



Argumentum

E-ISSN: 2176-9575

revistaargumentum@yahoo.com.br

Universidade Federal do Espírito Santo  
Brasil

Rodrigues SANTOS, Eliezer; Bettoli LANZA, Líria Maria  
O Matriciamento no NASF: interpretações sobre o trabalho do Assistente Social  
Argumentum, vol. 6, núm. 2, julio-diciembre, 2014, pp. 233-246  
Universidade Federal do Espírito Santo  
Vitória, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=475547143017>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## ARTIGO

# O Matriciamento no NASF: interpretações sobre o trabalho do Assistente Social

*The matrix support in NASF:  
interpretations on the work of the social worker*

Eliezer Rodrigues SANTOS<sup>1</sup>  
Líria Maria Bettoli LANZA<sup>2</sup>

**Resumo:** O Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF é uma iniciativa de apoio matricial que, inscrito no cenário nacional em 2008, prevê a inserção de equipes multidisciplinares no cotidiano do trabalho da atenção básica. Percebeu-se que a atuação no NASF possibilita uma nova forma de inserção deste profissional na política de saúde e que os sujeitos do estudo demonstram entusiasmo com a proposta do NASF em face de suas potencialidades. Nas considerações finais, é apontada a necessidade de atuar na perspectiva do matriciamento, tendo em vista a interdisciplinaridade e a superação do modelo médico – hegemônico.

**Palavras-chave:** Apoio Matricial. Estratégia saúde da família. Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Serviço social.

**Abstract:** The Support Nucleus for Family Health - NASF is an initiative of matrix support which entered the national stage in 2008, provides for the integration of multidisciplinary teams in the daily work of primary care. It was noticed that the acting in NASF provides a new way of integrating this professional in health policy and that the subjects of the study demonstrate enthusiasm for the proposal of NASF in the face of its potential. In the findings pointed to the need to act in perspective the matricial in view, interdisciplinarity and the overcoming of the medical model - hegemonic.

**Keywords:** Matrix Support. Family Health Strategy. Nucleus of Support for Family Health. Social Work.

*Submetido em 28/08/2014. Revisado em 06/10/2014. Aceito em 06/11/2014.*

<sup>1</sup> Assistente Social. Mestre em Serviço Social e Política Social pela Universidade Estadual de Londrina (UEL, Brasil). Assistente Social da Prefeitura Municipal de Londrina (Paraná, Brasil). E-mail: <eliezerrodrigues2@hotmail.com>.

<sup>2</sup> Assistente social. Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP, Brasil). Docente do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina (UEL, Brasil). E-mail: <liriabettoli@uel.br>.

## **Introdução**

**A** criação do Programa Saúde da Família (PSF), na década de 1990, expressa a intencionalidade de se construir práticas de saúde resolutivas e integrais, as quais dialogam com o conceito de saúde plasmado na Constituição Federal de 1988. O PSF, que posteriormente foi concebido como uma estratégia de reorientação da Atenção básica, estrutura-se a partir de equipes multidisciplinares, com profissionais generalistas.

Com a inserção da Estratégia Saúde da Família (ESF) nas comunidades, essas equipes encontraram uma realidade social complexa e difícil de ser desvelada, a qual se apresenta por elementos não somente patológicos, ou seja, fatores que exigem dos profissionais uma postura diferenciada no que se refere ao cuidado com a saúde, sobretudo, a ampliação do alcance e a resolutividade das ações.

Nessa perspectiva, tornou-se necessária a criação e implementação de dispositivos para qualificar a atuação que transcende as áreas de conhecimento, atualmente preconizadas na composição dessas equipes. Entre tais dispositivos, as estratégias de apoio matricial assumem destaque como um conjunto de iniciativas de qualificação e suporte à Atenção Básica, concebendo-se um arranjo organizacional que pretende oferecer apoio especializado aos profissionais a partir de ações técnico-pedagógicas (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

As construções teórico-conceituais em torno do matriciamento, assim como experiências de apoio matricial desenvolvidas em diversos locais do país, foram referência para a elaboração dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), prevista na Portaria MS n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Os NASF têm como objetivo ampliar a abrangência, o escopo e a resolutividade das ações da Atenção Básica, apoiando a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços de saúde a partir da constituição de equipes multidisciplinares (BRASIL, 2008). Uma vez que o NASF é constituído na perspectiva do apoio matricial, sendo esta uma de suas atribuições, é estabelecido como um espaço privilegiado para a realização do matriciamento às equipes da Estratégia Saúde da Família e inclui o assistente social como um dos possíveis profissionais a compor o trabalho do NASF.

A possível inserção do assistente social aponta para um espaço, profícuo em diversidade e possibilidades para esse profissional. O qual requer ser decifrado em suas contradições, potencialidades, particularidades e relações de trabalho nas quais se inscreve. Essa necessidade se expressa, ainda, na ausência de práticas desse cunho nos Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Política de Saúde, publicado em 2010 pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), que além de não apontar o matriciamento como parte do processo de trabalho do assistente social na saúde, tampouco localiza o NASF como espaço sócio-ocupacional. Não obstante, o Serviço Social foi inserido entre as áreas estratégicas de atuação das equipes NASF

nas diretrizes ministeriais para implantação do programa no país (BRASIL, 2009). A ausência de produções tende a reforçar as incertezas e inseguranças nos profissionais que atuam na execução da política, bem como nos gestores que possuem o papel de indução da proposta e de definir quais profissionais irão compor as equipes. Em tese, essa definição dar-se-ia pelas necessidades de saúde apresentadas pela realidade do município, mas se torna mais complexa à medida que não se clarifica as possibilidades da atuação dos profissionais.

Atualmente, o matriciamento em Saúde da Família tem como referencial as elaborações do campo da Saúde Coletiva que, apesar de ter uma produção em franca expansão, não contempla na totalidade as necessidades dos assistentes sociais que se propõem a atuar nessa perspectiva.

Este artigo tem por objetivo discutir o trabalho do assistente social do NASF a partir da lógica do matriciamento. Para isso, apresenta parte dos resultados de uma pesquisa que teve como material principal as contribuições dos assistentes sociais que atuam nas equipes NASFs existentes na mesorregião Norte Central Paranaense, formada pela união de 79 municípios agrupados em oito microrregiões<sup>3</sup> (INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL, 2012). Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (BRASIL 2012), nessa região existem sete

cidades com equipes NASFs. Conforme informações obtidas junto aos municípios, existem assistentes sociais na composição das equipes de quatro municípios. Há variações em relação ao número de assistentes sociais no município, sendo que em um município de médio porte havia cinco assistentes sociais e nos pequenos somente um. No total, a região comporta oito assistentes sociais e, a partir da aceitação dos profissionais, chegamos a seis sujeitos. Cabe destacar que nos depoimentos dos sujeitos da pesquisa não houve profundas divergências teórico-conceituais, respeitadas as particularidades decorrentes das realidades em que esses estavam inseridos, o que possibilita construções de alguns entendimentos acerca do trabalho.

A pesquisa foi realizada com os profissionais por meio de entrevistas individuais semiestruturadas, tendo como método de interpretação a análise de conteúdo. Por tratar-se de uma pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi apreciado pelo Comitê de Bioética da Universidade Estadual de Londrina (UEL), tal como preconiza a Resolução 196/96, recebendo parecer favorável sob o número 154.409.

Este artigo aponta reflexões a respeito dos aspectos conceituais do matriciamento e o modo como ele tem se desdobrado no cotidiano do trabalho do NASF. Em seguida, apontamos alguns elementos constitutivos da atuação do assistente social enquanto matriciador e sua vinculação com

---

<sup>3</sup>No momento de realização da pesquisa, os municípios eram orientados por meio da portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que limitava a inserção do NASF a municípios que tinham no mínimo três equipes de saúde da família, fator que possibilitava

a adesão de 16 municípios na realidade estudada. Essa limitação foi alterada pela portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que flexibiliza o limite populacional para adesão ao NASF.

questões fundamentais do estatuto profissional.

### **O matriciamento e sua construção teórico-conceitual**

O conceito de apoio matricial que está sendo empregado neste artigo é entendido como um dispositivo que visa à superação das práticas tradicionais em saúde e da racionalidade gerencial hegemonic, por meio de ações de apoio capazes de criar linhas de transversalidade nas estruturas dos serviços e equipes de saúde.

O processo constitutivo do conceito ora figuram na literatura como apoio matricial, ora como matriciamento, abarcado na diretriz ministerial, que teve como fundamentos as reflexões e proposições de Campos na década de 1990 (CAMPOS, 2007; PENIDO et al., 2010). A organização das instituições, o processo de trabalho em saúde e a clínica estavam submetidos à lógica de trabalho pautados na autoridade, na verticalização, com esquemas de decisão e poder assimétricos. Já a perspectiva de inspiração Taylorista e Fayolista enfatizava tarefas e procedimentos, visando o aumento da eficiência ao nível operacional, sendo necessário adestrar o trabalhador em sua função específica, com trabalho dividido, repetitivo e obedecendo a centros de comando. Essas características moldam certo entendimento de saúde e a

“racionalidade gerencial dominante”,<sup>4</sup> que incluía as concepções citadas e seus desdobramentos contemporâneos (qualidade total, toyotismo, gestão de resultados etc.) (CAMPOS, 2007, p. 352).

Nesse sentido, o estilo da gestão e a estrutura determinam comportamentos e posturas, o que tende a estimular descompromisso e alienação ou processos emancipatórios de responsabilização de pessoas por pessoas. Um processo de trabalho centrado em procedimentos, e não na produção de saúde, “[...] tende a diluir o envolvimento das equipes de saúde com os usuários” (CAMPOS, 1999, p. 395). Os profissionais atuam por meio de certa tradição do trabalho em saúde, também de comando vertical docilizando os sujeitos, reduzindo-os a condição de objeto, “[...] enfim, trata-se de uma tradição de relações hierarquizadas” (CAMPOS, 2012, p. 149).

Campos (1999) aponta caminhos para a reorganização do processo de trabalho em saúde a partir da inserção de equipes de apoiadores. São equipes formadas por especialistas que têm o papel de apoiar a equipe de referência<sup>5</sup> no atendimento às situações com que esta se depara no cotidiano, visando ampliar o trabalho, já que se considera que nenhum especialista, isoladamente, é capaz de lidar com todas as dimensões presentes nas diversas situações que o trabalho em saúde engendra. O

---

<sup>4</sup> Campos (2007, p. 23) analisa que o controle e a disciplina são eixos centrais nos métodos de gestão, ao passo que está conformado pelo taylorismo, formando a Racionalidade Gerencial Hegemônica. Em seu artigo, Campos faz um aprofundamento sobre essa categoria.

<sup>5</sup> “A equipe ou profissional de referência são aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário. O termo responsabilidade de condução refere-se à tarefa de encarregar-se da atenção ao longo do tempo, ou seja, de maneira longitudinal” (CAMPOS, 2007 p. 400).

apoiador seria o profissional que colocaria na “roda”<sup>6</sup> as implicações das relações hierarquizadas por meio da construção de espaços de reflexão, interferindo nas relações do processo de trabalho e gestão, tentando ampliar o grau de diálogo e construir de modo horizontal ações de qualificação das práticas de atenção à saúde.

Na história do SUS, tem sido recorrente o uso de dispositivos a fim de mudar ou sedimentar o padrão das instituições por intermédio de variados recursos (oficinas de planejamento, treinamentos e cursos, discussões de problemas). Uns dão conta de mudanças superficiais esporádicas, outros alcançam alterações mais profundas, mas, em geral, tais recursos não têm conseguido alterar a estrutura. Isso por que:

[...] tem caráter transitório e não logram alterar a lógica fundamental de funcionamento das organizações, quer em sua dimensão gerencial, quer em seus aspectos assistenciais. Algumas vezes modificam-se aspectos pontuais conforme recomendado pelo plano elaborado ou como resultante do curso ministrado; mas, quase sempre, preserva-se a lógica estrutural anterior (CAMPOS, 1999, p. 394).

Longe de desconsiderar as potencialidades que os dispositivos historicamente engendrados possuem, entendemos que não basta simplesmente exigir dos indivíduos práticas de saúde diferentes das tradicionais. Tal exigência, por mais bem intencio-

nada que pareça, sedimenta a mesma postura anterior, a de imposição e assujeitamento dos indivíduos a práticas gerenciais – os quais, alvo desse tipo de postura, geralmente alteram seus comportamentos em função do constrangimento da regra, pela imposição externa, tendendo, ao lapso de autonomia, retornar às práticas anteriores (CAMPOS, 1999). Baduy (2010, p. 116) questiona a existência de um saber e uma prática tidos como corretos, e, portanto, todos deveriam agir, então, “corretamente”. Ela alerta também que o uso do saber para tentar aprisionar o trabalho vivo do outro, em nome do cientificamente correto, pode transformar em “prisões que limitam e concentram poder instituído e produzem cegueira para as variações situacionais”. Nessa mesma corrente, Cecílio (2007) denuncia uma postura que visa à renúncia do desejo e do interesse dos trabalhadores, apresentando o conceito de Trabalhador Moral, em que o trabalhador iria submeter seus interesses, projetos de vida e conceitos de saúde a uma lógica de trabalho imposta, pelo simples fato de tais propostas possuírem objetivos nobres. O autor aponta, ainda, que tal postura reforça a ideia dos indivíduos tratados como recursos humanos, isto é, como uma atividade meio, para produzir atividades finalísticas que, no caso, seria a assistência à saúde.

Conforme supracitado, esses elementos fundamentam a estruturação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Apesar do distanciamento do assistente social

---

<sup>6</sup> O termo roda se refere a uma metodologia de gestão de coletivos a ser operada por equipes de referência, que pode ser encontrada em Campos (2003).

das construções em torno do NASF, evi-denciado na ausência da temática no meio profissional, conforme já mencionado, é possível afirmar que o perfil profissional demandado no trabalho dos Núcleos dia-loga com as perspectivas construídas na lógica da instrumentalidade profissional, quais sejam: os aspectos teleológicos da ação do NASF, os aspectos ético-políticos, os aspectos teórico-metodológicos e a interdisciplinaridade. Tais correlações se traduzem na defesa dos direitos sociais, na qualidade dos serviços e na superação do trabalho fragmentado, favorecendo a interdisciplinaridade e o campo da saúde coletiva, em detrimento do campo isolado das profissões. Esses fatores surgem como uma necessidade do serviço social no âmbito do movimento de reconceituação e permanece na atualidade frente a uma ne-cessária superação da percepção endó-gena do serviço social. Nesse sentido, é pertinente entender a inserção do assis-tente social na realidade das equipes de saú-de da família e do NASF.

### **A inserção da equipe NASF no cotidiano das equipes de saúde da família**

As ações de apoio que têm tido maior ex-pressão no trabalho do NASF, a partir da pesquisas realizadas, localizam-se na inser-ção em atividades rotineiras das equipes de saúde da família; nelas, os profissionais imprimem contribuições por meio de suas habilidades e conhecimentos. Das quais, destacam-se a participação nas reuniões da equipe de referência e as ações coletivas diretas com os usuários, em geral, agrupa-dos por patologia ou necessidades seme-lhantes, tais como grupo de pacientes com

diabetes e/ou hipertensão, transtornos de-pressivos entre outros.

Tais atividades estiveram presentes em to-dos os depoimentos demandando um pro-cesso de trabalho intenso e uma pactuaçāo de agenda entre a equipe NASF e os tra-balhadores da unidade, assim como um pro-cesso de correspon-sabilizaçāo pela condu-ção das atividades coletivas e dos casos clí-nicos. Com relação às ações coletivas, o tra-balho desencadeado está focado, sobre-tudo, na produção e execução de oficinas pedagógicas. No tocante à discussão, em reuniões de equipes, os profissionais do NASF são solicitados a realizar acom-panhamento *in loco* de situações mais com-plexas em que as equipes de saúde da fa-mília têm dificuldade de lidar, em geral, por meio de visitas domiciliares conjuntas, que são concretizadas, essencialmente, na com-pañhia dos Agentes Comunitários de Saú-de, em seguida, ocorrem novos conta-to com as equipes, a fim de colocar em de-bate as impressões do profissional do NASF.

A atuação a partir de um processo de tra-balho estabelecido e legitimado, anterior-mente, pelas equipes de saúde da família é avaliada pelos profissionais como uma es-tratégia importante para a construção de vínculos e sedimentação do NASFs no co-tidiano do trabalho. É potente, ainda, para horizontalizar as relações, uma vez que o profissional vive os êxitos e frustrações da ação cotidiana, assim como dotar a relação de processos que induzem um trabalho criativo e produtor de cuidado, de modo mais qualificado e efetivo.

Para atuação na perspectiva do matriciamento, o apoiador deve contar com conhecimentos e propostas de ações no âmbito da saúde coletiva, “[...] um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam, em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas” (CAMPOS, 2000, p. 220), que, em geral, excedem as ações produzidas em seu núcleo profissional ou conhecimento técnico.

A construção e a efetivação desse conhecimento compartilhável comum, ou ainda, o campo do cuidado, como sugere Merhy (1998), torna-se complexo devido a crescente especialização das áreas, movimento de defesa intransigente de suas atribuições e especificidades técnicas, visando à normatização de seu campo de trabalho, com objetivo de defesa corporativa e reserva de mercado, questão que tem sido produzida junto aos profissionais desde o espaço formativo (CARVALHO; CECCIM, 2012, p. 137). Nas atividades dos NASFs, cada profissional tem de construir estratégias para lidar com a realidade e inserir-se em práticas de apoio no campo da saúde coletiva, com ênfase nos processos de compartilhamento de saberes entre a própria equipe NASF e as equipes de saúde da família. Portanto, precisam sair do que é tradicionalmente produzido nas formações e realizado nos espaços ocupacionais.

Nos relatos dos sujeitos desta pesquisa, foi revelada a propensão de manutenção de atividades fragmentadas a partir das especialidades profissionais, atuando no que é considerada sua “área”. Identificamos que as ações fundamentam-se, essencialmente, em problemáticas relacionadas à violên-

cia; o não acesso aos direitos, à saúde mental, entre outros, que são identificadas equivocadamente como área do serviço social, situação que se reproduz também nas ações dos outros membros da equipe NASF, propensos a incorporar no seu núcleo de atuação questões que devem ser entendidas como parte do cuidado dispensado por todos os trabalhadores da saúde.

Contudo, a divisão de atividades segue uma determinada lógica, um arranjo entre os profissionais do NASF, ainda que esteja presente a tradicional divisão por áreas, conforme citamos, “Algum grau de interação entre disciplinas próximas sempre acontece, porém a forma e intensidade desse intercâmbio podem variar significativamente” (FURTADO, 2007, p. 240).

Na expectativa de superação das práticas fragmentadas no trabalho em saúde, cabe destacar a organização da atuação da equipe NASF, considerando os espaços de conexão. Isto é, o trabalho que ora evidenciamos, dividido de modo racionalizado, manteve pontos em que foi possível integrar as ações. Esses pontos têm potencial para operar o trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família de forma fluída, efetiva, ao mesmo tempo, racional e factível. Tais elementos conectivos estiveram presentes nas reuniões de equipe NASF e nas ações conjuntas entre os trabalhadores dos Núcleos, tais como visitas domiciliares, discussões de caso, entre outras, bem como em situações nas quais os profissionais são chamados a atuar em demandas que não estão na sua área de atuação tradicional – o profissional, então, aponta um caminho imediato e em seguida aciona o

membro da equipe NASF que seria referência. O trabalhador que até então não tinha muito contato com a questão específica tende a apreender o manejo com essa, ampliando suas habilidades e conhecimentos a respeito do tema, e, consequentemente, atuando mais no espaço do núcleo cuidador e menos de seu núcleo específico.

Esta análise do processo de trabalho por meio dos arranjos vai ao encontro da atuação do NASF na lógica da interdisciplinaridade, a qual enfatiza o elemento do campo da saúde coletiva como central. Além disso, é uma sistematização de trabalho em equipe que prima pela horizontalidade nas relações, reduzindo a estratificação de poder entre os seus membros. Tal modelo pode ser reproduzido em outras experiências de trabalho interdisciplinar, e é capaz, ainda, no contexto do NASF, de servir como fator de reconstrução no modo de operar o trabalho interdisciplinar das equipes de saúde da família as quais apoiam.

### **Reflexões a respeito da atuação do assistente social no NASF**

“[...] é um trabalho fantástico, eu acho que não poderia ter um lugar de atuação em que eu pudesse ver tanto potencial no serviço social” (A.S.2).

Nas atividades construídas pelos assistentes sociais, sujeitos deste estudo, não foi percebida a defesa da profissão no sentido de resguarda intransigente de atribuições, ou tentativa de reserva de mercado. Identificou-se uma tendência em ampliar as

ações das equipes de referência para interpretações que ultrapassassem a questão biológica. Essa demanda foi percebida pelos sujeitos e reafirmada pelas solicitações feitas pelas equipes aos assistentes sociais. Tal tendência se repõe na relação com os membros da equipe NASF, além de descontinar a realidade e suas múltiplas medições, o assistente social tem sido chamado a dar proposições às questões identificadas no modo de viver das famílias atendidas.

Olhar para além das questões de cunho biológico é, ainda, uma fragilidade para os trabalhadores das chamadas ciências da saúde, visto a sua formação técnica hegemônica, que tem poucas ou nulas aproximações com temas da área social (SHERER; MARINO; RAMOS, 2005). Essa perspectiva de atuação se remete à particularidade do assistente social, forjada por meio de sua formação acadêmica e da construção sócio-histórica de sua instrumentalidade. Nesse sentido, o assistente social tem sido inserido no NASF, em função das ações em que, historicamente, tem se debruçado e produzido resultados significativos.

“Eu acho que são as situações de violência de drogas, às vezes a gente dá apoio muito para o CTA e para policlínica que atende os casos de tuberculose e hanseníase, normalmente tuberculose é usuário de bebida alcoólica” (A.S.1).

Cabe destaque para a forma com que esses profissionais realizaram a “entrada” no cotidiano das equipes de saúde da família. Esse movimento é aqui apresentado como o processo de acolher e ser acolhido pelos

trabalhadores das unidades de saúde; serem reconhecidos como agentes copartícipes do trabalho realizado por aqueles profissionais e, nesse movimento, instigar processos de mudanças na atenção aos usuários do sistema, assim como garantir cuidado às equipes de saúde da família.

É pertinente observar nas reflexões de Campos (2012) a respeito das possibilidades de integração da equipe NASF. O autor aponta como uma alternativa a contratualização do processo de trabalho, a partir dos espaços que a equipe de saúde da família concede aos profissionais do NASF, os quais se materializam em movimentos dialógicos que, em alguma medida, evite relações conflituosas. O autor descreve:

[...] é o seguinte: digo, lembre-se de que você está entrando na casa dos outros, e que a etiqueta para entrar na casa dos outros é bater na porta e perguntar se posso entrar. Se convidar para sentar, sente, se não convidar para sentar, você conversa em pé, no corredor. A casa é dos outros e tem uma etiqueta. Se o ex-pulsarem, acabou, não tem diálogo, não tem espaço coletivo. Nós vamos chegar à casa dos outros, o coordenador do caso é o outro (CAMPOS, 2012, p. 168).

Na perspectiva apontada por Campos (2012), o percurso metodológico de inserção das equipes NASF deverá ser operado por meio de contratualizações das relações de trabalho, as quais vão além de construções idealizadas, incentivando e valorizando os movimentos intersubjetivos, bem como elaborações e construções históricas dos locais a serem apoiados suprindo os indicativos protocolares rígidos.

O cunho procedural apontado por esse autor é uma possibilidade de atuação e não tem pretensão de ser uma aposta valorativa com relação a outras metodologias de integração das equipes NASF. No entanto, entendemos que há potencialidades de estabelecer construções horizontais efetivas, inclusive na perspectiva de respeito e valorização dos trabalhadores, nesse sentido cabe destacar o apontado por Cecílio (2007) ao referir-se sobre a atuação com vistas nas mudanças em serviços de saúde:

Trabalhador de saúde que vê sua autonomia ameaçada por mecanismos sutis (ou nem tão sutis) de captura, uniformização e padronização, não poderá, de forma verdadeira, contribuir para o fortalecimento da autonomia daquele de quem cuida. O trabalhador só poderá entender e, o que é mais importante, praticar o conceito de que estar sadio é manter, recuperar ou ampliar a autonomia no modo de administrar a vida, na medida em que vivenciar sua própria autonomia, cultivada e amadurecida, a cada dia, nas relações concretas que estabelece com os demais atores que constroem a sempre precária realidade organizacional (CECÍLIO, 2007, p. 350).

Neste estudo, observamos que o desenvolvimento desse processo foi construído de maneiras diversas e não excludentes. Foram identificadas ações que apresentavam aos trabalhadores das Unidades o que o NASF faz, de acordo com o construído e apontado pelas diretrizes nacionais e pela percepção dos profissionais. No nosso entendimento, esse processo, ainda que ocorra com vistas a eliminar e/ou evitar ruídos nas relações, fragiliza a construção de vínculos entre os trabalhadores e a equipe

NASF, já que privilegia a “norma” em detrimento da contratualização do trabalho.

“[...] nós tivemos que voltar com as equipes e dizer: olha isso é obrigação das equipes das UBS, nós somos apoio nos apoiamos as atividades, fazemos junto com vocês, não fazemos por vocês” (A.S. 2).

Destacamos que as práticas apontadas pelos sujeitos da pesquisa se deram em ato, ou seja, foram construídas a partir do que a realidade demandava e que eles não tiveram formação para atuar como apoiador. Dessa forma, é possível inferir que o trabalho, a partir de processos de contratualização, requer profissionais que estejam apropriados dessas reflexões. Observou-se que as iniciativas que superavam a atuação a partir de atribuições rígidas logravam resultados positivos no que se refere ao vínculo entre profissionais das equipes de saúde da família e o NASF.

[...] não é a função específica serviço social, mas é uma demanda que elas trazem, e isso auxilia na aproximação com a equipe, porque uma coisa seria se a minha condução fosse: - eu faço e vou embora porque não tenho outra atribuição aqui [...] (A.S. 2).

[...] é muito bacana quando elas chegam e dizem: - fiz tal coisa que eu já tinha feito quando você foi à casa da dona fulana, mas era isso mesmo? Eu podia encaminhar para ir ao CRAS pedir a cesta básica? Pode ir, qualquer um pode ir, [...] então é isso de empoderar mesmo as pessoas fazer o que é possível sem eu estar do lado toda vez (A.S. 1).

O matriciamento não tem um caráter neutro e despretensioso, ele insere-se na defesa da saúde pública universal. A soma desses elementos sugere que o apoiador matricial tenha que aglutinar certa habilidade que está no campo da tensão entre os modelos e processos de trabalho em saúde. Os apoiadores devem ter capacidade de agenciar e aproximar pessoas, favorecer espaços de conversa e negociação.

As ações em saúde sedimentam determinada concepção de saúde, doença e sobre o cuidado, que se vincula a um dos projetos de saúde em disputa no país. Dessa forma, a atuação do assistente social no processo de trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, ainda que tal programa esteja vinculado ao projeto de saúde democrático, favorece a um ou a outro projeto. Uma vez que o profissional tenha clareza da implicação ético-política de sua ação, terá maior capacidade de qualificá-la e, talvez, seja essa uma importante contribuição do assistente social à equipe NASF e às equipes de saúde da família, a qual será referência, uma vez que este profissional, há pelo menos duas décadas, atua a partir de uma direção social, calçado em um projeto ético-político.

Sem a dimensão política, o apoio matricial perde parte de sua característica, correndo o risco de ser mais um elemento ou uma atividade sobreposta às atuações do SUS, estéril e com pouco alcance. Desse modo, o matriciamento dá lugar ao nutriciamento (BERTUSSI, 2010), ou seja, nutritir a prática de outros com elementos da especialidade profissional.

Observadas estas questões, é possível destacar que o papel do apoio sempre encerra uma teleologia. Isso porque, no perfil predominante das instituições ou no modo hegemônico de cuidado, o apoiador teria a principal contribuição de interferir no estado das coisas e, para tanto, o conjunto de atividades estaria direcionado em contribuir para ampliar a visão dos sujeitos envolvidos sobre o que está posto, construindo outras possibilidades a partir de sucessivas aproximações.

Nessa perspectiva, ainda que não sejam indicadas pelos sujeitos da pesquisa, as práticas descritas e o modo como eles foram inseridas têm conduzido para movimentar essa percepção superficial da realidade, bem como apresentando ferramentas para intervenção e, mesmo diante das inúmeras dificuldades vivenciadas, conseguem avançar na qualificação do cuidado.

[...] uma ACS me disse: – eu não vi a mulher apanhando do marido, mas eu sei que ela apanhou, ai eu fiz o que você orientou, entreguei os folders sobre os serviços disponíveis e expliquei como que é, só que ela falou que não tem coragem ai eu não posso chamar a polícia. Ai eu disse: você fez certinho hoje ela pode não querer, mas na próxima vez [...] (A.S. 5).

Quanto ao aspecto político mais ampliado – objetivo último do trabalho – os assistentes sociais não o visualizam, ou não ficou evidenciado nas entrevistas realizadas. Entendemos que o profissional tende a ancorar suas análises apenas na qualificação do processo de trabalho que, apesar de sua importância, deveria estar submetido ao

objetivo final, que é a superação do modelo médico-hegemônico e o posicionamento em favor do conceito ampliado de saúde.

Ainda no campo ético-político, sinalizamos um elemento presente nas Diretrizes Nacionais para implementação do NASF (BRASIL, 2009), no tocante ao serviço social, e nos Parâmetros, para atuação do Assistente Social na Saúde (CEFESS, 2009), esse é o trabalho junto ao controle social e participação popular. Atuações dessa natureza figuraram entre as atividades realizadas pelos assistentes sociais, sujeitos desta pesquisa, em uma perspectiva de apoio e participação em reuniões de conselhos locais e municipais de saúde. Em alguns relatos, os profissionais aludem que estavam disponíveis para dar encaminhamentos às demandas individuais que emergiam nas reuniões dos conselhos, mas não citam ações de fomento à participação social, o que pode ser explicado pelo fato de, nos locais onde os profissionais atuam, a participação popular ocorrer regularmente nos espaços dos conselhos locais de saúde, demandando, naquele momento, movimentos de aproximação e acompanhamento. Pode-se entender também que as diversas ações realizadas enquanto NASF e sua novidade no campo de práticas do assistente social na saúde se sobressaiam às práticas historicamente engendradas, nesse caso, à atuação junto ao controle social. Contudo, percebemos que esses profissionais reconhecem a participação popular e o controle social como um espaço potente, mas que ainda não foi efetivamente apropriado ao contexto das ações do NASF.

O processo de trabalho na perspectiva do NASF tem influenciado, positivamente, na autoanálise do assistente social e nas reflexões sobre as dimensões do exercício profissional. A atuação dos sujeitos deste estudo foi marcada por expressões de entusiasmo quanto às atividades realizadas e às potencialidades do trabalho, questão que pode estar relacionada à atuação diferenciada engendrada pelos NASFs e na possível superação da inserção subalterna dos assistentes sociais na saúde, dado ao lugar que o NASF ocupa.

O momento em que se encontra o trabalho dos assistentes sociais no NASF nos sugere que a atuação desse profissional encontra-se em fase de transição entre o trabalho tradicional e uma prática inovadora. Revela-nos também que o assistente social tem muito a contribuir, desde que o cotidiano do seu trabalho esteja calcado no fortalecimento das práticas interdisciplinares e na perspectiva política que encerra o matriciamento, ou seja, a superação do modelo médico-hegemônico.

### **Considerações Finais**

O trabalho, na perspectiva do apoio matri-  
cial, não permite a construção de receitas ou métodos que indique a melhor maneira a ser realizado, mas é possível apontar que ele se dá no campo das relações. Enquanto conceito, entendemos o matriciamento, neste estudo, como um dispositivo que visa à superação das práticas tradicionais em saúde e da racionalidade gerencial hegemônica, por meio de práticas de apoio, capazes de criar linhas de transversalidade nas estruturas dos serviços e equipes de saúde.

A possibilidade do trabalho que os Núcleos apresentam só faz sentido se intencionado no fortalecimento da interdisciplinaridade, construído a partir da efetivação de pontos de conexão entre os membros da equipe, e, dessa forma, o fortalecimento do campo da saúde coletiva, em detrimento do campo exclusivo isolado das profissões.

Quanto ao serviço social e a interpretação sobre o matriciamento, podemos afirmar que o trabalho junto aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família inaugura a possibilidade de se construir ações diferenciadas no campo da saúde coletiva. Os elementos que têm produzido legitimidade no contexto do NASF redundam em elementos tradicionais de atuação desse profissional: o trato com o social, que possui um grande mérito, afinal, é questão que atravessa o processo de trabalho da atenção básica e demandam intervenções das mais diversas áreas. No entanto, percebemos que esse profissional precisa nortear sua atuação, vinculando-a aos processos políticos que encerra.

As expressões de entusiasmo identificadas podem ser entendidas pela potência que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família apresentam quanto à possibilidade de construir ações diferenciadas no campo da saúde coletiva e na possível superação da inserção subalterna dos assistentes sociais na saúde, em função do lugar em que o NASF ocupa na rede, ou seja, não é o profissional que atua diretamente com o usuário, mas também não é o gestor, ou seja, um novo tipo de profissional que demanda novas práticas.

A ausência de referências para o trabalho do assistente social revela um importante distanciamento entre o que a categoria tem assumido enquanto produção teórica e prática na área da saúde e as atividades próprias do NASF. Isso reforça a necessidade deste estudo e favorece a aproximação com os conhecimentos próprios do núcleo cuidador, fator que pode, também, contribuir para superar o isolamento e a subalternidade profissional, bem como a vinculação com projetos políticos que coadunem com os objetivos presentes no projeto ético-político do serviço social, tais como projetos de saúde que pretendem criar linhas que rompam com o modelo médico-hegemônico.

A partir dos elementos apresentados é possível inferir que a efetividade do trabalho do NASF está relacionada às particularidades das equipes de saúde da família nos respectivos municípios, onde poderia ser mote de novos estudos, uma vez que tal análise não foi objeto desta investigação.

Enfim, destacamos que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, tendo como modo de atuação central o matriciamento, são uma potente estratégia para o fortalecimento da atenção básica, construção de práticas de cuidado integrais e o aprofundamento da saúde como um direito de cidadania.

## Referências

- BADUY, R. S. **Gestão municipal e produção do cuidado:** encontros e singularidades em permanente movimento. 2010. Tese (Doutorado Clínica Médica) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Rio de Janeiro, 2010.
- BERTUSSI, D. C. **O apoio Matricial Rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde.** 2010. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Rio de Janeiro, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, 2008. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-154.htm>>. Acesso em: 18 nov. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Diretrizes do NASF:** Núcleo de Apoio a Saúde da Família. 2009. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27). Disponível em <<https://www.neson.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2364.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).** Brasília, 2012. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Lista\\_Tot\\_Equipes.asp](http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp)>. Acesso em: 12 abr. 2014.
- CAMPOS G. W. de S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um

ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 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**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, G. W. de S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS , G. W. de S. Comentários sobre analogias e diferenças entre os métodos Paidéia e o “interrogativo”. **Interface, Comunic. Saúde, Educ.**, v.11, n. 22, p. 345-63, maio/ago. 2007.

CAMPOS, G. W. de S. Apoio matricial e práticas ampliadas e compartilhadas em redes de atenção. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 148-168, abr. 2012.

CARVALHO, Y. M. de; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

CECILIO, L. C. O. O. Trabalhador moral na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface**, Botucatu, v.11, n. 22, p. 345-351, maio/ago. 2007.

CFESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, 2009. Disponível em:  
[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf). Acesso em: 4 jun. 2011.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009.

FURTADO, J.P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 11, n. 22, p. 239-5, maio/ago. 2007.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. ©2011. Disponível em:  
<http://www.ipardes.gov.br/>. Acesso em: 5 jul. 2012.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. et al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrivendo o público**. Belo Horizonte: Xamã/VM Ed., 1998. p.103-120.

PENIDO, C. M. F. et al. Apoio matricial como tecnologia em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 86, p. 467-477, jul./set. 2010.

SHERER, M. D. A.; MARINO, S. R. A.; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 53-66, set. 2004/fev.2005.