demandam a construção de novos itinerários, e a tomada de decisão pode vir a ser mais acertada e, conseqüentemente, melhor contextualizada (MENDONÇA, 2016).

Na construção histórica da educação popular, enquanto prática social, a vinculação da educação com o Estado foi demarcada pela reprodução das relações econômicas e socioculturais vigentes a época, o que provocava um processo educativo voltado a transformação da realidade, com luta e resistência pelos grupos populares, promovendo subsídios à autonomia e a emancipação. No entanto, os caminhos que levam ao trabalho colaborativo têm relação direta com os modos de se relacionar com o outro, na confluência das singularidades dos sujeitos, de forma a construir e estruturar as bases das organizações sociais. Esse movimento consolidou-se em um campo de críticas ao modelo de sociedade e ao padrão de relações constituídas (ARAÚJO, 2018).

Cabe destacar que nem toda prática social, bem como os seus processos educativos são libertadores. A convivência dialógica, que respeita as diferenças, promove a autonomia e trata com amorosidade, podem ser consideradas práticas sociais humanizantes, das quais se promovem aprendizado emancipatório. Nesta perspectiva, o diálogo com amor é fundamental, com os sujeitos do processo se colocando como aprendizes igualmente, sem sobreposição de saberes, expressando o inacabado, e sem se tornarem ignorantes (FREIRE; HORTON, 2003).

A prática colaborativa que se aplica a dialética pedagógica dada pela simultaneidade entre ensino e aprendizagem, também incorpora princípios da EPS em sua vertente metodológica, construindo espaços problematizadores da realidade vivida, vislumbrando articulações futuras, como respostas aos casos complexos. Sem perder de vista, e nem menos importante, esses espaços também são potentes à produção de novos conhecimentos, os tais que para Freire e Horton (2003) tratariam de ler a realidade e de construir inéditos viáveis.

1.3 O Agir pedagógico na perspectiva da Educação Popular em Saúde: diálogos possíveis com a teoria do Agir Comunicativo de Jürgen Habermas

1.3.1. A genealogia da Educação Popular: um diálogo com o pensamento habermasiano

O reconhecimento da gênese da educação popular relacionada à América latina como palco principal tem implicação direta com a sua historicidade. Servindo como

território de exploração de riquezas em função de interesses internos, o cenário latino-americano sob pressão do capitalismo atendeu inicialmente aos interesses europeus, e na sequência, os norte-americanos. Foram deixados rastros e degradação, responsáveis pelo surgimento de parte dos problemas sociais, agravados pela ausência de um projeto direcionado as reais necessidades das populações locais (ROSA; SILVA, 2017).

Sobremaneira, o desenvolvimento da educação popular vem sendo construído intensamente, marcado por disputas, conquistas e contradições, como um acúmulo histórico nos últimos dois séculos. Alguns estudos sobre a genealogia da educação popular merecem destaque pela riqueza de detalhes e relação estreita com a dinâmica de insubordinação promovida pela luta emancipatória das formas de opressão, pautada em uma práxis voltada a formação de pessoas e sociedades livres, amorosas, justas e solidárias (GROPPO; COUTINHO, 2016; MOTA NETO; STRECK, 2019; SILVA, 2015).

Para Silva (2015) as primeiras expressões no século XIX, surgiram como ideário pedagógico e político na América hispânica por três autores, na Venezuela com Simón Rodriguez, na Argentina com Domingo Sarmiento e no Uruguai com Pedro Varela. Utilizava-se o termo *Educación Popular* na relação com os movimentos de consolidação da independência e construção da soberania dos países da América do Sul. Esses precursores da educação popular comungavam de aspectos semelhantes sobre o tema, considerando a *Educación Popular* em uma perspectiva de educação e instrução comunitária, visando expandir a rede pública de escolas, como uma das principais ferramentas para a modernização da sociedade. No entanto, um dos problemas enfrentados era a incompatibilidade de reproduzir na América Latina a modernidade europeia, correspondente ao intento de alcançar uma réplica do homem europeu nos povos latinos.

Para além de toda a contribuição destes três personagens na construção da soberania republicana com a educação pública, também havia outro lado repressor, que os colocava em posições ambíguas frente ao plano de modernização. Rodriguez manifestava ideias de exclusão das classes populares na sociedade moderna, quando se tratava da sua inserção. Sarmiento passou a promover a colonização interna, na Argentina, a partir dos agentes políticos hegemônicos. Para ele, o europeu era quem detinha o conhecimento. E Varela, utilizava a educação nas camadas populares com o objetivo de controle social e ajuste das demandas populares aos interesses dominantes (SILVA, 2015).

De toda forma, as práticas sociais desenvolvidas ao longo do século XIX como *Educación Popular* não consideravam os trabalhadores como protagonistas e/ou propositores de políticas e práticas pedagógicas. Apenas em 1910, por ocasião da Revolução Mexicana, o México desenvolveu as primeiras experiências de práticas educativas aliadas às demandas da população, embora este país se encontrasse fora do movimento republicano de educação que predominava nas Américas. Em 1921, com a criação da *Secretaría de Educación Pública* (SEP), e seu primeiro secretário, José Vasconcelos, um novo sentido foi atribuído à *Educación Popular*: Vasconcelos criou o *Plan de Once Años*, as *Misiones Culturales* e as *Escuelas Rurales*, conhecidas como “*Casas del Pueblo*”, como estratégias de levar educação para a população (SILVA, 2015).

Outra demanda pela expansão da escolarização se deu no ocidente, no período pós-guerra, influenciado pela UNESCO. Nos anos de 1950, sobretudo na América Latina, aflorava a urgência em superar os altos índices de analfabetismo (GROPPO; COUTINHO, 2016; MOTA NETO; STRECK, 2019). O México saiu na frente com a criação do Centro de *Cooperación Regional para la Educación de Adultos em América Latina y el Caribe* (CREFAL), trazendo as experiências da *escuela rural* (SILVA, 2015).

Sobre essa historicidade acumulada, o movimento popular decolonial, que segundo Mota Neto e Streck (2019) demarca a radicalidade na superação dos modos opressivos de produzir a colonização e a modernidade sobre a classe subalterna a respeito do existir, das relações socioeconômicas, do pensamento e da educação, tem fundamentos na produção de Marco Raúl Mejía. A sistematização dos pensamentos de Mejía recebe destaque em quatro “troncos históricos” originais do século XIX, como: 1) A atuação dos pensadores das lutas de independência nos países latino-americanos; 2) A busca pela construção de universidades populares na América Latina, ao longo da primeira metade do século XX; 3) As experiências dos povos originários em redescobrirem-se por meio do paradigma do *vivir bien*, da tradição *aymara*; 4) a criação de variados projetos educativos destinados aos grupos mais desprotegidos da sociedade. Mais tarde, na segunda metade do século XX, todos esses juntos sustentaram os princípios político-pedagógicos de Paulo Freire, representando um quinto tronco histórico.

No Brasil, em 1958, aconteceu o II Congresso Nacional de Educação de Adultos, tendo como relator Paulo Freire, representando o estado de Pernambuco. Explorando outra vertente sobre o analfabetismo de adultos, desta vez como desdobramento da pobreza e negação de acesso aos processos educacionais. Já nos anos de 1960, os

movimentos populares da América Latina e Brasil ganham vulto, exaltando a problemática do analfabetismo no continente. No Brasil, a região nordeste desponta com diversos movimentos de educação popular, consequência da sua historicidade de pobreza e analfabetismo (GROPPO; COUTINHO, 2016; SILVA, 2015). Com o golpe Militar no Brasil, Freire se radica no Chile e desenvolve ações de educação junto aos camponeses. Em 1969 lança a “Pedagogia do Oprimido”, importante obra para a consolidação da “Educação Popular” contemporânea. Trata-se da expressão das vivências de Freire na representação da autonomia popular (SILVA, 2015).

No entanto, durante o período de ditadura no Brasil, especificamente entre 1964 e 1968, a consolidação do regime autoritarista se deu pela publicação do Ato Institucional nº 5 (AI5), onde se prega o total afastamento da população ao poder, dificultando qualquer tipo de participação popular. Restringindo-se ao voto, a participação do povo era cerceada às eleições para algumas cidades que não fossem de interesse estratégico, como capitais, quando possível. Governadores e presidente não tinham o voto popular. Qualquer outra proposição de participação era proibida e regulada por instrumentos de força, legalizados e institucionalizados. A repressão contundente alcançou todos os movimentos engajados de trabalhadores, sindicatos e universidades, buscando à desarticulação e à desmobilização popular (PEREIRA; PREIRA, 2010).

Fragilidades políticas, sociais e institucionais do regime militar foram aparecendo ao longo do tempo, e assim, os movimentos populares de resistência começavam a crescer pelo país em forma de guerrilhas armadas e organizações clandestinas. Na década de 1970, retomava-se a força dos grupos sociais organizados, com forte influência das CEB e organizações não governamentais, dentre eles a educação popular. A oposição ao regime ascendia, e o povo voltava às ruas, gradativamente, com movimentos contra o custo de vida, pela anistia, pela democracia e abertura política (PEREIRA; PREIRA, 2010). Todo esse contexto de tensão, luta e resistência, levou à década de 1980 um novo panorama, de muito crescimento na organização e participação popular na política social.

A retomada do crescimento da educação popular após o golpe perdurou de 1978 a 1992 com a ascensão das forças populares. A educação popular passa a se estabelecer pelas organizações sociais. Em 1986, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde estabelece o grande marco político e teórico do processo de reestruturação da saúde pública brasileira. Em 1987, tem-se a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), demarcando uma proposta de universalidade e descentralização. Com a Constituição Federal de 1988 afirma-se o direito universal a saúde, responsabilizando o

Estado pela sua garantia, por meio de políticas públicas intersetoriais. E assim, foi criado o Sistema Único de Saúde, comprometido com a universalidade, a integralidade, a equidade, a participação da comunidade, a descentralização político-administrativa, a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. Tem-se um panorama de participação popular na gestão e no controle do sistema (GOMES; MERHY, 2011).

Esse foi o período de maior crescimento do movimento popular no Brasil, marcado pela fundação do Partido dos Trabalhadores (PT), em 1980, da Central Única dos Trabalhadores CUT), em 1983, e do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), em 1985. Retomavam-se as eleições diretas para governadores e presidente. A redemocratização do país culminou com a mobilização popular pela nova Constituição Nacional, apesar da crescente onda do neoliberalismo que adentrava a política nacional (PEREIRA; PEREIRA, 2010).

A natureza sociopolítica atribuída à educação popular no período de resistência a arbitrariedade do regime militar e de transição à democracia, serviram de instrumento de mobilização e organização popular. Ainda influenciados pelo movimento freiriano, esse tempo foi marcado pela formação de movimentos sociais de base popular junto a sociedade civil, atribuindo papel fundamental na mudança dos rumos políticos no país. Outra herança consistente, fruto desta ocasião, foram as técnicas e metodologias de trabalho de campo, formuladas no bojo do protagonismo popular, ativo e participativo, ancorado pela liberdade política. Dentre as técnicas, o sociodrama, o teatro de comédias e pantomimas, jogos de papéis, dinâmicas grupais, produção audiovisuais e vídeos populares, cartazes, cartilhas, leituras coletivas de textos, receberam destaque (GOHN, 2017).

A década de 1990, marca a implementação do SUS, em meio a muita luta, mas ao mesmo tempo vivenciava-se o enfraquecimento da educação popular pelo enraizamento do neoliberalismo nas bases políticas do país, reforçada pela globalização, agravando ainda mais as desigualdades sociais (PEREIRA; PEREIRA, 2010). Ascendia a crise no mundo do trabalho, com precarização das relações de trabalho e baixa empregabilidade. O Movimento Fora Collor foi o mais popular, culminando em seu *Impeachment*. No entanto, o projeto democrático popular foi derrotado no pleito eleitoral, elegendo Fernando Henrique Cardoso, que promoveu a abertura financeira do país; a privatizações de empresas estatais e de serviços públicos essenciais; reprimiu e criminalizou os movimentos sociais; e gerou o afastamento progressivo da militância de base.

Profissionais de saúde e lideranças populares criam a Rede Nacional de Educação Popular em Saúde (SANTOS, 2018).

As décadas seguintes, 2000 e 2010, foram marcadas por governos de esquerda, tendo Lula da Silva (2003-2010) e Dilma Rousseff (2011-2016) na presidência. Houve uma significativa migração de quadros dirigentes de movimentos sociais populares para a estrutura do Estado. Foram retomadas as lutas sociais em diferentes frentes, principalmente em resistência e enfrentamento ao neoliberalismo. O sistema capitalista entrou em uma crise profunda, aumentando o desemprego, produzindo retração de investimentos, e provocando o aumento da pobreza e da miséria. Por outro lado, mais a frente, avançou-se em políticas setoriais melhorando um pouco o panorama, com a ampliação do acesso ao ensino superior, a redução da pobreza e a mobilidade das classes C e D no universo de consumo (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017). Além disso, foi dada ênfase à participação popular na definição de políticas públicas, sobretudo na interface da Educação Popular com a saúde. A educação popular tornou-se política pública.

Grosso modo, a proposta de trabalho da educação popular está pautada na consideração e respeito à diversidade, na busca democrática da liberdade, do diálogo, do compartilhamento de saberes e da crítica social (FREIRE; NOGUEIRA, 1993; HABERMAS, 1997). Busca-se aproximar os saberes e os conhecimentos específicos pertinentes a cada grupo. Não basta ter boa vontade, pois se trata de uma complexa ação realizada por diferentes áreas e níveis de formação, caracterizando um trabalho interdisciplinar e intersetorial (GADOTTI, 2012).

Para Vasconcelos (2008), a educação popular não seria a única proposta pedagógica que traz em sua base, a valorização da diversidade e da heterogeneidade de grupos sociais, suas intercomunicações, o compromisso com as classes subalternas, o protagonismo do educando, e o diálogo entre os saberes populares e científicos. Para a saúde brasileira, o rompimento da tradição autoritária exercido entre os serviços e a população, foi marcado pela instrumentalização dada pelo movimento da educação popular aos seus profissionais. Parte das práticas da educação popular nesses serviços está servindo como dispositivo para aproximar a população das instituições, na tentativa de estreitar o diálogo e ampliar a compreensão das ideias e atitudes de ambos os lados (HABERMAS, 2012a).

Ao tratarmos do conceito de educação, precisamos extrapolar os limites da formação escolar, da educação formal e elevar a sua concepção a uma racionalidade

social. Habermas (2012a), ao abordar o agir comunicativo como um agir social, explora o encontro entre diferentes modelos de ação, cuja interação entre os atores e o mundo promove distintas experiências, ditas como referências de mundo. Contudo, tais referências se conformam tanto pela racionalidade do agir quanto pela racionalidade interpretativa de um intérprete (externo) sobre as ações.

Para que se reconheça a educação como um projeto democrático de garantia de direito e um campo de conhecimentos e práticas emancipatórias, faz-se necessário oportunizar encontros e promover o compartilhamento de ideias entre os mundos da vida, e conseqüentemente, toda a dinâmica de aprendizagens não formais propositoras de autonomia, em busca da transformação social (HABERMAS, 2012a). Isso está associado aos princípios da educação popular, à medida que nos apropriamos do senso comum, pela problematização da prática cotidiana de domínio popular, revelando uma teoria não conhecida. Esta teoria passa a incorporar critérios mais rigorosos, científicos e unitários (GADOTTI, 2012).

No campo da saúde, as práticas desenvolvidas na ABS têm a finalidade de se aproximar cada vez mais da realidade das pessoas e comunidades, das suas formas de vida e cultura. Este é um desafio para os profissionais que atuam junto aos territórios populares e que possuem formas diferentes da população em perceber a construção de valores, interesses e modos de organizar o pensamento e sua rotina de vida (ACIOLI, 2015; STOTZ; DAVID, 2013).

Nesse aspecto, Valla (2014: 36) corrobora com a ideia de que “os profissionais e a população não vivem a mesma experiência da mesma maneira”, a contingência na revisão dos saberes e práticas aplicados a esta realidade está diretamente ligada a percepção errônea de que o saber popular imita o saber profissional, tomando este último como referência. A distinção está na forma de produção do pensamento, quando o saber popular advém da experiência concreta, das contradições, dos encontros e desencontros entre mundos, diferentemente do profissional (HABERMAS, 2000). Assim, não há insuficiência no saber popular, apenas diferença (VALLA, 2014).

A EPS numa perspectiva metodológica, preza pela participação dos sujeitos como protagonistas, numa relação afetiva, dialógica, reflexiva, criativa e autônoma (PULGA, 2014). Ainda pode ser acrescentado o reconhecimento do acúmulo histórico no saber popular (STOTZ; DAVID, 2013). Busca uma organização que valoriza a cultura loco-regional, as expressões artísticas e o envolvimento de outros setores no enfrentamento cotidiano dos problemas. Seu propósito se estabelece sobre um agir educativo alicerçado

em fundamentos teórico-metodológicos que sustentam a participação ativa e a capacidade de produzir novos sentidos nas relações entre as necessidades da população (PULGA, 2014).

Nesta direção, ao se propor uma revisão das práticas do cuidado como proposta de aproximação do sujeito, recomenda-se a compreensão do processo como uma prática integral que respeita e valoriza a singularidade de cada um, o que no âmbito da EPS requer uma dimensão educativa e pedagógica propositora de uma práxis emancipatória (ACIOLI, 2015; PULGA, 2014; STOTZ; DAVID, 2013). Numa perspectiva habermasiana, para a conquista da emancipação faz-se necessária a descentralização da percepção de mundo e a racionalização do mundo da vida (HABERMAS, 2012a).

Cabe ainda destacar que o envolvimento da EPS na modificação do processo de trabalho adensa uma construção do senso crítico, onde os sujeitos precisam entender situações, se comprometer, sentirem-se capazes de elaborar propostas, reivindicar e gerar transformações. É muito além da popularização da complexidade; é um coletivo de produção e socialização de saberes, capacitando a uma leitura crítica da realidade sócio-econômica-política-cultural em busca da renovação (HABERMAS, 2012a; PULGA, 2014; VALLA, 2014).

O sentido popular atribuído ao processo educativo está na dimensão política na qual se trabalha com a população, e não pela referência ao público. Não se trata de um fazer para o povo e sim com ele, colocando-se a serviço dos seus interesses, especialmente as classes populares e oprimidas (STOTZ; DAVID, 2013).

1.3.2. Interfaces do apoio matricial com a Educação Popular em Saúde - o agir pedagógico em perspectivas

O compromisso sanitário sobre os territórios é uma das vertentes da Atenção Básica à Saúde, que se manifesta como ação sentinela na qualidade vigilante do processo saúde-doença de determinado agrupamento populacional. A responsabilidade dividida com a população acerca da sua territorialidade, como dimensão socialmente construída, tem demarcado fortemente esse processo. Nesse sentido, a percepção sobre a totalidade é uma condição intrínseca que confere qualidade a esta vigilância. O apoio matricial tem sido a estratégia utilizada para ampliar o olhar das equipes de referência, dada por um

coletivo organizado, formado por profissionais especializados em torno do mesmo objeto de trabalho (OLIVEIRA, 2010).

O apoio matricial busca dinamizar as dificuldades enfrentadas com os casos ou problemas complexos, que pelas condições naturais do seu curso não têm sido percebidas no que é essencial, dentro da sua totalidade. Estrategicamente, as possibilidades técnico-pedagógicas deste grupo de apoio trazem outras lentes que aumentam as chances de um olhar mais abrangente, que procura promover diálogo permanente entre as partes, trazendo o usuário como protagonista e lidando com os limites e fronteiras da reciprocidade entre partes e o todo, reconhecendo o elo natural que promove a aproximação entre aquilo visto antes como incomum ou invisível (HABERMAS, 2012; MORIN, 2015a).

No entanto, este caráter técnico e pedagógico conferido ao apoiador da Atenção Básica precisa ser desenvolvido de forma que o matriciamento não seja compreendido como um fazer especializado e instituído, hierarquicamente, no sistema de saúde. Há uma indução da coexistência de outro paradigma que contribua com a ideia da saúde multidimensional. O fazer técnico do especialista precisa dialogar com o contexto apresentado, primariamente, pela equipe de referência (CAMPOS, 2017). E juntos conduzirem, em uma atmosfera pedagógica, de trânsito livre e fluido de saberes que transcendem a especificidade de cada profissional, permitindo que o matriciamento não seja meramente a transmissão de um saber especializado, e sim uma construção compartilhada da realidade que permita compreender a forma de pensar aberta e livre, que favoreça e ajude nas possíveis resoluções e enfrentamentos com reciprocidade (CAMPOS, 2017; FREIRE, 1987; 2003; HABERMAS, 1968)

Para Habermas (2012a), a realidade, como parte do mundo da vida, construída socialmente por sujeitos coletivizados, apresenta de maneira interpretativa a intersubjetividade nos modos de viver em sociedade, reproduzida pelo conjunto de normas, valores, tradições e linguagens. Nesse contexto, as singularidades dos sujeitos precisam ser reconhecidas como produtos históricos, de natureza contraditória ou não, porém compatíveis ao diálogo. A busca pela interação entre dois ou mais sujeitos, com o intuito de promover uma racionalização do diálogo democrático, que possibilite o entendimento de determinada ação mobilizadora do agir comunicativo, e assim, cada sujeito com a sua visão de mundo em interação, produz novos entendimentos.

Essa relação de reciprocidade, característica do agir comunicativo, depõe a favor da emancipação do sujeito que nos encontros de mediação com o outro garantem a

autonomia da livre expressão, sob uma práxis construída por discursos contraditórios, que valorizam as diferenças, possibilitam duvidar e discutir, intercedidos pelo diálogo. Esse compartilhamento de ideias estabelece uma relação hermenêutica que potencializa a dimensão político-social perante o mundo da vida, tanto quanto fortalece a democratização dos saberes (HABERMAS, 1968).

A dialética da linguagem, do trabalho e da relação ética estabelecida no encontro com o outro, indutora de processos compreensivos, partem de aspetos conceituais do agir orientados para o entendimento recíproco (HABERMAS, 1989a). A síntese desses aspectos pode ser apreciada esquematicamente na Figura 1, baseada na produção habermasiana e correlacionada ao pensamento freiriano, propositor de um “agir pedagógico”.

Figura 1 - Perspectivas do agir comunicativo orientado para o entendimento mútuo, correlacionado ao agir pedagógico.



Fonte: o autor, adaptação de Habermas, 1989a.

A edificação da teoria do agir comunicativo por Habermas exalta inúmeros conceitos e uma robusta interrelação com bases sociais e filosóficas, que alguns aspectos na sistematização desse quadro sobre o entendimento mútuo, revelam as competências de um locutor eficiente, que dispõe de modos cognitivos, interativo e expressivo do uso

linguístico. Tanto quanto classificam os atos de fala como sendo de constatação, regulação e representação, sobre questões de verdade, justiça, gosto e expressão pessoal. Há nessa análise, portanto, a possibilidade de escolha dessas atitudes, conforme os pontos de vista no entendimento descentrado do mundo, em face de sua natureza interna (subjetivo), externa (objetivo) e da sociedade (social) (HABERMAS, 1989a).

Ainda assim, cabe ressaltar que para Habermas (2012a) toda ação de entendimento pode ser arquitetada como parte de uma expressão cooperativa de interpretação, de modo a obter definições situacionais reconhecidas intersubjetivamente. A partir da apropriação conceitual dos três mundos (subjetivo, objetivo e social) como um sistema de coordenadas sobre os contextos, desenvolve-se a concepção mútua sobre o entendimento do que é fato, do que é norma vigente, ou ainda, da vivência subjetiva.

O uso da linguagem como dispositivo que promove autonomia e transformação pode ser reconhecido pelo significado das características socioculturais, partindo da funcionalidade diferenciada em cada sujeito, dando origem a uma organização totalmente diferente, tanto com novos indivíduos, quanto com distinta sociedade (HABERMAS, 2012b).

Agregando subsídios à ação pedagógica pelo agir comunicativo, a linguagem passa a assumir as funções de entendimento e coordenação das atividades orientadas por fins de diferentes sujeitos da ação, e o meio da própria socialização. Logo, a linguagem expressa na fala ou gestos constitui-se por resultados da ação social, que pelo compartilhamento torna-se capaz de produzir mudanças e intervenções em diferentes escalas da trama social (FREIRE; NOGUEIRA, 1993; HABERMANS, 2012b).

Assim, o agir pedagógico, trazido aqui como componente do apoio matricial e potencial materialização da EPS, tem sua fundamentação orientada a partir de dois importantes postulados epistêmicos, a teoria do agir comunicativo por Jürgen Habermas, e as bases pedagógicas de Paulo Freire. Ambos centrados em uma perspectiva crítica, com ênfase em questões sócio-políticas e ancorados em uma práxis pedagógica, sob as perspectivas do ensino e da pesquisa (PITANO, 2017).

No entanto, torna-se importante destacar que, apesar das afinidades sobre o pensamento crítico, suas ideias têm demarcações em contextos de sociedades distintas. Habermas dedica-se às crises do capitalismo e à deterioração das relações sociais europeias; trata o mundo da vida com diferenças; idealiza uma sociedade linguisticamente competente; percebe o capitalismo como justificado, sem necessidade de mudar a sociedade radicalmente. Enquanto isso, Freire dedicou-se à causa da libertação dos povos

da América Latina, África e Ásia, expressão da opressão do colonialismo; trata o mundo da vida pela percepção de desigualdades; compreende a realidade de analfabetos e miseráveis sociais; vê o capitalismo como injusto (PITANO, 2017).

O agir pedagógico pode ser considerado um aspecto delicado, sob o ponto de vista das fragilidades próprias do trabalho colaborativo, e ao mesmo tempo fundamental na compreensão da realidade complexa. A intencionalidade do apoio matricial deve trazer uma horizontalidade na apropriação dos saberes, de forma que o seu compartilhamento seja mola propulsora e conectora de princípios diretivos para um pensamento que agrega, estabelecido pelo profissional demandante (CAMPOS, 2017).

Desta maneira, o pensamento precisa ser sistêmico e organizacional, quando o conhecimento das partes prescinde conhecer o todo, tanto quanto saber do todo para compreender as partes. Ter o princípio hologrâmico, quando nas partes se tem o todo, e no todo se encontram as partes. O circuito retroativo permite o conhecimento dos processos autorreguladores, rompendo com o princípio da causalidade e permitindo a autonomia. Apresentar um circuito recursivo, que ultrapassa a noção de regulação com a de autoprodução e auto-organização, gerador de produtos e efeitos por eles mesmos. Ter autonomia, diálogo e possibilitar a reintrodução do conhecimento em todo conhecimento (HABERMAS, 2012a; MORIN, 2015b; 2017).

O apoio matricial precisa propor um aprendizado capaz de não se fechar nele mesmo, no local e no particular, mas estabelecer o conjunto, habilitando o senso de responsabilidade cidadã, ética e cívica para com a população alvo. Favorecer o movimento permissivo das práticas que distinguem, contextualizam e globalizam os problemas multidimensionais, com ideias que admitam responder aos desafios complexos do conhecimento existente na equipe de referência e dedicar-se a eles. Construir meios, críticos e reflexivos, de enfrentar as incertezas e dar sustentabilidade a novas abordagens complexas do cotidiano do trabalho em saúde (CAMPOS 2017; HABERMAS, 2012a).

Em suma, o apoio matricial pode ser reconhecido como uma estratégia metodológica para o trabalho multi e interprofissional em saúde, que agrega e tem boa capacidade resolutiva dos problemas e na ampliação do olhar sobre os fenômenos complexos. Tem o seu foco organizacional e estrutural na interdisciplinaridade, na gestão compartilhada entre equipes da Atenção Básica e a rede assistencial, e na interação entre profissionais e pacientes (CAMPOS, 2017; OLIVEIRA, 2010).

A complexidade exige estratégias que dialoguem com o mundo da vida, para que sejam conhecidas e sirvam de meios (pano de fundo) para o seu próprio enfrentamento.

É importante a organização para lidar com a realidade, em especial quando o inesperado ou o incerto aparece sob a forma de um problema importante. Não obstante, são imprescindíveis a contextualização e a partilha de saberes para encontrar os contornos peculiares de cada realidade vivenciada.

A equipe da ESF se organiza para atender as necessidades de um território adscrito, servindo como primeira referência dos pacientes no SUS, no entanto, as respostas oferecidas nem sempre contemplam as necessidades da população, culminando com a excessiva procura com diferentes complexidades (KANNO; BELODI; TESS, 2012). Neste exemplo, os interesses egocêntricos não se articulam, muitas das vezes, impedindo o diálogo racional, o compartilhamento dos saberes e o encontro entre os mundos dos sujeitos da ação. Esta é uma prática que não se liberta, dificilmente atinge a melhor resolução e possivelmente tende a oferecer um cuidado fragmentado e opressor (FREIRE, 1987; HABERMAS, 2012a).

Os saberes exigidos aos profissionais da ESF partem da complexidade apresentada pelas necessidades dos pacientes como demandas por saúde, que para além do caráter interprofissional da equipe, as respostas apontam saberes interdisciplinares. É neste contexto que a equipe NASF atua, com o compartilhamento de saberes e práticas advindos de diferentes disciplinas que compõem os núcleos na busca de resolutividade às mais variadas demandas por saúde na ABS, oferecidos pelo apoio matricial (SHIMIZUI; FRAGELLI, 2016).

Ainda assim, torna-se conveniente reconhecer que os problemas de ordem prática provocam diferentes situações e comprometem a articulação entre o conjunto de ações desenvolvidas pelo trabalho em equipe. Segundo Habermas (1989b), estes precisam ser contornados, pois do contrário comprometem a intersubjetividade produtiva e geram consequências danosas ao processo compartilhado de conhecimentos, mesmo nos casos mais simples, distanciando-se de um entendimento mais contextualizado.

De forma mais específica, estabelecer relação com as visões do outro sobre o mundo, exige o reconhecimento da própria visão de mundo e suas interconexões. Neste sentido, a identidade de uma consciência capaz de conhecer e assimilar o saber se semelha ao posicionamento sobre objetos já conhecidos, o que de certa forma só se estabelece por meio da linguagem. A produção de sínteses, portanto, só se torna possível pelo reconhecimento das próprias singularidades interposta no mundo da vida (HABERMAS, 1968).

2 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLOGICA

2.1 O referencial teórico e metodológico

O percurso metodológico em uma investigação científica se propõe a desenhar os caminhos de uma pesquisa, que segundo Minayo (2006), se apresenta como uma prática fundamental na produção do conhecimento. Hegemonicamente, é por meio da ciência que a sociedade ocidental define a construção do conhecimento, sob a qual se torna a única fonte da verdade. Autores reconhecem que tal prerrogativa, que torna o conhecimento proveniente da ciência, sinônimo da verdade absoluta, uma falácia (DEMO, 2015; KUNN, 2017; MINAYO, 2006; MORIN, 2015c; SANTOS, 2006; SANTOS, 2010; VASCONCELOS, 2013). A crise paradigmática da ciência moderna foi um divisor de águas na perspectiva de novas formas de se produzir o conhecimento, para além das ciências naturais e o positivismo.

A ciência moderna se desenvolve na sociedade ocidental desde o século XVII, estabelecendo-se como uma ruptura em relação ao passado e centrando-se nos privilégios do conhecimento científico em detrimento de outras formas de conhecimento, para além dos processos de produção e impactos da aplicação. No entanto, sua distinção dos conhecimentos anteriores, se aplica na profundidade com que se insere no mundo, vai além da compreensão ou explicação, busca transformá-lo (SANTOS, 2006).

Tomas Kuhn (2017) reconhece este momento imperativo a novas teorias e afirma que a revolução científica parte da transição paradigmática. Essa reviravolta da ciência extrapola a relação entre o velho e o novo ou o moderno e o pós-moderno, estando presente em uma história de conflitos expressos sobre a validação do conhecimento, de suas autoridades e da permissibilidade dos que podem transmiti-lo, bem como das orientações da ação social consideradas legítimas.

Esse debate se aprofunda nas discussões de Santos (2010) quando reflete sobre as distinções entre o pensamento ocidental e o não ocidental. O autor reconhece como abissal as formas como são tratados os pensamentos produzidos não ocidentalmente, referidos pelo pensamento moderno ocidental. Ele descreve o pensamento abissal por meio de uma linha imaginária, perfazendo a divisão da realidade social, na qual de um lado se produz o inexistente, sendo excluído e desconsiderado pelo outro lado da linha.

Para além do seu universo, acredita-se apenas na inexistência, na invisibilidade e na ausência não dialética. Assim, o pensamento abissal se caracteriza pela incoerência de duas formas de pensar, dos dois lados da linha em manter-se em coexistência.

A prática de qualquer pesquisa, cumprindo o seu rigor metodológico, tem como objetivo tratar de compreender a realidade para intervir sobre ela, posteriormente. Ainda assim, não podemos perder de vista o pensamento de que nem o todo e nem tudo será revelado por uma pesquisa científica. Como componentes da natureza, temos a visão parcial, determinada por um tempo e um espaço (DEMO, 2015).

Neste sentido, faz-se pertinente destacar alguns fundamentos da pesquisa social, trazidas por Demo (2015), na perspectiva do trabalho com realidades concretas, e sua interrelação com pontos de inquietação do cotidiano em sociedade. O autor destaca: a) que a efetivação da aprendizagem se dá pela pesquisa e sua elaboração. Aponta a importância de movimentar o conhecimento, para além do repassar e receber; b) que a pesquisa é um princípio educacional e não apenas científico, capaz de gerar posturas questionadoras, consciência crítica, e a habilidade de argumentar e contra argumentar; c) que supere a dicotomia entre teoria e prática, deixando de lado a “indigestão teórica”, para ver com maior proximidade os problemas sociais e comprometer-se na práxis alternativa; d) que torna-se premente à construção do conhecimento e não apenas algo repassado como mera informação disponível. Há de se manter a sua funcionalidade disruptiva como cerne no processo de desconstrução e reconstrução do conhecimento.

Em referência a esses fundamentos, passa a fazer sentido trabalhar com métodos de pesquisa sob a visão do concreto e suas bases epistemológicas. À construção do conhecimento, principalmente na pesquisa qualitativa, faz-se necessária a mediação entre a excessiva teorização e a dedicação simplista aos dados empíricos.

Para tal, cabe esclarecer que a metodologia de um estudo não se resume apenas à apresentação de métodos e técnicas, como afirma Minayo (2006), mas precisa ser tratada como questão epistemológica e instrumentos operacionais, de modo abrangente. A autora identifica aspectos que precisam ser tratados simultaneamente, como forma de discutir a metodologia de uma pesquisa. Especificamente, sugere a discussão epistemológica do percurso exigido pelo tema ou objeto de estudo; a apresentação adequada e justificada dos métodos, técnicas e instrumentos operativos utilizados para a investigação; e a articulação entre teoria, métodos e achados, correspondendo a experiência reflexiva do autor, elaborada a partir da capacidade individual de análise e síntese teórica, da sua

memória intelectual, do nível de envolvimento com o objeto, e sua capacidade de exposição lógica e de interesses.

2.1.1 A pesquisa participante como percurso metodológico

A opção por uma estratégia participante de pesquisa se dá pela natureza complexa do objeto, carregada de dinamicidade, não linearidade, ambiguidade e ambivalência, cujo vínculo se aproxima de questões culturais, ideológicas e/ou subjetivas, o que exige uma convivência mais internalizada, íntima e prolongada do pesquisador com o problema de pesquisa, caracterizando uma inserção pessoal na realidade estudada (VASCONCELOS, 2013).

Os termos pesquisa-ação e pesquisa participativa são vistos como sinônimos entre alguns autores que abordam a temática. Para Thiollent (2011), toda pesquisa-ação é participativa, mas o contrário é um equívoco. Ele problematiza que em pesquisas participantes, há uma tendência a se utilizar metodologias do tipo observação participante, quando o pesquisador promove a comunicação unidirecional com as pessoas ou grupos do ambiente investigado, sem a devida cooperação mútua. E, para distinguirmos uma pesquisa-ação é imprescindível a efetiva participação das pessoas ou grupos envolvidos no problema, e que esta ação tenha significativa relevância à investigação.

Um dos principais objetivos da pesquisa participante para Thiollent (2011) está na possibilidade de oferecer aos pesquisadores e participantes formas que facilitem a busca de respostas aos problemas cotidianos, de modo mais eficaz, onde os procedimentos convencionais têm obtido pouco sucesso. Neste sentido, a participação ativa dos sujeitos da pesquisa, tem total relevância na promoção do diagnóstico situacional e eleição de prioridades.

Este tipo de pesquisa privilegia os aspectos sociopolíticos, a partir de abordagens da interação social, possibilitando a análise de diversas formas de ação. A pesquisa-ação, para Bertolin, Zwick e Boas (2011), tem em sua concepção a perspectiva crítica, realçando a integração entre sujeito e objeto, enquanto método de pesquisa que promove a transformação da realidade e produção de conhecimentos relativos às mudanças.

O conhecimento gerado por meio da pesquisa participante, produto da interação entre pesquisador e sujeito da pesquisa, pode ser considerado um movimento na direção contrária ao da produção do conhecimento científico hegemônico, que prioriza o empirismo, a objetividade e a neutralidade, características da cultura científica ocidental positivista (PERUZZO, 2016). Sobre a pesquisa-ação, Thiollent e Oliveira (2016) corroboram com a ideia de que a dialética entre os envolvidos na pesquisa é um mecanismo complexo, composto por modalidades e graus de intensidade. E em oposição a verdade única, afirma que para dinamizar a produção do conhecimento precisa-se problematizar a interação entre a pesquisa, como propositora da investigação, e o contexto em que estão inseridos os pesquisados, sujeitos da mudança.

Essa construção intersubjetiva depende de um agir comunicativo focado na interação recíproca, por um horizonte contextual recortado e dirigido ao tema, articulado por objetivos e planos de entendimento mútuo (HABERMAS, 2012b). Desta interação, ainda se pode relacionar o ato com a linguagem, como aspectos que materializam a comunicação no cerne de uma investigação, que partem do diálogo entre atores oriundos de grupos sociais diferentes. A pesquisa-ação nesse sentido, põe em questão a relação entre a linguagem e a ação, utilizando-se de todo o dispositivo de pesquisa em conexão com o mundo da ação (THIOLLENT; OLIVEIRA, 2016), recortado do mundo da vida daqueles atores envolvidos com a temática do estudo (HABERMAS, 2012a).

A proposta da pesquisa participante discutida no estudo de Novaes, Souza e Drummond (2019), diz respeito às práticas da pesquisa-ação e suas derivações, como elementos convergentes, divergentes e de interesses, que podem se manifestar, tanto em autonomia e emancipação do grupo estudado, quanto se inclinarem aos interesses de dominação e adaptação ao status quo. De certo modo, esta prática de pesquisa se aproxima dos princípios da educação popular, à medida que a participação mobiliza os sujeitos em direção a tomada de decisões, desafiando a autonomia e a emancipação, geralmente introjetadas em grupos oprimidos ou classes populares.

Os diferentes olhares sobre o componente pedagógico do apoio matricial desenvolvido pelos profissionais de saúde da ABS, e analisados sobre a ótica crítica da EPS, trazem referências marcantes sobre o processo investigativo dado pela pesquisa participante ao estudo. A escolha acertada desse percurso metodológico garantiu qualidade na investigação, propriedade científica ao recorte temático e rendeu frutos significativos aos sujeitos partícipes da pesquisa.

2.2 Desenho do estudo

2.2.1 Tipo de pesquisa

Como proposta para esta pesquisa, elegeu-se um estudo exploratório com uma abordagem qualitativa, de caráter empírico, organizado a partir de métodos participativos na aproximação do objeto. Os estudos exploratórios têm um caráter descritivo e se constituem como pesquisa temática, com foco amplo e aberto para fenômenos e processos complexos, em especial aqueles pouco conhecidos e/ou pouco sistematizados. Também utilizados para fenômenos passíveis de variadas interpretações (VASCONCELOS, 2013).

A pesquisa qualitativa, como diretamente relacionada aos objetos das ciências sociais, de acordo com Minayo (2006), distingue-se das pesquisas apoiadas nas ciências físico-naturais e biológicas a partir da sua própria natureza. Para Demo (2015), a pesquisa qualitativa não tem a pretensão de desmerecer os métodos quantitativos, mas de identificá-los como uma complementariedade. A sua percepção sobre a realidade está pautada na subjetividade, o que na perspectiva dialética histórico-estrutural, se relaciona com conceito de complexidade pelo caráter dinâmico, não linear, ambíguo e ambivalente.

A realidade é dinâmica, está inserida em uma arena de disputas, movendo-se por meios próprios e forças contrárias, caracterizando-se como uma não linearidade. O caráter ambíguo da realidade se dá pela estrutura difusa, não linear e caótica, caracterizada pela unidade de contrários. Já a sua ambivalência está na manifestação da dinâmica em direções opostas no mesmo todo, apontando para o vir a ser (DEMO, 2015).

2.2.2 Cenário de pesquisa

A escolha do cenário da pesquisa foi estabelecida partindo da premissa de que o território de observação precisa estar alinhado à temática, e, necessariamente neste caso, contenha equipes da ESF e do NASF implantadas. Esta mínima estrutura se aproxima de uma ABS que busca promover e fortalecer o SUS, consolidada na PNAB de 2011. A

proposta foi eleger um município do Estado do Rio de Janeiro que atendesse aos critérios estabelecidos para a pesquisa, como sendo aqueles que buscassem qualificar a ABS local.

Foi levado em consideração o cruzamento de múltiplos fatores como critérios elegíveis na escolha do cenário de pesquisa. Buscou-se identificar os atributos estruturantes de investimento na qualidade e no acesso à saúde da população entre os 92 municípios do Estado do Rio de Janeiro. Este processo se deu em duas etapas reconhecidas como de eliminação e classificação.

Como critério de eliminação na escolha do cenário de pesquisa, adotou-se a cobertura de pelo menos 80% em ABS na apresentação do município. Este critério está relacionado ao número de equipes da ESF e NASF implantadas. Para a cobertura da ESF, tomou-se como base o quantitativo de equipes implantadas em relação ao teto estabelecido pelo Ministério da Saúde para cada cidade. Já para as equipes NASF, calculou-se sua cobertura buscando a razão de equipes da ESF assistida, pelo quantitativo de equipes NASF, proporcionalmente, em consonância com a Portaria MS nº 3.124 de 28 de dezembro de 2012. Fica estabelecido nesta portaria que cada equipe NASF I deve acompanhar de 5 a 9 equipes da ESF, quando ao NASF II, de 3 a 4 equipes, e para o NASF III, de 1 a 2 equipes (BRASIL, 2012b). Considerou-se como ponto de corte a cobertura de 80% para ambas as equipes. Os dados foram obtidos no Histórico de Implantação de Equipes, do Departamento de Atenção Básica - MS, na competência de dezembro de 2018.

Para a classificação dos municípios selecionados como elegíveis ao estudo, aplicaram-se os critérios de classificação com o intuito de ranquear a participação, apesar da intencionalidade em escolher somente uma cidade. Nesta etapa foram utilizados três critérios: a) Pelo menos 80% das equipes da ESF e NASF com adesão ao 3º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); b) Pelo menos uma equipe da ESF com desempenho “ótimo”, “muito bom” ou “bom” no 3º Ciclo do PMAQ-AB; c) Ter participado em pelo menos uma edição do Curso de Aperfeiçoamento em Apoio Matricial na Atenção Básica com Ênfase nos NASF.

O PMAQ-AB objetiva incentivar a melhoria na qualidade dos serviços de saúde oferecidos a partir de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. Organizado em três fases e um eixo estratégico transversal de desenvolvimento, compondo um ciclo, estrutura cada ciclo com a periodicidade bianual. A Fase 1 - Adesão e Contratualização destina-se ao ingresso das equipes ao programa; na Fase 2 – Avaliação externa e Certificação, as equipes são

classificadas segundo o seu desempenho, como: ótimo; muito bom; bom; regular; ruim; a Fase 3 – Recontratualização se destina as equipes que participaram dos ciclos anteriores. O Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento do PMAQ-AB deve ser entendido como transversal a todas as fases e composto pelos seguintes elementos: autoavaliação, monitoramento, educação permanente, apoio institucional, cooperação horizontal presencial e/ou virtual (BRASIL, 2015).

Para checar a inclusão dos municípios no 3º ciclo do PMAQ-AB, buscou-se a *Lista de equipes Homologadas para o 3º Ciclo do PMAQ-AB* publicada no site do MS, a qual a adesão de pelo menos 80% das equipes da ESF e NASF o classificaria. A adesão inferior a esse corte elimina a escolha do município. Já para o desempenho das equipes, utilizou-se a Lista de Certificação – 3º ciclo – PMAQ-AB.

O curso o qual serviu como critério de classificação na seleção do cenário da pesquisa foi pioneiro na qualificação das equipes NASF, em âmbito nacional, oferecido pela parceria do MS com a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ FIOCRUZ. Teve sua primeira oferta em 2014, e está em sua terceira edição. Com periodicidade bianual, tem disponibilizado 2000 vagas para trabalhadores da Atenção Básica, preferencialmente aos integrantes dos NASF, a cada edição. Possui uma carga horária de 180 horas na modalidade semipresencial. A organização curricular se apresenta por Unidades de Aprendizagem que trazem os enfoques da implantação do NASF - AB; das práticas e intervenções compartilhadas; da gestão do cuidado em rede; e do monitoramento e avaliação do processo de trabalho (MELO, 2016).

Esse curso, em sua construção apresenta uma perspectiva de curso-movimento, pretendendo contribuir para fortalecer e enriquecer o trabalho desenvolvido pelas equipes na AB. Cabe destacar em sua metodologia a construção de uma tríade pedagógica, cuja composição se apropria de um contexto crítico e reflexivo sobre os desafios na ABS. Compõe a tríade, um dispositivo disparador, uma proposta de microintervenção contextualizada e a oferta de ferramentas para a ação (MELO, 2016).

A busca pela participação dos municípios nas edições do curso, com vistas a definição do cenário de pesquisa, se deu por duas fontes: a “Relação de municípios que possuem profissionais NASF formados nas edições anteriores”, conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) na referência de março de 2018, compreendida no anexo IV, do edital do curso para o ano de 2018, e, ainda, na “Lista de matrículas homologadas 2018”, em arquivo cedido pela coordenação do curso.

Após a aplicação do critério de eliminação aos 92 municípios, foi possível destacar 8 deles, que apresentavam uma cobertura da ABS superior a 80%. Destes, foram aplicados os critérios de classificação, restando apenas um município, Paraíba do Sul - Região Centro Sul Fluminense, que se apresentou de forma satisfatória para todos os critérios. A apresentação dos municípios que obtiveram maior cobertura na ABS, com destaque daquele que preencheu todos os critérios elegíveis ao campo da pesquisa, está descrita no quadro 3 abaixo:

Quadro 3 - Classificação dos municípios do Estado do Rio de Janeiro com cobertura maior que 80% na ABS

Municípios/ Região Administrativa	População*	Cobertura ESF* (%)	Cobertura NASF* (%)	Adesão PMAQ - ESF** (%)	DesempenhoESF/ PMAQ***			Adesão PMAQ - NASF (%)	Participação Curso NASF****	Avaliação Geral
					Ótimo (%)	Muito Bom (%)	Bom (%)			
Comendador Levy Gasparian	8.255	100	100	100	-	-	-	100	Não	Desclassificado
Paraíba do Sul	42.737	100	87	81	6	6	53	100	Sim	Classificado
Paty do Alferes	26.939	85	83	73	-	25	50	0	Não	Desclassificado
Piraí	28.088	86	154	75	-	33	33	100	Não	Desclassificado
Porciúncula	18.156	89	111	100	-	-	-	100	Não	Desclassificado
Rio Claro	17.850	100	100	89	-	38	50	0	Não	Desclassificado
São José do Ubá	7.236	100	100	133	-	-	-	100	Sim	Desclassificado
Silva Jardim	21.279	91	91	70	-	-	-	0	Sim	Desclassificado

Legenda: *DAB – Competência DEZ/ 2018; **MS – Lista de equipes homologadas para o 3º ciclo do PMAQ-AB; ***MS - Lista de Certificação – 3º ciclo – PMAQ-AB; ****EAD/ ENSP/ FIOCRUZ – Edital do Processo Seletivo do Curso de Aperfeiçoamento em Apoio Matricial com Ênfase na Atenção Básica – 2018, e a Lista de homologação dos matriculados para a turma 2019.

Fonte: o autor, 2018.

O Estado do Rio de Janeiro é uma das 27 unidades federativas do Brasil, situado na Região Sudeste, no limite entre os estados de Minas Gerais, Espírito Santo e São Paulo e o Oceano Atlântico. Considerado o terceiro estado mais populoso do Brasil, sua população residente era de 15.989.929 habitantes em 2010, conforme os resultados do Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2019). Com uma área de 43 696,054 km² e concentração de 8,4% da população do país, caracteriza-se como o estado com maior densidade demográfica do Brasil. Está dividido em 9 regiões de saúde, a saber: Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I, Metropolitana II, Noroeste, Norte e Serrana. As regiões de maior e menor concentração populacional, respectivamente, são a Metropolitana I e a Baía da Ilha Grande (RIO DE JANEIRO, 2019).

Em relação aos dados da situação de saúde, a magnitude de algumas doenças transmissíveis ainda se apresenta como um desafio para o Estado e seus municípios, apesar destas doenças terem cedido lugar às não transmissíveis na definição do perfil

epidemiológico, e ainda ter potência no conhecimento de medidas de prevenção e tratamento disponibilizados. Podem ser exemplos desta preocupação, os casos de AIDS, de tuberculose, de hanseníase, de sífilis em gestante e congênita, além do reaparecimento de arboviroses, com a ocorrência de epidemias (RIO DE JANEIRO, 2019).

O número de internações hospitalares no SUS é um indicador importante na compreensão do estado. No entanto, há limitações condicionadas pela oferta de serviços existentes no território, não expressando necessariamente a realidade da população residente. Cerca de um quarto do total das internações realizadas no SUS refere-se à atenção ao parto, gravidez e puerpério, seguida das doenças do aparelho circulatório, na maioria das regiões. Nas regiões da Baía de Ilha Grande e Metropolitana I destacam-se como principal causa de internação as doenças do aparelho digestivo. Já na região Noroeste, as doenças do aparelho respiratório estão em primeiro lugar (RIO DE JANEIRO, 2019).

Pelos três critérios de avaliação epidemiológica - magnitude, gravidade e transcendência - existe a necessidade de adotar as doenças e agravos não transmissíveis no rol de prioridades das políticas de saúde no Estado e municípios. Esta situação de saúde está diretamente relacionada ao panorama da mortalidade. Dados do SIM para 2017 (BRASIL, 2019a), mostraram que as doenças do aparelho circulatório se apresentam como a primeira causa de óbito, seguida das neoplasias, em segundo; em terceiro as doenças do aparelho respiratório; na quarta as causas externas (RIO DE JANEIRO, 2019).

A Região Centro Sul representa cerca de 7% da área total do Estado, composta por 319.351 habitantes, cerca de 2% da sua população, distribuídos em 11 municípios: Areal, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paracambi, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Sapucaia, Três Rios. A maioria dos municípios tem menos de 50.000 moradores, com exceção de Três Rios, com 77.432 habitantes (RIO DE JANEIRO, 2019).

Em 2009, na avaliação das condições socioeconômicas da região, foram apresentados dados que indicam o não aproveitamento do processo de industrialização e urbanização, em comparação com as regiões vizinhas Metropolitana I e Médio Paraíba. A expansão das atividades industriais teria gerado custos negativos com o comprometimento do uso de recursos hídricos (pesca, turismo) pela poluição do Rio Paraíba do Sul. A perspectiva era de estímulo às desigualdades sociais na região, propiciada pelas baixas taxas de migração e pelo crescimento anual. A arrecadação e o PIB per capita mostraram-se inferiores à média estadual (RIO DE JANEIRO, 2019).

Quanto à situação de saúde, a região segue o padrão estadual, tendo gravidez, parto e puerpério como primeira causa de internação. Já a segunda causa é variada entre os municípios: em Sapucaia e Paraíba do Sul foram as doenças do aparelho circulatório (15,26% e 14,72%, respectivamente). As doenças do aparelho respiratório aparecem para os municípios de Três Rios (15,18%), Engenheiro Paulo de Frontin (11,75%) e Paracambi (10,88%); as do aparelho digestivo para os municípios de Comendador Levy Gasparian (11,24%) e Mendes (11,13%); as internações por causas externas para os municípios de Paty do Alferes (15,68%), Areal (13,56%) e Miguel Pereira (12,46%) (RIO DE JANEIRO, 2019).

Quanto à mortalidade, as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias são, respectivamente, a primeira e a segunda maior causa de óbito da região Centro-Sul e dos municípios que a compõem. Juntas, são responsáveis por pouco mais de 50% dos óbitos da região, variando de 45% em Vassouras a 58% em Mendes. De acordo com recomendações do estado no planejamento das regiões, há a necessidade de que os municípios organizem os seus serviços de saúde, em particular de atenção básica, para lidar com as condições crônicas, para o manejo de intervenções oportunas que possam evitar o seu desfecho para invalidez e/ou óbito precoce (RIO DE JANEIRO, 2019).

O município de Paraíba do Sul encontra-se situado na região Centro-Sul Fluminense, na divisa com o estado de Minas Gerais, caracterizado como Estância Hidromineral. A cidade possui uma população de 42.737 habitantes, de acordo com informações do DAB/ MS, competência dez-2018 (BRASIL, 2019a). Sua extensão territorial é de 580,525 Km², com uma densidade demográfica 70,77 hab/Km². Tem seus limites geográficos determinados pelos municípios de Três Rios, Areal, Comendador Levy Gasparian, Rio das Flores, Paty do Alferes, Petrópolis, Vassouras e Belmiro Braga (MG). E está dividida, administrativamente em quatro distritos: Paraíba do Sul - Sede; Vila Salutaris (2º Distrito); Inconfidência (3º Distrito) e Werneck (4º Distrito). Possui como principal setor econômico o turismo, representado, principalmente pelo ecoturismo, turismo religioso e histórico. Seu nome homenageia o rio que banha o Município (PMPS, 2019).

O município possui 100% de cobertura na Atenção Básica com 21 equipes da Estratégia Saúde da Família, bem como 2 equipes NASF, atendendo a 87 % de cobertura, de acordo com a disposição das equipes pela Portaria MS nº 3.124 de 28 de dezembro de 2012. As equipes NASF contam com profissionais das especialidades de fisioterapia,

educação física, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, terapia ocupacional e serviço social (PMPS, 2019).

Sua adesão ao 3º Ciclo do PMAQ-AB foi de 81 e 100%, correspondendo a 17 equipes da ESF e 2 equipes NASF, respectivamente. Com um desempenho relevante, 52% das equipes da ESF obtiveram boa expressão, sendo 1 equipe certificada com “ótimo”, 1 com “muito bom”, 9 receberam “bom”, 4 ficaram com “regular” e 2 foram desclassificadas por falta de cadeira odontológica (BRASIL, 2018a).

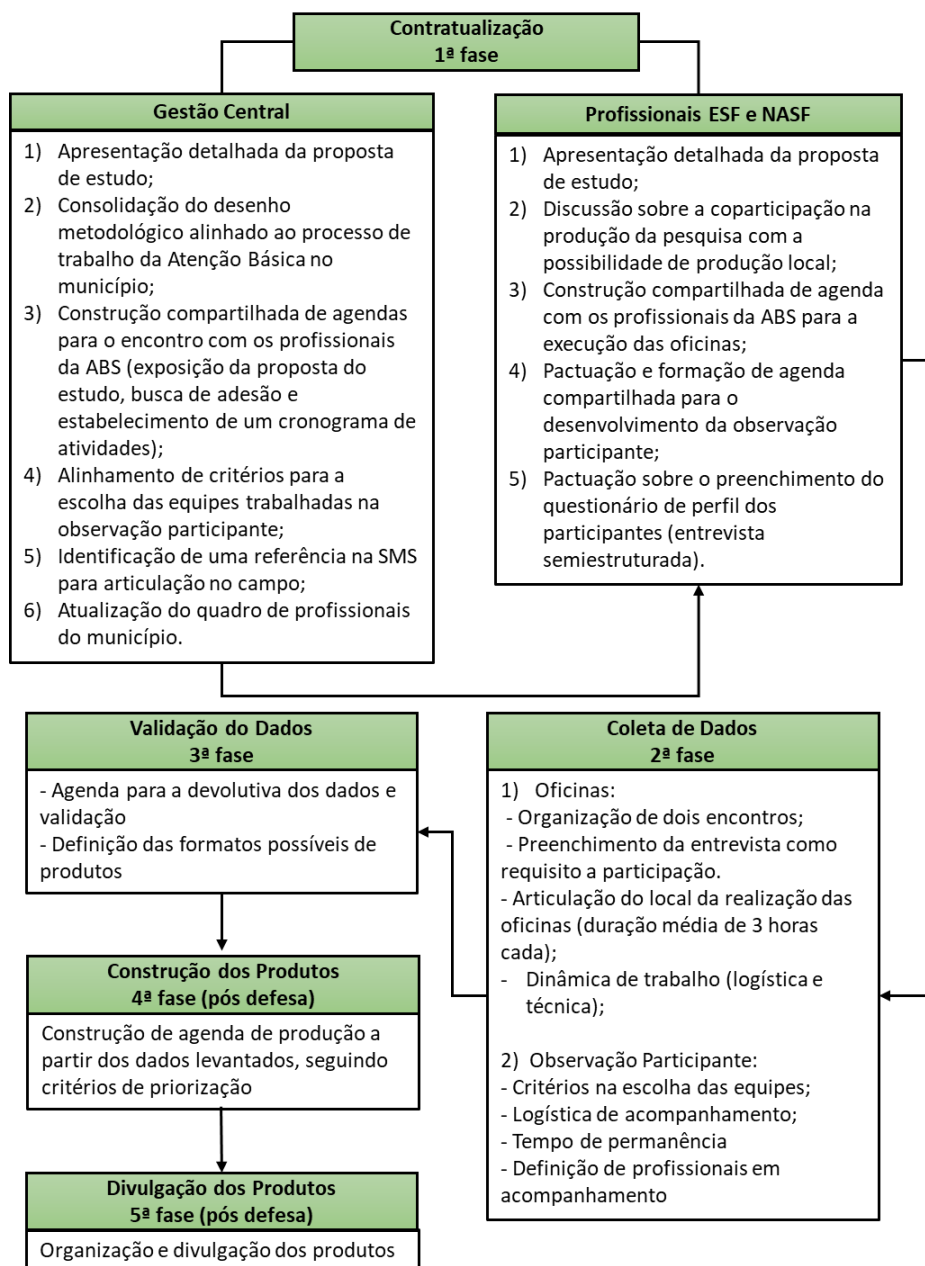
Na capacidade instalada e serviços oferecidos, o município oferece 119 leitos hospitalares, sendo 33 da clínica médica; 67 da clínica cirúrgica; 12 obstétricos; e 7 pediátricos. Como rede assistencial, o município de Paraíba do Sul conta com 4 unidades da assistencial social, sendo 2 Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), 1 Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), e 1 Casa de Acolhimento Temporário (PMPS, 2019).

2.2.3 Agenda conjunta de trabalho

Para a consolidação das diferentes etapas do estudo e garantia da qualidade necessária em cada ação, principalmente na interrelação com os sujeitos e as intervenções no campo da pesquisa, foi construída uma agenda de trabalho conjunta e participativa para atender sem atropelos e prejuízos, a participação dos profissionais e conferir maior segurança ao pesquisador.

A pesquisa-ação como um dispositivo metodológico em pesquisa, que se define como uma proposta crítica por si só, tem a possibilidade de promover a transformação social e o envolvimento dos coparticipes na construção compartilhada de conhecimentos e práticas que, indefinidamente, gera laços e compromissos pedagógicos com o campo, aos quais borram os limites da pesquisa e do fazer conjuntamente (BERTOLIN; ZWICK; BOAS, 2011). Nessa perspectiva, durante o processo de aproximação com o campo de pesquisa, especificamente com a gestão municipal, foram estabelecidas cinco fases do estudo no município, que extrapolaram o período de coleta de dados, sem que trouxessem prejuízos ao cumprimento das etapas acadêmicas de defesa da tese no Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da UERJ. A descrição das fases pode ser melhor apreciada na figura 2 abaixo.

Figura 2 - Fases do estudo pactuado no município de Paraíba do Sul/ RJ.



Fonte: o autor, 2020.

A contratualização junto à gestão municipal se deu por meio da Secretaria Municipal de Saúde, especificamente pelas Coordenações da Atenção Básica e do NASF. Por essa articulação foi definida um cronograma de encontros com os profissionais a fim de apresentar a proposta do estudo e buscar adesão, bem como a definição dos critérios de escolha das equipes/ UBS que receberiam a observação participante. Os critérios, portanto, foram demarcados como: UBS que teriam atividades com pelo menos um profissional da ESF e um do NASF no dia da visita, que fosse urbana, de fácil acesso, e que tivesse ao menos um profissional da ESF com adesão a pesquisa; e ainda, ter acesso

às práticas de pelo menos um profissional de cada núcleo de conhecimento da equipe NASF.

Para esta fase junto aos profissionais, as articulações foram feitas pela participação em cinco encontros de educação permanente promovidos pela gestão local. Os encontros foram organizados em agrupamentos por categorias profissionais, sendo dois com ACS, um para técnicos de enfermagem e de saúde bucal, outro para médicos, enfermeiros e dentistas, e um último com os profissionais do NASF. Nesta ocasião o estudo recebeu a adesão de 50 profissionais.

De modo geral, a coleta de dados como terceira fase foi desenvolvida nas dependências dos serviços. A observação participante se deu em 10 UBS, com doze equipes da ESF e nove profissionais da equipe NASF. Já as oficinas tiveram dois encontros ocorridos no auditório da Policlínica Municipal Dr. Henrique Bastos Filho. Para a validação dos dados, optou-se coletivamente por fazê-la dentro da própria oficina, em momento reservado no final dos encontros, sob o formato de assembleia com todos os sujeitos presentes, em que o pesquisador junto aos participantes resgatava os apontamentos destacados e os correlacionava com as discussões ocorridas, tomando assim, a ciência e o aval de todos.

A quarta e a quinta fase, segundo a proposta inicial, só seriam trabalhadas após a defesa da tese no Programa de Pós-graduação, desvinculando-se dos objetivos originais da pesquisa, enquanto produto do Curso de Doutorado. Porém, durante o desenvolvimento das atividades no campo, algumas iniciativas do grupo de sujeitos partícipes do estudo se desdobraram em propostas de novos encontros e construções. Uma espécie de desdobramento provocado pelo percurso metodológico da pesquisa. Assim, as contradições latentes no cotidiano da ABS e todas as fragilidades políticas postas pelo cenário nacional vieram à tona com o desenrolar das oficinas, mobilizando o conjunto de trabalhadores e sensibilizando a gestão local para um diálogo mais próximo e crítico sobre os rumos da ABS no município (CRUZ et al., 2020).

Nesse sentido, emergiu organicamente do processo intersubjetivo do grupo de pesquisadores a necessidade de começar a edificar novas arquiteturas para o processo de trabalho na ABS do município. Esse movimento, não tão ingênuo e imparcial, caminhava ao encontro da quarta fase, produtos da pesquisa que começaram a se rascunhar. E com isso, foram desenvolvidas duas oficinas sobre o processo de trabalho do agente comunitário na ABS de Paraíba do Sul, discutindo de forma crítica e reflexiva os principais pontos dificultadores do trabalho colaborativo em equipe. Foram utilizadas

metodologias ativas (VENTURA, 2021) ao processo de análise da conjuntura e sua articulação com possíveis estratégias de enfrentamento. Estiveram presentes, 91 ACS e três apoiadoras da gestão da ABS local.

E ainda, como um terceiro produto da pesquisa, ocorreu uma roda de conversa com os profissionais da equipe NASF, que sob ameaça nacional do desfinanciamento deste tipo de equipe, encontravam-se inquietos e provocados ao debate. De maneira participativa os presentes se colocaram mobilizados a reconstruir o processo de trabalho a partir das necessidades apontadas pela pesquisa, em consonância com as reais necessidades dos territórios e diálogo permanente com a gestão municipal. O encontro, apesar de breve, foi demarcado por uma análise aprofundada e consistente, como expressão de resistência e luta pela qualidade da Atenção Básica prestada até então, pelo coletivo de trabalhadores.

Apenas a título de esclarecimento, esse coletivo NASF é composto em sua maioria por servidores municipais, que apesar de não terem perdido seus postos de trabalho com o desmonte induzido pela política nacional, sendo apenas desviados à atenção especializada, lutavam pela permanência do matriciamento como proposta ideológica na qualificação da ABS daquela cidade, sobretudo pela já conquistada ampliação do acesso e da resolutividade no cuidado longitudinal.

2.2.4 Sujeitos da Pesquisa

A participação dos sujeitos na pesquisa se deu por adesão, que posterior a sua entrada na pesquisa, tomou caráter ativo na coprodução do conhecimento. Com a intencionalidade de apresentar a pesquisa aos profissionais de saúde do município, buscou-se a construção de vínculo necessário à boa coleta de dados, por intermédio da articulação feita com a gestão local. Para isso, foram utilizados os espaços já consolidados no processo de trabalho, como os encontros de educação permanente. A ideia era não criar novos espaços coletivos para este momento inicial da pesquisa.

O encontro com os profissionais para a apresentação da proposta do estudo ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2019. A otimização dos espaços por categorias profissionais favoreceu a articulação entre os pares e o uso adequado da linguagem, visto que os interesses variados e as percepções sobre o objeto investigado

tocavam em pontos distintos dos interesses trazidos pelos trabalhadores reunidos. E assim, os esclarecimentos oferecidos atendiam as questões levantadas com sucesso, facilitando o processo de adesão.

Os sujeitos participantes da pesquisa fazem parte de um universo que compõe o conjunto de profissionais de saúde atuantes na ABS do Município de Paraíba do Sul/ RJ, especificamente nas equipes da ESF e NASF. A este grupo, atribuiu-se um quantitativo de 258 profissionais, distribuídos em 21 equipes da ESF e 02 equipes NASF. A escolha deste grupo de profissionais se justificou pelo fato de utilizarem o apoio matricial como dispositivo principal no processo de trabalho, base para a coexistência entre as equipes.

Aderiram à pesquisa 32 profissionais, apesar do número superior de interessados. Estes estiveram elegíveis a partir de critérios de inclusão como estar ativo no CNES na ABS do município; atuar na ABS do município há pelo menos 12 meses; não estar de férias, licença ou qualquer tipo de afastamento no período da coleta de dados; não ocupar cargo de gestão ou similar no município; estar ciente e de acordo com todas as condições expressas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); e estar disponível a cooperar com a pesquisa.

E como critérios de exclusão, foram desabilitados a participar da pesquisa aqueles sujeitos que não estavam com o CNES ativo na ABS do município por ocasião do início dos trabalhos; que atuavam na ABS do município em tempo inferior a 12 meses; estavam de férias, licença ou qualquer tipo de afastamento no período da coleta dos dados; ocupavam cargo de gestão ou similar no município; discordavam com qualquer apontamento expresso no TCLE; e com condição declarada que impedia de cooperar com a pesquisa.

Desta forma, contamos com a participação, em todas as etapas da pesquisa, de profissionais da ESF e NASF que se dispuseram a contribuir na coprodução de conhecimentos e se colocarem como pesquisadores. A representatividade dos trabalhadores no estudo está descrita no quadro 4 adiante.

2.2.5 Coleta dos dados

Conforme a proposta do estudo, a coleta de dados foi realizada de forma participativa, com a presença ativa dos sujeitos da pesquisa, de modo a compor um grupo

de colaboradores junto ao pesquisador principal. Esta é uma forma de dar voz e vez aos partícipes. Com objetivos práticos que se aproximam da natureza imediata do objeto a ser investigado, a pesquisa participante estabelece propostas possíveis de solucionar e acompanhar ações. E ainda, sustenta a tomada da consciência dos participantes sobre uma visão crítica da realidade, assumindo dificuldades e potencialidades (DEMO, 2015; THIOLLANT, 2011; VASCONCELOS, 2013).

Quadro 4 - Representação dos trabalhadores na pesquisa por categoria profissional.

Ocupação	Município (N)*	Adesão (N)**	Participação (%)
Agente Comunitário de Saúde	101	16	16%
Agente de Controle de Endemias	25	0	0%
Assistente Social	2	1	50%
Auxiliar Administrativo	5	0	0%
Auxiliar de Enfermagem	8	0	0%
Auxiliar de Saúde Bucal	17	1	6%
Cirurgião Dentista	17	0	0%
Enfermeiro	21	4	19%
Farmacêutico	1	1	100%
Fisioterapeuta	4	3	75%
Fonoaudiólogo	2	1	50%
Médico da Estratégia Saúde da Família	21	0	0%
Médico Pediatra	1	0	0%
Nutricionista	3	2	67%
Profissional de Educação Física	4	2	50%
Psicólogo	2	0	0%
Técnico em Enfermagem	18	1	6%
Técnico em Saúde Bucal	1	0	0%
Total	253	32	13%

Legenda: *MS, CNES, competência 10/2019. **Perfil dos participantes, 2019.

Fonte: o autor, 2019.

Para Minayo (2006), os instrumentos de coleta de dados na perspectiva da pesquisa qualitativa, se destinam a mediar os marcos teóricos-metodológicos a realidade empírica. Para a coleta dos dados, utilizaremos métodos compatíveis com as necessidades exigidas por cada objetivo proposto, com o intuito de construir uma base de análise sólida e propiciar resultados mais próximos da realidade do fenômeno.

A coleta de dados foi, portanto, organizada em 3 etapas distintas e ao mesmo tempo complementares, cuja construção se deu durante o processo de desenvolvimento, de forma participativa e integrada com aqueles que aderiram a pesquisa. Foram utilizadas

técnicas individuais, grupais e de observação, sistematizadas na Figura 3 e roteirizadas nos Apêndices A, B e C.

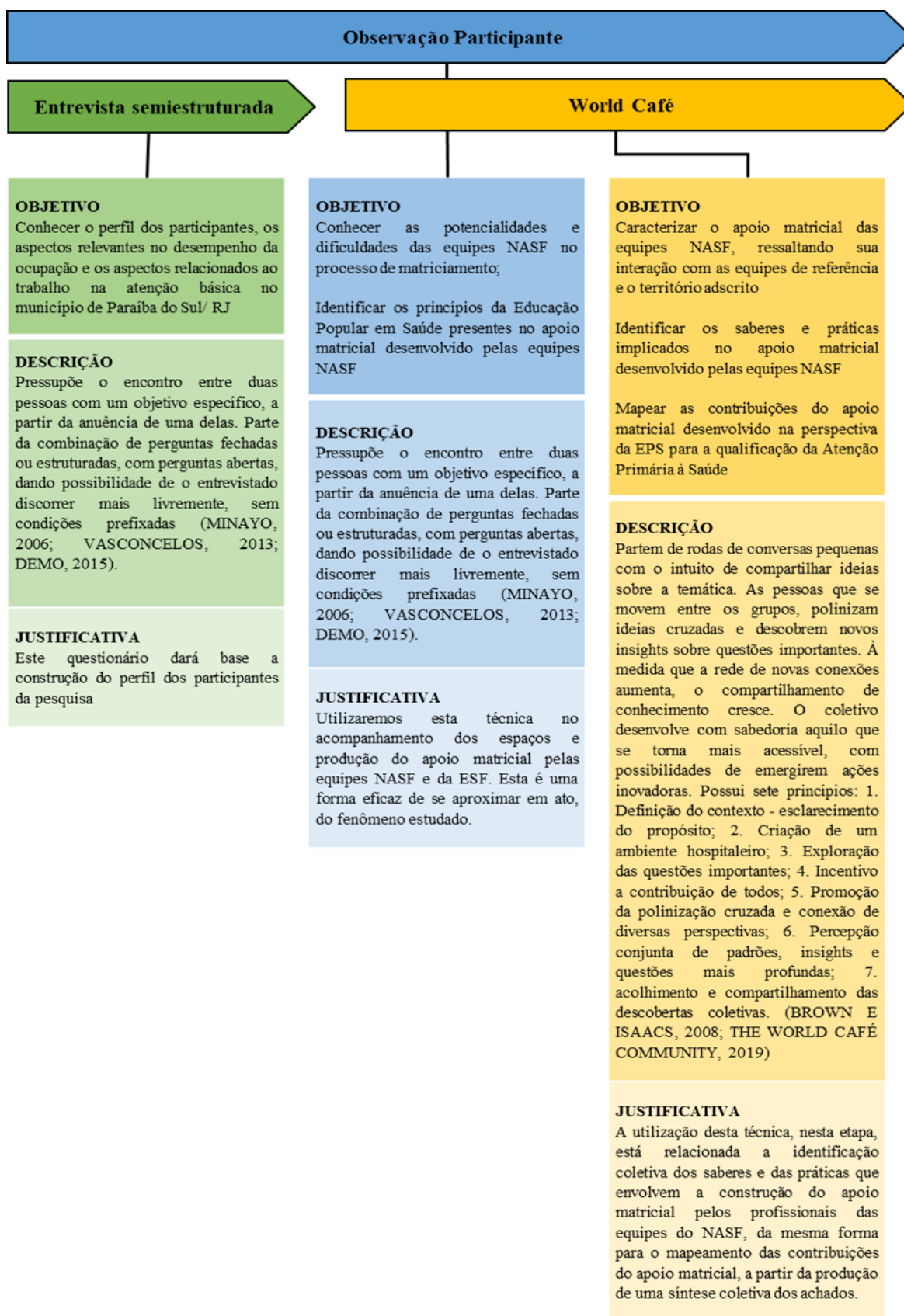
Para as atividades propostas o uso de roteiros não foi considerado como uma condição imprescindível, a exceção da entrevista semiestruturada que buscava contribuir com o contexto do estudo. Esta foi organizada em três seções compostas por questões intercaladas abertas e fechadas. As seções abordavam, respectivamente, o perfil dos participantes, os aspectos relevantes ao desempenho da ocupação e os aspectos relacionados ao trabalho na Atenção Básica no município de Paraíba do Sul/ RJ. Foram autorrespondidas de forma escrita, em formulário impresso, pelos 32 participantes, no dia da primeira oficina. Esta foi colocada como uma etapa imprescindível a participação de todo o processo.

Por se tratar de uma pesquisa participante, com levantamentos diagnósticos e eleição de prioridades, os roteiros das oficinas foram construídos no processo de aproximação com os sujeitos, à medida que o pesquisador se apropriava das peculiaridades do trabalho em saúde no município. As oficinas conduzidas pela técnica do World Café contaram com um rol de quatro questões disparadoras, que dinamicamente foram trabalhadas pelos grupos. Na oficina 1, buscou-se atender as seguintes questões: 1. Como tem sido realizado o apoio matricial no cotidiano das práticas em saúde na ABS do município? 2. Em relação a dimensão pedagógica do apoio matricial, como tem se dado a relação entre a equipe da ESF e o NASF? 3. Que saberes são necessários para o desenvolvimento do apoio matricial no Município de Paraíba do Sul? 4. Que práticas em saúde têm sido utilizadas como ferramentas para o apoio matricial na ABS do município?

Já na oficina 2, as questões trabalhadas foram: 1. Que contribuições o apoio matricial oferece para a qualificação da ABS do Município de Paraíba do Sul? 2. Que atributos da EPS são identificados nas práticas do apoio matricial no Município de Paraíba do Sul? 3. Como identificamos a contribuição do apoio matricial na qualificação da ABS do Município de Paraíba do Sul? 4. Como tem se dado a participação popular no processo de qualificação da ABS do Município de Paraíba do Sul?

Cada oficina teve em média a duração de até 3 horas, distribuídas em três tempos programados e destinados as discussões, sistematizações e sínteses coletivas. No entanto, dois outros tempos foram acrescidos como sugestão do pesquisador e do próprio grupo. No início das atividades foi incluído um momento dinâmico de acolhimento, como no final do encontro, a validação do material sintetizado. Estas ocorreram nos meses de outubro e dezembro de 2019.

Figura 3 - Síntese sistematizada das etapas da coleta dos dados



De acordo com o funcionamento do World Café, os participantes de cada oficina foram divididos em quatro subgrupos diretamente proporcionais às questões discutidas, após o momento de acolhimento. A cada 20 minutos os participantes reconfiguravam os grupos aleatoriamente, em sistema de rodízio nas questões disparadoras, de modo que todos tivessem a possibilidade de discutir os diferentes aspectos da temática central. Em cada subgrupo foi eleito um anfitrião que não participou do rodízio, e teve a função de nortear e apoiar a sistematização das discussões. Todo o registro dos grupos foi feito em cartazes afixados na parede. Ao final de quatro rodadas, cada subgrupo apresentou sua sistematização. Na sequência, seguiu-se a uma plenária para a síntese e validação do material levantado. Os ajustes ao conteúdo foram feitos nos próprios cartazes (BROWN; ISAACS, 2008; THE WORLD CAFÉ COMMUNITY, 2015).

Quanto à observação participante, a estratégia admitida na operacionalização das visitas às equipes foi estruturada a partir do cruzamento entre os critérios de elegibilidade com as agendas da equipe NASF, disponibilizadas semanalmente. Foi adotado o regime de imersão do pesquisador no campo de pesquisa, o que enriqueceu significativamente esta etapa, bem como favoreceu a compreensão da dinâmica do processo de trabalho da ABS, qualificando o registro sistemático do diário de campo.

Esta etapa ocorreu no período de 70 dias, entre os meses de setembro a dezembro de 2019. Foram acompanhadas, para além do cotidiano do trabalho das equipes da ABS, especificamente atividades promovidas pelo NASF em articulação a ESF e outros equipamentos de saúde, educação e assistência social do município. Dentre as práticas observadas, destacaram-se a participação em grupos educativos; discussões de casos; práticas inerentes ao Programa Saúde na Escola; atividades corporais em diversos espaços de cuidado e cidadania; apoio institucional; rodas de educação permanente; pactuação de agenda de trabalho na ABS; análise/ discussão de conjuntura; consulta conjunta; interconsulta; consultas individuais; e visitas domiciliares. Esta etapa se extinguiu por saturação das informações observadas (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Para as práticas da coleta de dados foi elaborado um Plano de Trabalho sistemático, em formato de portfólio impresso, além do diário de campo, onde se armazenava todo material produzido, na íntegra, e que ao final se apresentou como um grande banco de dados. Desse material foi possível identificar, portanto, os *corpus* de análise.

Faz-se necessário esclarecer que pela organização das etapas da pesquisa, somada a coparticipação dos sujeitos no processo de investigação, bem como a imersão do pesquisador no campo de pesquisa, foi dispensável a utilização dos recursos de gravação. Todo o material foi registrado de forma escrita em cartazes e no diário de campo, e posteriormente, digitados em meio eletrônico no formato Word e Excel, para facilitar a organização e análise.

2.2.6 Análise dos Dados

Este trabalho, por ter sua fundamentação teórico-metodológica nos princípios da pesquisa participante, tal qual já foi discutido anteriormente, guarda aproximações mais fluidas com a teoria crítica. Baseada nesta perspectiva, utilizou-se a Hermenêutica Dialética como técnica de análise dos resultados obtidos, subsidiando a compreensão da dimensão pedagógica do apoio matricial, a partir transformações dos saberes e das práticas desenvolvidas pelas equipes do NASF em um município fluminense, tomando a Educação Popular em Saúde como dispositivo político-metodológico na qualificação da ABS.

A opção pela hermenêutica dialética se deu pela possibilidade de construir interpretações próximas da realidade social dos sujeitos pela condicionalidade histórica da comunicação, das relações e suas práticas. A combinação entre estas duas abordagens, hermenêutica e dialética, propõe um movimento interativo que otimiza as complementaridades e oposições na construção de um importante caminho para o pensamento na pesquisa qualitativa, fazendo a síntese dos processos compreensivos e críticos (MINAYO, 2006).

A hermenêutica trabalha a linguagem como núcleo central para a compreensão do sentido da comunicação entre os seres humanos, seu contexto e cultura, na busca correlata da intersubjetividade e do entendimento. As formas de viver e os processos relacionais que se expressam pela linguagem concebem o modo de existir no mundo. Portanto, a linguagem interpreta o sentido do mundo a partir das experiências cotidianas produzidas pelo homem (ALENCAR; NASCIMENTO; ALENCAR, 2012; CORTÊS, 2006; MINAYO, 2006).

Por sua vez, a dialética aborda as configurações no posicionamento, representação social, e ideologias, reconhecendo a participação do homem como um fenômeno dinâmico e contraditório. A lógica dialética compreende a contradição manifestada na realidade pelo antagonismo, que a partir da sua análise se torna visível, operando em direção oposta à da experiência (CARDOSO; BATISTA-DOS-SANTOS; ALLOUFA, 2015; MINAYO, 2006).

Como resultado do acúmulo histórico e da crítica desafiadora no campo ideológico com o fim da era metafísica, a universalidade e a reflexão retomam ao cenário sobre as condições de contingenciamento do pensamento histórico trazidos pela dialética como método, e pela hermenêutica como uma tentativa de buscar a verdade para além do método. A dialética e hermenêutica surgem na discussão do método como instrumento de produção de racionalidade pela confluência entre filosofia e ciências humanas, sob a uma lógica desfragmentadora dos procedimentos científicos (STEIN, 1983).

No entanto, essa concepção unificadora entre os dois métodos nasce do confronto de ideias entre Gadamer e Habermas na década de 1960, buscando a complementaridade, defendendo das ameaças ao reducionismo a uma simples teoria de tratamento de dados, impulsionando a possibilidade reflexiva da práxis na condução do processo compreensivo e crítico da realidade (MINAYO, 2002).

Em linhas gerais, Gadamer descreve a hermenêutica como a busca pela compreensão de sentido, produzida na intersubjetividade das relações entre pessoas, processualmente estabelecida pelo convencimento e a compreensão, ao propósito da transformação social. Só a partir das buscas por consenso que se efetiva a compreensão. Já para Habermas, o encontro entre a hermenêutica e a dialética se torna possível quando o objeto de análise é a práxis social, explorando a consolidação ético-política do pensamento (ASSIS; JORGE, 2010).

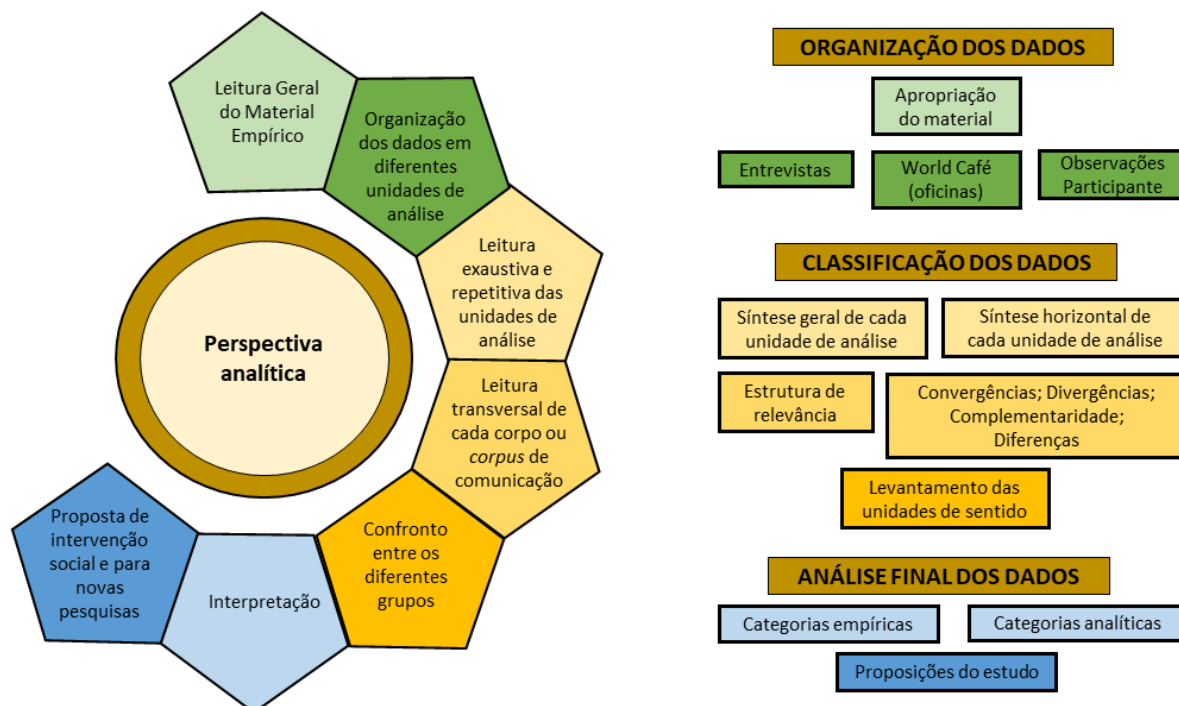
Stein (1983) problematiza a junção entre esses dois movimentos filosóficos distintos a partir do ato de refletir. Para ele, a reflexão se identifica com a oposição, partindo do ser em si na relação com o outro. Os dois lados da relação, consigo e com o outro, determinam a estrutura da reflexão como base da consciência. Assim, unidade e oposição não se separam no processo reflexivo. Isso pode explicar como crítica e hermenêutica usam dos seus métodos para unirem de maneiras divergentes sobre o mesmo objeto, ou seja, se a crítica se apoia na diferença e no contraste, a hermenêutica atua na mediação e unificação, concomitantemente, dentro da dinâmica reflexiva.

A respeito do método, trazer a discussão da hermenêutica e dialética é, inevitavelmente, por em cheque os métodos nas ciências, que pela sua natureza limitam a considerações sobre procedimentos, quando na filosofia desponta para os caminhos do pensamento. O método nas ciências humanas e sociais sem a filosofia é cego, tanto quanto o inverso esvazia o percurso da filosofia. Compreende-se então, que esta composição se trata do “[...] fazer ver aos procedimentos científicos e de dar conteúdo aos caminhos da reflexão filosófica” (STEIN, 1983:43).

No entanto, cabe destacar que este é um campo metodológico inacabado, que articula saberes, práticas e políticas no âmbito da produção de conhecimento na área da saúde com diferentes abordagens em ciências sociais (ASSIS; JORGE, 2010). E foi por este caminho que se deu a análise dos dados produzidos por esta pesquisa, definida pelo confronto entre as categorias empíricas, advindas da realidade estudada, e as analíticas, apoiadas no referencial teórico.

A sistematização da fase de análise foi feita em três etapas, que conforme Minayo (2006) compreendem a ordenação, a classificação e a análise final dos dados. Sua estrutura esquemática, apresentada na figura 4, se configura de maneira interrelacionada, dinâmica e complementar, seguido o exemplo de Assis e Jorge (2010).

Figura 4 - Estrutura da análise hermenêutica dialética.



Fonte: Adaptação de Assis e Jorge, 2010.

A primeira etapa, destinada à organização dos dados coletados, foi desenvolvida ainda durante a fase de coleta, em sua maior parte. Tratou-se do momento de apropriação dos dados em sua totalidade. A preparação dos roteiros, tanto das oficinas com o World Café, quanto nas observações participantes, o registro se deu de maneira estruturada, facilitando a conformação de quatro *corpus* de análise: as entrevistas, duas oficinas e a observação participante.

As entrevistas escritas foram digitadas em uma planilha de Excel, formando um banco de dados. As oficinas registradas em cartazes foram transcritas em uma tabela no documento Word, incluindo as respostas e discussões em cima das questões norteadoras, diferenciando os dois encontros. A operacionalização dos tempos das oficinas E os registros no caderno referentes aos diários de campo tiveram sua sistematização no próprio encontro com a realidade experienciada, facilitando a leitura e a identificação dos núcleos de sentido.

Todo este movimento estruturado, sem caracterizar um engessamento do processo, trouxe a investigação e ao investigador um mapa horizontal das descobertas no campo de pesquisa, que pela perspectiva hermenêutica garante o início classificatório dos dados (MINAYO, 2006).

Para a segunda etapa, sobre a classificação dos dados, a dedicação a cada *corpus* de análise foi feita por meio de leituras exaustivas, com atenção aos detalhes e nuances. Primeiramente, utilizando-se da leitura flutuante, foi trabalhada a horizontalidade das informações dentro de uma generalidade. Na sequência, o aprofundamento necessário à extração das unidades temáticas de sentido foi aplicado - o que, pela organização estruturada da coleta dos dados, fundamentou o estabelecimento de categorias prévias alinhadas ao referencial teórico-metodológico.

Dentre as unidades de sentido identificadas e no confronto entre os *corpus* de análise, como descritas no Quadro 5 (APÊNDICE E), se destacaram três como grandes temas relacionados ao apoio matricial, que pelo processo classificatório se confirmaram como categorias analíticas: a) Saberes compartilhados e sua interação com a prática no Apoio Matricial; b) Práticas compartilhadas e o uso de saberes no apoio matricial; e c) Estratégias de atuação do apoio matricial pautadas pela práxis do cuidado na ABS.

E por último, na terceira etapa, a análise final ou interpretação dos dados correspondeu-se a um proposital encontro entre o empírico e o teórico, sob um movimento circular de idas e vindas, que segundo Minayo (2006), parafraseando Marx,

trata-se de um passeio entre o concreto e o abstrato, em alusão ao “concreto pesado”, nas palavras do autor.

É nesta etapa que se consolidam as descobertas propostas pela pesquisa. As especificidades do objeto se colocam em diálogo, estabelecendo relações a partir da interpretação, revelando sua totalidade. Pode ainda, levantar possibilidades de novos estudos, pressupostos teóricos e estratégias de intervenção. Nesse sentido, o pesquisador se coloca como um sujeito social na produção de conhecimento (ASSIS; JORGE, 2010).

2.2.7 Cuidados éticos

O compromisso ético desta pesquisa foi tratado conforme as determinações do Conselho Nacional de Saúde, por meio das Resoluções nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e nº 510, de 07 de abril de 2016, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UERJ com aprovação sob o parecer nº 3.577.440 (ANEXO A), de 16 de setembro de 2019. No que diz respeito a tal legislação, todas as pesquisas que envolvem os seres humanos devem integrar aspectos da bioética que não tragam prejuízos ao participante, garantindo a autonomia, a não maleficência, a beneficência, a justiça e a equidade. Além de assegurar os direitos e deveres dos participantes da pesquisa, da comunidade científica e do Estado (BRASIL, 2012c; 2016).

Desta maneira, o cumprimento das exigências para o desenvolvimento seguro da pesquisa, em condições legais, trouxe algumas obrigatoriedades que foram implementadas, oportunamente, em cada etapa do processo de investigação.

Por medida de segurança para ambos (pesquisador e participante), coube estabelecer um contrato claro e consentido de todas as etapas da pesquisa, seus riscos e benefícios, a autonomia na participação, o uso e guarda das informações, o caráter sigiloso e de revelação identitária, do financiamento, dentre outros aspectos, precisaram estar contidos em um documento público, em caráter obrigatório, o TCLE.

Esta obrigatoriedade está nas Resoluções nº 466 e 510 (BRASIL, 2012c; 2016), apontando ao pesquisador a necessidade da elaboração de um TCLE, como requisito imprescindível para a participação de qualquer sujeito na pesquisa. O estudo só pode ser iniciado com o TCLE aprovado pelo CEP, e o devido consentimento livre e esclarecido

dos participantes, indivíduos, ou grupos e/ou seus representantes legais, respeitando dessa forma, à dignidade humana.

O TCLE foi elaborado em linguagem clara e objetiva, promovendo um entendimento fácil de todas as etapas do estudo, de modo que, ao tomar ciência da pesquisa o participante tenha a possibilidade de se manifestar de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida (BRASIL, 2012c; 2016). O TCLE, na íntegra, pode ser encontrado no Apêndice D.

Para essa pesquisa, a identificação de risco foi mínima, perpassando por desconfortos e/ou constrangimento no momento das atividades de coleta de dados, tanto pela observação participante, quanto nos momentos das oficinas. A exposição de questões pessoais, relacionadas à vivência e ao cotidiano do trabalho podiam trazer tal desconforto, estando facultativo ao participante sua contribuição. De certo que, para minimizar tais episódios, o pesquisador precisou estar atento e buscou manter uma atmosfera cuidadosa com a segurança das informações, exposição dos participantes e contratualização prévia de sigilo na divulgação dos assuntos ali tratados (VASCONCELOS, 2013)

Em relação aos benefícios, a pesquisa partiu da promoção de uma construção compartilhada de conhecimentos sobre as contribuições da EPS no apoio matricial, com vistas a qualificação da ABS. A proposta de uma pesquisa participante, resgatou o colaborador para mais próximo do objeto de estudo, provocando o seu protagonismo, como forma de aprendizado e pesquisa ao mesmo tempo (DEMO, 2015).

Em qualquer momento do estudo o participante pôde solicitar o seu afastamento, sem prejuízo institucional na relação trabalhista com o município, por parte da pesquisa. Bem como a necessidade eminente do pesquisador em afastar um participante, com vista a desqualificação do processo de investigação, ao constrangimento e desconforto do participante, e ainda ao conjunto de atividades de pesquisa que possa vir a prejudicar o seu processo de trabalho. Até o presente momento, nenhuma medida dessas foi necessariamente empregada.

3 CONTEXTUALIZADO O CAMPO DA PESQUISA: ENCONTRO DAS DIFERENÇAS EM UMA EXPERIÊNCIA DE APOIO MATRICIAL

Este capítulo se dedica a apresentação do apoio matricial desenvolvido no município de Paraíba do Sul/ RJ, sobretudo sua caracterização no âmbito da Atenção Básica, a partir da interação entre equipes NASF e ESF, com destaque para as potencialidades e fragilidades das equipes, percebidas no cotidiano do trabalho colaborativo.

O município, dentre os 92 que compõem o estado do Rio de Janeiro, vem mantendo a oferta de serviços da ABS estável, apesar das políticas de desestabilização do SUS crescentes, após o golpe ao governo petista de Dilma Rousseff. Tem construído políticas internas de fortalecimento da ABS, incentivando a qualificação profissional e a infraestrutura das UBS, promovendo estratégias de ampliação da rede de atenção à saúde em articulação com outros municípios da região, para além do desenvolvimento de inovações tecnológicas em saúde como investimento na qualidade da atenção oferecida a população sul paraibana.

3.1. O apoio matricial pelas equipes NASF no município de Paraíba do Sul/ RJ

No segundo semestre de 2019, durante o desenvolvimento desta pesquisa junto aos trabalhadores no município, foi o tempo político de algumas mudanças e ataques ao SUS, especificamente em relação a ABS. O clima de tensão e desconfiança dominava a cena. Apesar disso, foi possível observar que a gestão municipal em Paraíba do Sul se posicionou a favor da permanência das equipes NASF no formato e operacionalização a que estiveram até então, assumindo o compromisso no cuidado integral, apesar do fatídico entendimento sobre o impacto do novo financiamento sobre os velhos arranjos. A gestão municipal assumia o ônus pela manutenção das equipes de apoio matricial.

Esse movimento orientador da gestão central na saúde sul paraibana acalmou os ânimos dos trabalhadores que ventilavam a hipótese de perda das equipes NASF, mas ao mesmo tempo provocou uma onda de autocríticas a respeito dos processos desenvolvidos na ABS. O clima de tensão e busca por ajustes no processo de trabalho tomava o cenário

em prol da redução de perdas futuras. Toda essa conjuntura tinha como palco os espaços de trocas e compartilhamento, junto aos trabalhadores, nos momentos de educação permanente. Ali se davam as discussões e reflexões sobre os novos rumos da ABS daquele município.

O enfrentamento da crise agravada pelas novas diretrizes do financiamento da ABS (BRASIL, 2019c) foi problematizado com os trabalhadores nesse espaço, como forma de gestão participativa, desdobrando na recondução dos processos, conforme as orientações do Ministério da Saúde. Apesar do clima relativamente amistoso, foi proposto aos profissionais da ABS um enquadramento no plano de metas pautado em produtividade, oriundo da proposta do governo federal de “Planificação da Atenção Primária”, considerado como um instrumento de gestão e organização da ABS e da atenção ambulatorial especializada nas RAS (NICOLA; WEIS, 2020)

A proposta alterava a rotina das equipes, causando uma impressão de fragmentação do processo de trabalho. Contraditoriamente, a construção do processo de mudança, com o novo ordenamento, foi conduzida com sensibilidade e cautela ao lidar com a “coisa pública”, de tamanha complexidade e estruturante da rede assistencial. Esta proposição se aproximou das práticas democráticas e colaborativas, que parafraseando Peduzzi e Agrelli (2018), alinhadas ao pensamento freirianos (FREIRE, 1987) e habermasiano (HABERMAS, 1997), reduziu o esforço das lutas autônomas e independentes por cada segmento, e pela colaboração buscaram mitigar a competição, harmonizando as relações de poder em parceria e responsabilidade coletiva.

O trabalho em saúde tem um histórico de desafios e fragilidades, especificamente quando se trata da gestão do trabalho no campo da ABS. Para além dos diferentes aspectos que sobressaem a precarização do trabalho no território brasileiro, não é raro encontrar, sobretudo no estado do Rio de Janeiro, profissionais da saúde com vínculos e normalização das relações de trabalho que apontam total descaso e desrespeito, especialmente na ESF. Isso traz inúmeras consequências impertinentes aos serviços, fragilizando o sistema de saúde e prejudicando o cuidado longitudinal da população, atributo central e exclusivo da ABS (NOGUEIRA, 2019; PEDRAZA et al., 2018; TONELLI et al., 2018). Esse problema ameaça o setor, gerando alta rotatividade profissional, associada à baixa resolutividade (TONELLI et al., 2018).

A rotatividade profissional pode ser compreendida como um fenômeno multicausal, que propicia a constante saída e entrada de pessoal na instituição, de caráter voluntário ou involuntário. Pode ser uma iniciativa de cunho positivo, à medida que

aqueles que saem não sejam essenciais e que a motivação esteja pautada na valorização profissional. Mas nem sempre tem sido assim, a rotatividade tem implicado na perda de pessoas estratégicas, com consequentes rupturas no processo de trabalho e prejuízos na qualidade do serviço (MEDEIROS et al., 2010).

O estudo de Lima et al. (2018), que analisou os atributos essenciais da ABS na atuação das equipes da ESF a partir dos resultados do primeiro e segundo ciclos do PMAQ-AB, discutindo a rotatividade dos profissionais nessas equipes, afirmou que o aumento da possibilidade de uma efetiva relação interpessoal entre profissionais e usuários na garantia de qualidade na atenção prestada pode estar associada a menor rotatividade dos profissionais e ao maior tempo de atuação nas equipes. No entanto, menos da metade dos profissionais respondentes ao PMAQ-AB estão nas equipes três anos ou mais.

Esse panorama toma outro contorno no município de Paraíba do Sul, quando a maioria do quadro efetivo de profissionais da ABS é estatutária, incluindo os profissionais do NASF. Saltou aos olhos, logo nas primeiras aproximações, que os vínculos trabalhistas favoreciam a permanência nos postos de trabalho, bem como estão pautados na legitimidade e garantia de direitos, representando 94% dos trabalhadores concursados e apenas 6% amparados na Consolidação das Leis de Trabalho (CLT).

Frente a esta favorável condição, encontravam-se na construção cotidiana da ABS desse município, trabalhadores com uma média de permanência na ocupação atual em torno de 7 anos, variando entre 2 e 19 anos de trabalho, dentre os participantes do estudo. As categorias profissionais de nível médio, como técnicos de enfermagem, auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde, ocupam as posições mais antigas, em torno de 10 anos de desenvolvimento laboral na rede de atenção da cidade.

Mas ainda assim, houve uma rotatividade interna ao município, em que 19% dos ACS, 75% dos enfermeiros e 20% dos profissionais do NASF trocaram de equipe ao menos uma vez durante sua lotação na Atenção Básica. E um percentual de 31%, entre ACS e enfermeiros, fez a permuta ao menos duas vezes. Toda saída e entrada de componentes da equipe de saúde produz impactos sobre o processo de trabalho, trazendo benefícios ou prejuízos e rompendo a cadeia de comunicação e continuidade processual na prestação de cuidado (PEDRAZA et al., 2018).

Como caracterização dos profissionais da ABS que utilizam no conjunto de suas práticas o apoio matricial para a ampliação do olhar sobre o objeto do cuidado, foi possível identificar que a maioria expressiva foi de mulheres, representando 84% dos

coparticipes na pesquisa, e a média de idade foi de 38 anos (63%). Tiveram a autodeclaração de cor/ raça como brancos e pardos na mesma proporção, 44% cada grupo de participantes. E segundo a escolaridade, a faixa com maior representatividade foi a de ensino superior completo, com 49%. Se somados aos que ainda estão por concluir este nível, chegam a 74%.

A categoria profissional com maior representatividade foi a de ACS, com 50% do total de participantes na pesquisa. Estes representam 88% daqueles com nível superior em andamento, 67% dos que possuem curso superior completo e 33% dos que estão por concluir a especialização. Isso mostra o quanto este grupo de trabalhadores tem investido na formação profissional.

No entanto, cabe problematizar sobre os ACS que, de acordo com Nogueira (2019) em um panorama global, esta categoria é constituída, historicamente, por mulheres oriundas da classe subalterna, com vínculos empregatícios heterogêneos, sem experiência sindical prévia e com seu trabalho sempre associado ao feminino, pela dimensão do cuidado e da esfera doméstica. Os contrastes no processo de luta pela dignidade da força de trabalho e na construção social da identidade profissional trazem matizes diferentes e designam tons distintos ao processo de trabalho na ABS, como o caso de Paraíba do Sul.

A outra metade dos participantes foi composta em 31% por profissionais especialistas da equipe NASF, dentre eles assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista e profissional de educação física. Além de 19% contando com auxiliar de saúde bucal, técnico de enfermagem e enfermeiro.

A comunicação e a interação entre os membros de uma equipe é condição imprescindível ao trabalho colaborativo em saúde (PEDUZZI; AGRELI, 2018). A intersubjetividade manifestada por este movimento é propagadora de um agir comunicativo que busca a emancipação dos modos de operar a linguagem e estabelecer pontes dialógicas entre os componentes da equipe e com a população assistida (HABERMAS, 2012a). A interrupção de tal processo precisa se reconfigurar em busca de novos consensos, que muitas vezes são vistos pela superficialidade com que se constroem os vínculos e as interrelações.

Para a realização do apoio matricial, enquanto prática que busca a articulação interpessoal, ter barreiras na comunicação pode comprometer a sua qualidade, como colocaram os participantes da pesquisa. Nesse contexto, para aproximar e garantir que a comunicação se efetive, eles apontaram a necessidade de extrapolar o plano presencial da relação entre os membros da equipe, pelo uso oportuno de tecnologias a esse favor, como

por exemplo, a troca de telefonemas, mensagens de texto e *e-mails*, na construção de acordos, compartilhamento de ideias e tomadas de decisão.

Como exemplo do uso de tais estratégias pode-se destacar o compartilhamento das agendas. Após uma visita domiciliar realizada a uma senhora acamada com problema de locomoção que havia sido remanejada de outra área de abrangência, a fisioterapeuta do NASF buscou a equipe de referência para discutir o caso e construir um plano terapêutico conjunto. Naquele momento, o médico não estava na unidade e a discussão se deu com o restante da equipe (enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS). Para a etapa inicial do plano, tirou-se a necessidade de visitas periódicas do ACS para a manutenção do vínculo; a organização dos cuidados, junto à família, pelo enfermeiro; uma avaliação médica para ajuste do diagnóstico; e a discussão do caso com a nutricionista e a assistente social do NASF. Todos foram contactados por mensagens de texto no momento da conversa, enquanto se discutia o caso com a equipe, dando o aval para a operacionalização do plano de cuidados.

Este era o primeiro contato com aquele domicílio, recém-agregado ao território, e que pelo compromisso do trabalho em equipe, prontamente a senhora acamada foi atendida. Porém, as ações colaborativas nem sempre estão presentes, prejudicando a comunicação. Em outro caso vivenciado, ao chegar a uma UBS com a fonoaudióloga para iniciar o turno de matriciamento, fomos informados pelo gerente que não havia pacientes para ela. Questionado sobre o porquê, se aquele era um turno pactuado para a interação com a equipe sobre as necessidades específicas daquele território, ele dizia não saber. A profissional buscou alguém da equipe para esclarecer a situação. Os ACS informaram desconhecer as demandas daquela semana, e na sequência, a enfermeira dizia não ter visto os comunicados encaminhados, logo não havia confirmado a presença dos usuários. Sem perder a oportunidade, aproveitando que parte da equipe estava reunida, a fonoaudióloga problematizou as consequências daquele desencontro de informações, e trouxe à discussão a corresponsabilidade de cada membro da equipe e o compromisso com a população/ território.

Para algumas situações pontuais foi observado o pouco compromisso de profissionais da ESF com o trabalho nos territórios, deixando a cargo do NASF a tomada de decisão, gerando desgastes nas relações. Contudo, o fato desses profissionais atuarem com relativa segurança no desenvolvimento das suas atividades laborais, com garantia de direitos preservados e certa estabilidade trabalhista, ainda assim pode gerar descontentamentos que impulsionam a sua mudança de local de trabalho, causando

instabilidade gerencial sobre o processo de trabalho em saúde. Embora o estudo mostre que o município centro-sul fluminense não apresenta a rotatividade profissional como um dos seus maiores problemas, e que este não ocupa o aspecto prioritário na organização do processo de trabalho loco regional, ainda assim, cabe refletir sobre esta condição do trabalho em saúde na cidade.

A esse respeito, Tonelli et al. (2018), em uma pesquisa sobre rotatividade profissional na ESF e discutindo a razão multifatorial e a influência dos aspectos econômicos, sociais e políticos sobre estas mudanças, afirmam que a precarização das relações de trabalho são causas importantes que motivam o desligamento dos trabalhadores dos seus postos, e que muitas vezes tem sido provocadas pelo descontentamento por fatores diversos, como a falta de capacitação, a distância das unidades de saúde, a indisponibilização de materiais e equipamentos para a realização das atividades profissionais, e ainda, o nível de insatisfação com a função desempenhada.

Quanto à capacitação profissional, enquanto aspecto relevante na gestão do trabalho desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde de Paraíba do Sul, essa tem sido concretizada pelo uso estratégico da Educação Permanente em Saúde como dispositivo para a ação. Tal recurso foi implementado em abril de 2019, dentro do regime de trabalho institucional, como complementação de 20% da carga horária semanal para todos os trabalhadores da assistência à saúde. O tempo destinado às atividades que correspondem a qualificação profissional e do processo de trabalho foi o desenho encontrado pela gestão local para garantir a formação permanente em saúde.

No entanto, os profissionais tomaram este tempo/ espaço como “folga” das unidades de saúde e pouco aproveitavam das oportunidades oferecidas pela gestão. Diziam ser atividades que não correspondiam ou eram incipientes em atender as necessidades do trabalho. Foi percebido pelas observações feitas no percurso da pesquisa que na maioria dos encontros a proposta se distanciava das expectativas dos trabalhadores, mostrando que o plano, as estratégias e o formato pedagógico caracterizavam um processo continuado de educação, pautado em interesses unilaterais da gestão. Ora ou outra, o encontro trazia uma proposta problematizadora, ou até mesmo, o trabalhador descontente com a metodologia, atravessava a proposta com questões do interesse das equipes, como forma de situar a temática e resgatar o diálogo.

Foi possível perceber que um grupo de ACS, conhecedores dos seus direitos, trazia certas insatisfações em todas as reuniões. Isso parecia ser uma questão latente, que pouco havia sido explorada e logo era deixada de lado em todas as ocasiões onde o assunto

vinha à tona. Tais reivindicações não haviam sido incluídas nas pautas; apenas geravam um *brainstorm*. Por este viés, vale refletir que a educação permanente como estratégia prioritária na qualificação do/ para o trabalho não deve ser reduzida à mera capacitação técnica, ou até mesmo a atualização de conhecimentos, mas a construção de um espaço dialógico que vá ao encontro das necessidades dos trabalhadores, que se comprometa com a transformação do processo de trabalho, com a interação entre a gestão e a atenção, e ainda, com um agir voltado para a práxis pedagógica (SILVA et al., 2016).

Esta situação foi constatada, quando perguntado aos trabalhadores sobre o recebimento de formação permanente pelo município. Apenas 48% reconheceram estas atividades como sendo de formação, inclusive como um espaço de matriciamento. Embora 87% assumissem receber formação, 52% destes identificaram que as iniciativas partiam de outras instituições, não distinguindo que tal articulação havia sido feita pelo próprio município. Em destaque, foi identificado que durante a permanência no cargo a que ocupam, houve capacitações pontuais, como a formação básica para ACS, os Cursos de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde (EdPopSUS), iniciação na abordagem em saúde mental pelo “Caminhos do Cuidado”, pós-graduação por instituições externas e conveniadas, e capacitações temáticas. Para além da participação no Curso de Aperfeiçoamento em Apoio Matricial na Atenção Básica, oferecido pelo Ministério da saúde/ Fiocruz.

As contradições no reconhecimento da educação como uma potente ferramenta de gestão na saúde podem ser analisadas pelas inúmeras formas de executá-las, de se tornar oportunidade para a mudança. Assim, vale ressaltar que a proposta da Educação Permanente em Saúde, lançada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) na década de 1980, veio na contramão da fragmentação do trabalho e se pautou na educação do/ para o trabalhador. Frente às lutas democráticas por direito a saúde, incorporou-se ao SUS e se estabeleceu como marco para a formação e trabalho nessa área, consolidando-se como política nacional (BRASIL, 2018b).

Deste modo, cabe uma reflexão sobre os desafios enfrentados e esforços dispensados pelos trabalhadores do SUS para garantir, dentro de um regime democrático, fortemente pressionado pelo capitalismo, um sistema de saúde articulado com práticas e serviços socialmente construídos. Dentro dessa perspectiva, a educação permanente busca o lugar da principal estratégia, que de maneira dialética, tem a possibilidade de qualificar o debate por mudanças conceituais e práticas, sobretudo aquelas que envolvem

a força de trabalho em saúde, como a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

Assim, faz-se imperativo considerar a gestão do trabalho e da educação na saúde como política pública, dentro do escopo que abrange a estrutura de qualificação profissional. Nesse aspecto, a reflexão sobre as dimensões da aprendizagem profissional no momento da formulação de políticas e ofertas de formação e qualificação, precisam se fazer presentes. Segundo Macêdo, Albuquerque e Medeiros (2014), essas dimensões podem ser exploradas por aspectos que perpassam a aquisição de conhecimentos formais (teórico), da prática profissional, da relação, da troca de experiências e de conhecimentos técnicos dentro da equipe.

Os encontros de educação permanente desenvolvidos no âmbito da gestão da educação na saúde de Paraíba do Sul foram promovidos de modo segmentado por agrupamentos profissionais, categorias e níveis de escolarização, desconsiderando para esse fim a formação das equipes. As falas enviesadas dos ACS nos encontros de educação permanente, como demonstradas acima, extrapolavam as necessidades da escuta e buscavam o encontro crítico do diálogo, da problematização e do desafio de transformar o que não dava mais para se manter. Esta tônica no modo de operacionalizar o processo formador, reafirma a crise paradigmática entre a educação continuada e a educação permanente.

A esse respeito, Cavalcante e Guizardi (2018), em um estudo que buscou explorar os posicionamentos que edificaram a noção de educação permanente em saúde a partir das discussões da OPAS, no período entre 1974 e 2002, desenharam duas matrizes conceituais, características de marcos históricos em períodos distintos, antes e depois de 1984, evidenciando como os termos “educação continuada” e “educação permanente em saúde” foram marcados por aspectos associados a cada um deles.

O primeiro período, correspondente à matriz que caracteriza um processo continuado, sustentou a visão da educação para profissionais de saúde como a possibilidade de resolver o déficit de conhecimentos profissionais, por meio de pacotes prontos, resolutivos aos problemas cotidianos do trabalho em saúde, dependente de ações que difundissem tais conhecimentos, e destinado a todas as profissões em separado. Para a segunda matriz conceitual, o estudo revelou a compreensão do trabalho em saúde como resultado do trabalho em equipe, reconhecido pela interação entre os profissionais e usuários. Desse modo, a articulação produzida pelo trabalho em equipe tende a aumentar a possibilidade da problematização da realidade, que precisa ser compreendida, com o

intuito de construir soluções para os problemas que dela emergem, sem desprezar o conhecimento, apenas contextualiza-lo para sua melhor aplicação (CAVALCANTE; GUIZARDI, 2018).

Mas, ainda assim, é importante reconhecer que a produção de conhecimentos também pode ocorrer no cotidiano do trabalho em saúde (MACÊDO; ALBUQUERQUE; MEDEIROS, 2014), como foi observado junto as equipes nos territórios, durante as visitas nas UBS. O envolvimento entre profissionais, gestores, pacientes e a própria comunidade foram capazes de reconduzir processos decisórios desafiadores aos modos tradicionais de cuidado, otimizadores de recursos e desenvolvedores de novas e resolutivas tecnologias de cuidado (MERHY; FEUERWERKER, 2009). Tudo isso é possível a partir da interação de saberes e práticas, promovidos por ações que incluem metodologias problematizadoras dos processos e vivências do mundo da vida (HABERMAS, 2012a), tanto quanto produtos dos conhecimentos científicos que dialogam com a práxis (FREIRE, 1987; 1996).

Durante uma atividade coletiva de educação em saúde na área rural da cidade, cuja necessidade das equipes da ESF e NASF era a desmedicalização de problemas ancorados em fragilidades sociais, como sinais e sintomas somatizados, foi promovida uma roda de conversas. A ideia pautava-se na consolidação pelos usuários, a partir das suas percepções, do que significava “adoecer” e “tratar”, para daí discutir o uso e o desuso dos medicamentos. Numa praça ao ar livre, debaixo de uma árvore, foi o ponto de encontro. O farmacêutico e a nutricionista do NASF, acompanhados de alguns ACS trouxeram os usuários ao centro do debate. A articulação entre os saberes era fluida; havia trocas sobre a cultura local, os costumes das famílias, as ofertas da unidade de saúde e dos desejos. A prática fazia parte dos encontros mensais com a população daquele e de outros territórios no município, que já tinham adeptos as formas naturais de tratamento e a autonomia na escolha dos seus modos de serem cuidados.

A respeito da distância das UBS e sua infraestrutura voltada a atenção à saúde do território, pode-se afirmar que há uma importante capilarização da ABS pelo município, estando as unidades de saúde distribuídas em todos os distritos sanitários, tanto na área urbana, quando no setor rural. Entretanto, apresentam variações em sua estrutura, sendo algumas bem novas e equipadas, enquanto outras funcionando na medida do possível, aguardando reformas ou uma nova sede. Todas as unidades desenvolvem suas atividades propostas junto à população de referência, recebendo o apoio do NASF. Mas, o acesso físico e remoto para algumas UBS, em especial na área rural, é prejudicado pela distância,

por terem estradas ainda sem pavimentação ou com pouca conservação, e ainda restrita conectividade por internet e sinal telefônico. Também sofrem com intempéries do tempo, como ventos e chuvas fortes, causando alagamentos, quedas de árvores e falta de energia, prejudicando ainda mais o acesso.

Como suporte ao deslocamento dos trabalhadores do NASF, foi identificado que a gestão central disponibilizou um veículo novo, para uso exclusivo do NASF nas visitas às unidades de maior distância, mas por deficiência no quantitativo de pessoal na prefeitura, muitas vezes não há motoristas para executar o traslado, prejudicando o planejamento das equipes. Para estes momentos imprevistos, lança-se mão dos possíveis contatos remotos para o desenvolvimento do apoio matricial.

Desenhando o deslocamento dos profissionais para a atuação na Atenção Básica de Paraíba do Sul, foi identificado que 75% dos profissionais envolvidos na pesquisa mora em Paraíba do Sul. Destes, 37% utiliza a caminhada como o principal meio de locomoção na ida para o trabalho, que 33% utiliza o seu próprio veículo, 17% usa bicicletas e 12% transporte público. Os demais moram em municípios da região, distribuídos entre Areal, Miguel Pereira, Paty do Alferes, Petrópolis, Três Rios e Vassouras, percorrendo uma média de 38 Km de distância, variando entre 17 e 69 Km². O deslocamento é feito, por 63% dos participantes, utilizando o próprio veículo e 37% o transporte público. Dos que moram fora do município de Paraíba do Sul, 75% representa os trabalhadores da equipe NASF que participaram da pesquisa.

A esse contexto, Melo e Miranda (2018) refletem sobre a diferença entre as realidades e experiências do NASF no cenário nacional, ressaltando a sua natureza complexa e aberta, a recente implantação e normatização do apoio matricial, caracterizando um importante desafio às equipes, o que de certa forma induz a produção de novas abordagens, organizações e formas que atendam as especificidades dos territórios.

Para efetivar o apoio matricial em Paraíba do Sul, exige-se dos profissionais do NASF máxima flexibilidade nos arranjos de trabalho e gestão do cuidado, percorrendo longas distâncias, tendo mínimos momentos de interação com as equipes de referência e pacientes dos distintos territórios, abusando da criatividade e contando com a ausência de imprevistos, para que tudo transcorra dentro do esperado e seja possível enfrentar os desafios.

² Fonte: Transvias - Grúia Geral dos Transportes. Disponível em: <https://www.transvias.com.br/distancias>.

De modo geral, as duas equipes NASF matriciando as 21 equipes da ESF mostraram-se sobrecarregadas. Para além do excedente na distribuição proporcional, segundo o que foi preconizado na Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012b), o arranjo existente favorece o desencontro entre as equipes de referência e matricial. A realidade demonstra que em algumas situações, de acordo com o número de profissionais de determinada especialidade em um núcleo de saber, a equipe de referência recebe em média um turno de visita mensal de tal núcleo, para dar conta do que for necessário e couber, dentro da articulação entre as equipes para aquela especificidade. Nesse sentido, algumas equipes ficam prejudicadas sobre o aspecto horizontal do matriciamento, bem como fragiliza o trabalho entre equipes.

Outro aspecto importante ao debate, está relacionado ao nível de satisfação com a função desempenhada pelos profissionais da ABS. Campos e Malik (2008) abordando a satisfação de médicos da ESF em São Paulo, constataram que os piores indicadores se associavam ao stress, o ambiente físico, a capacitação e a disponibilidade de materiais para realização do trabalho, contrapondo-se com os indicadores de satisfação que apontaram o trabalho em equipe como o melhor resultado.

Os trabalhadores da ABS de Paraíba do Sul mostraram que mais da metade dos participantes da pesquisa julgaram fazer coisas novas e interessantes no trabalho, que 84% negam ter aumentado a frequência de falas negativas sobre o trabalho, e que 82% concordaram com a ideia de que o trabalho é um desafio positivo. Nessa perspectiva, uma parcela significativa dos trabalhadores demonstrou motivação para o trabalho desenvolvido na ABS. Porém, para a avaliação desta satisfação sobre a qualidade do trabalho em saúde, essa informação não é o bastante. É preciso compreender com detalhes as necessidades não atendidas do restante dos trabalhadores.

Oliveira e Pedraza (2019), preocupados com o contexto do trabalho e a satisfação profissional de enfermeiros na ESF, afirmam que a efetivação da qualidade da assistência prestada, bem como a oferta de ações de promoção à saúde, deve seguir, estrategicamente, empenhadas em manter um ambiente de trabalho favorável a interprofissionalidade, sem deixar de lado a qualidade de vida, a motivação, a satisfação e a possibilidade de desenvolvimento aos trabalhadores da saúde.

As tensões e o estresse associado ao trabalho, sobretudo ao trabalho interprofissional das equipes, requer algumas competências que envolvam as relações interpessoais e auxiliam nas articulações do trabalho colaborativo. Silva et al. (2019) corrobora com a ideia de que a competência emocional, utilizando-se da inteligência

emocional variável a cada pessoa, está associada à sua satisfação com o trabalho, bem como ao seu desempenho. Esta habilidade pode ser capaz de identificar, avaliar, e gerir as emoções. O profissional que lida bem com a sua inteligência emocional, possivelmente tem habilidades para lidar com diferentes emoções na interrelação com pacientes e o trabalho compartilhado da equipe, mesmo em situação de estresse.

Por outro lado, o sofrimento pode estar presente e arruinar o processo de trabalho e cuidado. No campo da saúde, o trabalhador tem sido alvo crescente de preocupação de especialistas na área de saúde do trabalhador. Como se não bastasse, muitas vezes, o cenário desfavorável pela presença de fatores estressantes inerentes ao escopo do trabalho, a tensão produzida pela política de austeridade do governo federal e a inconsequente desestabilização do SUS, ameaçam a integridade física, mental e emocional, para além de agravar as condições laborais e interferir, negativamente, na qualidade de vida desses trabalhadores (LIMA; GOMES; BARBOSA, 2020).

Quando há sofrimento no ambiente de trabalho, é provável encontrar profissionais desmotivados e que desempenham suas atividades de maneira mecânica, alienando-se do processo. Dos participantes da pesquisa, 38% percebeu-se desenvolvendo as suas atividades cotidianas mecanicamente, enquanto 50% afastou tal possibilidade do seu dia-a-dia. Alinhada a esta condição, sentir-se farto das atividades que realiza no trabalho é um sentimento que embuti certa resistência ao processo e pode gerar sofrimento. Esta condição se apresentou em relativo equilíbrio entre os participantes, com 44% dentre aqueles que se identificaram nesta condição e 40% que diz não se sentir assim.

A respeito do sofrimento, 59% avalia que há um cansaço prévio a chegada ao trabalho, atribuído possivelmente as múltiplas jornadas, 53% informa não precisar de mais tempo para o descanso após o trabalho, em comparação a tempos anteriores, e ainda 59% tem energia para atividade de lazer após a jornada de trabalho, enquanto outros 42% reconhece a necessidade de mais tempo para se reestabelecerem, permanecendo cansados.

No estudo desenvolvido por Lima, Gomes e Barbosa (2020) foi possível relacionar a satisfação com o trabalho a qualidade de vida no trabalho global e ao nível de estresse dos trabalhadores da ABS, de forma que a satisfação foi reconhecida como fator determinante da melhor qualidade de vida no trabalho e no controle emocional, tanto quanto na proteção e controle do estresse.

Ainda cabe problematizar, que nesta pesquisa, a maioria dos participantes do sexo feminino, 28% informou possuir outro vínculo empregatício para além da ABS de Paraíba do Sul, sendo 9% no próprio município e 19% fora dele. Destes últimos, todos são

profissionais ligados às equipes NASF. Este panorama acompanha o contexto de “trabalho produtivo” contemporâneo, marcado pelos modos de produção capitalista (ANTUNES, 2008), avesso aos fatores que conferem qualidade à saúde e bem-estar do trabalhador.

Desse modo, o ambiente de trabalho passou a ser um lugar de adoecimento, principalmente no Brasil, em que os transtornos mentais e do comportamento são a terceira maior causa de afastamento do trabalho (CHAGAS, 2017). Os modos de vida acompanharam as transformações do mundo do trabalho, e tiveram que se adaptar às incorporações tecnológicas, comprometendo a integridade física, mental e emocional, desafiadas pela contradição entre os ritmos de trabalho e biológicos. Esse processo repercute não somente na saúde do trabalhador, mas compromete toda a sua interface social (NASCIMENTO E SILVA, 2019).

A relação múltipla das jornadas de trabalho associada a mulheres trabalhadoras no campo da saúde, que muitas das vezes são conciliadas ao cuidado da família e da casa, tem sido pautada como um fator que diminuí a qualidade de vida no trabalho e influencia, diretamente, em uma menor percepção sobre os aspectos positivos e atitudes organizacionais (LIMA; GOMES; BARBOSA, 2020), podendo levar a mecanização, ao descompromisso e até mesmo a falta de interesse pelas atividades desempenhadas.

Por fim, foi observada uma polaridade importante sobre as formas de lidar com o estresse cotidiano do trabalho. Enquanto 72% afirmam suportar bem a pressão, 38% assumem esgotamento emocional. E sobre esse cansaço e esgotamento acumulado pela não possibilidade do total reestabelecimento orgânico, combinado a múltiplos fatores internos e externos ao ambiente de trabalho, que favorecem ao surgimento do estresse ocupacional, caracterizado pela incapacidade fisiológica do indivíduo em lidar com a situação, gerando sinais físicos e psicológicos. O estresse é capaz de produzir danos e diferentes respostas pelos sistemas fisiológicos do organismo (NASCIMENTO E SILVA, 2019).

3.2. Potencialidades e dificuldades nas práticas do apoio matricial

Os propósitos do apoio matricial na Atenção Básica são oportunizados a equipes NASF como dispositivo desafiador da fragmentação do cuidado e baixa resolutividade.

Esse desafio se fundamenta na construção de um trabalho compartilhado, articulado e colaborativo entre equipes de trabalho interprofissional e interdisciplinar. Nesse contexto, o Ministério da Saúde como o órgão responsável pela implantação e acompanhamento do NASF no âmbito nacional, levou um tempo razoável desde o seu lançamento, para publicar um material que de fato esclarecesse o que reconheciam como apoio matricial na prática da ABS.

No início, o Caderno de Atenção Básica nº 27 (CAB 27) era a única referência, oferecendo poucos elementos para implementação das equipes, gerando muitas incertezas. Em 2014, essa deficiência foi melhor esclarecida com a publicação do Caderno de Atenção Básica nº 39 (CAB 39), quando os municípios passaram a usá-lo como manual. E fortalecendo essa necessidade de qualificação das equipes, em 2013, foi lançado o Curso NASF de Aperfeiçoamento em Apoio Matricial na ABS, já alinhado ao CAB 39, apesar do seu lançamento no ano seguinte.

Diversos estudos tem buscado demonstrar a potência existente no trabalho das equipes NASF ao que tange a sua resolutividade e qualificação da ABS. No entanto, não se encontra nos estudos existentes, uma uniformidade nas formas como as equipes tem sido implantadas, tanto quanto, há uma escassez em promover descrições detalhadas sobre os modos de operar o apoio matricial (BARBORA, 2018; BROCARDI et al., 2018; MELO; MIRANDA, 2018; REIS et al., 2016).

A esse respeito, Tesser (2017) fazendo uma crítica aos modos de operacionalizar o trabalho no NASF, fala de um contexto de reduções e ambiguidades. As reduções a que se refere, se aplicam ao assistencialismo especializado adotado por certas equipes, quando os apoiadores centram suas atividades em seus núcleos de saberes, dando ênfase ao atendimento especializado e isolado. Ou, em outro extremo, a prática do apoio matricial focalizada em abordagens clínico-assistenciais junto às equipes de referência, reproduzindo a práticas prescritivas e sem reflexão. Em ambos os casos não há uma interrelação entre as equipes que caracterize, de fato, um apoio diferenciado e pautado na integralidade, distanciando-se do seu propósito originário.

Para o autor, esse tipo de reducionismo está associado, com certa frequência, a gestores distantes das ideias da saúde coletiva, que veem nesta prática uma facilidade administrativa, contrária a problematização proposta pelo matriciamento. Ainda assim, reforçam a reprodução de ambulatórios especializados dentro da ESF. Esta perspectiva conduz a uma subutilização dos profissionais e equipe NASF. Seguindo o exemplo de Paraíba do Sul, muitas cidades fazem o mesmo quando têm uma fragilidade na rede

assistencial. Foi observado que a necessidade de atenção especializada em algumas áreas levantadas pelo NASF, complementar a atenção oferecida pela ESF, não consegue ser suprida pela rede, sobrepondo-se as atribuições do NASF, que já está mal dimensionado, desestruturando o apoio matricial.

E em se tratando das ambiguidades, o NASF enquanto equipe da Atenção Básica, tanto quanto a ESF, desenvolvem atividades semelhantes com a finalidade de serem complementares, deixando lacunas na compreensão da porta de entrada, por exemplo. Na visão do usuário, pode haver uma indefinição de quem faz o acolhimento na ABS, entre a ESF e o NASF. Isso se complexifica, quando se justapõe o reducionismo descrito anteriormente, pois o usuário que está em atenção individualizada com um profissional do NASF por uma causa determinada, ao chegar a UBS, pode não ter clareza a quem ele deve procurar. Há uma assincronia entre as orientações assistenciais e técnico-pedagógicas nos documentos oficiais de condução do NASF, tendenciando a práticas desfocadas e referência deslocada para os usuários (TESSER, 2017).

As práticas do matriciamento desenvolvidas no município de Paraíba do Sul observadas nessa pesquisa, seguem as orientações do Ministério da Saúde como base para a sua implementação e trabalho nos territórios. No entanto, de forma complementar e participativa, a gestão das equipes NASF, junto aos profissionais apoiadores, buscaram articular essa estrutura mínima as necessidades loco regionais e as experiências acumuladas, sustentando um contorno mais firme e robusto para a atuação do apoio matricial nas equipes de referência. Esse desenho se alinha as provocações desta pesquisa em demonstrar que o apoio matricial pode ser desenvolvido sob o olhar da EPS, ao que se refere à emancipação da atenção e da gestão do cuidado nos territórios, respeitando a autonomia dos sujeitos na pavimentação de uma ABS mais resolutiva.

Nesse aspecto, cabe refletir sobre os desafios do agir matriciador nas equipes da ABS, que por si só, intencionado em transformar os modos de produzir saúde e encarar a complexidade dos territórios, em busca de respostas para as suas próprias necessidades, produz um efeito holográfico, ampliando as perspectivas do objeto (MORIN, 2016). No entanto, se a dialética dos saberes não for capaz de promover o encontro da intersubjetividade dos núcleos, o trabalho se esvazia e não se obtém mudanças (HABERMAS, 2012b). É o que acontece com o processo de trabalho da equipe NASF, que reafirma as contradições” no fazer” das práticas cotidianas, onde as possibilidades de transformações concretas dependem de uma adequada condução para seu

desenvolvimento, ficando muitas vezes no “dever ser” (NASCIMENTO; CORDEIRO, 2019).

Em uma publicação sobre os dez anos do NASF, na qual os autores problematizaram alguns desafios, trazem como o primeiro deles a sua implementação e expansão nos distintos municípios e regiões do país. Se por um lado ganhava-se o fortalecimento da ABS com a incorporação de novas práticas, por outro, evidenciava-se a dificuldade de desenvolver uma nova lógica de trabalho pelo apoio matricial (MELO et al., 2018).

Nesse mesmo sentido, durante as observações das práticas de matriciamento nas UBS do município centro-sul fluminense, foi levantado e registrado no diário de campo um conjunto de apontamentos e reflexões, que dentre eles, se destacaram as potencialidades e dificuldades no desenvolvimento do apoio matricial. Para o seu melhor aproveitamento, as informações foram organizadas e problematizadas a partir de três dimensões, destacando as confluências e contradições existentes no processo intersubjetivo do trabalho das equipes (HABERMAS, 2012b) As dimensões exploradas foram: a) Infraestrutura; b) Gestão do cuidado; e c) Monitoramento e Avaliação.

a) Infraestrutura

A relação dialógica e de compartilhamento de saberes e práticas entre profissionais de saúde, profissionais de outras áreas, gestores, pacientes e comunidade em geral depende de uma série de fatores internos e externos as equipes da ABS. A prática efetiva do matriciamento se torna possível, a partir de um ambiente favorável, da presença e uso adequado de variados níveis de tecnologias (MERHY; FEUERWERKER, 2009), da disponibilidade para o encontro entre as pessoas envolvidas, do uso de linguagens facilitadoras de um bom entendimento, do comprometimento e corresponsabilização pela saúde da coletividade, dentre tantos outros. E nesse viés, a infraestrutura tornou-se um dos elementos fundamentais a boa prática.

O NASF nasce e se consolida como trabalho em saúde dividindo as mesmas dificuldades da ESF, cuja dinâmica criativa e inovadora precisou se adaptar as barreiras físicas compostas pela deficiência estrutural das UBS, a alta rotatividade de profissionais nas equipes, as dificuldades na organização do processo de trabalho e a pouca articulação

entre os serviços, por exemplo (MELO et al., 2018). Haja vista, que a realidade vivenciada em Paraíba do Sul, tal como ela se mostra e faz acontecer, pode ser caracterizada como uma estrutura heterogênea, complexa e dinâmica. Ao mesmo tempo em que há unidades de saúde amplas, equipadas, com equipes completas e um processo de trabalho fragmentado, também foi encontrado equipes em locais improvisados, sem acesso a tecnologias digitais e com um trabalho colaborativo mais harmônico e profícuo.

No bojo das potencialidades, um dos itens observados que merece destaque é a diversidade na composição do apoio matricial pelos núcleos de saberes no município estudado. Sua composição em núcleos corresponde a saúde mental, a reabilitação, a alimentação e nutrição, as práticas integrativas e complementares, a assistência farmacêutica, a intersetorialidade pelo serviço social, e as práticas corporais e atividades físicas. Este variado cardápio em prol do trabalho colaborativo junto a ESF, impulsiona arranjos interprofissionais capazes de provocar mudanças significativas no processo de trabalho em equipe, favorecendo a proposta interdisciplinar para o enfrentamento dos desafios no campo da saúde coletiva (CECCIN, 2018; PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Entretanto, a retaguarda assistencial da rede de atenção à saúde do município de Paraíba do sul tem fragilidades, em especial para alguns núcleos, como o caso da saúde mental. Há escassez de profissionais especializados nos centros de referências e ambulatórios, comprometendo o trabalho longitudinal do NASF em articulação com a ESF, e criando um “gargalo” no sistema de gerenciamento de vagas de encaminhamento. Essa problemática produz uma crise de identidade nos matriciadores, que ora desempenham a função de apoiadores, com práticas assistenciais e técnico-pedagógicas junto as equipes de referência no território. E ora precisam responder, alheios as equipes de referência, como especialidades, suprindo as deficiências da rede, em uma espécie de compromisso técnico-político.

Para Melo et al. (2018), corroborando com a discussão sobre a constituição das equipes de matriciamento, trazem à tona a ideia de que a sua proposta estrutural precisa estar além das atribuições burocráticas e respostas assistenciais, mas principalmente contribuir com a construção de um diagnóstico técnico, epidemiológico, sanitário e social, que parta das equipes de referência na relação direta com o território e sua população. Esse panorama de contradições em cima do papel do NASF já vem sendo discutido por autores em diferentes vertentes, desde a concepção do apoio matricial destinado a uma prática generalista, mediada pelo caráter pedagógico; quanto pela defesa da ação especializada ao paciente, como apoio as equipes da ABS e meio de desafogar a rede

assistencial, feita de modo direto no território (MELO; MIRANDA, 2018; SOUSA et al., 2017; TESSER, 2017;). Para um melhor desempenho formador, além da integração com a equipe da ESF, torna-se necessária uma articulação permanente com outras instâncias de cuidado, trocas e compartilhamento com as redes de apoio, para além de reuniões e participação em espaços de educação permanente (MELO et al. 2018; SOUZA; MEDINA, 2018).

Ainda, foi possível observar que essa dupla função do NASF em Paraíba do Sul, velada perante as características do trabalho na Atenção Básica, dificulta a percepção dos pacientes sobre o papel do apoio matricial na qualificação da atenção à saúde, o que de certa maneira também influencia na relação com as equipes de referência, em articulação com outras instituições e setores sociais. No entender de Aciole e Oliveira (2017), a população preza pelos serviços de saúde que garantem o acesso e a qualidade do cuidado, não importando o arranjo gerencial. Essa percepção pode fazer com que a população, valorize mais o trabalho do NASF, do que as equipes de referência.

Como importante indicador de qualidade da ABS, a satisfação do usuário contribui para a efetivação da atenção à saúde por apresentar forte poder influenciador com os gestores. Estudos relacionados aos resultados obtidos no primeiro e segundo ciclos do PMAQ têm evidenciado que, a despeito da presença de níveis aceitáveis de satisfação dos usuários, o que mais vem pesando nessa avaliação é a qualidade do cuidado acerca da prática clínica e sua resolutividade. Embora, para alguns autores a estrutura não seja considerada como um fator decisivo na qualidade da assistência, os usuários tem mostrado uma avaliação menor para os cuidados recebidos em unidades de saúde com problemas na estrutura física e uso limitado de insumos na prática da clínica, considerando como de baixa resolutividade (FAUSTO et al., 2017; PROTASIO et al., 2017; SAEZ; FACCHINI; TOMASI, 2019).

Quanto a estrutura para o trabalho nas UBS, dada a necessária proximidade e integração entre equipes, os profissionais do NASF sul paraibano compartilham os mesmos espaços físicos das equipes no desenvolvimento das suas atividades, como consultórios, salas de espera e de reuniões, espaços para a prática educativa, além de ambientes no território em parceria com escolas, instituições religiosas e culturais, e praças públicas. O fato de poderem dividir espaços comuns, tem sido positivo sob o ponto de vista de mitigar a distância e a restrição na carga horária disponível às equipes NASF. A integração, na maioria das vezes, é satisfatória e tem aumentado as chances da obtenção de melhores resultados nos indicadores de performance. Essa estrutura de trabalho

conjunta foi identificada como um fator positivo no estudo de Brocardo et al. (2018). Os autores afirmam que esta dinâmica de trabalho favorece a integração e está diretamente relacionada ao nível de investimento e comprometimento da gestão local com a ABS.

Mesmo com esta estreita relação, foi observado que alguns apoiadores precisaram lançar mão de níveis maiores de criatividade, bom humor e técnicas de comunicação para lidar com a diversidade encontrada nas 21 equipes da ESF do município. Dependendo do núcleo e da especialidade, o profissional do NASF precisa visitar duas a três unidades de saúde no mesmo dia, cujo contexto, atmosfera e modo de lidar, variam de um extremo a outro. Esse processo cotidiano leva ao desgaste físico e emocional, sem contar com a capacidade técnica exigida do profissional para desempenhar suas funções sem mecanizar o processo.

Dentro da logística de trabalho nas equipes de apoio matricial há disponibilidade de um veículo próprio, que atenda às necessidades de locomoção dos profissionais entre a cidade e a área rural. Trata-se de uma aquisição que contribui com o bom desempenho no planejamento, conferindo agilidade, compromisso e responsabilização. Mas tê-lo no tempo a atender as demandas das equipes, não tem sido uma situação fácil de ser resolvida. A gestão central não disponibilizou um motorista em tempo integral para este fim, o que tem sido uma contradição ter o recurso e não poder contar na execução das ações. Quando se torna viável, os matriciadores se programam em um pequeno coletivo e aproveitam para visitar as equipes rurais, mais distantes do centro da cidade. A disponibilidade de veículo próprio é uma realidade heterogênea no país (BROCARDI et al, 2018).

b) Gestão do cuidado

A gestão do cuidado, compartilhado entre as equipes de referência dos usuários nos territórios e a equipe de matriciamento, reflete o ponto central do trabalho interprofissional e pode ser considerada o cerne das transformações, onde toda a arquitetura clínico-assistencial e técnico-pedagógica se dá, em torno do apoio matricial. Nesse contexto, o trabalho em equipe desponta como potencializador no encontro das ideias, dos saberes e práticas, que de maneira dialética podem reconstruir e reconduzir a atenção à saúde (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

A dinâmica do trabalho em equipe construída em Paraíba do Sul não se apresenta tão distante da realidade nacional, como apontada nos estudos. Há variações entre as UBS, sobretudo nos modos de operacionalizar o trabalho, que de certo modo, se aproximam do próprio perfil do território em que estão inseridos. Na grande maioria das unidades visitadas, grosso modo, observou-se um trabalho organizado, com planejamento mensal, papéis definidos e articulação entre ESF e NASF, apesar da coexistência de alguns membros das equipes que se isolam, e mantem-se em conflito com o trabalho desenvolvido no âmbito da equipe (PERUZZO et al., 2018)

Foi percebido também, que para algumas poucas unidades o matriciador é visto como um visitante, que em certos momentos compromete a autonomia da ESF, percebida equivocadamente por aqueles que estabelecem formas peculiares de trabalho, alheia aos acordos com a gestão local. No cotidiano do processo de trabalho entre equipes, observaram-se contextos inusitados, que demonstravam a não inclusão dos matriciadores no planejamento da unidade/ equipe de referência; a ausência de espaços e horários para o apoio matricial na UBS, além do descaso com uma agenda compartilhada de atendimentos conjuntos ou interconsultas; a destinação de casos complexos nas mãos do NASF, sem a retaguarda de referência da ESF, comprometendo o cuidado integral e sua continuidade; para além da não participação sobre acordos, alterações de planos e parcerias. Ficou claro que alguns modos de agir impediram a atuação do matriciador, de forma dialógica e compartilhada, trazendo consigo uma pseudoneutralidade que tentava mascarar as fragilidades da ESF.

Nestes casos, não foi percebido o recuo do matriciador. Pelo contrário, de maneira pedagógica as atividades se mantinham, estrategicamente, como ato de resistência sobre a fragmentação do processo de trabalho. As ações dos matriciadores direcionadas aos pontos nevrálgicos das equipes de referência, têm gerado intensos e promissores debates no município, embora ainda a passos lentos, ainda que constantes. A formação para um agir interdisciplinar no NASF, principalmente quando seus membros necessitam de suporte para o enfrentamento de situações que se distanciam dos seus núcleos de saber, também faz parte da estrutura do trabalho na saúde e se relaciona diretamente com a gestão do cuidado. Assim, a institucionalização de espaços para o encontro entre os trabalhadores das diferentes equipes, da gestão e usuários, utilizando-se de dispositivos da educação como mediadores, se tornam espaços formadores imprescindíveis à transformação e qualificação da ABS. Geralmente, esses espaços ganham sustentação e

acontecem no interior do trabalho em equipe. (ACIOLE; OLIVEIRA, 2018; BROCARDI et al., 2018; CECCIN, 2018).

A respeito das mediações que perpassam os processos de formação em saúde, Rossoni (2016) chama a atenção para a formação profissional dentro dos serviços do SUS, numa articulação entre a educação e a saúde, que por meio de programas e políticas tem mobilizado a forma de ensinar e aprender a fazer saúde no país, pautados nos conceitos da integralidade, educação permanente e trabalho em equipe.

Nesse sentido, cabe apreciar a experiência do processo de gerenciamento do cuidado desenvolvido pelo NASF em Paraíba do Sul, cuja proposta foi baseada no esforço em promover um cuidado integral e integrado junto a ESF. Toda a diligência em articular a Rede de Atenção à Saúde tem exigido dos matriciadores um conhecimento mais detalhado das necessidades de saúde da população, dos limites e possibilidades das equipes de referência, bem como a capacidade instalada da rede assistencial e conveniada do município. Para tanto, a recente implementação sistematizada do Projeto Terapêutico Singular (PTS) tem sido a estratégia adotada para envolver e corresponsabilizar as diferentes entidades partícipes do processo.

Sobre o PTS, em se tratando da materialização do trabalho colaborativo e interprofissional, busca-se empregar a capacidade intersubjetiva de reflexão dos profissionais para encontrar novas possibilidades em lidar com problemas singulares de saúde (HABERMAS, 2012a). Trata-se de recriar o método e aplica-lo de acordo com as necessidades e especificidades de cada problema em particular, o que depende da interação com outros envolvidos no cuidado. Portanto, a necessidade singular do usuário em um PTS deve ser considerada como o núcleo do trabalho interprofissional e do apoio matricial (CAMPOS, 2017).

Deste modo, conclui-se que o PTS tem sido utilizado pelas equipes de matriciadores como ferramenta estratégica na problematização de dois importantes processos no enfrentamento aos desafios da ABS, cuja abordagem se desdobra em ações afirmativas à sua própria qualificação. O primeiro deles está relacionado ao aumento da resolutividade aos casos mais complexos, que ao serem lançados nas mãos do NASF como “sem possibilidade de resolução”, retornam a ESF sob a perspectiva reflexiva do PTS. Este se torna um momento pedagógico, construído pelo diálogo e formas colaborativas que facilitam a compreensão da situação problema em busca de respostas, ampliando a percepção sobre o contexto, e agregando saberes, práticas e outros atores correlatos a rede de apoio (CAMPOS, 2017).

E como segundo processo, as relações interpessoais, carregadas de conflitos e distanciamentos, frequentemente encontradas na essência do trabalho em equipe (PERUZZO, et al., 2018). Pela intencionalidade de um agir colaborativo, trata-se também de um momento que a interprofissionalidade precisa incorporar as diferenças. E com a premissa da organização do processo de cuidado compartilhado, das responsabilidades e divisão de papéis dispostos no PTS, inevitavelmente, sobressai o trabalho em equipe.

A despeito de todas as dificuldades do trabalho em equipe, o NASF deste município se articula partindo de princípios pedagógicos que se aproximam da Educação Popular em Saúde como referencial observado na prática cotidiana do apoio matricial. Logo foram identificados no desenvolvimento das ações de apoio destas equipes o diálogo, que no sentido do cuidado buscou oportunizar a todos como protagonistas autônomos e criativos, e o compartilhamento dos saberes e de suas práticas, que entrelaçados pela necessidade de novos conhecimentos e percepções, foram capazes de transformar processos e qualificar respostas. A construção crítica e problematizadora da realidade, condizente a uma práxis resolutiva no exercício do matriciamento. A amorosidade, pelas ações desempenhadas com empatia e respeito as diferenças, a dignidade e a ética social, a busca pela equidade e integralidade no cuidado (FREIRE, 1987).

Pela fragilidade na formação acadêmica dos profissionais da saúde para lidar com a integralidade e a longitudinalidade do cuidado, referindo-se a clínica ampliada e a rede de atenção à saúde, respectivamente, sobressai a restrita visão da saúde como objeto atrelado ao corpo físico e suas funcionalidades. Esse processo formativo acaba por não contribuir com o desempenho profissional frente a novas tecnologias leve e leve-duras (MERHY; FEUERWERKER, 2009), as quais buscam a ampliação do escopo da atenção, e também não sendo competentes na transformação de processos de trabalho (LIMA et al., 2020).

Com essa ótica, no bojo da qualificação da atenção prestada pela ABS, o trabalho do NASF vem ao encontro da transformação pela práxis e de um agir pedagógico. Lima et al. (2020) argumentam que esta é uma essencialidade que pode ser suprida pela EPS, relativizando as relações de poder e opressão existentes na interação do serviço com a população, mediada pela subjetividade profissional (FREIRE, 1987; HABERMAS, 2012a).

A ABS, construída sobre bases populares da educação em saúde dentro de uma proposta democrática, pode ser capaz de articular caminhos possíveis que facilitem a

aproximação de saberes e práticas numa perspectiva crítica. A oferta longitudinal do cuidado demanda um processo contínuo de compreensão da realidade e apreensão das necessidades dos usuários, articulando diferentes pontos da rede de atenção à saúde por meio dos atributos político-metodológicos da EPS (LIMA et al., 2020).

c) Monitoramento e Avaliação

Durante o desenvolvimento dessa pesquisa foi possível acompanhar o comprometimento cotidiano da gestão em relação ao desenvolvimento da Atenção Básica, no que tange ao processo de monitoramento e avaliação das ações da ESF e NASF, bem como a sua relação com a rede de atenção à saúde. O trabalho tem sido feito com o auxílio de apoiadores institucionais, setorizados em três macrorregiões, que no detalhe do processo de trabalho de cada UBS, tem articulado as diretrizes da ABS e seus atributos, a uma construção mais contextualizada, logo mais próxima do mundo da vida. E sob uma hermenêutica carregada de percalços e criatividade, advindas da complexidade peculiar ao território na produção de saúde (HABERMAS, 2012a).

De forma mais concreta, para avaliar o compromisso da gestão com a ABS pode ser utilizada a análise de desempenho das equipes no PMAQ-AB, que apesar das muitas críticas a este formato, o programa conseguiu se aproximar de mudanças efetivas. O seu uso como ferramenta de gestão, possibilita o comprometimento de equipes e gestores, induzidos pelo desafio proposto, inicialmente, no processo de autoavaliações. (FLÔRES et al., 2018; JALES; JALES; GOMES, 2017;). Não obstante, cabe reconhecer que a performance da saúde como elemento fundamental e agregador de expertise, serve como referência ao gestor na promoção de ações que garantam o acesso e a qualidade da atenção à saúde da população (MICLOS; CALVO; COLUSSI, 2017).

O PMAQ-AB, por meio do incentivo financeiro atribuído em parcelas, desde a adesão, alcançou a motivação de profissionais das equipes e gestores em favor da competência dos serviços. De todo modo, segundo Flôres et al. (2018) em uma pesquisa com secretários municipais de saúde de um estado brasileiro, muito do que foi captado em recursos pelo programa foram aplicados na melhoria da estrutura física das UBS, tanto quanto na aquisição de equipamentos, insumos, e na capacitação de profissionais. Essas

mudanças foram capazes de impactar diretamente no processo de trabalho das equipes, e promover melhores condições de trabalho.

Mas ainda assim, para a conquista de bons resultados deve ser levada em consideração o esforço coletivo e permanente, que envolva gestores, apoiadores, profissionais e a até a população, através do controle social. Estar alinhado as diretrizes de uma boa oferta de serviços apenas por ocasião da sua vigência, segundo os parâmetros do programa, não garante ou agrega valor qualitativo. O mesmo se aplica aos casos de baixo comprometimento do gestor a adesão das equipes, gerando impossibilidade do pleno desenvolvimento do programa e enfraquecendo a entrada de recursos (FLÔRES et al., 2018).

No caso de Paraíba do Sul, vale relembrar que 81% das equipes da ESF e 87% do NASF aderiram ao terceiro ciclo do PMAQ-AB, que sob uma análise rasa e genérica, demonstraram algum compromisso com a saúde da população sul paraibana. Dessa adesão, o desempenho obtido nas avaliações as classificou em 6% como ótimas, 6% como muito boas, e 53% das equipes como de bom rendimento (BRASIL, 2018a). Esse impacto foi observado no processo de trabalho, durante as visitas as unidades.

Ficou evidente, que apesar do término da vigência de avaliações do PMAQ-AB, há uma regularidade no controle da produção das equipes ao que se refere as linhas de cuidado e suas prioridades, desenvolvido com a retaguarda das apoiadoras institucionais. Embora percebida certa dificuldade nos ajustes mais finos junto ao micro processo das equipes, considerando tamanha diversidade nos territórios e ruídos na comunicação entre os trabalhadores, não foram identificadas restrições as inovações tecnológicas e criativas no cerne do processo de trabalho em equipe. Pelo contrário, observou-se que as atividades das apoiadoras giravam em torno do trabalho colaborativo e interprofissional, apesar da pouca aproximação com as equipes NASF.

Para o desenvolvimento do apoio institucional como um dispositivo de cogestão, precisa-se reconhecer a coexistência de diferentes interesses, sobretudo na possibilidade do encontro de distintas aproximações e inserções sociais, à medida que se estabelece como um processo de compartilhamento gerencial, cuja operacionalização sugere a coparticipação de sujeitos e subjetividades. A cogestão vincula-se a adoção de estratégias, das relações de poder, do trabalho articulado em rede, e de relações interprofissionais (ALMEIDA, 2017).

O apoio institucional na retaguarda das equipes da ABS, ao modo como se desenvolve em Paraíba do Sul, mostrou-se como uma potente estrutura cogestora. A

interlocução direta do apoio com as equipes tem se dado pelos gerentes das UBS, da mesma forma que os resultados da pesquisa de Almeida (2017) apontam. A relação com o apoio, tanto se dá pelas demandas administrativas e técnicas dos programas e instâncias especializadas, que muitas vezes são verticalizados, quanto pela construção de espaços coletivos em processos que extrapolam a unidade e o território, na interlocução com serviços e a rede de atenção à saúde. Também, transversalmente, ocupam espaços mediadores nas relações interpessoais e de conflitos, oportunizando o diálogo. As ações do apoio institucional partem de um planejamento, mas também atendem a demandas emergenciais das equipes e territórios.

No entanto, para essa estrutura interprofissional de suporte a ESF, o NASF se apresentou como um ponto de apoio a parte, meticulosamente envolvido com as táticas lançadas pelo apoio institucional. Ambos como arranjos da cogestão em níveis diferenciados, mantinham percursos e estratégias diferentes, porém sob os mesmos objetivos. Não foram percebidas divergências graves ou até mesmo conflitos, mas foi possível sentir uma atmosfera de disputas. A articulação entre o apoio institucional e o apoio matricial foi observada pontualmente, em momentos colaborativos no enfrentamento de conflitos interrelacionais na equipe da Saúde da Família.

Para Fernandes, Oliveira e Pereira Jr (2017) o apoio é uma práxis, que para além de uma ferramenta tecnológica, também se estabelece como um método dialético. No entanto, na contramão, alguns problemas tem sido identificados com relação a falta de apoio da gestão às equipes NASF, como também na interface com o apoio institucional. Para os autores, a intervenção de ambos os apoios em separado geram perdas e impotência gerencial, destoam da democratização do processo, do cuidado compartilhado, e da autonomia dos sujeitos. Podem esvaziar o sentido do “apoio”, que pela disfuncionalidade não promove mudanças.

Objetivando o compartilhamento do cuidado e a democratização institucional, o papel dos apoiadores deve ser complementar. Conceitualmente, o apoio institucional se apresenta como uma metodologia que atua na transformação do agir gerencial, por meio da cogestão, propositalmente, garantidora de uma identidade articulada em desenvolver coordenação, planejamento e direção. E o apoio matricial, como dispositivo que busca modificar as relações de trabalho pela gestão compartilhada e sua relação interprofissional, harmonizando saberes pela interdisciplinaridade do trabalho em equipe (FERNANDES; OLIVEIRA; PEREIRA JR, 2017).

Por outro lado, o investimento na ABS do município também ganhou novos horizontes a partir da sua participação no Curso de Aperfeiçoamento em Apoio Matricial na Atenção Básica, com ênfase nos NASF. As provocações vivenciadas no curso por uma apoiadora contribuíram com a qualificação da equipe e induziram significativas mudanças, partindo-se de um plano de cogestão da ABS em atenção a clínica ampliada. Uma delas foi a sistematização e implementação do PTS como ferramenta de gestão do cuidado compartilhado.

4 SABERES E PRÁTICAS DO APOIO MATRICIAL NA ATENÇÃO BÁSICA – UMA REALIDADE INACABADA

Este capítulo inicia a construção de uma análise hermenêutica dialética da dimensão pedagógica do apoio matricial, a partir dos saberes compartilhados no cotidiano do trabalho colaborativo entre as equipes NASF e da ESF, lotadas no município de Paraíba do Sul. Esta aproximação corresponde à primeira categoria empírica, identificada como “Saberes compartilhados e sua interação com a prática no Apoio Matricial”, acomodando os núcleos de sentido arquitetados como os conhecimentos que: embasam a construção do apoio matricial; abordam a interrelação pessoal e a comunicação; estão relacionados ao trabalho em equipe; e favorecem a interrelação dos saberes com as práticas do apoio matricial.

A identificação dos saberes pertinentes ao desenvolvimento de uma prática que se caracterize como apoio matricial, ocorrida na interface entre equipes da ABS, foi o tomado pelos participantes das oficinas para esta abordagem, no decorrer da pesquisa. Na ocasião, não se tinha a pretensão de discutir os saberes produzidos na interdisciplinaridade dos encontros entre as profissionais e usuários, mas o que seria preciso estar acessível no campo do conhecimento e de domínio comum, que servisse como instrumental facilitador do fazer e agir compartilhado.

Essa constatação do que seriam os saberes envolvidos no apoio matricial, para além do que foi discutido e analisado pelo grupo, em seus atos e ações linguísticas, não sustentavam a garantia da sua presença no cotidiano do trabalho no município. No entanto, a busca por conhecimentos imputa certa referência ao mundo subjetivo, particularizado por cada sujeito e compartilhado com todos os envolvidos. Pela intersubjetividade produzida no encontro das relações interpessoais que torna possível o entendimento mútuo, a construção coletiva que problematizou os saberes afeitos a prática colaborativa partia do conjunto das relações interpessoais, legitimadas por todos os envolvidos, articulando o mundo subjetivo, objetivo e social (HABERMAS, 2012a).

Sob esta perspectiva, os saberes relacionados as práticas do apoio matricial na Atenção Básica analisados neste capítulo, ganham contornos e dialogam entre si. Desse modo, torna-se importante elucidar que tais elementos identificados pelos coparticipes do estudo, fazem parte de uma realidade vivenciada por cada componente em sua singularidade e no seu conjunto, como um coletivo, imbuída de cultura e tradições, que

se emolduram no munda da vida pela intersubjetividade (HABERMAS, 2012a). Nesse processo de produção do conhecimento a partir do mundo vivido, independente do acúmulo obtido e das transformações provocadas sobre a realidade, no momento seguinte deixa de ser novidade e dá o lugar para novos aprendizados. Segundo Freire (1996), referindo-se ao saber construído com base na realidade, criticamente, é sempre um saber em construção, inacabado por natureza. Há sempre o que se transformar sobre a realidade inacabada.

Nesta direção, as discussões ocorridas caminharam rumo ao agrupamento de saberes que, sistematicamente, podem ser analisados como eixos norteadores do trabalho do NASF. Dentre eles, os saberes relacionados: a) ao território, não necessariamente próprios ao campo, mas que estabelecem uma relação de coexistência e interconexões, como: o conhecimento técnico-científico, o saber popular, a formação de vínculo, a integração da rede de atenção à saúde, e a mobilização comunitária; b) ao processo de trabalho, como saberes que constroem e aprimoram o trabalho em saúde, problematizando o papel dos núcleos na produção de repostas aos problemas de saúde, da gestão do cuidado compartilhado, da atenção humanizada, e da articulação da rede de atenção à saúde; e c) ao trabalho em equipe, provocado pela comunicação entre as equipes, as interlocução entre os núcleos de saberes, o trabalho colaborativo e a divisão de papéis.

Dentro desta concepção de saberes e práticas pertinentes ao apoio matricial, cabe refletir, que tais eixos norteadores fazem parte do cenário de contrastes em que está inserido o trabalho desses profissionais, mergulhado em um dado contexto socioeconômico e cultural peculiar, comprometidos com um agir social e pautados em uma racionalidade crítica, que vislumbram transformações nas práticas em saúde (HABERMAS, 1983; MAAR, 1999).

Sobre os saberes relacionados ao território, os participantes expuseram seus pontos de vista a respeito das necessidades de conhecer as bases de formação dos territórios em saúde, em que estão inseridos os profissionais, como subsídio fundamental a conquista de um trabalho sustentado pela práxis. Especificamente, aplicado ao escopo desta discussão, o território tem sido considerado como um espaço de vida, permeado por relações e contradições, socialmente estruturado e referenciado, cuja abrangência no campo da saúde permite o diálogo entre políticas e estratégias públicas e privadas, transitando com seus graus de convergências ou divergências, num constante sistema em

busca de desenvolvimento (GADELHA et al., 2011; HABERMAS, 1983; SANTOS, 2006).

Atuar nos territórios em saúde demanda um conjunto de saberes e práticas peculiares, de diferentes dimensões, natureza e espaço (SANTOS, 2006), encarados por muitos como um sistema social complexo, crescente, que se arranja em rede, e se articula por relações com padrões e normas próprias, níveis hierárquicos e relações de poder. Também, pode ser definido como um processo de adesão comum por uma coletividade, que estabelece ligações econômicas, políticas, ou até mesmo por uma herança histórico-cultural, demarcando as expressões identitárias e de pertencimento (SILVA, 2015).

Conhecer os hábitos e costumes, bem como a dinâmica dos viventes de um território adscrito aos cuidados em saúde, como bem apontam os trabalhadores do município, é reconhecer a identidade daqueles que são e estão sob a corresponsabilidade sanitária das equipes da ABS. Aproximar-se dos saberes que transcendem e enfrentam os limites impostos por parte do mundo da vida, historicamente pautado na hegemonia biomédica e fragmentária, é oportunizar o encontro das diferentes linguagens e potencializar um agir comunicativo que, por exemplo, lute, resista e enfrente a medicalização dos problemas sociais com a dialética dos saberes (FREIRE, 1987; HABERMAS, 2012a).

A linguagem nesse processo de conhecimento e capitalização de saberes mostra-se fundamental, quando o profissional se encontra diante de uma situação que envolva a necessidade do apoio matricial, pois a cultura e os modos de ser e agir de ambos interlocutores podem não ser compreensíveis, ao primeiro momento, sendo necessário estabelecer uma sintonia mais apurada e buscar a correção de atos e ações linguísticas (HABERMAS, 2012b). O diálogo permanente e o compartilhamento de ideias de maneira empática, utilizando diferentes ferramentas de comunicação e linguagens, bem como o expressivo reconhecimento dos objetivos em comum, tem sido a estratégia dos nasfianos de Paraíba do Sul para mitigar os impactos da falta de proximidade física e sua constância, em alguns territórios, sobretudo aqueles localizados na área rural.

Esse processo influencia diretamente a atuação dos profissionais no território, ao explorar a situação de saúde de dada população. Segundo Castellanos (1990), não há independência ou neutralidade na descrição da situação de saúde, pois quem se expressa a esse respeito, emite um ponto de vista como ator social em uma determinada situação, demarcando uma predominância. Desse modo, pode-se compreender que os dados

identificados tem uma potência mobilizadora de forças sociais voltadas aos seus propósitos, sejam eles projetos sociais ou técnico-científicos.

A disputa entre conceitos, teorias, métodos e técnicas, no campo de saberes, ascende para quem tem o poder de fazer predominar seus planos. No entanto, para a legitimação de um conjunto de ideias torna-se determinante uma reserva de poder e/ ou estratégias técnico-metodológicas. Oferecer respostas aos problemas de saúde de diferentes grupos sociais exige, portanto, uma maior capacidade de articulação, e podem estar relacionados a formas de ocupar os espaços e acumular poder, em especial quando utilizado o conceito saúde-doença, teoricamente, coerente a capacidade técnica exigida na ação (CASTELLANOS, 1990).

A mobilização comunitária pode ser um exemplo dessa confluência de técnicas e os usos do poder. Como ponto significativo na articulação territorial, sobretudo no âmbito do SUS, essa prática reserva conhecimentos técnicos, político-sociais e metodológicos que, no trabalho com o apoio matricial foram considerados pelos participantes da pesquisa como fundamentais. Alinhar ideias, levantar problemas e construir coletivamente propostas de enfrentamento são práticas que se aproximam do papel gerencial assumido pelos matriciadores, no encontro intersubjetivo com as duas vertentes do cuidado em saúde na ABS, os profissionais da equipe de referência e os usuários. Essa interrelação parte de um coletivo heterogêneo e complexo, demandante de um efetivo agir comunicativo, agregador do mundo da vida com o sistema (HABERMAS, 2012a; MÜLLER NETO; ARTMANN, 2012; SILVA; PEDUZZI, 2011).

Certamente, a complexidade atribuída ao desenvolvimento do apoio matricial pode ser explicada, em parte, pela trama de interrelações que se estabelece na apropriação de saberes dinâmicos e flexíveis, tanto quanto na operacionalização das práticas inseridas em um sistema. A arena de disputas que se acerca da prática matricial no campo da saúde, e que a todo o momento tensiona a linha de frente da atenção aos cuidados em busca de respostas, confirmam o quão provisório pode ser o conjunto de saberes e práticas que hoje estão sendo identificados como os mais promissores, exigindo uma permanente dialética entre os serviços e o território.

Abordar os territórios, dentro de um modelo conceitual sistêmico, como discutido por Silva (2015), com base no pensamento de Moine (2006), pode ser necessário ao seu reconhecimento como um sistema socio territorial. Essa perspectiva abrange a identificação de três subsistemas interligados: o subsistema de atores, correspondendo aos processos que envolvem comunicação, decisão estratégica e governança; o

subsistema do espaço geográfico, conformado pelos viventes e organizado por interações e interrelações orgânicas entre os subsistemas agregados; e o subsistema de representações, que atua como um filtro de diferentes dimensões (individual, ideológico, social), influenciando os atores em sua tomada de decisão e os sujeitos em todas as suas escolhas.

Todas essas reflexões acerca do território como espaço de produção de conhecimentos e acúmulo de saberes não podem ser exploradas sem levar em consideração os atores ou sujeitos viventes, como agentes principais, de onde parte a complexa teia geradora das relações. Pode ser que haja limitações concretas na investigação da situação de saúde de um indivíduo ou grupo em um território, cuja avaliação se detenha a análises da organização do espaço, sem vislumbrar a intencionalidade dos sujeitos, o que aponta para um diagnóstico equivocado (MOINE, 2006).

A busca de respostas para os problemas de saúde dos usuários utilizando as suas bases territoriais é essencial. Se tomarmos isoladamente os problemas, ignorando a contextualização dada pelo território, perde-se o sentido integral e podem ser geradas ações prescritivas, tornando-se alvo da opressão (FREIRE, 1987). Foi observando o cotidiano das práticas em saúde nas UBS de Paraíba do Sul que tais prerrogativas se confirmaram. Uma realidade heterogênea, em que a maioria dos casos abordados pelos profissionais do NASF, quando dialogados com a equipe de referência com informações complementares oriundas do território, gerava fluidez na condução. Mas, quando não se tinha conhecimentos sobre dado aspecto ou a equipe de referência não conhecia o caso, tudo se tornava inerte, e nada se definia.

Num dado dia, uma das nutricionistas do NASF entrou em uma sala para realizar alguns atendimentos individuais agendados pois na sequência havia organizado uma atividade coletiva. Durante os atendimentos, ela percebeu que aqueles usuários traziam necessidades simples demais, que poderiam ser atendidas conjuntamente com a equipe de referência. Ao final, a profissional perguntou ao enfermeiro da equipe o que havia acontecido, porque aqueles usuários haviam sido marcados para ela, em separado, e quais seriam os limites da equipe para que ela pudesse ajudar. O enfermeiro respondeu que aquelas pessoas queriam “perder peso”. Ela insistiu em querer compreender o que a equipe já havia feito para ajuda-los, quais as indicações para a perda de peso, e como a equipe percebia o estilo de vida daquelas pessoas e seus familiares. O enfermeiro não

soube responder, pois aqueles usuários só haviam tido um contato com a equipe de referência.

Nesse caso, ficou clara a falta de compromisso com a necessidade dos usuários, oferecendo uma atenção voltada à queixa-conduta, descontextualizada. Desconsideraram-se alguns princípios importantes, que fazem da ESF um modelo de atenção de grande impacto na ABS, como o vínculo, o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, e a coordenação. A nutricionista compreendendo que o fluxo havia sido invertido e que a especialidade não deveria vir a frente da atenção básica, chamou o enfermeiro para conversar sobre o compartilhamento da gestão do cuidado e a escuta qualificada, lançando mão de abordagens mais abrangentes no reconhecimento dos usuários em seus territórios.

Na maioria dos casos, a congregação entre saberes de diferentes inserções amplia as chances de maiores respostas, fortalecendo uma estrutura emancipatória na tomada de decisão, que conseqüentemente, impacta na sua resolutividade (MELO; MIRANDA, 2018). Portanto, para se conquistar respostas voltadas aos problemas de saúde mais próximas das necessidades dos usuários, os saberes técnico-assistencial, epidemiológico, da gestão e planejamento, tanto quanto aqueles oriundos das ciências humanas e sociais, convencionalmente adquiridos no processo de formação acadêmica, precisam ser articulados aos saberes populares, cuja matriz está nos territórios, diferente dos saberes profissionais (ACIOLI, 2015; MELLO; SANTOS; OLIVEIRA, 2020; VALLA, 2014).

No entanto, o modelo de atenção à saúde vigente, cujas práticas do cuidado ainda estão pautadas na hegemonia do paradigma biomédico (CAPRA, 2007), permanecem influenciando a formação e o desempenho das funcionalidades de cada área profissional. Sobre isso, cabe refletir, que mesmo a formação acadêmica que em sua estrutura esteve voltada para a integralidade do sujeito e seu território, correlacionando o processo saúde-doença aos modos de produção social, em certo ponto, pode ter dificuldades ou até mesmo impossibilidades de interação, quando a cultura impregnada nos serviços permanece centrada na saúde como ausência de doença, dispensando atenção aos cuidados ancorados por saberes fragmentados, focados em condutas técnico-assistenciais, e identificando a clínica especializada como solução dos problemas recorrentes.

No contexto de Paraíba do Sul, foi possível encontrar um modelo híbrido na oferta de Atenção Básica à saúde. Ainda é possível encontrar serviços como a imunização, que funciona de maneira centralizada e distante dos locais de moradia da maioria dos usuários, ao passo que todas as equipes são cobertas pelo apoio matricial. Isso compromete a

integralidade do cuidado, por mais que tenham profissionais sensíveis a situação, além de limitar o trabalho da ESF e reforçar a lógica fragmentaria e centralizadora. No entanto, foi observado que há o reconhecimento, por parte dos trabalhadores, de que a formação profissional ainda traz marcas profundas de um saber pautado no adoecimento. Porém, com a adoção de uma comunicação circular e capilarizada, a partir das diferentes perspectivas, nos encontros intersubjetivos dos trabalhadores na produção do cuidado, tem levado a reflexões significativas e apontado para uma fase transitória nos modos de pensar e agir das equipes nesse município (HABERMAS, 2012b).

Essa provocação, de que é possível transformar as práticas e criar novos saberes foi observada como oriunda de dois polos, dentre os trabalhadores participantes na pesquisa. Por parte dos ACS, na contribuição crítica trazida por um saber da própria existência, o saber popular tem interferido, positivamente, na construção coletiva da práxis pedagógica e do cuidado (DAVID; ACIOLI, 2014). E de alguns profissionais especializados da equipe NASF, com um saber profissional aberto ao diálogo e ao compartilhamento. A transitoriedade promovida pelo diálogo na problematização da realidade, como elemento do mundo da vida, tem sido capaz de promover movimentos emancipatórios na produção da saúde (FREIRE, 1987), apesar de ainda sofrerem críticas daqueles profissionais que permanecem nos modos “tradicional” de conduzir o cuidado.

A permeabilidade do apoio matricial na base do sistema de saúde, caminhando junto com as equipes de referência e da rede de atenção à saúde, pode ser capaz de reverter essa perspectiva a médio e longo prazos, à medida que a especialidade entra no escopo da Atenção Básica, compartilha os interesses, os saberes e práticas e se coloca como cogestora do cuidado longitudinal. A liga desta mistura pode se dar pela ação comunicativa, acionada pelas relações intersubjetivas e pelos acordos promovidos no diálogo, ativando os campos de interesses e buscando a conciliação possível e eficaz ao bem comum, respeitados os direitos e ao processo democrático de participação (HABERMAS, 1997).

O apoio matricial vai ao encontro das diferenças, da compreensão e de respostas para as situações mais complexas, da reunião e coparticipação na construção de saberes e práticas, da geração de movimentos emancipatórios e pela autonomia do cuidado, da busca por qualidade da atenção de maneira contextualizada e longitudinal. Todo esse panorama exige saberes que, segundo Artmann (2001), são inseparáveis, em se tratando de questões técnicas e práticas, mediadas pela crítica.

Essa confluência de saberes na práxis do cuidado compartilhado, sob a ótica polarizada dos campos e nichos de conhecimento, tem a possibilidade de usufruir do produto construído a partir da aproximação entre o saber científico e o saber popular. Entretanto, essa aparente facilidade em aproximar saberes arquitetados de modo, caráter, estilo e atitude tão diferentes ocupam, da mesma forma, lugares distintos, e enfrentam dificuldades paradigmáticas para se unirem à transformação.

O conhecimento multifacetado, de acordo com Santos (2006), é a base da sociedade, apresentando-se oficialmente pelo conhecimento científico, enquanto privilégio da verdade. As formas exclusivas de conhecimento apontam para vantagens extra cognitivas, fortalecendo os campos social, político e cultural de quem os possui. Apesar das variadas formas de conhecimento, a sua distribuição é desigual na sociedade e a sua capacidade de organização tende a estar cada vez mais distante de certos saberes, à medida que crescem os privilégios epistemológicos.

Nessa perspectiva, o conhecimento popular se coloca a sombra da visibilidade expressiva da ciência, da filosofia e da teologia, como um conhecimento invisível, para além da concepção do que é verdadeiro ou falso, separados pela linha abissal. O pensamento moderno ocidental continua considerando a divisão entre o mundo humano e sub-humano, como mecanismo apoiado no sistema capitalista de exclusão social. A proposta de reversão desse contexto assinala para uma ecologia de saberes, comprometida com a ideia da diversidade epistemológica e da admissão de múltiplas formas de conhecimento, para além do conhecimento científico (SANTOS, 2010).

A valorização do saber popular no desenvolvimento das práticas do apoio matricial favorece o alinhamento dessa colcha de retalhos, possibilitando a promoção de micro intervenções sobre a oferta de cuidados, baseada na ecologia de saberes proposta por Santos (2010). O encontro entre os mundos na interrelação dos saberes em uma atividade educativa, por exemplo. Um usuário expôs sua opinião sobre o consumo de alimentos ultra processados como sendo algo distante da sua realidade social. Em seu cotidiano, consome apenas o que produz em seu quintal. Enquanto o ACS demarca a sua opinião sobre o que seria certo e errado, de acordo com as normativas da saúde, mas completa ponderando as possibilidades de consumo, de acordo com os recursos financeiros disponíveis. A nutricionista do NASF que conduzia a atividade buscou sistematizar as falas e retornar a roda como proposição de novas abordagens. Nesse aspecto, para garantir o sucesso da interrelação dos conhecimentos e de práticas integrais e contextualizadas, não basta o desejo da mudança e a reunião de variados núcleos de

saberes, torna-se indispensável o alinhamento do processo de trabalho voltado ao diálogo e ao compartilhamento de ideias.

Como princípios norteadores da EPS, Bonetti, Chagas e Siqueira (2014) ressaltam o papel mediador do diálogo no encontro entre os processos e o compartilhamento dos diferentes pontos de vista, propiciando uma possível cultura participativa, que permita sem restrições as contribuições do saber popular ao lado do saber técnico científico. Essa contribuição pode ser capaz de fortalecer as relações e vínculos, colaborando efetivamente com o agir comunicativo, para além do resgate das práticas populares de cuidado no SUS. Entretanto, se a referência do saber predominante no cerne do processo de trabalho for o profissional, essa postura impede a chegada ao saber do outro, sobretudo do agente comunitário e usuários.

As concepções do mundo da vida e os encontros intersubjetivos se articulam na EPS sobressaltando o seu papel social, determinantes de ações envolvidas pelo diálogo e pela escuta do outro. Essa premissa remete a reflexão trazida por David e Acioli (2014), quando explorando a valorização do saber popular afirmam que o processo pedagógico considera o saber anterior trazido pelas pessoas, partindo do princípio de que todos podem e tem com o que contribuir, a partir de seus conhecimentos prévios, construídos pelas experiências e vivências concretas. Corroborando com a ideia de Valla (2014), as autoras ainda chamam a atenção para esse momento de interação e interrelação, como propício a troca de experiências, pressupondo que os saberes são apenas diferentes, porém não hierarquizados, e que a experiência vale tanto quanto a teoria.

Desse contexto articulado entre saberes, os participantes da pesquisa perceberam o processo de trabalho como uma estrutura catalizadora e processadora dos saberes e práticas em saúde, que pode estar relacionadas ao apoio matricial. A discussão gerou em torno das ações como aquelas que possam subsidiar ao matriciamento e servir como referência à sua prática em si. Embora, aqueles trabalhadores que aderiram a participação na pesquisa, reconhecessem a necessidade de aprimoramento do processo de trabalho, como um recurso auto avaliativo, o conjunto de ações que caracterizam o apoio matricial nesse processo foi identificado pelas práticas existentes.

De todo modo, a reflexão crítica e contínua desses trabalhadores sobre o processo de trabalho, com vistas a sua transformação, faz parte de um agir problematizador, corresponsável pela interlocução entre seus integrantes, que na confluência das distintas linguagens (re)cria saberes específicos para aquele processo, sob dado recorte do mundo social, e culturalmente referenciado. O tamanho do desafio a ser enfrentado por eles, para

transformar o processo de trabalho, vai ao encontro da complexidade atribuída a cada processo, tanto quanto o nível da sua definição, percebido pelos integrantes. Isso implica em reconhecer que, quanto mais complexo e menos organizado for o processo de trabalho, mais difícil será promover suas mudanças.

Em se tratando dos saberes atribuídos ao processo de trabalho na ABS, convém refletir sobre o ponto de vista estrutural, a partir da perspectiva dos três mundos, discutida por Habermas (2012a). Por um lado, trabalha-se objetivamente a partir de normativas orientadas pelo Ministério da Saúde, em que gestores e profissionais buscam estruturar os serviços baseados em princípios e diretrizes, como: universalidade, equidade e integralidade; regionalização e hierarquização dos serviços, territorialização e adstrição de clientela, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade e coordenação do cuidado, ordenação das redes e participação da comunidade (BRASIL, 2017).

E por outro lado, a intersubjetividade e a autorregulação pelos próprios trabalhadores dão conta de uma distinta parcela do processo. Para atender a esta outra parte, precisa-se aprender a lidar com as potencialidades e dificuldades do trabalho em equipe, contando com a reunião dos saberes técnicos-científicos e populares no encontro dos objetivos comuns e das contradições existentes. Trata-se do resgate de estratégias criativas, comunicativas e observacionais no lidar com a diversidade, bem como a necessária articulação permanente com pontos de apoio, para além das Redes de Atenção à Saúde (HABERMAS, 1968; PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Essa reflexão extrapola as formas convencionais, baseadas apenas em regras e normatizações, como fio condutor do trabalho em saúde. A subjevação dos processos oferece novos olhares e se distancia da automatização na produção de saúde. Dar conta das necessidades de um território, comprometidos com os princípios e diretrizes pronunciados pelo Ministério da Saúde não desonera a contextualização, a problematização, o diálogo, o compartilhamento, o respeito a diversidade cultural, e o uso de outras linguagens (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

No contexto do processo de trabalho, além da interação entre profissionais, entre equipes, e dos profissionais com os usuários, cabe explorar, também, os saberes que envolvem a gestão do cuidado compartilhado, como prática essencial no desempenho do apoio matricial. O agir matriciador sobre o cuidado, precisa ter a coparticipação de outros profissionais, equipes e serviços, trabalhar com a responsabilidade de enunciar saberes e desenvolver práticas que gerem o entendimento cognoscível a todos. Nesse aspecto, os participantes da pesquisa relataram dificuldades encontradas no processo de trabalho para

conduzir as estratégias alinhadas ao planejamento, mas ao mesmo tempo, reconhecem que a base das dificuldades pode estar pautada na comunicação pouco efetiva, caracterizada pela fragilidade de alguns processos no conjunto de ações das equipes.

Um exemplo identificado foi a dificuldade do compartilhamento do cuidado para alguns profissionais, tanto da ESF, quanto do NASF. Há, em algumas equipes de referência, a perceptível dificuldade em reconhecer a coparticipação atrelada aos casos complexos, levando os matriciadores, muitas das vezes, a assumirem o cuidado isolado desses casos, limitando-se a perspectiva especializada e gerando baixa resolutividade. Esse dilema pode ser explicado pelo baixo investimento na territorialização, pela fragilidade da rede assistencial do município, e ainda pela pouca importância dada aos espaços de troca e diálogo, no interior do processo de trabalho.

Contudo, a gestão do cuidado compartilhado entre equipes da ABS, e desta com a rede de atenção à saúde, busca equilibrar essas diferenças, colocando à prova as perspectivas do encontro entre semelhanças e contradições, existentes no enfrentamento dos problemas de saúde. A complexidade inerente a este nível de atenção e sua atribuição como ordenadora do sistema, instiga o diálogo e a distribuição de papéis, trazendo à tona a discussão dos núcleos de saberes e sua importância na ABS, tentando mitigar o dilema existencial entre o trabalho isolado das profissões e a pouca articulação entre os seus saberes. Tal problemática reflete a dificuldade de se estabelecer a interdisciplinaridade (FERNANDES; OLIVEIRA; PEREIRA JR, 2017).

As consequências de um trabalho multiprofissional, que apresente fragilidades na interação pessoal e disciplinar, contrariamente ao que se tem discutido como proposição as boas práticas de saúde integral e contínua, podem representar um retrocesso e causar uma desresponsabilização pelo cuidado. Esse resultado é fruto da falta de diálogo e da articulação entre saberes e práticas. O apoio matricial, neste sentido, busca modificar as relações de trabalho amparando-se no contexto da clínica ampliada, dividindo a gestão e reconduzindo os processos pelo compartilhamento de saberes interprofissionais e interdisciplinares. Portanto, nessa troca de saberes e práticas, induzidos pelo apoio matricial, os núcleos atuam de maneira colaborativa, coordenados pelo campo, mantendo o mesmo nível de interesse pelo objeto do cuidado, além de gerar novos saberes e práticas (OLIVEIRA, 2010).

A produção do cuidado mediada pelo apoio matricial tem sido orientada na concepção de uma prática construída a partir da confluência de diferentes olhares sobre um objeto, da intercessão entre profissões e disciplinas. O reconhecimento dos saberes

envolvidos e da pluralidade das práticas que tangenciam a lógica matricial são determinantes desejáveis ao bom desempenho no encontro intersubjetivo do trabalho em equipe na Atenção Básica. Embora esse tipo de trabalho, visto como um arranjo estrutural de base coletiva não se caracterize como um saber, propriamente dito, sua materialização dada pela reunião de sujeitos que se propõem a comungar dos mesmos objetivos, e trazem visões distintas e demarcadas pela subjetividade do mundo da vida (HABERMAS, 2012a), torna-se necessária a apropriação de saberes, que pela dinâmica em que se processa o trabalho em equipe, se apresentam como inacabados, em constante construção (FREIRE, 1996; PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Esses saberes associados ao trabalho em equipe, na perspectiva do pensamento habermasiano, podem ser descritos a partir da interrelação entre o agir e o falar, a ação e a linguagem, considerando a interação como ponto de partida. Devem ser levados em conta, todos os contatos no intercâmbio para gerar a comunicação, bem como as diferentes linguagens no processo de comunicar. A interação mescla a ação com o ato pela expressão linguística, sujeitando um dado ponto de vista, uma visão de mundo, ou mesmo uma intencionalidade, às críticas do outro (HABERMAS, 2012a).

Ao interagir, o sujeito aciona um plano de ação que expressa, para além dos seus propósitos do mundo objetivo (carreado por verdades refutáveis), um conjunto de saberes próprios ao seu mundo subjetivo (particular), mesmo estando ciente de que o receptor seja detentor de outras intenções e saberes acumulados, que, no entanto, para aquela situação possam estar focados nos mesmos objetivos. Nessa condição, o falante que domina a circunstância, emprega a sua interpretação e demonstra um recorte da ação facilitada pela dimensão resolutiva do seu plano, como um mecanismo de coordenação. De acordo com o modo de operacionalizar a coordenação da ação é possível distinguir entre o agir estratégico, quando a linguagem comum empregada atende apenas a transmissão de informação, ou o agir comunicativo, quando se quer também promover a interação social (HABERMAS, 1990).

Nessa perspectiva, os ACS no decorrer das oficinas trouxeram uma reflexão sobre interrelação mediada pela linguagem. Falavam que as equipes precisavam adequar a linguagem a realidade em que estão inseridos, levando em conta os saberes técnico-científicos, as diferentes culturas e pontos de vista, atribuído tal ação a qualidade na comunicação. Eles colocaram que, se o médico e o enfermeiro utilizarem apenas a linguagem da saúde, as diferentes especialidades do NASF utilizarem seus modos próprios de se expressar, restaria apenas o ACS para juntar tudo e transmitir ao usuário,

que muitas vezes não compreenderia nada. Complementam afirmando que, para além dos saberes adquiridos nos cursos de formação, os saberes da vida e das relações também são muito importantes e valem a pena serem compartilhados. Facilitaria todo o processo.

Prioritariamente, com base no agir comunicativo, Peduzzi e Agrelli (2018) fundamentam o trabalho colaborativo em equipe, remetendo a interprofissionalidade como o caminho mais acertado. Esse formato, pressupõe a interação entre os saberes profissionais com o propósito de reconhecer os componentes da equipe, que no exercício cotidiano da convivência, aprendem a trabalhar juntos e explorar o trabalho, a identificar as atribuições, o perfil da população e suas necessidades de saúde, e a compartilharem os pontos em comum e as contradições, a fim de subsidiar a formulação de objetivos para a equipe e traçar o planejamento das ações de saúde. Dessa forma, o trabalho em equipe interprofissional conta com saberes oriundos do contexto social, político e econômico dos seus trabalhadores e usuários.

Na prática do apoio matricial, cuja interação pressupõe a mediação pela linguagem, a incorporação desses saberes se torna imperativa e excede os limites da equipe. Durante as oficinas, os participantes se colocaram muito enfáticos na opinião de que os profissionais apoiadores também precisam conhecer os mecanismos de aproximação com o território, estabelecerem vínculos com a população assistida, tanto quanto com as equipes de referência e da rede de atenção. Essas ações demandam saberes diversos, que para além dos conhecimentos técnicos, faz-se necessário a apropriação da cultura popular local e a linguagem peculiar dos processos administrativos, não deixando a cargo dos ACS, apenas.

Essa complexa rede de saberes que precisa se articular para dar conta de um agir comunicativo e garantir espaços democráticos e autônomos na produção de saúde, semelhantemente, para falantes e ouvintes, busca o consenso no encontro dos mundos objetivo e subjetivo. Para isso, cabe esclarecer que todo processo de geração de entendimento se dá frente a um pré-entendimento, culturalmente, estabelecido pelo falante. Parte do seu mundo subjetivo entra em jogo e se coloca a crítica alheia. Uma vez negociada tal parcela de saber, cria-se consenso, e essa parte do mundo subjetivo do falante passa a compor o saber comum, e legitimamente regulada pelo mundo social. E assim a cada negociação (HABERMAS, 2012a).

As barreiras e dificuldades do trabalho em equipe, conduzidas pela falta de articulação colaborativa interprofissional e a desestrutura do pensamento interdisciplinar, também fazem parte da realidade da Atenção Básica de Paraíba do Sul. Como discutido,

anteriormente, os saberes atribuídos a este tipo de prática não são uniformes, requerem certo grau de aproximação e interação, para que juntos busquem entendimentos que favoreçam a todos os participantes do processo. A gestão central tem importante papel na corresponsabilização desses encontros, tanto quanto no uso de estratégias metodológicas que possam favorecer o diálogo e o compartilhamento de saberes, possibilitando a inserção da Educação Popular em Saúde.

A educação popular constrói pontes e transforma processos, que no trabalho em equipe pode contribuir para a intersubjetividade dos seus componentes, subsidiados pelo diálogo, o compartilhamento de saberes e pela problematização da realidade, com vistas a um agir educativo. Essa dinâmica tem associação com o agir comunicativo, justificando-se pela interrelação linguística dada por atos e ações, o que possibilita fundamentar o processo pedagógico, a partir do contexto oferecido pelo mundo da vida e sua relação com o sistema (CARDOZO et al., 2019). Essa é uma dinâmica que guarda relação concreta com a dimensão pedagógica do apoio matricial, defendida nesta pesquisa como prática transformadora, que busca qualificar a ABS.

O trabalho em equipe guarda relações entre o trabalho e o mundo, mediados pela linguagem. A interação entre diferentes mundos subjetivos no contexto do trabalho em saúde para conformar uma equipe, exige um processo de conhecimento contínuo entre os seus membros, da realidade formada a partir dessa reunião de pessoas, e da diversidade enfrentada pelos objetos da ação. Esse conhecer pela interrelação adere a racionalidade comunicativa e busca o entendimento, constituindo-se da relação entre a linguagem e o mundo na produção do cuidado (CESTARI, 2002; CARDOZO et al., 2019).

5 O AGIR PEDAGÓGICO COMO AGENTE TRANSFORMADOR DA PRÁTICA PROFISSIONAL

Neste capítulo a análise foi destinada a segunda categoria empírica, cuja proposta está pautada nos modos de operacionalizar as práticas do matriciamento, influenciadas pelos saberes compartilhados no âmbito do trabalho colaborativo. De tal modo, que a categoria em pauta foi denominada “Práticas articuladas aos saberes compartilhados no apoio matricial”, trazendo como núcleos de sentido as práticas: orientadas ao cuidado individual; relacionadas ao trabalho em equipe/ colaborativo; relacionadas a interação com o território; e orientadas ao cuidado coletivo.

Resgatando um pouco das impressões dos participantes da pesquisa, tecidas como trama viva, característica ao mundo da vida. Esse conjunto de trabalhadores da ABS de Paraíba do Sul expôs, durante as atuações nas oficinas, o quanto esse processo proporcionado pelo estudo os assegurava um instrumental mais alinhado à reflexão do processo de trabalho nas equipes, tanto quanto percebiam o quão desafiador estava sendo para aquele grupo, que ao retornarem para os seus espaços de trabalho, outras perspectivas haviam sido despertadas e o envolvimento do restante da equipe nesse clima de transformação, se tornava inevitável.

Do ponto de vista analítico, seria possível arriscar que essa manifestação dos participantes, compreendida como uma ação crítica, pode se tratar de um agir pedagógico, construído com base na confluência do pensamento habermasiano, articulando o agir comunicativo (HABERMAS, 2012a), com o agir educativo, fundamentado no pensamento freiriano (FREIRE, 1987). A ação expressiva da linguagem em diferentes tons, trazidas pelos participantes, a partir das provocações impostas pela pesquisa, foi modulada pela correlação dos diversos interesses e projetada na mesma direção. Como se tratava de uma oficina, cujo objetivo foi pautado no diálogo e na construção coletiva, não faltaram ideias, trocas, contradições e consensus.

Ao submeter tal episódio a uma análise hermenêutica dialética, partindo da pré- interpretação, seria possível esclarecer que diante de um conjunto de enunciados emitidos pelos participantes em interação constante, utilizando as mais variadas linguagens e referências perante o mundo da vida, e postas à validação, buscavam o entendimento mútuo, embora destoante das ações desenvolvidas no cotidiano do trabalho. O esforço de promover a interação focada em objetivos comuns gerava conflitos de ideias, onde antigos

e novos conhecimentos suscitavam disputas, se (re)construíam e voltavam a arena para um novo embate no momento seguinte. O movimento orgânico de idas e vindas na construção do conhecimento se fortalecia pelo processo democrático, estendendo aos espaços de trabalho e suas equipes que, ainda como pano de fundo, serviram como cena privilegiada para os ensaios que vislumbravam as transformações (CRUZ et al., 2020; FREIRE, 1967; 1987; HABERMAS, 2012a).

Cabe pontuar que a confluência de ideias destoantes favorece o surgimento de tensões, exigindo dos interlocutores certo esforço crítico-reflexivo. A depender do nível da discussão produzida, modulado pelo grau de investimento argumentativo de cada parte do diálogo ou do campo de ideias em disputa, aprofunda-se o debate e torna-se possível alcançar algumas sínteses e "novos" conhecimentos (HABERMAS, 2012a). E assim foi, no meio das conversas entre os pares da pesquisa, trazer ao centro do debate uma discussão que gira em torno da prática do apoio matricial, onde o fazer pedagógico some na cena e revela-se como uma ação menos valorizada do que o fazer assistencial, foi remetê-los a uma crítica sobre a lógica assistencialista hegemônica e pouco resolutiva, distanciadora da práxis (FREIRE, 1987).

As possibilidades emancipatórias produzidas pelo diálogo em direção a transformação não garantem pensamentos consonantes tão prontamente. Pelo contrário, as contradições oriundas do mundo da vida precisam vir à tona, cada sujeito pôr a prova suas perspectivas e, de tal sorte, ir ao encontro da diversidade. O diálogo, como uma ação linguística, une as pontas, busca aparar arestas, aproxima as ideias e as linguagens (FREIRE, 1987), e independente da oralidade, proporciona o encontro intersubjetivo com o sistema (HABERMAS, 2000). Nesse sentido, pode ser percebido pelo fragmento vivenciado, em discussão, que as oficinas oportunizaram aos trabalhadores a dialogicidade das suas ideias sobre os temas trabalhados, ampliando as opções de enfrentamento do cotidiano do trabalho, avolumando a criticidade (CRUZ et al., 2020).

Por várias vezes, no convívio com os trabalhadores da ABS de Paraíba do Sul, sobretudo com os ACS que haviam feito o EdPopSUS e alguns profissionais da equipe NASF que estavam a mais tempo no município, foi possível observar o quão críticos foram se tornando seus discursos ao tocarem no processo de trabalho, à medida em que a pesquisa avançava. Diziam eles, que a oportunidade em participar de maneira interativa e interprofissional, com uma temática de interesse de todos, trouxe um maior aprendizado, favoreceu a compreensão dos diferentes lados e encorajava a mudança. A pesquisa

oxigenou as equipes, trouxe vida e reacendeu a vontade de criar, melhorar e expandir os horizontes.

Foi notória a transição do lugar passivo do “quase conformismo”, para o protagonismo nos processos de trabalho, cujo posicionamento passava a ser demarcado pela necessidade de discutir mais, em busca das mudanças. No entanto, ao extrapolar os limites das oficinas e dividir os espaços de cuidado com os trabalhadores em suas UBS, o discurso produzido a partir das vivências na pesquisa ganhavam um contorno hermenêutico e dialético. Não foi raro observar trabalhadores da saúde do município oprimidos pela própria atividade laboral, presos a um sistema de práticas massificadas, antidemocráticas, assistencialistas e circunscritas a visão biomédica. Passava a fazer sentido, portanto, a ampliação dos olhares, a problematização dos saberes e práticas inerentes a oferta do cuidado compartilhado, até então velados, e a sistematização dos pensamentos e ideias produzidos pela crítica ao trabalho desenvolvido.

Nessa perspectiva, Paulo Freire em sua obra *Educação como Prática da Liberdade*, faz uma reflexão sobre a transição da sociedade brasileira a época, que sob a ótica da humanização versus assistencialismo, aponta subsídios na educação para a garantia de processos democráticos e emancipatórios. Essa discussão vai ao encontro do que foi abordado sobre a mudança nos modos de olhar o processo de trabalho, a partir do diálogo e da crítica, numa expectativa de expansão dos horizontes. Para Freire (1996) a prática sem a visão crítica gera uma dissociação que aliena, esvaziando a teoria e fazendo da prática um ativismo. A práxis deve ser mantida como um exercício cotidiano na manutenção da liberdade.

Esse tipo de “prática acrítica” se aproxima, ou até mesmo, pode se sustentar pelo regime assistencialista, que segundo Freire (1967), tais movimentos impunham duas contradições, do caminhar em direção contrária a vocação natural da pessoa, como sujeito e não objeto, retirando a possibilidade de participação no próprio processo resolutivo, tanto quanto, na contradição da democracia, conduzida pela violência do “antidiálogo”, carregados de mutismo e passividade, cerceando condições para o desenvolvimento de sua consciência crítica, favorecedora da liberdade democrática. Sem esta consciência, não se torna possível compreender as contradições e gerar mudanças.

O assistencialismo compromete a responsabilização das pessoas pelos seus atos, ferindo esta como uma das necessidades existenciais do ser humano. Exime o usuário da tomada de decisões, ficando a cargo dos profissionais o destino do seu processo de cuidado (FREIRE, 1967; VALLA, 2014). O mesmo pode ser aplicado entre profissionais,

quando não se estabelece o diálogo, predominando a passividade e a “domesticação” dos fazeres mais complexos, negligenciando o apoio matricial. Geralmente, nestas condições, as respostas às necessidades trabalhadas no matriciamento emergem de processos enganosos, equivocados, rasos, descontextualizados, forçados por ordens superiores, e possivelmente, contra a vontade.

A humanização da atenção à saúde, fragilizada pela desoportunização dos encontros subjetivos nas relações, jamais poderá ser reconstituída de forma diferente daquela proposta pela educação, de acordo com Freire (1967). A educação tratada pelo autor preza pela autonomia dos sujeitos em reconhecer o seu próprio poder de refletir, suas potencialidades, e a conseqüente capacidade de se ter opções, a depender dos graus de compreensão da realidade pelo seu envolvimento histórico-cultural. O poder atribuído ao posicionamento inerte e sem mudanças, reconhecido pela intransitividade, gera formas vegetativas de viver, focadas em saberes e práticas restritas, formulações padronizadas e ausência de uma historicidade atribuída à vida. Isso pode representar um descompromisso entre o homem e sua existência.

Essa intransitividade remetida às práticas do cuidado, também foram possíveis de vivenciar no contexto da pesquisa, visíveis na interrelação da ESF com o NASF, e sobretudo no desencontro entre profissionais da mesma equipe, na contramão do trabalho interprofissional colaborativo. Em dada situação, um ACS buscou o profissional apoiador NASF com uma demanda por situação de violência, mas não conhecia o caso. Questionado pelo profissional o que a equipe já havia feito, ele respondeu que precisava resolver, pois a equipe não tinha tempo para se dedicar as questões sociais, e precisava dar conta dos pacientes doentes, ficando a cargo do NASF sua resolução. O apoiador do NASF, pedagogicamente articulado, construiu com o ACS um plano de abordagem a família, começando pela equipe. Sem dúvida, essa era uma das equipes que não apostava na mudança.

Essa atmosfera opressiva em torno das limitações orgânicas ao mundo da vida, gera um círculo vicioso, ao qual o sujeito aprisionado a esse sistema não consegue ir além do âmbito biológico, deixando de apreender elementos que pulsam na dinâmica interativa entre os sujeitos, possivelmente elementos que viriam a conferir maior resolutividade as suas ações (FREIRE, 1967). Revela-se, neste contexto, a dicotomia na interação entre os três mundos para um agir comunicativo, que pudesse se comprometer com a integralidade no cuidado, diretamente relacionada a impermeabilidade aos desafios postos fora da restrita esfera de imersão (ARTMANN, 2001).

Esse ACS perdido em sua condução, mas consciente de uma ação conjunta na resolução do problema, pode e foi o elo necessário a construção compartilhada do plano de cuidados a família em alta vulnerabilidade, passando à transitividade. A medida em que o diálogo rompe essa barreira e entra no circuito, aumenta-se o poder da compreensão e de respostas as diferentes situações, não somente entre os sujeitos, mas também destes com o mundo da vida. O poder de dialogar amplia as chances de transformar, de transitar a realidade, estendendo os olhares para além da vida vegetativa. Também humaniza o processo, devolve a pessoa a sua responsabilidade nas decisões. Porém, a transitividade com restrições, reconhecida por Freire como ingênua, pode ser capaz de massificar a tomada de consciência, podendo levar ao isolamento, com tendência a supervalorização do conhecimento, apelando para fatores emocionais em detrimento do pensamento crítico, uso de explicações exuberantes, fragilidade na argumentação, poucos e polêmicos diálogos, e explicações mágicas para os problemas (FREIRE, 1967).

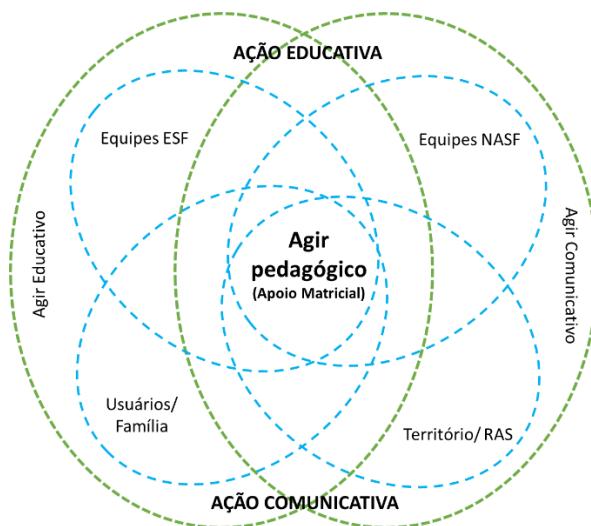
Sob este ponto de vista da transitividade ingênua pode-se refletir sobre o leito do assistencialismo, ou mesmo da tendência em resolver todos os problemas da população de maneira prescritiva, medicalizadora e pouco dialógica. Esse modo de agir se caracteriza como uma barreira intransponível, alheio aos saberes que extrapolam o sistema queixa-conduta. Massificando o cuidado, sem críticas, limitando os saberes a construções hierarquizadas, valorizando a multi e não a interprofissionalidade. E nessa perspectiva, a interdisciplinaridade se esvazia, e afasta-se como uma utopia.

No entanto, o encontro entre as ações comunicativa e educativa, sob a raiz de um agir pedagógico, aponta para uma transitividade crítica, hábil a provocar transformações, comprometida com uma educação dialógica e ativa, de responsabilidade social e política, que interpreta os problemas com profundidade e contexto (CRUZ et al, 2020; HABERMAS, 1983; 2012b). Essa dinâmica, se coloca articulada com a investigação das causas, a testagem dos achados, a revisão do processo, o respeito a divisão de responsabilidades, o diálogo, as arguições, e o fortalecimento da democracia. O trabalho educativo, portanto, deve se distanciar da produção fabril nos modos de construção do cuidado, sem resoluções mágicas e distorções (FREIRE, 1967; 1987).

Diante dessa discussão, é possível distinguir que o conhecimento aflorado pelo apoio matricial, responsável pelo aumento da resolutividade e integralidade do cuidado na ABS, está relacionada a um agir pedagógico. Seu processo de produção tem sido facilitado pelos encontros intersubjetivos de relações dialéticas, estabelecidas entre os usuários e suas famílias, o território e as RAS, bem como as equipes da ESF e NASF. De

uma forma mais esquemática, a Figura 5 apresenta uma adaptação de Cardozo et al. (2019), representando o processo de construção do conhecimento no agir pedagógico.

Figura 5 - Processo de construção do conhecimento a partir das relações dialógicas pelo apoio matricial, estabelecidas entre usuário/ família, o território/ RAS, e as equipes da ESF e NASF.



Fonte: Adaptação de Cardozo et al., 2019.

A intercessão entre educação, comunicação e cuidado, a partir da dimensão pedagógica do apoio matricial, revelam um agir comprometido com o compartilhamento de ideias, saberes e práticas no enfrentamento das dificuldades na esfera do cuidado, com o reconhecimento de uma matriz que sirva de apoio as equipes de referência e na relação de cogestão do cuidado. Chegar a essa composição não foi simples, nem tão pouco fácil para os profissionais partícipes da pesquisa. Enfrentar a transitividade ingênua massificada pelo assistencialismo estava além das suas expectativas, pois tudo parecia acontecer da forma mais adequada e acessível à população. Tudo estava no lugar e em pleno funcionamento, mas poucas respostas tinham o efetivo poder de resolver as necessidades dos usuários.

Para trabalhar essa dificuldade, foi preciso distanciar-se, por algum momento, da realidade vivenciada, colocando em teste o acúmulo produzido por cada um, acrescentando os saberes populares inerentes à vida, e problematizando os saberes normatizados na área profissional, reconhecidos por eles como os saberes científicos (FREIRE, 1996). A interação entre os diferentes saberes mediados pelo diálogo os conduziu a novas percepções sobre os mecanismos de massificação e as possibilidades

de transição consciente (FREIRE, 1967). Deste modo, o aspecto pedagógico do apoio matricial passou a fazer sentido para esses trabalhadores sul paraibanos que, diante da expansão das discussões, buscavam remodelar suas práticas do cuidado, exigir maiores aproximações da gestão e dos usuários nas tomadas de decisão nos casos complexos.

Essa palpável mudança subsidiou a valorização de práticas que possibilitassem articular o trabalho entre equipes de referência e o NASF, construindo movimentos que superassem a distância física e o acesso aos nasfianos, como proposta de trabalho interprofissional, instrumentalizando ações para o aprimoramento do processo de trabalho (PEDUZZI; AGRELI, 2018). Assim, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) recebeu destaque, como uma prática de cogestão no cuidado compartilhado, que dentro dos limites do trabalho colaborativo ressalta o apoio matricial. Também, mostra-se capaz de superar a “impossibilidade” atribuída a ABS, que até então paralisava a articulação do trabalho entre equipes e a RAS, numa perspectiva fragmentária diante de tamanha complexidade (MORIN, 2015a).

Diante desse apontamento, cabe salientar a compreensão do PTS por Corrêa et al. (2016), ao qual o caracteriza como uma estratégia de interações entre sujeitos, seus saberes, práticas e ações em prol de um cuidado integral que alcance a resolutividade por meio da atenção humanizada, desenvolvida com foco na singularidade do usuário, família e território. Sua origem na saúde mental, como um movimento contra-hegemônico de resgate da cidadania pelo cuidado à saúde pode ainda ser reconhecido como um dispositivo organizador e integrador do trabalho produzido em equipe e com a participação da pessoa ou grupo assistido.

Na perspectiva do agir pedagógico, apropriando-se do debate nas oficinas, o PTS pode ser visto como ação que integra o agir comunicativo e educativo, mediado pelo diálogo, articulado pelo compartilhamento de conhecimentos entre usuários, trabalhadores e gestores, comprometendo-se com a construção de projetos democráticos e populares de atenção à saúde, consolidando redes, vínculos e responsabilizações entre os envolvidos. Sua dinâmica baseia-se na união de esforços em reflexões que visem transformar ideias e práticas cotidianas dos serviços de saúde de forma abrangente e descentralizada, produzindo impactos na qualificação do cuidado, na organização dos serviços de saúde, na legitimação do processo de trabalho em equipe, no fortalecimento da ABS e do campo da saúde coletiva (CORRÊA et al., 2016).

Tomando o PTS como referência, outras práticas se somam na matriz de oferta do apoio matricial, como: a construção de agendas compartilhadas; as reuniões de equipe; as

reuniões de planejamento do trabalho das UBS; a manutenção dos fluxos de comunicação *intra* e *extra* equipe; a promoção permanente das discussões dos casos complexos; a troca de saberes nas consultas conjuntas, interconsultas, visitas domiciliares, articulação com a rede assistencial, reuniões comunitárias, atendimentos individuais e em grupos; e nos espaços de educação permanente oferecidos pela gestão.

Considerando a intersubjetividade como aliada ao trabalho colaborativo, a desfragmentação do cuidado às situações de maior vulnerabilidade proposta pelo PTS, bem como as suas provocações no processo de trabalho foi reconhecida pelos trabalhadores da ABS de Paraíba do Sul como um importante desafio, principalmente quando encontram fragilidades no cotidiano do trabalho, sobretudo associadas à comunicação e às interrelações.

5.1 Caminhos possíveis na articulação entre a Educação Popular em Saúde e o apoio matricial

A dimensão pedagógica do apoio matricial se sustenta pela articulação entre a o pensar e o fazer cotidiano das equipes com a ação assistencial, frente a situações que exigem novos olhares e modos de operacionalizar. Em linhas gerais, pode ser considerada o elemento agregador de um sistema complexo, cuja funcionalidade está pautada na captação, análise e transformação de saberes e práticas produzidos no cerne do trabalho intersubjetivo das equipes da ABS, que somado a outras dimensões do cuidado, devem ser capazes de ampliar a resolutividade da atenção à saúde.

Nesta vertente, a linguagem é o fator preponderante na concepção e emissão de argumentos explorados pelos interlocutores em um processo de comunicação (HABERMAS, 2012a), cuja ação pedagógica se torna dependente. Reconhecendo a linguagem como parte da interação entre sujeitos, vale refletir sobre alguns aspectos da sua estrutura complexa. Toda formulação de pensamento precisa de algum grau de linguagem para se tornar comunicável, do mesmo modo que a cultura se constrói pela linguagem, tanto quanto a língua precisa ser aprendida em uma cultura. A identificação dos saberes coletivo e o individual, o pessoal e o cultural, são dependentes dos diferentes usos da linguagem. Assim, pela sua funcionalidade dual de agregar e separar o que é de quem, somente a linguagem tem o potencial de garantir a reprodução cultural, e ao mesmo

tempo oferecer a solução individual dos problemas. É pela linguagem que no diálogo são possíveis a explicação, dada por construções críticas, de desvios e contestações (MORIN, 2015c).

A valorização da linguagem e do saber popular como recursos essenciais a dimensão pedagógica do apoio matricial, apontados pelos participantes da pesquisa, se materializam pelo diálogo e o compartilhamento de saberes ao analisarmos o matriciamento pela ótica da EPS. Esta reflexão esbarra na construção do conhecimento procedente dos encontros entre sujeitos imbricados na produção do cuidado, estabelecendo relações entre o senso comum e a ciência. Cabe detalhar que o senso comum se forma a partir dos conhecimentos populares, incluindo os diversos tipos de conhecimentos informais, e estes contribuindo para a construção da ciência (ACIOLI et al., 2016).

Ademais, os princípios da EPS que ora servem como orientadores teóricos e metodológicos, e ora como movimento intencionalmente político a caminho da emancipação e produção de sentido ao mundo da vida, enfrentam desafios cada vez maiores no Brasil, com o obscurantismo e a crescente cultura das *fake news* (“notícias falsas”, em tradução livre do inglês). Pedrosa (2021), problematizando a dialética entre o saber popular e o científico, afirma que pela interdisciplinaridade a EPS encontra reconhecimento e validade como um saber acadêmico, sobretudo na Saúde Coletiva com a predominância do pensamento crítico e a intervenção transformadora na realidade. Para o autor, o problema está na colonização do processo de produção e reprodução do conhecimento científico, não levando em conta os efeitos e impactos das pesquisas no modo de viver das pessoas.

A pluralidade expressiva da linguagem ao incluir os diferentes saberes na prática do apoio matricial, conduzida pelo diálogo, aproxima os usuários pela possibilidade de contribuir com seu conhecimento popular, ampliando sua compreensão do processo e garantindo a corresponsabilização; os profissionais da saúde, como condutores em linha de frente, podem articular os saberes e facilitar a tomada de decisão, contribuindo com as expertises na área; e a gestão, implicada diretamente ao processo, pode ser capaz de subsidiar melhores condições para articulação de respostas mais alinhadas aos problemas do território. Deste modo, a valorização da linguagem e do saber popular na produção do cuidado promove o intercâmbio de saberes necessário a prática integral, fortalece a interprofissionalidade, e se aproxima do território e da vida (ACIOLI et al., 2016; FREIRE, 1987;).

A linguagem, segundo Morin (2015c), facilita a reconstrução do concreto pela riqueza do vocabulário e a permeabilidade do discurso, trazendo a realidade do vivido, os sentimentos e as emoções. A dialética entre o pensamento e a linguagem atribui capacidade em desenvolver tanto a complexidade do concreto, quanto do abstrato, bem como promover o diálogo entre o vivido, o concreto e o abstrato. Isto confere ao ser humano a capacidade de pensar sobre as experiências de vida e suas singularidades, enquanto discute problemas gerais relacionados a própria inserção no meio comunitário e social. A essa reflexão, podemos retornar com a ocorrência do ACS que buscou apoio do NASF, apesar do descaso da sua equipe, e problematizar a situação. O olhar sobre a complexidade da linguagem, corrobora com a ideia de que o conhecimento prévio na construção de novos saberes é matéria-prima para as concepções pautadas na EPS (VASCONCELOS, 2011).

Assim, o diálogo se torna prioridade para os participantes da pesquisa, como o principal dispositivo capaz de aproximar, estruturar e promover novos saberes a partir de sínteses coletivas e práticas compartilhadas. Como afirma Freire (1987), por sua essência, o diálogo está muito além do simples ato expositivo de ideias, por dois falantes, está no encontro entre pessoas que unem os seus pensamentos para pronunciar o mundo e transformá-lo. E para que esta ação seja dialógica, de fato, exige-se colaboração, união, organização e síntese cultural, sendo esta última a sistematização da ação que atua sobre a estrutura social.

As práticas educativas desenvolvidas no âmbito da saúde, com e para os usuários e profissionais, dentro das suas diversas modalidades, traduzem bem as exigências cabíveis a ação dialógica e de compartilhamento de saberes, para além do PTS, como anteriormente mencionado. Nessas práticas, na perspectiva da EPS, no encontro intersubjetivo entre os sujeitos do cuidado eleva-se a potencialidade em aprimorar e criar saberes para além das normatizações restritas as condições orgânico-biológicas, considerando a participação popular, o aprendizado coletivo, a visão crítica sobre a análise da realidade, e o aprimoramento de estratégias de luta e enfrentamento (CRUZ et al., 2020; VASCONCELOS, 2011;).

Pelo viés político trazido com os movimentos da educação em saúde, a EPS pode contribuir com a proposta dialética entre o pensar e o agir, ainda sob a lógica da construção coletiva, no fortalecimento dos espaços de interação cultural e negociação por meio da problematização dos conceitos e condutas pré-estabelecidas, buscando a adequação das respostas aos problemas levantados, organizando o lugar das contradições,

do consenso e do descenso, como espaço de troca, crescimento e libertação (ACIOLI et al., 2016; CRUZ et al., 2020; VASCONCELOS, 2011).

Como produto de uma práxis comprometida com o protagonismo horizontal entre os envolvidos na atenção à saúde, a autonomia dos sujeitos alicerçada pelo diálogo se coloca como ponto fundamental para a edificação de um cuidado resolutivo. O acolhimento humanizado desenvolvido pelos serviços e a adesão às práticas do autocuidado pelos usuários são exemplos levantados pela pesquisa. O protagonismo com autonomia pode vir a depender do sistema complexo de conhecimento, especificamente, pelas ações de “compreender” e “explicar”. Pode ser que, por um instante, elas sejam reconhecidas como duas estruturas que se confundem, mas grosso modo, a primeira imprime uma identidade sintética, enquanto a segunda remete a uma condição analítica, propondo a ideia de complementariedade.

De acordo com Morin (2015c), a o ato de compreender guarda referência a dois sentidos: o primeiro, parte do conhecimento que pode ser reproduzido de maneira concreta, ou possa ser captado por analogias; e o segundo, considera a compreensão como parte imprescindível do conhecimento de qualquer situação humana, que envolva subjetividade e afetividade. Desse modo, a compreensão pode ser vista como um ciclo comunitário de conhecimento empático e mimese psicológica, que possibilita o sujeito a reconhecer ou sentir o que o outro sente. Essa ação pode ser feita pela projeção, quando há o reconhecimento de si para o outro, e pela identificação com o outro, em um movimento de mão-dupla. Por esse ciclo é possível que os sujeitos compreendam espontaneamente sentimentos, desejos e temores. Já a explicação, se trata de um processo abstrato de demonstração lógica, realizado com base nos dados objetivos, motivados por necessidades causais materiais ou formais, ou por adequação a estruturas e modelos.

Em suma, nessa perspectiva, “compreender” exprime a captação dos significados existenciais de uma situação ou de um fenômeno, com a função da transferência por projeção ou identificação. E “explicar” é posicionar um objeto ou um acontecimento em relação à sua origem ou ao seu modo de produção, suas partes ou elementos constitutivos, representando a pertinência lógico-empírica das demonstrações (MORIN, 2015c). Assim, o desenvolvimento do apoio matricial que preza por práticas emancipatórias, respeitando os diferentes espaços de fala e contribuições, bem como reconhece o usuário como centro do diálogo, se aproxima de um agir pedagógico pautado na compreensão e na explicação como elementos fundamentais ao compartilhamento de saberes. Esse se caracteriza,

portanto, como uma prática anti-massificadora, identificada no trabalho do NASF de Paraíba do Sul em níveis diferenciados nas equipes.

Reconhecer o usuário como ponto medular das discussões em saúde de um território é compreender empaticamente as suas necessidades, comprometer-se com o outro como sujeito social, capaz de promover mudanças para si e sua coletividade. Também está relacionado à divisão das frentes de trabalho no enfrentamento das dificuldades e a consequente resolução dos problemas, sem a distinção ou (des)valorização dos saberes empregados. É oportunizar ao diálogo as distintas opiniões, os modos de ver o mundo, os conhecimentos prévios, os acúmulos científicos, as impressões e dúvidas, como um ato de amor a liberdade. Esse movimento equivale ao início de um processo emancipatório, que como diz Freire (1987), só se liberta da opressão a pessoa que se reconhece oprimida.

Essa construção teórica desperta uma reflexão sobre a trajetória das equipes NASF no município sul paraibano que, por conta de um saber especializado, precisa a todo o momento mostrar para si e para o outro que o apoio matricial extrapola os limites do saber nuclear, agregando outros e novos saberes. Isso foi notado nas oficinas, quando os profissionais do NASF se colocavam atentos às construções que envolvessem ações conjuntas, mostrando a importância do trabalho colaborativo - o que se confirmou nas observações das suas práticas no cotidiano do trabalho nas UBS. Sempre havia o componente pedagógico, quer fosse nas ações individualizadas das consultas, nos grupos educativos, nas reuniões de planejamento ou na gestão compartilhada dos casos complexos.

O agir pedagógico perpassa, sistematicamente, pela generosidade do compartilhamento, pela solidariedade representada na rede colaborativa em formação, e pela amorosidade dos encontros e trocas intersubjetivas de afeto consciente entre pessoas que ocupam os espaços do território, dos serviços e da gestão. Essa trama consistente busca alimentar o mundo da vida, borrando os limites do inacabado contexto com a problematização dos processos instituídos, e caminhando rumo a transformação da realidade. Esse agir prático da dimensão pedagógica, favorece organicamente a indução de mudanças na dimensão clínico-assistencial, como um efeito holográfico, sendo mais uma parte em si, representativa do todo (MORIN, 2015a).

Outros dispositivos sociais, que reforçam a garantia da autonomia cidadã em projetos democráticos e populares na e para a saúde, foram exaltados pelos trabalhadores da ABS de Paraíba do Sul como indicativos de práticas de uma gestão coletiva e

participativa do cuidado, implicando nas necessidades do território e no protagonismo dos usuários. De forma diretamente relacionados à EPS, foram identificadas a participação popular e o controle social no SUS como um recurso imprescindível ao combate às diversas formas de opressão, bem como o reconhecimento da satisfação do usuário na agregação de valores ao planejamento das ações, oriundos de uma prática de monitoramento e avaliação do acesso e da qualidade na atenção à saúde prestada no município.

Esse debate tem tomado a cena nacional desde a derrubada da presidente Dilma Rousseff, com os contínuos ataques ao SUS, agravada pela sucessão de um governo autoritário, hostil e descompromissado com a população, que de maneira articulada definhou a estrutura político-econômica e social do país e suas relações diplomáticas internacionais, isolando o Brasil de avanços e melhorias. Em momentos anteriores, não haveria modos de se pensar, que após todo o esforço do movimento propulsor da reforma sanitária, a participação popular e o controle social por meio dos conselhos e conferências de saúde, chegariam ao ponto de tamanho desrespeito e enfraquecimento frente ao desmonte da coisa pública, sobretudo na saúde.

Tal conjuntura é uma afronta a democracia e exige da população níveis maiores de organização, diálogo, fortalecimento político e muita criatividade para buscar estratégias que possibilitem reestruturar a gestão participativa no SUS. A esse respeito, em um debate amplo no âmbito nacional sobre a participação popular na saúde, o foco tem se dado na reorientação do planejamento e gestão das políticas de saúde, com atenção especial no fortalecimento e na funcionalidade das instâncias legítimas de representação, como os conselhos e conferências de saúde, bem como às lutas sociais defensoras dos recursos disponíveis (UFPB, 2019).

Sob esse contexto, remetendo a Paraíba do Sul, os trabalhadores participantes da pesquisa perceberam certa passividade no comportamento da população frente as ameaças as políticas públicas, mas diziam ter buscado ampliar as discussões para além dos serviços, embora ainda incipientes. Eles compreendem que a participação da população na saúde precisa ser modificada, sob uma perspectiva mais dialógica e menos reacionária e solitária. Precisa-se ganhar novas discussões e novos formatos. Reconhecem ainda, que dentro do próprio conjunto de trabalhadores da saúde, tem muitos profissionais desanimados com as políticas de austeridades, sem forças para lutar e compor grupos que possam atuar mais próximo a gestão municipal e estadual.

Em contrapartida, os ACS, dentre os profissionais da saúde, foi o segmento que apresentou maior engajamento político e representatividade comunitária durante o desenvolvimento da pesquisa. Suas contribuições sempre bem articuladas, reforçaram o seu reconhecimento como educadores populares, característica inerente as suas atribuições, concebida no agir interpessoal pela cultura, história e condições de vida nos territórios. A relação direta e cotidiana com a população, intercedida pelo diálogo e a educação em saúde, se comporta como um dispositivo mediador, indutor de reflexões críticas da realidade e no estreitamento de vínculos entre usuários e profissionais de saúde (CRUZ et al., 2020; DAVID, 2017;).

Todo o esforço destes trabalhadores em transformar ideias e construir novos conhecimentos, ao ponto de produzirem estratégias para o enfrentamento dos ataques aos direitos à saúde, merecem ser incorporados ao conjunto de ações concretas para o fortalecimento da atenção à saúde. Isso representa um agir pautado na (re)condução do processo pela gestão participativa, pela atuação política e metodológica da EPS e envolvido com o controle social. Apesar de toda essa importância, a mobilização comunitária tem sido pouco valorizada, diminuindo a participação popular na reorientação das práticas cotidianas de atenção à saúde (UFPB, 2019).

Nesse cenário de contradições, a EPS tem feito diferença nos trabalhos produzidos pela Atenção Básica sul paraibana, sobretudo pelo NASF articulado aos ACS, por meio do apoio matricial. Esse propósito foi percebido na fala humilde do agricultor em uma roda de conversas sobre a alimentação que temos e a alimentação que queremos. Com sua autonomia na produção caseira dos alimentos, dividia os seus saberes, fortalecendo os propósitos da alimentação saudável e correspondendo as provocações da nutricionista do NASF. Também, uma mãe durante as atividades comunitárias sobre a saúde na escola, cujo alegria lhe tomava o ser e o orgulho brilhava os olhos em comunicar a todos presentes que sua família aprendia junto com a criança, toda vez que o povo se reunia para discutir saúde na escola, trazidos pelos ACS. E os idosos, que se envaideciam ao disputar quem estava a mais tempo no grupo de práticas corporais e se mantinham longe da desestabilização dos seus problemas crônicos e da carga de remédios.

Os contornos oferecidos pela EPS às práticas do cuidado se dão à medida que há oportunidade do encontro entre as diferenças, pelo conhecimento de distintas realidades e possibilidades, pela intersubjetividade aliada ao processo de reflexão crítica. Por isso, fica mais fácil constatar por este estudo que mesmo aos modos dominantes de se produzir saúde, com o alinhavo feito pelo apoio matricial subsidiado pela educação popular,

borram-se as fronteiras do cuidar, aumenta-se a autonomia dos sujeitos nos processos decisórios, identifica-se o usuário como centro do debate, rompe-se com as formas hegemônicas de atenção à saúde, aproxima-se da origem dos problemas da população, e conseqüentemente, aumenta-se a resolutividade do cuidado. Nesse sentido, a valorização dos diferentes saberes postos ao diálogo, traduz-se em práticas emancipatórias (FREIRE, 1987).

6 CONTRIBUIÇÕES DO APOIO MATRICIAL NA PERSPECTIVA DA EPS PARA A QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Este capítulo vem tratar dos arremates da pesquisa, dos processos finalísticos expostos pela investigação, reflexão e análise no adensamento da temática, a partir do que foi possível experienciar na ABS do município de Paraíba do Sul, especificamente, as contribuições que o apoio matricial tem oferecido para qualificar a Atenção Básica, bem como as intervenções provocadas neste estudo, como um movimento propulsor do pensamento crítico, envolvendo os usuários, trabalhadores e gestores do município.

Sua estrutura é constituída, em parte, pela terceira categoria, intitulada *Estratégias de atuação do apoio matricial pautada pela práxis do cuidado na ABS*, e corresponde aos seguintes núcleos de sentido: compartilhamento de saberes e práticas do cuidado no apoio matricial; interação e comunicação no trabalho colaborativo; o trabalho colaborativo entre equipes NASF e ESF na ampliação da resolutividade da atenção à saúde; e a educação popular como norteadora do apoio matricial.

Compreender os meandros e as particularidades dos modos de produzir o cuidado, articulado entre equipes, serviços e níveis de complexidade, em uma cidade pequena, com poucos recursos, com cobertura de Atenção Básica em toda a sua extensão (área urbana e rural), e ainda algumas necessidades supridas por consórcios com outros municípios da região, não foi tarefa tão fácil. Sobretudo, quando a captação de recursos depende do movimento político da gestão federal sobre estados e municípios, em um panorama desfavorável, referindo-se a reviravolta no rumo da gestão da ABS e na aproximação com as diretrizes da “nova” PNAB. As mudanças propostas pelo Ministério da Saúde, com prazos imediatos para início, a época, mexeu com a dinâmica de trabalho das equipes e comprometeu a autonomia nos processos democráticos instituídos.

Ainda assim, foi possível perceber que a gestão municipal vigente no período desse estudo, adotou uma aparente política interna voltada a legitimidade do trabalho desenvolvido pela esfera pública, na atenção à saúde e na educação, principalmente. Mas também, oportunizou a vivência do dilema provocado pela resistência, luta e negociação para as adequações às novas demandas ministeriais sobre o financiamento e o desmonte da Atenção Básica e o enfraquecimento do SUS (BRASIL, 2017; 2019c). O NASF, como uma das equipes desfinanciadas pela nova proposta ministerial, tanto quanto os ACS, que recebiam uma nova orientação propositora de um “re-trabalho” no processo de vigilância

das famílias e territórios, tiveram dias de tormento e muita desmotivação ao longo dessa fase.

Nesse panorama, reconhecer a materialização do apoio matricial foi um exercício que exigiu a exploração dos desafios postos como próprios a ação matricial, que, para além dos problemas estruturais relacionados a sua implantação, muitas vezes são determinados pela dificuldade na comunicação entre equipes de referência e de apoiadores, e destas com os usuários em seu contexto de vida (MELO; MIRANDA, 2018). Esse distanciamento existente entre as partes não é necessariamente físico, mas possivelmente organizado em um processo que prevalece a fragmentação de saberes, as relações de dominação e subordinação, a massificação das práticas do cuidado, as respostas especializadas aos problemas complexos, a desvalorização do saber popular, a centralização na doença e a falta de diálogo (CASTRO; CAMPOS, 2016).

Todos esses pontos foram retomados, após longa discussão nos capítulos anteriores, justamente para que nesta última parte do relatório de pesquisa fosse possível contrastar os achados, problematizar as suas contribuições e produzir sínteses capazes de promover novos saberes, como numa ação comunicativa (HABERMAS, 2012a). Desta forma, torna-se imperativo, antes de qualquer análise, reconhecer que a racionalidade empregada no exercício do apoio matricial foi demarcada por um agir pedagógico, estruturado sob as bases político-metodológicas da Educação Popular em Saúde, servindo como catalisadora na (re)construção de saberes e na transformação das práticas, em busca de melhores resultados para os problemas de saúde da população.

A despeito da reunião de saberes na conformação das equipes NASF, o que por si só já se configura um desafio, buscar a ampliação da resolutividade da ABS relacionando o trabalho colaborativo às equipes da ESF, requer um conjunto de atributos alheios a formação profissional especializada. Dentre as exigências, o olhar sobre o objeto do cuidado, para além dos aspectos biológicos desenvolvidos pela clínica ampliada, se destacam também pela necessidade eminente de uma interrelação entre linguagens e conhecimentos, postos nesse coletivo, em sintonia com objetivos comuns (VENDRUSCOLO et al., 2019). Ao mesmo tempo que tal situação se apresenta como dificuldade, pelo desafio da interdisciplinaridade, o agir interprofissional se torna uma potência na produção de novos saberes, tanto quanto nas possibilidades de mantê-los dinâmicos e propositores de inovações tecnológicas para o cuidado.

A interprofissionalidade nas equipes da ABS, mais especificamente atuantes no matriciamento, busca contribuir com a dialogicidade e o processo democrático de

participação na produção da saúde, estruturando projetos terapêuticos, compartilhando responsabilidades e papéis visivelmente definidos entre as equipes matricial e de referência (CAMPOS, 1999). Nesta direção, o Apoio Matricial foi apontado por Castro e Campos (2016) como uma competente inovação, capaz de transformar o modelo assistencial, articulando mudanças nas relações interprofissionais. Sua forma de atuar borra os limites entre a Atenção Básica e os serviços especializados, propondo uma nova dinâmica na rede de atenção.

No entanto, essa novidade provoca inquietações corporativas e pondera as relações de poder instituídas pelos mandos e desmandos do processo terapêutico nos serviços de saúde (CASTRO; CAMPOS, 2016). Os saberes vistos como um sistema hierárquico que classifica em níveis de importância a estrutura social são, geralmente, tratados como saberes antidialógicos (FREIRE, 1987), que possuem evidências científicas, representantes de uma verdade “quase” absoluta (SANTOS, 2010) e liderado pelo saber médico-centrado (CAMPOS, 1999). Consequentemente, nesse contexto de mudanças nos fluxos da gestão e na organização e acesso as Redes de Atenção à Saúde, o apoio matricial tem produzido sentimentos antagônicos de adesão e resistências entre os trabalhadores de saúde (CASTRO; CAMPOS, 2016).

Essa dupla manifestação, também foi problematizada pelos trabalhadores da ABS de Paraíba do Sul, na interrelação entre NASF e ESF. Os profissionais percebem a subdivisão de grupos em virtude do nicho de conhecimentos acerca dos processos desenvolvidos. Em algumas UBS, cujo processo de trabalho se apresentava focado no adoecimento, o saber de médicos ou em algumas outras, de médicos e enfermeiros, dominavam a gestão do cuidado, oferecendo ao apoio matricial apenas aquilo que extrapola a possibilidade terapêutica na restrita investidura da Saúde da Família. Ou seja, restava ao NASF a possibilidade de atuação isolada da base territorial e naquilo que a equipe de referência não “soube” resolver, colocando em jogo a qualidade e a resolutividade da atenção, para além do desrespeito ao usuário. Frequentemente, nestas mesmas UBS, os matriciadores não são convidados a participar das reuniões de equipe, tanto quando são excluídos dos grupos de trocas de mensagens virtuais, usados como ferramenta de trabalho.

Esse movimento separatista prejudica a continuidade do cuidado, desconfigura o trabalho em equipe e impede a tomada de decisões com vistas a integralidade, quando pelas circunstâncias dos fatos, não há compartilhamento de saberes e práticas, restringindo as possibilidades de respostas adequadas. Nesses casos, cada equipe conduz

o cuidado de determinado caso, em separado. Essa situação foi exaustivamente debatida durante as oficinas, e vista como de extrema relevância nas queixas dos matriciadores e dos ACS. Porém, foi discutido e considerado que tais dificuldades estão mais fortemente associados a implantação do apoio matricial, do que na sua competência, indo ao encontro do pensamento de Castro e Campos, (2016).

A competência do apoio matricial, como de toda atenção à saúde, depende de uma estrutura mínima para que suas ações sejam desenvolvidas com segurança e qualidade (RODRIGUES et al., 2020). Efetivamente, como discutido, a divisão de tarefas e poderes causa estranheza a um determinado grupo de trabalhadores e gestores, principalmente quando se propõe processos dialógicos e de encontros entre os diferentes saberes na gestão compartilhada do cuidado. Esse é o desafio, de provocar a reflexão crítica sobre os modos de operacionalizar a ABS, buscando a transformação pela consciência coletiva, a partir das aproximações intersubjetivas conduzidas pelo diálogo (FREIRE, 1987; HABERMAS, 2012a). As mudanças costumam ser cíclicas, desafiadas permanentemente pela complexidade dos problemas, e sua tendência como um movimento que se inicia de dentro para fora, do cerne do processo de trabalho para o território. E que, tão logo sejam incorporadas, retornam de fora para dentro. Este foi identificado pelos participantes, como o percurso mais promissor na busca por melhores resultados.

Em se tratando de um município com a capilaridade da Atenção Básica que possui, e a cobertura próxima a totalidade da população, com apenas duas equipes NASF, ficou difícil dizer que a implantação do apoio matricial não sofreu variações. A presença do NASF, como equipe de matriciamento, permanece de maneira diferenciada no processo de trabalho das equipes de referência. Foi possível identificar múltiplos modos de aproximação entre o NASF e a ESF. Essa percepção foi melhor compreendida, e conseqüentemente explicada, quando usadas as lentes da EPS para identificar suas apropriações.

A exemplo disso, algumas equipes de referência visitadas durante a pesquisa apresentavam algum grau de interação positiva. Bem articulados com as estratégias de atuação do NASF, mostraram sinergia e o emprego de recursos linguísticos próprios que ultrapassava os limites da fala, se comunicando pela linguagem gestual e simbólica durante as atividades no território, construindo ações comunicativas como se estivessem cumprindo uma normativa. O trabalho colaborativo entre esses profissionais, possivelmente, foi construído com base no respeito, na empatia, na busca comum de novos conhecimentos, baseado na partilha de saberes e no diálogo constante. A esse

respeito, Habermas (2012b) fala que a compreensão de uma ação simbólica, carregada do mundo subjetivo e conciliada pela linguagem, possui semelhança as competências de se seguir uma regra.

O trabalho permanente de interagir e promover o diálogo entre os pares, com o propósito de construir espaços de compartilhamento de saberes e práticas, fazem do apoio matricial uma estratégia político-metodológica de cogestão (CAMPOS, 1999; DOMITTI, 2007), que defende os processos participativos e democráticos na promoção de uma atenção inclusiva, emancipadora, de qualidade, com caráter integral e maiores níveis de resolutividade. Nessa perspectiva, a dimensão pedagógica tem papel fundamental, enquanto parte da matriz de apoio que gera resultados por meio do agir comunicação, considerando as ações subjetivos na compreensão da realidade, no enfrentamento dos obstáculos, bem como na problematização dos processos complexos, favorecendo o protagonismo de todos os envolvidos. Assim, essa ideia pode ser compreendida pela racionalização do mundo da vida, formada pela disputa entre a aceitação das normas prescritivas e o entendimento alcançado, comunicativamente (HABERMAS, 2012a).

Os trabalhadores do NASF do município, mesmo na posição de apoiadores, como discutido anteriormente, também precisam ser matriciados. Essa visão do apoio matricial como um processo circular, que busca o entendimento comum partindo da reflexão dos saberes e das práticas pré-existentes, o fazem reconhecer a importância de uma agenda compartilhada, das rodas de educação permanente, das discussões de casos e atribuições de cada um no enfrentamento dos problemas assinalados coletivamente, da identificação do território como fundamento na compreensão dos problemas e na aproximação da rede social e assistencial, na recondução dos cuidados pelos serviços, e na formação de vínculo.

Todo esse arcabouço característico do processo de trabalho do NASF se sustenta nas negociações e pretensões de validade estabelecidas no campo das contradições, cotidianamente, desafiados pela linguagem e se valendo do diálogo, diante de casos complexos e de difícil manejo pela ESF. À medida que os casos começam a ter respostas e a complexidade a fazer sentido, os “novos” conhecimentos vão se acumulando e ampliando o arsenal de estratégias, o que favorece a transformação das práticas de cuidado ofertado, para além do nível de dificuldade. Esse aprendizado, efetivamente, vira substrato para enfrentar novos desafios e produzir saberes interdisciplinares. Com isso, o processo de trabalho se organiza melhor e ganha mais fluidez na gestão dos casos, emprega mais confortavelmente o pensamento crítico a favor da qualidade, e por

consequente, aumenta a resolutividade da atenção à saúde na ABS (RODRIGUES et al., 2020).

Diante disso, não se pode haver dúvidas que a interação e o diálogo entre os pares se tornam imprescindíveis ao sucesso na implementação de mudanças no processo de trabalho. Ter consciência da opressão é uma etapa importante que alicerça o pensamento crítico, mobiliza a estrutura para a mudança e soma forças ao esforço coletivo. E por essa tomada de consciência, que durante as oficinas, dois segmentos profissionais se viram inquietados com a realidade no cotidiano do trabalho e buscaram apoio nas discussões vivenciadas. Como mencionado no início deste capítulo, os matriciadores do NASF e os ACS buscavam a ampliação da oportunidade oferecida pela pesquisa, para contemplar o restante dos trabalhadores das equipes, aqueles que não estavam participando. Pensavam em ganhar adesão as discussões como garantia de conquistar mudanças para o processo de trabalho.

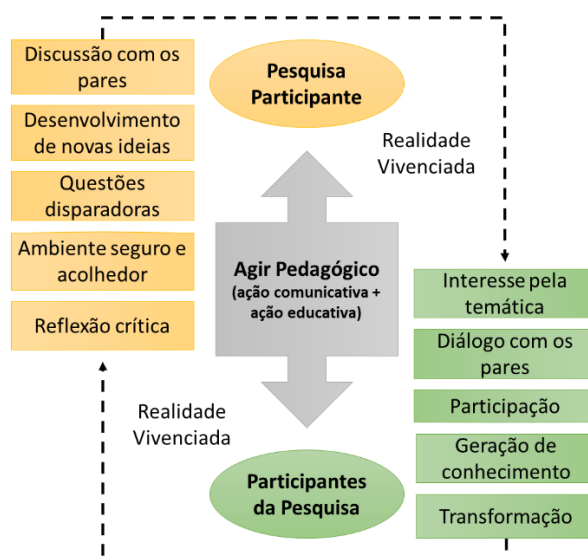
A metodologia empregada para a produção dos dados favoreceu ao desenvolvimento do pensamento crítico (CRUZ et al, 2020; FREIRE, 1987;), que para além da mera participação, os trabalhadores também acolheram o objeto investigado como ponto focal a ser problematizado em seus processos de trabalho, como num casamento perfeito! Nesse movimento, as repercussões das atividades reflexivas do estudo atingiram outros profissionais da ABS do município, tanto componentes da Saúde da Família, quanto apoiadores institucionais ligados a gestão central, que solicitaram um espaço de participação, paralelo as discussões em andamento, para que explorassem os entraves do processo de trabalho na ESF no município.

A articulação feita para atender a esta solicitação, fora do cronograma do estudo, consolidou-se em distintas atividades reflexivas que puderam ser compreendidas como produto da pesquisa, enquanto prática social, onde os envolvidos se beneficiaram da proposta investigativa para construir espaços dialógicos e formular críticas a ao seu próprio processo de trabalho (STRECK; ADAMS, 2011). Esta dinâmica oportunizada pelo desenho da pesquisa participante pode ser apreciada pela ótica social, política e pedagógica esquematizada na figura 6.

Diante de um agir pedagógico gerado pelo processo dialético da pesquisa, em atendimento as solicitações de outra parcela de trabalhadores, foram articulados dois movimentos paralelos ao cronograma do estudo. O primeiro, destinado aos profissionais das duas equipes de matriciadores, configurando-se como uma roda de conversas intitulada *O fim do NASF e seus impactos na resolutividade da ABS em Paraíba do Sul*,

cujo propósito foi pautado na conjuntura nacional decorrente dos desmontes e enfraquecimento do SUS. A discussão foi conduzida a partir da reformulação da PNAB, que em 2017 redimensionou as equipes da Atenção Básica, dando novo contorno ao trabalho e dispersando a base territorial. A extinção das equipes NASF foi o ponto nevrálgico da conversa, ancorada no novo plano de financiamento. Todo esse contexto foi explorado numa aproximação com o trabalho realizado no município.

Figura 6 - Esquema simplificado sobre a repercussão da pesquisa participante no trabalho das equipes da Atenção Básica de Paraíba do Sul, a luz das experiências dos ACS e profissionais do NASF.



Fonte: O autor, 2021.

O segundo movimento produzido teve os ACS como protagonistas. Duas oficinas sobre o trabalho desta categoria no âmbito das equipes e territórios foram conduzidas para atender a sua totalidade no município. As oficinas foram planejadas com os próprios ACS e denominada *Diálogos com Agentes Comunitários de Saúde: (re)visitando o processo de trabalho na ABS*. Também estiveram presentes os apoiadores institucionais responsáveis pelos distritos sanitários, que periodicamente acompanham o trabalho das equipes da ESF. Toda a atividade foi desenvolvida por metodologias ativas, que partiam de atividades disparadoras e culminaram em espaços de diálogo e compartilhamento de ideias. A revisitação do trabalho dos ACS partiu do autorreconhecimento profissional, perpassando pelas práticas de vigilância e educação no território, a interlocução com a equipe, até o protagonismo no planejamento da atenção à saúde (Apêndice F).

Esse movimento que extrapolou as fronteiras da formalidade em pesquisa veio confirmar o seu papel social, político e pedagógico, que pelo caráter participativo, diretamente relacionado às práticas democráticas e populares de investigação, esteve comprometida com a realidade vivenciada no cenário, ao qual o objeto tem sua imersão (JARA, 2012; STRECK; ADAMS, 2011). Também provocou a capilarização do debate a outras dimensões, como o serviço e a gestão, que dentro do desenho metodológico do estudo havia sido recortado, identificando conexões político-pedagógicas de apoio à emancipação do processo transformador. E, ainda, corroborou com a aproximação dos diferentes saberes e a construção de novos conhecimentos, a partir da dialética entre os participantes e o mundo da vida, com o sistema a que estão inseridos, consolidando-se pela autonomia dos sujeitos (HABERMAS, 2012a; FREIRE, 1987).

Ao submeter tais movimentos produzidos pela pesquisa a uma análise dentro do próprio escopo do estudo, pode ser sensível o reconhecimento de uma prática do apoio matricial desenvolvida com os trabalhadores participantes e os não participantes, diretamente. A não-intencionalidade do pesquisador foi subvertida pela natureza orgânica inerente à problematização como ferramenta estruturante das práticas neste tipo de pesquisa. No entanto, foi conduzido um processo de construção criativa e dialógico-reflexiva sobre agir pedagógico no cuidado compartilhado e sobre a trama intersubjetiva do trabalho colaborativo, sobretudo a interlocução entre equipes de referência e de apoiadores, trazendo a educação popular como norteadora do apoio matricial.

O apoio matricial na perspectiva da EPS explora o cuidado para além das práticas, tradicionalmente reconhecidas no rol da produtividade dos profissionais de saúde no SUS. Outras racionalidades no cuidado podem contribuir igualmente sem ferir a legitimidade tradicional e contribuir com a resolutividade mais efetiva dos problemas da população (LUZ, 2005). Esse pensamento corrobora com a ideia dos trabalhadores de Paraíba do Sul, que incutidos de críticas as práticas prescritivas e produtoras de respostas parciais as necessidades dos usuários, veem no apoio matricial integrado aos princípios da EPS a possibilidade de quebrar o paradigma hegemônico cartesiano em busca da integralidade da atenção à saúde.

Na realidade desses trabalhadores, a adoção de práticas integradas entre setores e segmentos da sociedade faz parte do cotidiano do trabalho na ABS, especificamente na área rural, intermediadas pelos profissionais do NASF. Reconhecem ser formas de oferecer outras maneiras de pensar e produzir saúde, construídas coletivamente, para além da ausência de doenças. Esse trabalho tem reunido os cuidados tradicionais em saúde, as

práticas integrativas e complementares, o intercâmbio da produção compartilhada pelos produtores rurais, e as contribuições dos processos educativos. Neste encontro de periodicidade mensal, organizado pela equipe da ESF local, são trabalhadas as necessidades concentradas ao longo do mês, que não foram possíveis de resolvê-las em sua plenitude com os recursos disponíveis. Essa atividade tem mais um caráter colaborativo para a tomada de decisão, do que resolutivo, pretensiosamente.

As práticas integradas dependem do diálogo e do compartilhamento como recurso essencial ao alcance de bons resultados, que para além do encontro interdisciplinar, também podem contar com a parceria intersetorial. Esse aspecto pode ser dimensionado nas interfaces do trabalho colaborativo ao se conectarem ao agir interprofissional, unindo saberes que ultrapassam a área da saúde para atender às necessidades existentes (PEDUZZI; AGRELI, 2018). A busca pelo entendimento comum exige das partes envolvidas um esforço extra na articulação entre os três mundos de Habermas (2012a), sobressaindo à linguagem possível que se articula pela prática integrada, efetiva e colaborativa. Isto é, por si só, um forte indicativo de qualidade na produção coletiva de saúde, que tem grandes chances de reverberar em melhores resultados.

Cabe ressaltar nesse contexto, que a população que participa ativamente deste modo de construção do cuidado, também faz parte do trabalho colaborativo, o que não se restringe aos profissionais, apesar no nome “interprofissional”. A inclusão das perspectivas do paciente, das famílias e territórios no trabalho colaborativo interprofissional promove a mudança de foco, sendo retirado das profissões e serviços e redirecionado as pessoas e suas necessidades. Isso constitui uma mudança significativa no modelo assistencial, que reforça a qualificação na oferta de cuidados à saúde. Com o trabalho colaborativo é possível reduzir a competição entre os profissionais e equilibrar as relações de poder, substituídas pela parceria e responsabilidade coletiva (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Nesse processo, o usuário retoma a sua autonomia no cuidado, passa a ter consciência da confiança dispensada a equipe de saúde, e participa mais integralmente do seu processo terapêutico, bem como interfere no cuidado da sua família e território. Desta forma, as equipes de saúde passam a realizar práticas emancipatórias, ampliando as chances de adesão ao autocuidado por usuários, bem como as ações coletivas de educação em saúde e participação popular na construção dos planos comunitários de promoção da saúde. A EPS torna-se fundamental nesse processo transformador e de resgate de valores (DAVID, 2017; FREIRE, 1996; PULGA, 2014).

Assim, atribuir a qualificação da ABS apenas as boas práticas produzidas a partir do apoio matricial, pode ser uma concepção ingênua e pouco provável de ser atingida. Apesar que, mesmo pela lógica positivista dominante, tornando o serviço refém de uma prática biomédica, os processos educativos conseguem ir além do esperado e construir pelo diálogo, outros olhares e saberes para além da ciência (FREIRE, 1967; FREIRE; NOGUEIRA, 1983; LIMA et al, 2020; MELLO; SANTOS; OLIVEIRA, 2020). Nesse viés, o agir pedagógico como agente articulador pavimenta caminhos possíveis de serem explorados e traz a cena outros protagonistas, ampliando e qualificando as possibilidades de respostas aos problemas de saúde das pessoas.

A divisão da responsabilidade em qualificar a ABS entre as equipes da ESF e NASF, identificada por este estudo, se fundamenta pela dialética produzida a partir do agir pedagógico, interlocutor no mundo da vida e dinamizador dos processos que fazem do apoio matricial uma estratégia capaz de dialogar com o contraditório, a fim de encontrar saídas no complexo sistema de saúde. E nessa perspectiva, a dimensão pedagógica do apoio matricial se torna elemento chave na transformação da realidade pela práxis que articula os saberes e práticas inacabados.

CONCLUSÃO

As discussões sobre o apoio matricial trazidas neste estudo buscaram analisar a retaguarda oferecida a ESF, a partir de uma das vertentes que compõe este dispositivo, a dimensão pedagógica. Um olhar especial foi lançado sobre os saberes e as práticas compartilhados pelas equipes da ABS nos espaços de trocas e construções intersubjetivas, tomando como ponto de partida o mundo da vida, e como elementos catalizadores, os princípios da EPS atuantes na mediação, aproximando o todo a suas partes, na produção social da saúde. E como lente de análise, foi utilizado o agir pedagógico, em um diálogo teórico entre Habermas e Paulo Freire.

Foi utilizado como pano de fundo, parte do contexto da ABS que conduziu o apoio matricial como protagonista da atenção à saúde no SUS, vinculado a equipes específicas compostas por profissionais especializados, durante uma década (2008-2019), com a finalidade de aumentar a resolutividade deste nível de atenção, por meio do diálogo articulado entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde. Nesse cenário, a ESF ocupava o papel central, como porta de entrada preferencial no sistema e como referência dos usuários e território, tendo o NASF como equipe de apoio direto.

No entanto, o movimento político de base neoliberal e tendência fascista, crescente no Brasil nos últimos anos, insiste em minar as estratégias de fortalecimento do SUS, bem como desestruturar os serviços, com o argumento de que a coisa pública é dispendiosa, sem qualidade e incompetente na resolução dos problemas de saúde da população brasileira. Os interesses mercantis voltados para o setor da saúde são grandes e persuasivos, interferindo na participação popular e no controle social pela adoção de estratégias conflitantes, como na divulgação de *fake news*.

Nessa conjuntura, as mudanças produzidas por esse movimento destituíram o NASF, reconduziram a ABS e produziram sentimento de insegurança e desmotivação nos trabalhadores de saúde. Na ocasião, a pesquisa passava pela etapa de coleta de dados, e muito do que foi desenvolvido com os participantes, teve relação direta com o tempo em que as mudanças aconteciam no panorama nacional. Dentro do mundo em que tais trabalhadores se inseriam, ainda prevalecia a escuta, o diálogo, a construção coletiva e a gestão participativa.

E nesse bojo, a metodologia crítica empregada na pesquisa, sobretudo com a influência direta da EPS, foi fundamental para a compreensão do apoio matricial

produzido no município de Paraíba do Sul. Como uma proposta participante e baseada na pesquisa-ação, esta escolha foi competente para o alcance dos objetivos do estudo sem precisar de ajustes no desenho da pesquisa, e para apoiar os trabalhadores e a gestão na construção de espaços dialógico-reflexivos nas aproximações com as mudanças orientadas pelo Ministério da Saúde e aderidas pelo governo do Estado do Rio de Janeiro.

Analisar a dimensão pedagógica do apoio matricial em um contexto de crise, onde o foco esteve no compartilhamento dos saberes e das práticas em busca da qualificação da atenção e das respostas aos problemas dos usuários, possibilitou percorrer dois caminhos a serem explorados. O primeiro, relacionado as formas de condução e aplicabilidade do apoio matricial, reconhecendo-o como uma prática pedagógica, estruturada na interrelação dos saberes, na validação dos enunciados comunicativos mediados pela linguagem, e propositora de novos conhecimentos. Já o segundo caminho, em caráter complementar, evidenciou uma prática desafiadora, que busca agregar os contrastes e as contradições em um diálogo crítico, emancipatório e pautado em processos democráticos e participativos.

Cabe destacar sobre os caminhos percorridos pela análise realizada, baseado no acúmulo teórico de Paulo Freire, que toda ação pedagógica tende a ser um movimento político pela sua natureza, sustentada pela concepção de ensinar e aprender; pela construção permanente e sua relação com o mundo, a partir de reformulações dos conhecimentos já desenvolvidos; pelo reconhecimento no objeto de aprendizagem as chances de superar os limites da opressão; e pela possibilidade de transformar a realidade.

Desse modo, o estudo conseguiu avançar na caracterização do apoio material produzido entre as equipes da ABS do município, sendo identificada por eles como uma estratégia que busca melhorar as formas de pensar e agir o cuidado em saúde, qualificando respostas às necessidades da população sul paraibana. Pôde ser definida como uma prática que demanda dos profissionais apoiadores arranjos flexíveis de trabalho e gestão do cuidado, oferecidos de forma heterogenia entre as equipes de referência e determinados pela dinâmica dos territórios, exigindo certo grau de criatividade e interatividade presencial e remota.

Apesar desses profissionais, apoiadores e de referência, possuírem a garantia dos direitos trabalhistas preservados dentro da legislação vigente, a precarização do trabalho está presente pelas condições posta à realização da atividade laboral, por ainda existirem espaços improvisados, com recursos esparsos, com mobilização dificultada, e rede de atenção reduzida. Contudo, ainda na presença de dificuldades, há um esforço em produzir

atenção sem que tais limites impeçam ou diminuam a escuta, o acolhimento, o atendimento e a oferta terapêutica longitudinal, comprometendo-se com a qualidade do cuidado ofertado.

Mas, ao mesmo tempo em que o esforço ultrapassa as barreiras da realidade e busca construir respostas possíveis às necessidades da população - o que nem sempre atinge a qualidade esperada pela ausência de elementos essenciais ao cuidado -, alguns trabalhadores sofrem e chegam à exaustão pelo esforço despendido em um processo precário e sem certeza de resolução. Por outro lado, outros profissionais entram na massificação pela transitividade ingênua e sobrevivem às dificuldades de maneira latente, quase alienada, sem necessariamente sofrerem. Conseqüentemente, essas diferenças nos modos de (re)agir ao processo de trabalho, abarcando o esforço isolado, a mecanização das ações, a inércia, o isolamento e o adoecimento num mesmo espaço, tornam-se fatores que contribuem com a dispersão do trabalho em equipe e na dificuldade de confluência entre as diferentes linguagens, distanciando-se de um agir comunicativo.

Qualquer que seja a situação de transitividade em que se encontrem os trabalhadores no conjunto interprofissional da equipe, sem o diálogo e a busca de interação pela aproximação entre as linguagens, não seria possível atingir ao processo transformador induzido pelo agir pedagógico, frente a realidade. Em outras palavras, o apoio matricial se limita a ausência de condições que permitam o acesso ao diálogo e ao compartilhamento de saberes no contexto do trabalho interdisciplinar. A concretização das mudanças orientadas por esse dispositivo depende de uma adequada condução para seu desenvolvimento, ficando muitas vezes restrita a vontade de mudar.

De todo modo, o apoio matricial em Paraíba do Sul, para além dos desafios, também apontaram potencialidades no cotidiano de trabalho na ABS, partindo de uma composição diversificada de núcleos de saberes, favorecedora do trabalho interprofissional de base interdisciplinar, em uma proposta colaborativa de atuação no mesmo espaço físico, entre NASF e ESF, agindo com organização, planejamento, definição de papéis e articulação das equipes. Esse conjunto de atributos pode demonstrar o empenho desses trabalhadores e gestores em consolidar um trabalho comprometido com os ideais do SUS e no encontro com as reais necessidades da população. Nesse sentido, o PTS serviu como ferramenta agregadora de caráter pedagógico, utilizada na concretização de grande parte do processo matricial, corresponsabilizando os envolvidos, articulando saberes e práticas, resgatando o usuário como protagonista do cuidado, e respeitando as singularidades dos sujeitos.

Em uma análise hermenêutica dialética sobre o trabalho desenvolvido na ABS do município, foi possível identificar os princípios da Educação Popular em Saúde como norteadores do apoio matricial, que apesar de algumas incongruências, estiveram presentes pelo diálogo agregador, no compartilhamento dos saberes e práticas, na construção problematizadora a partir da realidade, na amorosidade do encontro entre as diferenças, e na priorização dos processos democráticos de preservação dos direitos. Essa estrutura se volta a uma abordagem crítica, de luta e resistência, com processos participativos de enfrentamento aos desafios postos pela complexidade inerentes a atenção à saúde, em detrimento do cuidado fragmentado, prescritivo e descontextualizado.

Esse modelo de coordenação da ABS, pautado na gestão participativa e nas formas emancipatórias de lidar com o processo de trabalho, para além do investimento em qualificação dos profissionais, pode ser o caminho que levou o município aos melhores resultados de desempenho no terceiro ciclo do PMAQ-AB no estado do Rio de Janeiro, proporcionalmente a oferta de serviço. A adoção de formas participativas e problematizadoras no monitoramento e avaliação das equipes no cotidiano do trabalho, também se somam ao conjunto de ações que ampliam a qualidade da atenção à saúde.

Outro ponto de discussão na abordagem ao apoio matricial na ABS de Paraíba do Sul foi a identificação dos saberes necessários à sua construção como prática que possibilita a transformação. O destaque foi dado a intersubjetividade dos encontros mediada pelo entrelace intercultural, agregando saberes de diferentes origens, e contribuindo para a qualificação na produção do cuidado. Nesse sentido, o território foi identificado como espaço privilegiado para o encontro das diferentes linguagens e potencializador de um agir comunicativo na dialética com os saberes científicos.

Assim, as estratégias adotadas para a efetivação do diálogo entre os saberes emergem do próprio processo articulador, pela necessidade de encontrar o objetivo comum. As visões de mundo dos profissionais e usuários são compartilhadas e colocadas à prova, a luz da realidade, para que sejam incorporadas ao discurso possível de entendimento por todos, numa construção coletiva. O produto dessa ação crítica, em resposta às necessidades levantadas, gera aprendizado, novos saberes e autonomia dos sujeitos, podendo transformar a realidade.

Desse modo, quanto maior forem as chances de articular os diferentes saberes na conformação de estratégias para enfrentar os problemas, proporcionalmente maior serão as possibilidades de respostas. Esse tem sido o modo de construir o matriciamento a partir

dos profissionais do NASF sul paraibano, oportunizando a discussão dos modos de pensar e agir na contramão do pensamento hegemônico, problematizando a ocupação dos espaços e redistribuindo o poder acumulado, com o intuito de gerar processos emancipatórios. No entanto, esse é um mecanismo que ainda tem encontrado resistência e provocado muita reflexão nos trabalhadores, pois algumas equipes ainda não compreenderam que a tomada de decisão, a partir de uma estrutura formada pelo compartilhamento de saberes e práticas, tende a ser mais resolutiva.

Nesse sentido, a maioria dos ACS se alinha à proposta dos profissionais apoiadores, contribuindo com a mobilização comunitária e facilitando os espaços dialógicos entre equipe de saúde e usuários, estrategicamente, trazendo o contexto do território para o cerne do processo de trabalho. O borramento dos limites entre os saberes mostrou-se imprescindível para a efetividade do apoio matricial na cogestão do cuidado compartilhado, dinamizado pelas relações intersubjetivas, dando ênfase ao interesse coletivo na busca por conciliação, que acontece por dentro de um processo democrático de participação.

A conquista de uma atenção integral, longitudinal e resolutiva, nessa perspectiva, vai depender do nível de interrelação existente entre os conhecimentos oportunizados a cada situação complexa, na aproximação de um agir prático, proporcionado pelo trabalho colaborativo de caráter interprofissional e em equipe. O enfrentamento inevitável do encontro entre o mundo da vida com o sistema exige o esforço da interpretação dos diferentes pontos de vistas e linguagens, que pelo viés do apoio matricial pode se dar pelo agir pedagógico.

A ideia de aumentar o nível da integralidade na atenção à saúde, como propósito do apoio matricial, tem sido dinamizada pelo agir pedagógico, como uma relação intersubjetiva entre a comunicação e a educação. Com a finalidade de transformar os modos de atender às necessidades de saúde, essa dinâmica que possibilita a leitura da realidade, facilitada pela linguagem, busca garantir autonomia aos sujeitos e a emancipação das práticas do cuidado. A construção do pensamento crítico, enfatizando a reflexão sobre os modos de ser e estar na vida, são construídos a partir da dimensão pedagógica do apoio matricial, na relação entre os profissionais e destes com os usuários.

Nessa perspectiva, a consolidação do apoio matricial pode ser mais fortemente evidenciada, dentre tantas práticas, pela construção do PTS. Esse foi reconhecido como uma estratégia de caráter político-gerencial, que garante a interrelação entre os saberes científicos e populares associados ao acúmulo histórico-cultural de cada sujeito

participante, profissionais e usuários, mediados pelo agir pedagógico. O PTS, de acordo com os trabalhadores da ABS de Paraíba do Sul, amplia o olhar da equipe sobre as necessidades de saúde, traz o usuário ao protagonismo do cuidado, articula e corresponsabiliza outras esferas da atenção e conquista maiores níveis de resolutividade.

A dimensão pedagógica do apoio matricial, a partir desta constatação, passa a ser compreendida como uma vertente que possui a propriedade de reconhecer, agregar e transformar saberes e práticas, por meio da reflexão crítica, induzida pelos princípios da EPS. Essa construção coletiva tendencia a respeitar a produção da saúde baseada em uma ecologia de saberes, fortalecendo o caráter social da produção, o rompendo com a hegemonia positivista e o distanciamento de práticas excludentes e antidialógicas.

Contudo, este estudo conseguiu confirmar a tese que o apoio matricial desenvolvido na perspectiva da EPS transforma saberes e práticas, contribuindo para a qualificação da ABS. As inúmeras possibilidades geradas pela transformação ocorrida a cada encontro de ideias e necessidades de apoio, com respeito as diferenças e pela corresponsabilização de um processo democrático e participativo, são capazes de desmobilizar as amarras que engessam e limitam o avanço de outras perspectivas do cuidado.

Novos saberes empregados na apropriação de uma trama intersubjetiva mais próxima e coesa, permitindo a fluidez dialética de uma gestão compartilhada do cuidado, aumentam as chances de qualificação da ABS. Dentre as possibilidades vislumbradas na pesquisa, o apoio matricial pode ser capaz de impactar no arrefecimento dos agravos ao estado de saúde dos usuários; na redução de custos com internações e tratamentos invasivos pelo uso de tecnologias duras; no aprimoramento e ampliação do conjunto de tecnologias leves empregadas no cotidiano do cuidado; na capacitação e contribuição com outras evidências sobre o saber profissional no uso de tecnologias leve-duras; para além de fortalecer o SUS.

No entanto, para além do alcance dos seus objetivos, esta pesquisa aponta para alguns aspectos limitadores do estudo. Primeiramente, pela restrição a um município, levando em consideração as suas peculiaridades, e dada a impossibilidade de generalização da totalidade de seus resultados. Também, pela não representatividade de duas categorias profissionais atuantes na ABS do município que não aderiam à participação - os médicos e dentistas. Da mesma forma, fez falta ao estudo a participação dos usuários como ponto fundamental na construção do apoio matricial. De toda forma, estas fragilidades se colocam como potentes indicações para estudos futuros.

Esta tese, com toda a sua robustez e fragilidade, como um produto que nasce no campo das contradições pela dialética dos saberes, traz contribuições metodológicas como uma pesquisa social, estruturada e operacionalizada sob o pensamento crítico, do qual seus colaboradores (sujeitos da pesquisa) estiveram em todas as partes desse processo. As técnicas e sistematizações empregadas, fruto do diálogo e compartilhamento com esses sujeitos, foram incorporadas por eles em seus espaços de trabalho e serviram de tecnologias na recondução dos processos e tomada de consciência junto ao restante dos trabalhadores. Isso de certa forma atingirá aqueles que, naquele momento inicial, não aderiram a pesquisa, mas que em outra perspectiva será incluso no movimento transformador proposto por ela.

Da mesma maneira, este produto se comprometeu com a prática profissional, de gestão e ensino na área da saúde, já que pela práxis foram possíveis tais ponderações. As reflexões produzidas em torno da realidade de um dado contexto, dialogadas com teorias críticas, pode ser capaz de produzir novas inquietações e manifestar o desejo de investir na reconstrução de práticas inovadoras e indutoras de políticas de saúde comprometidas com o cuidado libertador. Nesse viés, por um ensino problematizador, também seria possível beber nessa fonte e realinhar os processos pedagógicos de formação acadêmica, a partir da prática libertadora, e não mais dentro dos limites rasos e opressores, reclusos aos moldes exclusivos do Ministério da Saúde.

E, por último, mas não menos importante, que tais considerações construídas nesta tese e postas à banca de especialistas para avaliação sirvam de matéria indutora de novos debates no campo da saúde coletiva, sobretudo pelo destaque dado a incorporação da EPS às práticas desenvolvidas na ABS, cotidianamente, pelas suas contribuições político-metodológicas e sua relação com o movimento anti-massificador do cuidado e fortalecedor do SUS.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO, CEBES, FIOCRUZ. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Contra a reformulação da PNAB – nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica.** [internet]. 27 de julho de 2017. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/contra-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/29798/>. Acesso em: 14 maio. 2020.
- ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Rede de Pesquisa em APS. **Contribuição dos pesquisadores da Rede APS ao debate sobre as recentes mudanças na política de atenção primária propostas pelo MS.** 8º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, João Pessoa, 27 de setembro de 2019. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wpcontent/uploads/2019/10/Contribuicoesdospesquisadores_REDEAPS.pdf. Acesso em: 13 maio. 2020.
- ACIOLE, G. G., OLIVEIRA, D. K. S. Percepções de usuários e profissionais da saúde da família sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **SAÚDE DEBATE**, v. 41, n. 115, p. 1090-1101, out./dez. 2017.
- ACIOLI, S.; LUZ, M. T. Sentidos e valores de práticas populares voltadas para a saúde, a doença e o cuidado. **R Enferm UERJ**, 11, p. 153-8, 2003.
- ACIOLI, S. Formação em saúde da família: um diálogo entre saberes e práticas. In: DIAS, P. R. V.; RENDEIRO, M. M. P.; COSTA, M. H. **Intervenções possíveis no território - práticas em saúde da família no SUS.** Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2015. p.53-65.
- ACIOLI, S; KEBIAN, L. V. A; DIAS, J. R; CORRÊA, V. A. F; DAHER, D. V; MARTINS, A L X. Scientific and popular knowledge in Family Health Strategies from a hermeneutic-dialectic perspective. **Online braz j nurs** [internet], 15(4), p. 644-654, dec. 2016. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5465>
- ALENCAR, T. O. S.; NASCIMENTO, M. A. A.; ALENCAR, B. R. Hermenêutica dialética: uma experiência enquanto método de análise na pesquisa sobre o acesso do usuário à assistência farmacêutica. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, 25(2), p. 243-250, abr./jun., 2012.
- ALMEIDA, I. S. Métodos de cogestão nas relações de apoio institucional no município de São Paulo. In: CAMPOS, G. W. S; CASTRO, C. P; FERNANDES, J. A; ANÉAS, T. V. **Investigação sobre cogestão, apoio institucional e apoio matricial no SUS.** 1 ed. São Paulo: Hucitec: Fapesp, 2017. p. 81-100.
- ALMEIDA, R. G. S; TESTON, E. F; MEDEIROS, A. A. A interface entre o PET-Saúde/ Interprofissionalidade e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 1, p. 97-105, ago. 2019.

ALMEIDA FILHO, N. de. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**. II (1/2), 1997.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Transdisciplinaridade e o Paradigma Pós-Disciplinar na Saúde. **Saúde e Sociedade** v. 14, n. 3, p. 30-50, set./dez. 2005.

ANTUNES, R. O trabalho e seus sentidos. Confluências – **Revista interdisciplinar de sociologia e direito**, v. 10, n. 1, p. 43-61, 2008.

ARAÚJO, R. S. Educação popular e práticas sociais: notas introdutórias. In: ARAÚJO, R. S; CRUZ, P. J. S. C (Orgs). **Educação popular e práticas sociais: ação, processo formativo e construção do conhecimento**. João Pessoa: Editora do CCTA, 2018. p. 13-29.

ARTMANN, E. Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento e AIDS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6(1), p. 183-195, 2001.

ASSIS, M. M. A; JORGE, M. S. B. Métodos de Análise em Pesquisa Qualitativa. In: SANTANA, J. S. S; NASCIMENTO, M. A. A (Orgs.). **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2010. p. 139-59.

AZEVEDO, D. M. de; GUIMARÃES, F. J., DANTAS, J. F., ROCHA, T. M. Atenção Básica e Saúde Mental: um diálogo e articulação necessários. **Rev. APS**. 17(4), p. 537 – 543, out./dez. 2014.

BALLARIN, M.L.C.S.; BLANES, L.S.; FERIGATO, S.H. Matrix support: a study on the perspective of mental health professionals. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 16, n. 42, p.767-78, jul./set. 2012.

BARBOSA, A. P. C. **Apoio matricial do NASF: representação social de profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre assistência à saúde**. 2017. 176 f. Dissertação (Mestrado Profissional) – Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde) - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, MG, 2018.

BARROS, J. de O.; GONÇALVES, R. M. de A.; KALTNER, R. P.; LANCMAN, S. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(9), p. 2847-2856, 2015.

BERTOLIN, R. V; ZWICK, E; BOAS, A. A. V. **A Pesquisa-ação na Construção Social da Ação: Uma Abordagem Emancipatória**. III Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade. João Pessoa, PB, 2011. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/EnEPQ407.pdf> Acesso em: 24 out. 2020.

BISPO JÚNIOR, J. P.; MOREIRA, D. C. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Cadernos de Saúde Pública**, 33(9), 2017. e00108116.

BONETTI, O. P.; CHAGAS, R. A. das; SIQUEIRA, T. C. A.; A Educação Popular em Saúde na Gestão Participativa do SUS: construindo uma política. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de Educação Popular em Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 16-24.

BRAGHIN, C. C.; FERRETTI, F.; FERRAZ, L. The role of physical therapists in the context of family health support centers. **Fisioter. Mov.** v. 30, n. 4, p. 703-713, out./dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. [internet]. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 15 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012** (2012b). Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. [internet]. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html. Acesso em: 02 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012** (2012c) Aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [internet]. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.htm Acesso em: 04 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). [internet]. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html Acesso em: 13 nov. 2018.

BRASIL. 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**, v. 1 – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html Acesso em: 02 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. 2016 [internet]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, 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). [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 13 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Acompanhamento e Avaliação. **Portaria nº 2.777, de 4 de setembro de 2018 - 3º ciclo do PMAQ-AB**. Lista de Certificação do 3º Ciclo – PMAQ-AB. Brasília: Ministério da saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de Implantação de Equipes**. (2019a) [internet]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_pagamento_sf.php Acesso em: 23 jan. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo – FCPE. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm. Acesso em: 28 dez. 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de

Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html Acesso em: 28 dez. 2019c.

BRITO, A. A. C. de. **Matriciamento em saúde mental: atuação de núcleos de apoio à saúde da família**. 2014. 95 f. Dissertação (mestrado em saúde coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.

BROCARD, D; ANDRADE, C. L. T; FAUSTO, M. C. R; LIMA, S. M. L. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 130-144, set. 2018.

BROWN, J.; ISAACS, D. The World Café: Awakening Collective Intelligence and Committed Action. In: TORVEY, M. **Collective Intelligence: Creating a Prosperous World at Peace**. Virginia: Earth Intelligence Network, 2008.

CAMPOS, C. V. A; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **RAP – Rio de Janeiro** 42(2), p. 347-368, mar./abr. 2008.

CAMPOS, G. W. de S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14(4), p. 863-870, out./dez. 1998.

CAMPOS, G. W. de S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v.4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, G. W. de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(2), p. 219-230, 2000.

CAMPOS, G. W. de S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública** [online] v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, G. W. de S.; GUTIÉRREZ, A. C.; GUERRERO, A. V. P.; CUNHA, G. T. Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. de S.; GUERRERO, A. V. P. (Orgs.) **Manual de práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: HUCITEC, 2010. p. 132-153.

CAMPOS, G. W. de S. Projeto Terapêutico e Estratégias de Promoção em Situação de Apoio Matricial. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. **Investigação sobre cogestão, apoio institucional e apoio matricial no SUS**. 1ª ed. São Paulo: HUCITEC: Fapesp, 2017. p. 103-111.

CAPRA, F. O modelo biomédico. In: CAPRA, F. **O ponto de Mutação**. 28. ed. São Paulo: Editora Cultrix, 2007. p. 116-55.

- CARDOSO, M. F.; BATISTA-DOS-SANTOS, A. C.; ALLOUFA, J. M. L. Sujeito, linguagem, ideologia, mundo: técnica hermenêutico-dialética para análise de dados qualitativos de estudos críticos em administração. **R. Adm. FACES Journal** Belo Horizonte v. 14 n. 2, p. 74-93, abr./jun. 2015.
- CARDOZO, P. S; FERRAZ, F; YASUI, S; SOUZA, D, F; SORATTO, J. Agir educativo-comunicativo na relação de assistentes sociais com familiares e usuários: a integralidade no cuidado em saúde mental. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 28, n. 4, p. 160-173, 2019.
- CASTELLANOS, P. L. Sobre el concepto de salud-enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud. **Boletín Epidemiológico**, Organización Panamericana de la salud, v. 10, n.4, p. 25-32, 1990.
- CASTRO, C. P. de; CAMPOS, G. W. de S. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 26 [2], p. 455-481, 2016.
- CAVALCANTI, F. O. L; GUIZARDI, F. L. Educação continuada ou permanente em saúde? Análise da produção pan-americana da saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 99-122, jan./abr. 2018.
- CECCIM, R. B. Interprofissionalidade e Experiências de Aprendizagem: inovações no cenário brasileiro. In: TOASSI, R. F. C. (Org.) **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** [recurso eletrônico] 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. – (Série Vivência em Educação na Saúde). p. 49-67.
- CECCIM, R. B. Connections and boundaries of interprofessionality: form and formation. **Interface**, Botucatu, 22 (supl. 2), p. 1739-49, 2018.
- CELA, M.; OLIVEIRA, I. F. de. O psicólogo no Núcleo de Apoio à saúde da Família: articulação de saberes e ações. **Estudos de Psicologia**, 20(1), p. 31-39, jan./mar. 2015.
- CESTARI, M. E. Agir comunicativo, educação e conhecimento: uma aproximação ao pensamento de Habermas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 55, n. 4, p. 430-433, 2002.
- CHAGAS, P. V. **Transtornos mentais são terceira maior causa de afastamento do trabalho.** [online] Agencia Brasil. Empresa Brasil de Comunicação. Publicado em 26 abr. 2017. Disponível em: <https://agenciabrasil.etc.com.br/geral/noticia/2017-04/transtornos-mentais-sao-terceira-maior-caoa-de-afastamento-do-trabalho>. Acesso em: 09 jan. 2021.
- CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24, sup. 1, p. S7-S27, 2008.
- CORRÊA, V. A. F; ACIOLI, S; MELLO, A. S. de; DIAS, J. R; PEREIRA, R. D. de M. Projeto Terapêutico Singular: reflexões para a enfermagem em saúde coletiva. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 24(6), 2016.

CÔRTEZ, N. Descaminhos do método: notas sobre história e tradição em Hans-Georg Gadamer. **Varia hist.** (22)36, p. 274-90, 2006.

COSTA, D. A. S.; SILVA, R. F.; LIMA, V. V.; RIBEIRO, E. C. O. National curriculum guidelines for health professions 2001-2004: an analysis according to curriculum development theories. **Interface**, Botucatu, 22(67), p. 1183-95, 2018.

COSTA, M. V. A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. In: TOASSI, R. F. C. (Org.) **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** [recurso eletrônico] 1. ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. p. 14-27.

CRUZ, P. J. S. C.; SILVA, M. R. F. da S.; PULGA, V. L. P; MACHADO, A. M. B; BRUTSCHER, V. J. Educação Popular em Saúde: concepção para o agir crítico ante os desafios da década de 2020. **Rev. Ed. Popular**, Uberlândia, Edição Especial, p. 6-28, jul. 2020.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. de S. Método Paidéia para cogestão de coletivos organizados para o trabalho. **ORG & DEMO**, Marília, v.11, n.1, p. 31-46, jan./jun. 2010.

DAVID, H. M. S. L. O papel do agente comunitário de saúde no fortalecimento da educação popular em saúde. **Rev Fund Care Online**, 9(2), p. 371-378, abr./jun. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.371-378>.

DAVID, H. M. S. L; ACIOLI, S. Formação profissional e educação popular a partir de uma experiência curricular em graduação em enfermagem. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de Educação Popular em Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, p. 165-174, 2014.

DIAS, L. F. **A organização do processo de trabalho do núcleo de apoio à saúde da família: potencialidades e desafios**. 2016. 197 f. Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2016.

DEMO. P. **Introdução à Sociologia: complexidade, interdisciplinaridade e desigualdade social**. 1. ed.,8. reimpr. – São Paulo: Atlas, 2015.

FARIAS, D.N; RIBEIRO, K. S. Q. S; ANJOS, U. U; BRITO, G. E. G. Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 141-162, jan./abr. 2018.

FAUSTO, M. C. R; BOUSQUAT, A; LIMA, J. G; GIOVANELLA, L; ALMEIDA, P. F; MENDINÇA, M. H. M; SEIDI, H; SILVA, A. T. C. Evaluation of Brazilian Primary Health Care from the Perspective of Users: Accessible, Continuous and Acceptable? **J Ambulatory Care Manage**, 40(2), p. 560-570, 2017.

FAUSTO, M. C. R.; ALMEIDA, P. F. de; BOUSQUAT, A. Organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil e os Desafios para a Integração em Redes de Atenção. In: MENDONÇA, M. H. M. de; MATTA, G. C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. **Atenção Primária à Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p. 51-72.

FERNANDES, J; OLIVEIRA, M. M; PEREIRA JR, N. Apoio institucional e apoio matricial: encontros e desencontros entre apoio à gestão em saúde e à gestão da clínica. In: CAMPOS, G. W. S; FIGUEIREDO, M. D; OLIVEIRA, M. M. (Orgs.) **O apoio paideia e suas rodas**. São Paulo: Hucitec, p. 55-71, 2017.

FERREIRA, T. B.; CIPOLOTTI, M. D.; MARQUES, B. G.; MIRANDA, M. L. de J. A inserção do Profissional de Educação Física nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família: visão dos profissionais. **Rev Bras Ativ Fís Saúde**. 21(3), p. 228-236, 2016.

FERLA, A. A; TOASSI, R. F. C. Formação Interprofissional em Saúde: um caminho a experimentar e pesquisar. In: TOASSI, R. F. C. (Org.) **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** [recurso eletrônico] 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. p.7-13.

FERRO, L. F.; SILVA, E. C. da; ZIMMERMANN, A. B.; CASTANHARO, R. C. T.; OLIVEIRA, F. R. L. de. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. **O Mundo da Saúde**. 38(2), p. 129-138, 2014.

FLÔRES, G. M. S; WEIGELT, L. D; REZENDE, M. S; TELLES, R; KRUG, S. B. F. Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 237-247, jan./mar. 2018.

FIGUEIREDO, M. C. de O. **Discutindo a proposta de apoio matricial nos NASF**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). 2104. 113 f. Departamento de Serviço Social. Centro de Ciências Sociais Aplicada. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, 2014.

FITTIPALDI, A. L. de M.; BARROS, D. C. de; ROMANO, V. F. Apoio Matricial nas ações de Alimentação e Nutrição: visão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, 27 [3], p. 793-811, 2017.

FONTANELLAS, B. J. B; RICAS, J; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(1), p. 17-27, jan. 2008.

FRANCO, J. H.; SANTOS, J. N. Um estudo da relação entre o trabalho em equipe e a aprendizagem organizacional. **GES – Revista Gestão e Sociedade**, CEPEAD/UFMG, v. 4, n. 9, p. 737-756, 2010.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. 1. ed. São Paulo: HUCITEC, 2013.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967.

- FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- FREIRE, P; NOGUEIRA, A. **Que Fazer: teoria e prática em educação popular**. 4. ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 1993.
- FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários a prática educativa**. 16. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- FREIRE, P; HORTON, M. **O caminho se faz caminhando - Conversas sobre educação e mudança social**. Petrópolis: Vozes, 2003.
- FURTADO, G. V. N.; KNUTH, A. G. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Rio Grande/ RS: percepções sobre o trabalho realizado pela educação física. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. 20(5), p. 514-523, set. 2015.
- GADELHA, C. A. G; MACHADO, C. V; LIMA, L. D; BAPTISTA, T. V. F. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(6), p. 3003-3016, 2011.
- GADOTTI, M. Educação Popular, Educação Social, Educação Comunitária: conceitos e práticas diversas, cimentadas por uma causa comum. Revista Diálogos: pesquisa em extensão universitária. **IV Congresso Internacional de Pedagogia Social: domínio epistemológico**. Brasília, v.18, n.1, p. 10-32, dez. 2012.
- GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cad. Saúde Pública**. 34(8), p. 1-5, 2018.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; ALMEIDA, P. F. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3), p. 783-794, 2009.
- GOHN, M. G. Retrospectiva sobre a educação popular e os movimentos sociais no Brasil. **Movimento-Revista de Educação**, Niterói, ano 4, n.7, p.10-32, jul./dez. 2017.
- GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(1), p. 7-18, jan. 2011.
- GROPPO, L. A.; COUTINHO, S. C. A educação popular e o campo das práticas socioeducativas: considerações sobre a história da educação popular e de seus desafios atuais. **EccoS – Rev. Cient.**, São Paulo, n. 40, p. 129-143, mai./ago. 2016.
- HABERMAS, J. **Técnica e ciência como “ideologia”**. Tradução de Artur Morão. Lisboa: Edições 70, 1968.
- HABERMAS, J. **Para a reconstrução do materialismo histórico**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. São Paulo: Editora Brasiliense, 1983.
- HABERMAS, J. **Consciência Moral e agir comunicativo**. Tradução: Guido A. de Almeida. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989a.

HABERMAS, J. **Para o Uso Pragmático e Ético da Razão Prática**. Texto apresentado na Conferência da USP. São Paulo: USP, 1989b.

HABERMAS, J. **Pensamento pós-metafísico**: estudos filosóficos. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1990.

HABERMAS J. **Direito e democracia**: entre facticidade e validade, volume I. Tradução de Flávio Beno Siebeneichler. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997. 354p.

HABERMAS, J. **O discurso filosófico da modernidade**: doze lições. Tradução de Luiz Sérgio Repa. Rodnei Nascimento. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

HABERMAS, J. **Teoria do agir comunicativo, 1: racionalidade da ação e racionalidade social**. Tradução Flávio Beno Siebeneichler. São Paulo: Editora WMFMartins Fontes, 2012a. 704p.

HABERMAS, J. **Teoria do agir comunicativo, 2: sobre a crítica da razão funcionalista**. Tradução de Flávio Beno Siebeneichler. São Paulo: Editora WMFMartins Fontes, 2012b. 823p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/> Acesso em: 08 jan. 2019.

JALES, E. D; JALES, R. D; GOMES, J. G. N. O PMAQ-AB enquanto ferramenta de gestão do trabalho em saúde a partir das percepções dos gestores e profissionais de saúde. **RSC online**, 6 (3), p. 77-97, 2017.

JAPIASSU, Hilton. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1976.

JARA, O. **A sistematização de experiência**: prática e teoria para outros mundos possíveis. – 1.ed. Brasília: Contag, 2012.

KANNO, N. P.; BELLODI, P. L., TESS, B. H. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saude soc.** vol. 21, n. 4, out./dez. 2012.

KLEIN, Ana Paula; PIRES, Ana Flávia; D'OLIVEIR, Lucas. O “cabo de força” da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 25, n.1mar. 2017.

KUNH, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. 13. ed. - São Paulo: Perspectiva, 2017.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. saúde coletiva** [online]., vol.15, n.5, p. 2307-2316, 2010.

LEAVELL, H.; CLARK, E.G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LIMA, A. C. S. de, FALCÃO, I. V. A formação do terapeuta ocupacional e seu papel no Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF do Recife, PE. **Cad. Ter. Ocup.** v. 22, n. 1, p. 3-14, 2014.

LIMA, F. L. C. O núcleo de apoio à saúde da família e alguns dos seus desafios. **Revista Saúde e Desenvolvimento.** v.3, n.2, jan/jun 2013.

LIMA, G. K. M; GOMES, L. M. X; BARBOSA, T. L. A. Qualidade de Vida no Trabalho e nível de estresse dos profissionais da atenção primária. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 774-789, jul./set. 2020.

LIMA, J. G; GIOVANELLA, L; FAUSTO, M. C. R; BOUSQUAT, A; SILVA, E. V. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio De Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 52-66, set. 2018.

LIMA, P. R. G; SOUSA, F. O. S; FARIAS, H. S. L; CARMO, Y. A. F. A Educação Popular em Saúde como estratégia fortalecedora do apoio matricial na atenção básica. **Rev. Ed. Popular**, Uberlândia, Edição Especial, p. 204-218, jul. 2020.

LIMA, R. S. de A. e. **Avaliação do processo de trabalho das equipes NASF: análise dos indicadores do 2º ciclo de avaliação externa do PMAQ.** 2016. 94 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

LIMA, V. V; RIBEIRO, E. C. O; PADILHA, R. Q; MOURTHÉ JÚNIOR, C. A. Challenges in the education of health professionals: an interdisciplinary and interprofessional approach. **Interface**, Botucatu, 22 (supl. 2), p. 1549-62, 2018.

LUZ, M. T. Abordagens teóricas: novas práticas em saúde coletiva. In: MINAYO, M. C. S; COIMBRA JR, C. E. A. (Orgs.) **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 708 p. ISBN 85-7541-061-X. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. p. 33-46.

LUZ, M. T. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde Soc**, São Paulo, v.18, n.2, p.304-311, 2009.

MAAR, W. L. Harbermas e a questão do trabalho social. **Lua Nova.** n. 48, São Paulo: dez. 1999.

MACÊDO, N. B. de; ALBUQUERQUE, P. C. de; MEDEIROS, K. R. de. O desafio da implementação da educação permanente na gestão da educação na saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 379-401, maio. /ago. 2014.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cad. Saúde Pública** 33, sup 2, 2017.

MALTA, D. C; ANTOS, M. A. S. S; STOPA, S. R; VIEIRA, J. E. B; MELO, E. A; REIS, A. A. C. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil,

segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(2), p. 327-338, 2016.

MARTINEZ, J. F. N. SILVA, M. S.; SILVA, A. M. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Goiânia (GO): percepções dos profissionais e gestores. **Saúde Debate**. v. 40, n. 110, p. 95-106, jul./set. 2016.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MEDEIROS, C. R. G; JUNQUEIRA, A. G. W; SCHWINGEL. G; CARRENO, I; JUNGLES, L. A. P; SALDANHA, O. M. F. L. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(supl. 1), p. 1521-1531, 2010.

MELO, E. A. (Org.) **Caderno do Curso Apoio Matricial na Atenção Básica com Ênfase nos Nasf: aperfeiçoamento**. 2ª ed. rev. Rio de Janeiro, RJ: EAD/ENSP/FIOCRUZ, 2016.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M.; OLIVEIRA, J. R.; ANDRADE, G. C. L. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**. Rio De Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 38-51, set. 2018.

MELO, E.; MIRANDA, L. Apoio Matricial na Atenção Básica e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família: das concepções e políticas aos desafios no cotidiano. In: MENDONÇA, M. H. M. de. [et al.]. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2018. p. 425-449.

MELO, E. A; MIRANDA, L; SILVA, A. M; LIMEIRA, R. M. N. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. esp.1, p. 328-340, set. 2018.

MELLO, A. S; SANTOS, W, P; OLIVEIRA, A. S. A Educação Popular em Saúde como mediação pedagógica da gestão e práticas colaborativas na Atenção Básica à Saúde. **Saúde em Redes**. 6(1), p. 219-233, 2020.

MELLO, G. A; FONTANELLA, B. J. B; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária: origens e diferenças conceituais. **Rev APS**. 12, p. 204-213, 2009.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDONÇA, P. B. O. **Educação popular como fundamento e prática da pedagogia social: referências para intervenções sociais emancipatórias**. Dissertação (mestrado profissional). Lavras: UFPL, 2016. 175 p.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M; CECCIM, R. B. Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, 2(2), p. 147-160, –mayo. /ago. 2006.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Org.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, p. 29-74, 2009.

MICLOS, P. V; CALVO, M. C. M; COLUSSI, C. F. Avaliação do desempenho das ações e resultados em saúde da atenção básica. **Rev Saude Publica**. 51(86), 2017.

MIGUEL, E. A.; ALBIERO, A. L. M.; ALVES, R. N.; BICUDO, A. M. Trajetória e implementação de disciplina interprofissional para cursos da área de Saúde. **Interface**, Botucatu, 22 (supl. 2), p. 1763-1776, 2018.

MINAYO, M. C. S. Hermenêutica-Dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, M. C. S; DESLANDES, S. F. (Orgs.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. revista e aprimorada. São Paulo: HUCITEC, 2006.

Ministerio de Salud de la Gran Bretaña. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines, 1920**. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 1964. [Publicación científica n. 93].

MOINE, A. Le territoire comme un système complexe: un concept opératoire pour l'aménagement et la géographie. **L'Espace Géographique**, França, v. tomo 35, n. 2, p. 115-132, 2006.

MORGAN, S; PULLON, S; MCKINLAY, E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review. **Int J Nurs Stud**. 52(7), p.1217-30, 2015.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2. ed. – São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2000.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 22. ed. - Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2015a.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 5. ed. Porto Alegre: Sulina, 2015b.

MORIN, E. **O método 3: o conhecimento do conhecimento**. Tradução de Juremir Machado da Silva. Porto Alegre: Sulina, 2015c. 286p.

MORIN, E. **Da necessidade de um pensamento complexo**. Disponível em: http://www.institutocarakura.org.br/arquivosSGC/DOWN_085123MorinDanecessidade deumpensamentocomplexo.pdf Acesso em: 11 jul. 2017.

MORIN, E. **O método 1: a natureza da natureza**. Tradução de Ilana Heineberg. Porto Alegre: Sulina, 2016. 477p.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan./mar. 2018.

MOURA, R. H. de; LUZIO, C. A. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. **Interface**, Botucatu, 18, supl. 1, p. 957-70, 2014.

MOTA NETO, J. C. da; STRECK, D. R. Fontes da educação popular na América Latina: contribuições para uma genealogia de um pensar pedagógico decolonial. **Educar em Revista**, Curitiba, Brasil, v. 35, n. 78, p. 207-223, nov./dez. 2019.

MÜLLER NETO, J. S; ARTMANN, E. Política, gestão e participação em Saúde: reflexão ancorada na teoria da ação comunicativa de Habermas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(12), p. 3407-3416, 2012.

NASCIMENTO, A. G; CORDEIRO, J. C. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: análise do processo de trabalho. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, 17(2), p. 1-20, 2019.

NASCIMENTO, C. M. B. do. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: uma análise da atenção à saúde em municípios da Região Metropolitana do Recife**. 2014. 182 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

NASCIMENTO e SILVA, G. (Re)Conhecendo o Estresse no Trabalho: uma Visão Crítica. Gerais: **Revista Interinstitucional de Psicologia**, 12(1), p. 51-61, 2019.

NICOLA, T; WEIS, A. H. Primary Health Care Planning workshops: construction and validation of an assessment instrument. **Rev Bras Enferm.**73(6), 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0545>

NOGUEIRA, M. L. Expressões da precarização no trabalho do agente comunitário de saúde: burocratização e estranhamento do trabalho. **Saúde Soc.** São Paulo, v.28, n.3, p.309-323, 2019.

NORDI, D. F. **Núcleo de apoio à saúde da família: o processo de implantação em um município paulista**. 2014. 99 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2015.

NOVAES, M. B. C; SOUZA, A. C; DRUMMOND, J. R. Pesquisa participante a serviço da emancipação e da ruptura de silêncios: Uma experiência no Brasil. **Rev. Bras. Psicodrama**, São Paulo, v. 27, n. 1, pp. 39-51, jan.-jun. 2019.

OLIVEIRA, G. N. Apoio matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: CAMPOS, G. W. de S.; GUERRERO, A. V. P. (orgs.) **Manual de práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. Hucitec, 2010, p. 132-153.

OLIVEIRA, L. P. B. de. **O apoio matricial em saúde mental e a qualificação das equipes de saúde da família.** 2015. 104 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz. – Rio de Janeiro, 2015.

OLIVEIRA, M. A. de C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.** 66 (esp), p. 158-64, 2013.

OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. V. S. Formação para o Apoio Matricial: percepção dos profissionais sobre processos de formação. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 27 [2]: 187-206, 2017.

OLIVEIRA, M. M.; PEDRAZA, D. F. Contexto de trabalho e satisfação profissional de enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, p. 765-779, jul./set. 2019.

OLIVEIRA JUNIOR, J. B.; WACHHOLZ, L. B.; MANSKE, G. S.; LANGE, F. C. Promoção da saúde através da educação popular e práticas corporais: potencializando o cuidado e fortalecendo os vínculos sociais. **Motrivivência**, Florianópolis, v. 32, n. 62, p. 01-15, abr./jun. 2020. ISSN 2175-8042.

OMS. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud. **Informe conjunto del Director General de la Organización Mundial de la Salud e del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.** Conferencia Internacional sobre Atención primaria de la salud. Alma-Ata (URSS), p. 6-12, sep. 1978.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa.** Genebra: OMS; 2010.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; CAMPOS, G. W. de S.; FERRER, A. L. et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Rev Saúde Pública** 46(1), p. 43-50, 2012.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS:** contribuições para o debate. Brasília: OPAS, 2011.

PANIZZI, M. **Avaliação da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.** 2015. 172 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

PASQUIM, H.M.; ARRUDA, M. S. B. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: revisão narrativa sobre o apoio matricial na Atenção Básica. **Corpus et Scientia**, v. 9, n. 2, p. 34-44, jul./dez. 2013.

PATROCÍNIO, S. S. da S. M. do; MACHADO, C. V.; FAUSTO, M. C. R. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e implementação em municípios do Rio de Janeiro. **Saúde Debate** v. 39. N. Especial. Rio de Janeiro. p. 105-119, dez. 2015.

PEDRAZA, C. D. F; QUEIROZ, D; SALES, M. C; MENEZES, T. N. Caracterização do trabalho de enfermeiros e profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na Atenção Primária. **ABCS Health Sci.** 43(2), p. 77-83, 2018.

PEDROSA, J. I. S. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde em debate: (re) conhecendo saberes e lutas para a produção da Saúde Coletiva. **Interface**, Botucatu, 25, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.200190>

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.) **Dicionário da educação profissional em saúde**. - 2. ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, p. 419-426, 2008.

PEDUZZI, M., CARVALHO, B. G.; MANDÚ, E. N. T. et al. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 21 [2], p. 629-646, 2011.

PEDUZZI, M; LEONELLO, V. M; CIAMPONE, M. H. T. Trabalho em Equipe e Prática Colaborativa. In: KURCGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em Enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 103-114, 2016.

PEDUZZI, M. Educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas em saúde. In: TOASSI, R. F. C. (Org.) **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** [recurso eletrônico]. 1. ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA (Série Vivência em Educação na Saúde), p. 40-48, 2017.

PEDUZZI M; AGRELI, H. F. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. **Interface**, Botucatu, n. 22 (Supl. 2), p. 1525-34, 2018.

PEREIRA, D. F. F.; PEREIRA, E. T. Revisitando a história da educação popular no Brasil: em busca de um outro mundo possível. **Revista HISTEDBR [online]**, Campinas, n. 40, p. 72-89, dez.2010. ISSN: 1676-2584.

PERUZZO, C. M. K. **Epistemologia e método da pesquisa-ação. Uma aproximação aos movimentos sociais e à comunicação**. Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Comunicação. XXV Encontro Anual da Compós, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, p. 1-22, 2016.

PERUZZO, H. E; BEGA, A. G; LOPES, A. P. A. T; HADDAD, M. C. F. L; PERES, A.M; MARCON, S. S. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**. 22(4), 2018.

PINHEIRO, B. C; BITTAR, C. M. L. Práticas de educação popular em saúde na atenção primária: uma revisão integrativa. **Cinergis**, Santa Cruz do Sul, v. 18, n. 1, out. 2016. ISSN 2177-4005. DOI: <http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v18i1.8049>.

PINTO, A. G. A.; JORGE, M. S. B.; VASCONCELOS, M. G. F.; SOUZA, G. C. de; SILVA, J. A. M. da. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(3), p. 653-660, 2012.

PITANO, S. de C. Problematizando referências para a educação popular: Paulo Freire e Jürgen Habermas. **Revista Sul-Americana de Filosofia e Educação**, n. 28, p. 104-119, maio. /out. 2017.

PROTASIO, A. P.L; GOMES, L. B; MACHADO, L. S; VALENÇA, A. M. G. Factors associated with user satisfaction regarding treatment offered in Brazilian primary health care. **Cad. Saúde Pública**, 33(2), 2017.

TONELLI, B.Q; LEAL, A. P. R; TONELLI, W. F. Q; VELOSO, D. C. M. D; GONÇALVES, D. P; TONELLI, S. Q. Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **RFO UPF**, Passo Fundo, v. 23, n. 2, p. 180-185, maio/ago. 2018.

PMPS. **Prefeitura Municipal de Paraíba do Sul**. [internet]. Disponível em: <http://paraibadosul.rj.gov.br/acidade/dados-gerais>. Acesso em: 13 jan. 2019.

PULGA, V. L. A Educação Popular em Saúde como referencial para as nossas práticas na saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, p.123-46, 2014.

PUTTINI, R. F.; PEREIRA JUNIOR, A; OLIVEIRA, L. R. **Modelos explicativos em Saúde Coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 20 [3], p. 753-767, 2010.

REEVES, S; LEWIN, S; ESPIN, S; ZWARENSTEIN, M. A conceptual framework for interprofessional teamwork. In: BARR, H. (editor). **Interprofessional teamwork for health and social care**. Chichester: Wiley-Blackwell, 2010.

REIS, M. L.; MEDEIROS, M.; PACHECO, L. R.; CAIXETA, C. C. Avaliação do trabalho multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Texto Contexto Enferm**. 25(1), 2016. e2810014.

RIO DE JANEIRO. Governo do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde. **Planejamento Regional – 2012/2013 - Centro Sul**. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/planejamento-em-saude/instrumentos-de-planejamento>. Acesso em: 15 jan. 2019.

RIOS, D. R. S; SOUSA, D. A. B; CAPUTO, M. C. Diálogos interprofissionais e interdisciplinares na prática extensionista: o caminho para a inserção do conceito ampliado de saúde na formação acadêmica. **Interface**, Botucatu, 23, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.180080>

ROCHA, P. R.; DAVID, H. M. S. L. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, 49 (1), p. 129-135, 2015.

RODRIGUES, D. C; PEQUENO, A. M. C; PINTO, A. G. A; CARNEIRO, C; MACHADO, M. F. A. S; MAGALHÃES Jr, A. G; NEGREIROS, F. D. da S. Permanent education and matrix support in primary health care: family health routine. **Rev Bras Enferm.**, 73(6), 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0076>

ROSA, G. A. da; SILVA, D. Q. da. Educação Popular e Questão Social na América Latina: da desigualdade à resistência. **Hispanista**, v. XVIII, n. 69, abr./mayo. /jun. 2017.

ROSSONI, E. Integralidade, Educação Permanente e Trabalho em Equipe: multiplicando sentidos na formação em saúde. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 35-49, jan./jun. 2016.

SAEZ, M. O; FACCHINI, L. A; TOMASI, E. Avaliação da satisfação de usuários da Atenção Básica portadores de hipertensão e diabetes. **APS em Revista**, v. 1, n. 3, p. 206/221, set./dez. 2019. ISSN 2596-3317. DOI 10.14295/aps. v1i3.49

SAMPAIO, J.; MELO, M. C. de; GRIGÓRIO, M. C.; SOARES, R. de S. Processos de Trabalho dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família Junto a Atenção Básica: Implicações para a Articulação de Redes Territoriais de Cuidados em Saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. v. 19, n.1, p. 41-48, 2015.

SANTOS, B. de S. (org.) **Conhecimento Prudente para uma Vida Decente**: um discurso sobre as ciências revisitado. 2. ed. - São Paulo: Cortez, 2006.

SANTOS, B. S. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. In: SANTOS, B. de S.; MENESES, M. P. (Orgs.) **Epistemologias do Sul**. São Paulo: Cortez, p. 31-83, 2010.

SANTOS, D. A. O Brasil e a reforma do Estado: as transformações nas relações de trabalho e os desafios para o serviço social na contemporaneidade. **Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**. Vitória, UFES, p. 1-17, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br>. Acesso em: 27 abr. 2021.

SANTOS, D. S; MISHIMA, S. M; MERHY, E.E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(3), p. 861-870, 2018.

SANTOS, M. **A natureza do espaço**: técnicas e tempo, razão e emoção. 4. ed. 2. reimpr. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.

SANTOS, T. C. dos. **Núcleo de apoio à saúde da família no Brasil**: uma análise a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). 2018. 79 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, 2018.

SANTOS, W. T. M. **Da precarização do trabalho às potencialidades do cuidado: a inserção de profissionais da psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)**. 2015. 172 f. Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo: 2015.

SANTOS, R. A. B. G.; UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R.; LIMA, L. C. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, jul-set, 2017. p. 694-706.

SANTOS, S. F. da S. dos; BENEDETTI, T. R. B.; MEDEIROS, T. F.; FREITAS, C. de La R.; SOUSA, T. F. e; COSTA, J. L. R. The work of physical education professionals in Family Health Support Centers (NASF): a national survey. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum**. 17(6),. p. 693-703, 2015.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(11), p. 3203-3212, 2013.

SEIXAS, C. T.; BADUY, R.S.; CRUZ, K. T.; BORTOLETTO, M. S. S.; SLOMP JUNIOR, H.; MERHY, E. E. O vínculo como potência para a produção do cuidado em saúde: o que usuários-guia nos ensinam. **Interface**, Botucatu, 23, 2019.

SHIMIZU, H. E.; FRAGELLI, T. B. O. Competências profissionais essenciais para o trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Ver Bras Educação Médica** 40(1), p. 216-225, 2016.

SILVA, A. G. F. da. A dinâmica do significado de “educação popular” na América Latina. In: BRAYNER, F. (Org.). **Educação Popular: novas abordagens, novos combates, novas perspectivas**. Volume 2. Recife: Editora Universitária - UFPE, p. 229-243, 2015.

SILVA, A. T. C.; AGUIAR, M. E.; WINCK, K. et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(11), p. 2076-2084, nov. 2012.

SILVA, J. A. M.; PEDUZZI, M. Educação no Trabalho na Atenção Primária à Saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. **Saúde Soc**. São Paulo, v.20, n.4, p.1018-1032, p. 1018-1032, 2011.

SILVA, L. A. A; SCHMIDT, S. M. S; NOAL, H. C; SIGNOR, E; GOMES, I, E, M. Avaliação da educação permanente no processo de trabalho em saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 3, p. 765-781, set./dez. 2016.

SILVA, L. T. da. **Contribuições do Núcleo de Apoio à Saúde da Família para a discussão dos modelos assistenciais na Atenção Primária à Saúde**. 2018. 147 f. Dissertação (Mestrado Profissional). Programa de Mestrado Profissional Interunidade em Formação Interdisciplinar em Saúde. Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2018

SILVA, M. A.; CARDOSO, E. L. S.; MIRANDA, T. T. L.; SAMPAIO, J. Competências emocionais como dispositivo para integralização do cuidado em saúde: contribuições para o trabalho interprofissional. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 10, n. 2, p. 226-239, ago. 2019.

SILVA, M. A. S. O território como um sistema social complexo. In: FURTADO, B. A.; SAKOWSKI, P. A. M.; TÓVOLI, M. H. (Eds.). **Modelagem de sistemas complexos para políticas públicas**. Brasília: IPEA, p. 403-435, 2015.

SOUSA, F. O. S.; ALBUQUERQUE, P. C.; NASCIMENTO, C. M. B.; ALBUQUERQUE, L. C.; LIRA, A. C. O papel do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na coordenação assistencial da Atenção Básica: limites e possibilidades. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1075-1089, out-dez 2017.

SOUZA, A. C.; MARQUES, D.; SILVA, D. S. Contextualizando a Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica em Saúde. In: ABRAHÃO, A. L.; SOUZA, A. C.; MARQUES, D. (Orgs.) **Estratégia Saúde da Famílias: desafios e novas possibilidades para a Atenção Básica em Saúde**. Niterói: editora da UFF, p. 25-48, 2012.

SOUZA, T. S.; MEDINA, M. G. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS? **Saúde Debate**. V. 42, número especial 2, p. 145-158, out. 2018.

SOUZA, T. T. de. **Avaliação de resultados de Núcleos de Apoio à Saúde da Família de Santa Catarina**. 2017. 262 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, 2017.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade, serviços e tecnologia**. – Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

STEIN, E. Dialética e Hermenêutica: uma controvérsia sobre o método em filosofia. **Síntese revista de Filosofia**. v. 10, n. 29, p. 21-48, 1983.

STOTZ, E. M. A educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 3 n. 1, p. 9-30, 2005.

STOTZ, E. M.; DAVID, H. M. S. L. Educação Popular e Saúde. In: SOARES, C. B.; SIVALLI, C. M. **Fundamentos de Saúde Coletiva e o cuidado de Enfermagem**. São Paulo: Ed. Manole, 2013.

STRECK, D. R.; ADAMS, T. Uma prática de pesquisa participante: análise da dimensão social, política e pedagógica. **R. Educ. Públ.** Cuiabá, v. 20, n. 44, p. 481-497, set. /dez. 2011.

TESSER, C. D. Family Health Support Teams, potentialities and barriers: the primary care health outlook. **Interface**, Botucatu, 21(62), p. 565-578, 2017.

THE WORLD CAFÉ COMMUNITY. **Café to go!** A quick reference guide for hosting world café. 2015 [internet]. Disponível em: <http://www.theworldcafe.com/wp-content/uploads/2015/07/Cafe-To-GoRevised.pdf>, Acesso em: 08 fev. 2019.

THIOLLENT M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

THIOLLENT, M; OLIVEIRA, L. Participação, cooperação, colaboração na relação dos dispositivos de investigação com a esfera da ação sob a perspectiva da pesquisa-ação. *Investigação Qualitativa em Ciências Sociais*. Volume 3. **Atas - Investigação Qualitativa em Ciências**. Porto, Portugal, p. 357-66, 2016.

TONELLI, B. Q; LEAL, A. P. R; TONELLI, W. F. Q; VELOSO, D. C. M. D; GONÇALVES, D. P; TONELLI, S. Q. Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **RFO UPF**, Passo Fundo, v. 23, n. 2, p. 180-185, maio/ago. 2018.

UFPB. Universidade Federal da Paraíba. Rede de Educação Popular e Saúde – Redepopsaude. Movimento Nacional dos Educadores Populares em Saúde. **A democratização da nação e a construção da solidariedade social através do SUS não se restringe ao aprimoramento do controle social por conselhos e conferências de saúde**. João Pessoa: UFPB, 04 nov. 2019. Disponível em: <https://www.ufpb.br/redepopsaude/contents/roda-de-conversa/a-democratizacao-da-nacao-e-a-construcao-da-solidariedade-social-atraves-do-sus-nao-se-restringe-ao-aprimoramento-do-controle-social-por-conselhos-e-conferencias-de-saude> Acesso em: 24 fev. 2021.

VALLA, V. V. A crise da interpretação é nossa: procurando entender a fala das classes subalternas. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, p. 35-48.

VALÊNCIO, R. D. **Práticas De Apoio Na Atenção Primária: um SUS que produz veredas**. 2018. 99 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional. Centro de Ciências Humanas e Naturais. Universidade Federal do Espírito Santo - Vitória, ES, 2018.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 4. ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

VASCONCELO, E. M. Educação Popular, um jeito de conduzir o processo educativo. In: VASCONCELO, E. M; CRUZ, P. J. S. C. (Orgs.). **Educação popular na formação universitária: reflexões com base em uma experiência**. São Paulo: Hucitec; João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, p. 28-34, 2011.

VASCONCELOS, E. M. **Complexidade e Pesquisa Interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

VENDRUSCOLO, C; FERRAZ, F; TESSER, C. D; TRINDADE, L. L. Núcleo ampliado de saúde da família: espaço de interseção entre atenção primária e secundária. **Texto Contexto Enferm** [Internet]. 2019; 28:e20170560. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0560>

VENTURA, P. P. B. Quando o educar pela pesquisa se torna uma metodologia ativa. **Revista Inter Ação**, 45(3), p. 985-1001, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ia.v45i3.64818>

VOLPONI, P. R. R.; GARANHANI, M. L.; CARVALHO, B. G. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades como dispositivo de mudança na Atenção Básica em Saúde. **Saúde Debate**. v. 39. N. Especial. Rio de Janeiro, p. 221-231, dez. 2015.

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista semiestruturada



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



Perfil do Participante

Nome (para controle dos participantes): _____

Unidade(s) de trabalho: _____

I) DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Idade: _____ Sexo: () feminino () masculino Raça/ cor: () amarelo () branco () indígena () pardo () preto

Escolaridade: () ensino fundamental incompleto () ensino fundamental completo () ensino médio incompleto () ensino médio completo () ensino superior incompleto () ensino superior completo () especialização incompleta () especialização incompleta () mestrado incompleto () mestrado incompleto () doutorado completo () doutorado completo

Profissão: _____

Tempo de formado (em anos completos): _____

Ocupação na Atenção Básica do município: () ACS () ASB () TSB () auxiliar de enfermagem () técnico de enfermagem () enfermeiro () médico generalista da ESF () assistente social () profissional de educação física () farmacêutico () fisioterapeuta () fonoaudiólogo () profissional com formação em arte e educação - arte educador () nutricionista () psicólogo () terapeuta ocupacional () médico ginecologista/obstetra () médico homeopata () médico pediatra () médico veterinário () médico psiquiatra () médico geriatra () médico internista - clínica médica () médico do trabalho () médico acupunturista () profissional de saúde sanitaria () outros:

Tempo de permanência na última ocupação (em anos completos): _____

Vínculo: () contrato, qual formato? _____ () estatutário

Mora no município que trabalha? () sim () não. Qual município de moradia: _____

Como gostaríamos de entender a distância percorrida pelos profissionais até a unidade de saúde que atuam, seria muito importante saber o seu endereço. Sabemos que é uma informação que nem todos podem ou desejam fornecer. Por conta disso, pedimos, caso possa, que nos forneça o CEP da sua residência, assim teremos uma medida aproximada da distância.

CEP: _____-_____

Como, na maior parte das vezes, você vai trabalhar? () transporte público () veículo próprio () veículo da prefeitura () transporte solidário - carona () bicicleta () caminhando - a pé

2) ASPECTOS RELEVANTES NO DESEMPENHO DA OCUPAÇÃO ATUAL

Qual sua carga horária contratual alocada na Atenção Básica no município de Paraíba do Sul? () 10h () 20h () 30h () 40h () superior a 40h.

Tem outro vínculo no município de Paraíba do Sul? () sim, qual a carga horária? _____ () não

Trabalha em outro município? () sim, qual? _____

Em que ocupação trabalha em outro município? _____ Qual a carga horária? _____

Você já trocou de equipe/ unidade na Atenção Básica de Paraíba do Sul? () sim, quantas vezes? _____ () não

Em quantas unidades de saúde no município de Paraíba do Sul você desenvolve as suas atividades? _____

Em quantas equipes da Atenção Básica (ESF) do município de Paraíba do Sul você atua? _____

Recebeu ou recebe do município de Paraíba do Sul algum tipo de formação para o desenvolvimento das suas atividades na Atenção Básica? () sim, quais? _____

_____ () não

A formação recebida foi oferecida: () pelo próprio município () por instituições externas

3) ASPECTOS RELACIONADOS AO TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE PARAÍBA DO SUL

Questão	Discordo plenamente	Discordo	Concordo	Concordo plenamente
Com frequência faço coisas novas e interessantes no meu trabalho?				
Cada vez falo mais e com mais frequência de forma negativa sobre meu trabalho?				
Ultimamente, tenho realizado meu trabalho de forma quase mecânica?				
Considero meu trabalho um desafio positivo?				
Com o passar do tempo, venho me desinteressado do meu trabalho?				
Sinto-me cada vez mais empenhado no meu trabalho?				
Muitas vezes sinto-me farto das minhas tarefas?				
Há dias em que me sinto cansado antes mesmo de chegar ao trabalho?				
Depois do trabalho, preciso de mais tempo para sentir-me melhor do que precisava antigamente?				
Consigo suportar muito bem as pressões do meu trabalho?				
Durante o meu trabalho, sinto-me emocionalmente esgotado?				
Depois das tarefas profissionais, tenho energia para as minhas atividades de lazer?				
Depois do trabalho, sinto-me cansado e sem energia?				

APÊNDICE B - Roteiros das oficinas 1 e 2.



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



Roteiro das Oficinas

As oficinas serão desenvolvidas sobre a técnica do World Café. Cada oficina terá em média a duração de até 2 horas e 30 minutos, divididas em três tempos: discussão, sistematização e síntese. O grupo de participantes de cada oficina será dividido em quatro subgrupos, onde os quais farão rodízio a cada 20 minutos nos subgrupos, de modo que todos tenham a possibilidade de discutir os diferentes aspectos da temática central. Em cada subgrupo será eleito um anfitrião que ficará fora do rodízio, e terá uma questão disparadoras distinta para nortear a discussão. Ao final do rodízio, cada subgrupo apresentará sua sistematização. Na sequência, segue a uma plenária para a síntese do material levantado.

Oficina 1: Diagnóstico participativo

➤ **Objetivos:**

Caracterizar o apoio matricial das equipes NASF ressaltando sua interação com as equipes de referência e o território adscrito; identificar os saberes e práticas implicados no apoio matricial desenvolvido pelas equipes NASF.

➤ **Questões disparadoras:**

1. Como tem sido realizado o apoio matricial no cotidiano das práticas em saúde na ABS do município?
2. Em relação a dimensão pedagógica do apoio matricial, como tem se dado a relação entre a equipe da ESF e o NASF?
3. Que saberes são necessários para o desenvolvimento do apoio matricial no Município de Paraíba do Sul?
4. Que práticas em saúde têm sido utilizadas como ferramentas para o apoio matricial na ABS do município?

Oficina 2: Mapeamento do apoio matricial na ótica da EPS

➤ **Objetivo:**

Mapear as contribuições do apoio matricial desenvolvido na perspectiva da EPS para a qualificação da Atenção Primária à Saúde.

➤ **Questões disparadoras:**

1. Que contribuições o apoio matricial oferece para a qualificação da ABS do Município de Paraíba do Sul?
2. Que atributos da EPS são identificados nas práticas do apoio matricial no Município de Paraíba do Sul?
3. Como identificamos a contribuição do apoio matricial na qualificação da ABS do Município de Paraíba do Sul?
4. Como tem se dado a participação popular no processo de qualificação da ABS do Município de Paraíba do Sul?

APÊNDICE C - Roteiro simplificado – observação participante



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



Roteiro Simplificado – Observação Participante

As observações se darão nos momentos de práticas profissionais em que envolvam o apoio matricial, podendo estar presente durante as reuniões de equipe, discussão de casos, consultas, interconsultas, consultas conjuntas, grupos educativos e educação em saúde, visitas domiciliares, articulação intersetorial, rodas de educação permanente, dentre outras.

➤ **Objetivos:**

Conhecer as potencialidades e dificuldades das equipes NASF no processo de matriciamento; identificar os princípios da Educação Popular em Saúde presentes no apoio matricial desenvolvido pelas equipes NASF

As observações partirão dos seguintes eixos:

➤ **Estrutura:**

- Onde são realizadas as atividades; há privacidade; tem recursos suficientes para a abordagem necessária; como se dá o acesso dos pacientes; onde ficam os profissionais/ os pacientes.

➤ **Atitude profissional frente as necessidades dos pacientes:**

- Como acontece o acolhimento do paciente; quem faz a recepção do paciente; como se dá a dinamização da oferta de cuidado; qual é a linguagem utilizada; há clareza nas explicações; há divisão de falas; há escuta; como se dá a comunicação entre os profissionais.

➤ **Interação entre as equipes:**

- Como são dinamizados os processos pedagógicos do matriciamento; como acontece o compartilhamento dos casos/ cuidado; como está organizado as agendas; como se estabelece a comunicação com a rede assistencial interna e externa.

➤ **Conhecimento/ uso dos recursos do território e rede assistencial:**

- Há mapeamento da rede assistencial; como acessam a rede assistencial; todos conhecem a rede assistencial; que recursos não assistenciais são reconhecidos como inseridos na rede de cuidados.

➤ **Desenvolvimento do apoio matricial como ferramenta de ampliação do escopo de atuação:**

- Como acontece o apoio matricial; que ferramentas são ofertadas como recurso técnico assistencial e pedagógico; que disparadores são acionados para caracterizar a necessidade de apoio.

➤ **EPS como mediação pedagógica:**

- Que atributos da EPS são utilizados no matriciamento: o diálogo; a amorosidade; a problematização; a construção compartilhada do conhecimento; a emancipação; e o compromisso com a construção do projeto democrático e popular; como se dá a participação popular nos momentos decisórios do cuidado compartilhado.

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu **Alex Simões de Mello**, portador do CPF nº 038815847-65, aluno do Curso de Doutorado, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da pela Faculdade de Enfermagem/ Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Fenf/ UERJ), realizo um estudo intitulado **“O Agir Pedagógico na Construção do Apoio Matricial: caminhos possíveis no compartilhamento do cuidado”**, cujo objetivo é Analisar a dimensão pedagógica do apoio matricial, a partir dos saberes e práticas das equipes NASF no Município de Paraíba do Sul/ RJ, considerando os princípios da Educação Popular em Saúde e sua contribuição para a qualificação da Atenção Primária à Saúde. O desenvolvimento deste estudo tem a orientação da Profª Drª Sonia Acioli.

Desta forma, convidamos você para participar da pesquisa. Sua colaboração se dará pela participação nas oficinas em grupo e durante as observações do pesquisador às atividades desenvolvidas por você e sua equipe de trabalho. Todas as atividades serão previamente pactuadas e agendadas, bem como terão seu conteúdo anotados em diário próprio pelo pesquisador, gravado em áudio no formato MP3, e feito a produção de imagens fotográficas. Esse conteúdo de áudio será transcrito, e junto as imagens serão gravadas em CD. Após 5 anos, todo o material será destruído.

Cabe esclarecer que, a participação na pesquisa se dará por adesão e adotará um caráter ativo na coprodução dos conhecimentos. Para isso requer alguns critérios, denominados de **critérios de inclusão**, tais como: estar com o CNES ativo na APS do município; atuar na APS do município há pelo menos 12 meses; não estar de férias, licença ou qualquer tipo de afastamento no período da coleta de dados; não ocupar cargo de gestão ou similar no município; estar ciente e de acordo com todas as condições expressas no TCLE; estar disponível a cooperar com a pesquisa.

Estarão desabilitados a participar da pesquisa, os que se enquadrarem nos **critérios de exclusão**, tais como: os sujeitos que não estiverem com o CNES ativo na APS do município; ter um tempo de atuação na APS do município inferior a 12 meses; estar de férias, licença ou qualquer tipo de afastamento no período da coleta dos dados; ocupar cargo de gestão ou similar no município; discordar com qualquer condição expressa no TCLE; ter condição declarada que impeça de cooperar com a pesquisa.

Como ponto de preocupação comum a todos os participantes e pesquisadores, cabe esclarecermos os seguintes itens:

1. Este estudo não apresenta riscos físicos ou biológicos aos participantes.
2. Caso você venha sentir algum desconforto em participar de alguma das atividades da pesquisa, terá assistência integral, sendo acompanhado e/ou orientado pelo pesquisador, caso necessário.
3. Se você, também, não se sentir à vontade em compartilhar alguma informação pessoal ou confidencial durante estes momentos, não será obrigado.
4. A sua participação é inteiramente voluntária, estando livre para se desligar do estudo em qualquer momento, sem que isto afete o seu relacionamento com a instituição.
5. Caso o pesquisador julgue necessário para o seu bem-estar, também pode retirá-lo da pesquisa a qualquer momento.
6. A sua participação não lhe trará custos, como também não haverá nenhuma forma de pagamento pela participação.
7. Ao assinar este documento o (a) senhor (a) não desiste de nenhum de seus direitos. Além disso, o (a) senhor (a) não libera os investigadores de suas responsabilidades legais e profissionais no caso de alguma situação que lhe prejudique.
8. Os dados coletados serão armazenados por no mínimo 5 anos, pois após o término deste prazo, poderão ser descartados.

Rubrica do Orientador

Rubrica do Pesquisador

Rubrica do Participante

9. Os resultados são confidenciais e serão utilizados unicamente para fins de pesquisa que não há riscos no processo de coleta de dados.
10. Além disso, ciente da garantia de privacidade e anonimato, autorizo a publicação dos resultados das análises parcialmente ou em conjunto para efeito público.
11. Em caso de dúvidas Sr. (a) deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contatando o Comitê de Ética em Pesquisa com endereço no final do deste documento.
12. As informações que vier a fornecer serão úteis para melhoria das práticas dos profissionais de saúde na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), contribuindo para o fortalecimento da APS e do SUS.

Depois de conhecer e entender o objetivo geral, procedimento metodológico e benefícios da pesquisa, bem como estar ciente da necessidade do uso da minha imagem e/ou depoimento, AUTORIZO, através do presente termo, ao pesquisador, da pesquisa especificada, a realizar fotos que se façam necessárias e/ou colher meu depoimento, também sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes. Ao mesmo tempo, libero a utilização dessas fotos e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos, em favor dos pesquisadores da pesquisa.

Este termo será assinado em duas vias, sendo uma via ficará com você e outra para o pesquisador. Todas as páginas serão rubricadas pelos pesquisadores e por você.

Eu _____, portador do RG.: _____ fui completamente orientado sobre o estudo, de acordo com sua natureza, propósito e duração. Pude questionar sobre todos os aspectos do estudo e fui informado de que a qualquer momento outras possíveis dúvidas serão sanadas pelo pesquisador e/ou investigador responsável.

Assinatura

Rio de Janeiro, 29 de outubro de 2019.

Profª Dra. Sonia Acioli

Alex Simões de Mello

-Pesquisador Doutorando: Alex Simões de Mello - E-mail: axmello@gmail.com / Tel.: (21) 97960-5834

-Pesquisadora Orientadora: Sonia Acioli de Oliveira, Profª Permanente do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UERJ (PPGENF/UERJ). E-mail: soacioli@gmail.com / Celular: (21) 99764-1180.

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato ao: **CEP da instituição proponente (CEP-UERJ)**: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br- Telefone: (021) 2334-2180

APÊNDICE E - Formação de categorias empíricas

Quadro 5 - Formação de categorias empíricas (continua)

Unidades de Significação	Núcleos de Sentido	Unidade de análise
Feedback do usuário de maneira informal	Conhecimentos que embasam a construção do apoio matricial	Saberes compartilhados e sua interação com a prática no Apoio Matricial
Conhecimento técnico-científico sobre as linhas de cuidado na ABS		
Conhecimento do território, incluindo o perfil epidemiológico, econômico e sociocultural da população		
Conhecimento permanente da RAS		
Reconhecimento da demanda dos usuários		
Reconhecimento de problemas na interação entre profissionais	Conhecimentos sobre a interrelação pessoal e a comunicação	
Dificuldade em lidar com o tempo reduzido de alguns profissionais nas UBS		
Pouca aproximação entre profissionais das equipes		
Dificuldades em lidar com os grupos de mensagens virtuais		
Uso de diferentes linguagens na comunicação com os usuários		
Reconhecimento de aprimoramento na relação entre equipes	Conhecimentos sobre o trabalho em equipe	
Atuação em equipe interdisciplinar		
Valorização do saber popular (cultura e linguagem da população)		
Comunicação interprofissional	Conhecimentos que favorecem a interrelação dos saberes com as práticas do apoio matricial	
Aproximação dos saberes com as práticas do cuidado		
Entendimento do PTS como um dispositivo agregador de saberes e redutor das diferenças		
Dificuldade de manter a longitudinalidade no cuidado		

Quadro 5 - Formação de categorias empíricas (continuação)

Demanda de emergência Promoção do autocuidado Consultas individuais, conjuntas ou interconsultas Acolhimento aos usuários na UBS, priorizando a escuta	Práticas orientadas ao cuidado individual	Práticas articuladas aos saberes compartilhados no apoio matricial
Reunião de equipe, incluindo discussões de casos e planejamento das ações Participação interativa e colaborativa em grupos de trabalho Avaliações das atividades conjuntas entre equipe e NASF	Práticas relacionadas ao trabalho em equipe/ colaborativo	
Visitas domiciliares Encaminhamentos a outros pontos da rede assistencial Reunião comunitária Atividades do PSE Elaboração do PTS Avaliação das vulnerabilidades Eventos para a mobilização social e comunitária Busca ativa pelos ACS Interação e atuação em espaços intersetoriais Integração entre os serviços de saúde	Práticas relacionadas a interação com o território	
Grupos educativos e terapêuticos Rodas de conversa informal entre profissionais e profissionais e usuários Salas de espera como dispositivo de feedback dos usuários para a equipe	Práticas orientadas ao cuidado coletivo	

Quadro 5 - Formação de categorias empíricas (conclusão)

<p>Geração de novos conhecimentos a partir das trocas de saberes</p> <p>Espaços garantidos e adequados de Educação Permanente em Saúde</p> <p>Ampliação da perspectiva do cuidado, com a visão integral do usuário e o fortalecimento das redes de apoio</p> <p>Oferecimento de informações sobre a RAS aos usuários</p> <p>Desperta a discussão, provoca a necessidade do diálogo e oferece novas práticas do cuidado</p>	<p>Compartilhamento de saberes e práticas do cuidado pelo apoio matricial</p>	<p>Estratégias de atuação do apoio matricial na práxis do cuidado na ABS</p>
<p>Ferramentas interativas para comunicação entre equipes e com os usuários (troca de mensagens)</p> <p>Uso de redes sociais virtuais para dialogar com a população</p> <p>Agenda de trabalho compartilhada entre as equipes NASF e ESF</p>	<p>Interação e comunicação no trabalho colaborativo</p>	
<p>Problemas no cumprimento das agendas compartilhadas</p> <p>Não há compartilhamento de agendas, apenas a tentativa de compatibilizar</p>		
<p>Humanização da assistência à saúde</p>	<p>O trabalho colaborativo entre equipes NASF e ESF na ampliação da resolutividade da atenção à saúde</p>	
<p>Otimização do processo de trabalho</p>		
<p>Promoção do envolvimento efetivo da equipe</p>		
<p>Amplia a resolutividade</p> <p>Melhora a resolubilidade, a eficiência e a eficácia da atenção à saúde na ABS</p> <p>Dificuldade de acesso a algumas UBS</p>		
<p>Manutenção do vínculo (fortalecido) com os usuários, o território e RAS (relação de confiança)</p> <p>Proposição de alinhar e estimular as PIC, como novas racionalidades no cuidado</p>		
<p>Corresponsabilização do usuário</p> <p>O usuário como centro do cuidado</p> <p>Participação em instâncias formais e informais do controle social</p> <p>Facilita a participação popular</p>	<p>A educação popular como norteadora do apoio matricial</p>	

Fonte: O autor, 2020.

APÊNDICE F - Proposta de Oficina “Diálogos com Agentes Comunitários de Saúde: (re)visitando o processo de trabalho na ABS”.

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAÍBA DO SUL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO BÁSICA
COORDENAÇÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**

Proposta de Oficina para Agentes Comunitários de Saúde

Data: 28/11/2019

Horário: 8 às 12h, e 13 às 17h

Local: Teatro Municipal Mariano Aranha

Responsável: Caroline Martins

Facilitador: Alex Mello

Tema: Processo de trabalho: informações em saúde

Título: “Diálogos com Agentes Comunitários de Saúde: (re)visitando o processo de trabalho na ABS”.

Apresentação

Como proposta mensal de qualificação do trabalho na Atenção Básica do município de Paraíba do Sul pela Educação Permanente em Saúde esta proposta se alinha a necessidade em adequação do processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família ao plano de qualificação por performance, conduzido pela alteração no financiamento deste nível de atenção pelo Ministério da Saúde.

Para esta atividades, foram estabelecidos os seguintes **objetivos**:

- Discutir o papel do ACS na Rede de Atenção à Saúde do município de Paraíba do Sul;
- Reconhecer a importância das atividades desenvolvidas pelo ACS no trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família (ESF);
- Conhecer os limites e potencialidades do trabalho do ACS no compartilhamento de informações via E-SUS.

Como **metodologia**, a proposta está pautada no diálogo e na construção compartilhada, partindo da vivência dos participantes, agregando elementos necessários às novas exigências do Ministério da Saúde sobre o financiamento e o sistema de informação. A partir de então, constrói-se com esses profissionais, novas pactuações de trabalho na Atenção Básica.

A atividade se dará em dois turnos com o mesmo conteúdo cada, pois o grupo de ACS precisará ser dividido em dois subgrupos, um pela manhã e outro a tarde, do mesmo dia. Dessa maneira, propomos a seguinte estrutura:

Turno	Horário	Atividade	Recurso	Responsável
Manhã	08:00-8:30	Acolhimento e acomodação - Dinâmica do equilíbrio	Espaço de convivência, teia de barbante e um ovo inteiro	Alex
	08:30-09:30	- Apresentação das atividades, dúvidas e sugestões. - Escuta sobre o cotidiano do trabalho.	Cadeiras em círculo	
	09:30-09:45	Intervalo		
	09:45-11:00	Teatro do Oprimido: a partir de um caso sobre o trabalho do ACS – 2 atos.	Espaço livre para dramatização no centro de um círculo de cadeiras	Alex e apoiadores
	11:00-11:50	Resgate as pactuações do processo de trabalho do ACS - Dinâmica do quebra-cabeça	Espaço livre para circulação no centro de um círculo de cadeiras	
	11:50-12:00	Avaliação da oficina	Cadeiras em círculo	
Tarde	13:00-13:30	Acolhimento e acomodação - Dinâmica do equilíbrio	Espaço de convivência, teia de barbante e um ovo inteiro	Alex
	13:30-14:30	- Apresentação das atividades, dúvidas e sugestões. - Escuta sobre o cotidiano do trabalho.	Cadeiras em círculo	
	14:30-14:45	Intervalo		
	14:45-16:30	Teatro do Oprimido: a partir de um caso sobre o trabalho do ACS – 2 atos.	Espaço livre para dramatização no centro de um círculo de cadeiras	Alex / apoiadores
	16:30-16:50	Resgate as pactuações do processo de trabalho do ACS - Dinâmica do quebra-cabeça	Espaço livre para circulação no centro de um círculo de cadeiras	
	16:50-17:00	Avaliação da oficina	Cadeiras em círculo	

Caso para o desenvolvimento do Teatro do Oprimido:

O caso proposto para esta atividade tem caráter disparador, provocativo das questões que precisam ser trabalhadas na dramatização. Para isso, é importante que o desenvolvimento das cenas contenha algum grau de crítica sobre o processo vivenciado, com a introdução dos diferentes olhares e uma reflexão projetada sobre a prática cotidiana.

Ato 1 (o papel do ACS e a importância do trabalho em equipe):

Na Unidade Básica de Saúde chegaram para a reunião de equipe João e Maria, ambos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da equipe “Felicidade”. Enquanto esperavam a equipe se organizar, os dois ACS iniciaram uma conversa sobre o trabalho na Atenção Básica. João e Maria falavam de formas diferentes de desenvolver as atividades no território. Eles abordaram o cadastramento, a visita domiciliar e o trabalho da equipe com as famílias cadastradas.

Ato 2 (os limites e potencialidades no compartilhamento de informações):

Durante a reunião da equipe “Felicidade”, a enfermeira pediu que João e Maria falassem sobre a semana. Foi pedido que contassem sobre as demandas e o estado de saúde das famílias visitadas, e ainda descrevessem como são eleitas as prioridades para cada um.

Síntese:

Ao final de cada ato é de extrema importância que se faça uma síntese do processo experienciado durante a atividade até o momento. Tentar resgatar elementos estruturantes que fizeram parte da cena e surgiram a partir da interação com os demais componentes, que foram se agregando a proposta inicial.

ANEXO - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Agir Pedagógico na Construção do Apoio Matricial: caminhos possíveis no compartilhamento do cuidado

Pesquisador: ALEX SIMOES DE MELLO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 20168319.5.0000.5282

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.577.440

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo exploratório com abordagem qualitativa e caráter empírico, organizado a partir de métodos participativos. O município de Paraíba do Sul, localizado na região Centro Sul Fluminense atendeu satisfatoriamente para todos os critérios de inclusão nesta pesquisa. Os participantes do estudo serão os profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) do referido Município. A participação se dará por adesão, com caráter ativo na coprodução do conhecimento. A proposta da pesquisa será apresentada aos profissionais de saúde do município através de uma articulação com a gestão local na busca da melhor maneira de promover esse encontro, otimizando aqueles já consolidados. Para participarem do estudo, os profissionais devem estar ativos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) na APS do município; atuar na Atenção Primária de saúde (APS) do município há pelo menos 12 meses; não estar de férias, licença ou qualquer tipo de afastamento no período da coleta de dados; não ocupar cargo de gestão ou similar no município; estar ciente e de acordo com todas as condições expressas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); estar disponível a cooperar com a pesquisa.

Para a coleta de dados serão utilizadas oficinas com a técnica do World café, além da observação participante. Para essas atividades não está condicionada, necessariamente, o uso de roteiros. Mas para aquelas que exigem, será utilizado roteiro semi-estruturado. Para o levantamento do perfil dos participantes será utilizado um roteiro estruturado.

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 3.577.440

Utilizaremos gravações em formato MP3, em aparelho gravador apropriado. A análise dos dados utilizará a fundamentação teórico-metodológica baseada na Hermenêutica-Dialética.

Objetivo da Pesquisa:

O estudo pretende, como objetivo geral, analisar a dimensão pedagógica do apoio matricial, a partir dos saberes e práticas das equipes do NASF no Município de Paraíba do Sul/RJ, considerando os princípios da Educação Popular em Saúde e sua contribuição para a qualificação da Atenção Primária à Saúde.

Os objetivos específicos são: (i) caracterizar o apoio matricial das equipes NASF ressaltando sua interação com as equipes de referência e o território adscrito; (ii) identificar os saberes e práticas implicados no apoio matricial desenvolvido pelas equipes NASF; (iii) conhecer as potencialidades e dificuldades das equipes NASF no processo de matriciamento; (iv) identificar os princípios da Educação Popular em Saúde presentes no apoio matricial desenvolvido pelas equipes NASF; e, (v) mapear as contribuições do apoio matricial desenvolvido na perspectiva da EPS para a qualificação da Atenção Primária à Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo aponta riscos mínimos como desconfortos e/ou constrangimento no momento das atividades de coleta de dados, tanto pela observação participante, quanto nos momentos de oficinas. A exposição de questões pessoais, relacionadas a vivência e ao cotidiano do trabalho, podem trazer tal desconforto, estando facultativo ao participante sua contribuição. De certo que, para minimizar tais episódios, o pesquisador precisa estar atento e buscar manter uma atmosfera cuidadosa com a segurança das informações, exposição dos participantes e asseverar o sigilo dos assuntos ali tratados. Em qualquer momento do estudo o participante pode solicitar o seu afastamento da pesquisa sem prejuízo institucional na relação trabalhista com o município.

Sobre os benefícios, a pesquisa pode promover a construção compartilhada de conhecimentos sobre as contribuições da EPS no apoio matricial, com vistas a qualificação da APS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O apoio matricial ou matriciamento tem sido reconhecido como dispositivo metodológico e arranjo organizacional, indutor de melhores resultados da assistência no âmbito da APS. De forma genérica, o matriciamento se apresenta como apoio especializado, oferecido como suporte à equipes e profissionais que estão em linha de frente, nos territórios de saúde. Atua na reorganização do processo de trabalho por meio de uma matriz estrutural na resolução de problemas. Busca expandir as formas de olhar para o processo, mesclando saberes e práticas

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
 Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

Continuação do Parecer: 3.577.440

especializadas ou não especializadas, científicas ou populares. O matriciamento procura estabelecer formas dialógicas e horizontalizadas de atuação, instrumentalizando em via de mão dupla as equipes de referência e de apoio cada qual sob o aspecto que couber no processo disposto. Assim, o estudo tem relevância tanto teórica como prática para a área de saúde e para os usuários desses serviços investigados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória cumprem os critérios estabelecidos pelo CEP.

A exceção é o TCLE que, por ser apresentado em 2 páginas, precisa que ao final da primeira conste espaço para rubrica do pesquisador e do participante.

Recomendações:

Recomenda-se inserir, ao final da primeira página do TCLE, espaço para rubrica do pesquisador e do participante.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para setembro de 2020. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1420800.pdf	26/08/2019 23:44:11		Aceito
Outros	Instrumento_3_Roteiro_Simplificado_Observacao_Participante.pdf	26/08/2019 23:40:35	ALEX SIMOES DE MELLO	Aceito
Outros	Instrumento_2_Roteiro_das_Oficinas.pdf	26/08/2019 23:39:01	ALEX SIMOES DE MELLO	Aceito
Outros	Instrumento_1_Perfil_dos_Participantes.pdf	26/08/2019 23:38:01	ALEX SIMOES DE MELLO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	26/08/2019 23:36:29	ALEX SIMOES DE MELLO	Aceito
Declaração de Instituição e	Declaracao_de_Instituicao_e_infraestrutura.pdf	26/08/2019 23:35:14	ALEX SIMOES DE MELLO	Aceito

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ªand. SI 3018
 Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 3.577.440

Infraestrutura	Declaracao_de_Instituicao_e_infraestrut ura.pdf	26/08/2019 23:35:14	ALEX SIMOES DE MELLO	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	26/08/2019 23:33:04	ALEX SIMOES DE MELLO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	26/08/2019 23:31:14	ALEX SIMOES DE MELLO	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	26/08/2019 23:26:10	ALEX SIMOES DE MELLO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	26/08/2019 23:25:34	ALEX SIMOES DE MELLO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 16 de Setembro de 2019

Assinado por:

Patricia Fernandes Campos de Moraes
(Coordenador(a))

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ªand. SI 3018
Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br