



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

**NÚCLEOS AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E
ATENÇÃO BÁSICA E AS PRÁTICAS COLABORATIVAS
PARA O CUIDADO INTEGRAL**

Londrina
2020

DAIENE APARECIDA ALVES MAZZA

**NÚCLEOS AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E
ATENÇÃO BÁSICA E AS PRÁTICAS COLABORATIVAS
PARA O CUIDADO INTEGRAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Brígida Gimenez Carvalho

Coorientadora: Profa. Dra. Marselle Nobre de Carvalho

Londrina
2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

M477n Mazza, Daiene Aparecida Alves Mazza.
NÚCLEOS AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA E AS PRÁTICAS COLABORATIVAS PARA O CUIDADO INTEGRAL / Daiene Aparecida Alves Mazza Mazza. - Londrina, 2020.
158 f. : il.

Orientador: Brígida Gimenez Carvalho Carvalho.
Coorientador: Marselle Nobre de Carvalho Carvalho.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2020.
Inclui bibliografia.

1. Atenção primária à saúde - Tese. 2. Equipe Multiprofissional - Tese. 3. Sistema Único de Saúde - Tese. 4. Ergologia - Tese. I. Carvalho, Brígida Gimenez Carvalho. II. Carvalho, Marselle Nobre de Carvalho. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

CDU 614

DAIENE APARECIDA ALVES MAZZA

**NÚCLEOS AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E
ATENÇÃO BÁSICA E AS PRÁTICAS COLABORATIVAS
PARA O CUIDADO INTEGRAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora. Profa. Dra. Brígida Gimenez Carvalho
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Coorientadora Profa. Dra. Marselle Nobre de Carvalho
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Dra. Fernanda de Freitas Mendonça
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Dra. Magda Duarte dos Anjos Scherer
Universidade de Brasília - UNB

Londrina, 28 de maio de 2020.

Dedicatória

A Deus, que no silêncio de minhas orações, fortaleceu-me para que pudesse superar as dificuldades.

À memória de meus pais e de meu avô, modelos de amor incondicional, com quem aprendi a ser forte, acreditar na vida e na realização dos sonhos.

Ao querido Rafael, por ser minha fortaleza, pelo incentivo, amor e carinho.

Ao meu amado filho Pedro, luz da minha vida.

E ao bebê que está a caminho, Tiago, amor multiplicado.

Agradecimentos

À Universidade Estadual de Londrina, pela oportunidade de ingressar no mestrado.

Às minhas admiráveis orientadoras, Professora Brígida Gimenez Carvalho e Professora Marselle Nobre de Carvalho, por sua imensa sabedoria, pela paciência, apoio e compreensão. E por me ajudarem a confiar em mim.

À minha sogra Oxana, pelo incentivo, apoio e cobertura nas minhas ausências.

Às minhas amigas Camila e Angélica, pela motivação em todos os momentos.

Em especial agradeço à minha coordenadora, Francielli Nogueira Smanioto, por todo o apoio e por acreditar na potência deste trabalho.

A vocês, toda a minha gratidão!!

Eu sou aquela mulher
a quem o tempo muito ensinou.

Ensinou a amar a vida
e não desistir da luta,
recomeçar na derrota,

renunciar a palavras
e pensamentos negativos.

Acreditar nos valores humanos
e ser otimista.

Cora Coralina

MAZZA, D. A. A. Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica e as Práticas Colaborativas para o cuidado integral [dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2020.

RESUMO:

Introdução: Os profissionais do NASF-AB se encontram diante de uma aposta que pressupõe uma relação de trabalho colaborativa, sendo que o grau de articulação esperado entre esses trabalhadores, e destes com a equipe de referência e com outros componentes da rede são essenciais para a produção da qualidade do cuidado. Buscando-se compreender as práticas colaborativas desenvolvidas pelos NASF-AB de forma mais ampliada, utilizou-se o referencial teórico das dimensões de colaboração, e as premissas da ergologia. Esta possibilitou uma análise para além do trabalho prescrito, considerando a perspectiva dos profissionais, a relação que eles estabelecem com o meio em que estão implicados, bem como as singularidades existentes na realização das atividades. **Objetivo:** O estudo teve como objetivo compreender os elementos estruturantes das práticas colaborativas desenvolvidas no processo de trabalho de equipes NASF-AB para o cuidado integral em municípios que integram a 16ª Regional de Saúde de Apucarana, Paraná. **Método:** Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, de caráter abrangente, realizado em três municípios da 16ª Regional de Saúde de Apucarana, Paraná. Os participantes da pesquisa foram profissionais que integram as equipes da NASF-AB em cada município analisado. O estudo foi realizado através de: revisão de literatura; definição de locais de pesquisa e participantes; observação do participante; e entrevista semiestruturada. Para análise dos dados, foi utilizado o método de análise de discurso proposto por Martins e Bicudo. **Resultados:** O estudo revelou que aspectos macro e micropolíticos estão presentes de modo conjunto e indissociável no cotidiano de atuação do NASF-AB, sendo que fatores referentes à infraestrutura, gestão do trabalho, formação para o SUS, relação entre as equipes e características dos profissionais influenciam a organização e o processo de trabalho do NASF-AB. O espaço de apoio matricial possibilitou aos trabalhadores o desenvolvimento de elementos essenciais para a colaboração, como respeito mútuo, comunicação aberta e escuta de diversos pontos de vista, e o estabelecimento de consenso, tendo como essência o cuidado do usuário. A interpretação das práticas realizadas pelo NASF-AB demonstrou o desenvolvimento de práticas colaborativas na rotina desses profissionais expressas nos atendimentos individuais, nas visitas domiciliares, no planejamento e execução de atividades coletivas e na articulação com a rede. As práticas colaborativas desenvolvidas pelos profissionais do NASF-AB foram produtos das renormalizações de seu trabalho prescrito, sendo, os trabalhadores, protagonistas do processo de trabalho. **Conclusão:** Este estudo explorou a potência do trabalhador, de modo a desenvolver práticas colaborativas considerando suas singularidades e o contexto em que estão inseridos. A operacionalização do apoio matricial e o desenvolvimento de práticas colaborativas se mostraram favorecidos nos municípios de pequeno porte, que integram equipes NASF-AB modalidade 2 e 3. As práticas colaborativas desenvolvidas pelos profissionais do NASF-AB foram produtos das renormalizações de seu trabalho prescrito, sendo, os trabalhadores, protagonistas do processo de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária à saúde; Equipe Multiprofissional; Relações interprofissionais; Sistema Único de Saúde; Ergologia.

MAZZA, D. A. A. Family Health and Primary Health Care Expanded Support Center and Collaborative Practices for integral care [dissertation]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2020.

ABSTRACT:

Introduction: NASF-AB professionals are faced with a bet that presupposes a collaborative working relationship, and the degree of articulation expected between these workers, and of these with the reference team and other components of the network are essential for the production of quality of care. Seeking to understand the collaborative practices developed by NASF-AB in a broader way, we used the theoretical framework of the dimensions of collaboration, and the premises of ergology. This allowed an analysis beyond the prescribed work, considering the perspective of the professionals, the relationship they establish with the environment in which they are involved, as well as the singularities existing in carrying out the activities. **Objective:** The study aimed to understand the structuring elements of the collaborative practices developed in the work process of NASF-AB teams for comprehensive care in municipalities that are part of the 16th Regional Health of Apucarana, Paraná. **Method:** This is a descriptive exploratory study, with a qualitative approach, of a comprehensive nature, carried out in three municipalities of the 16th Regional Health of Apucarana, Paraná. The research participants were professionals who are part of the NASF-AB Teams in each municipality analyzed. The study was carried out through: literature review; definition of research sites and participants; participant observation; and semi-structured interview. For data analysis, the discourse analysis method proposed by Martins and Bicudo was used. **Results:** The study revealed that macro and micropolitical aspects are present in a joint and inseparable way in the daily life of NASF-AB, being factors related to infrastructure, work management, training for SUS, relationship between teams and characteristics of professionals influence the NASF-AB organization and work process. The matrix support space made it possible for workers to develop essential elements for collaboration, such as mutual respect, open communication and listening to different points of view, and the establishment of consensus, with user care as the essence. The interpretation of the practices carried out by NASF-AB demonstrated the development of collaborative practices in the routine of these professionals expressed in individual visits, home visits, in the planning and execution of collective activities and in articulation with the network. The collaborative practices developed by NASF-AB professionals were products of the renormalizations of their prescribed work, with workers being protagonists in the work process. **Conclusion:** This study explored the power of the worker, in order to develop collaborative practices considering their singularities and the context in which they are inserted. The operationalization of matrix support and the development of collaborative practices proved to be favored in small municipalities, which integrate teams NASF-AB modality 2 and 3. The collaborative practices developed by NASF-AB professionals were products of the renormalizations of their prescribed work, with workers being protagonists in the work process.

KEY WORDS: Primary Health Care; Patient Care Team ; Interprofessional Relations; Unified Health System; Ergology.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Relação entre colaboração interprofissional, prática colaborativa e trabalho em equipe.....	24
Figura 2 - O modelo quadridimensional de colaboração.....	26
Figura 3 - Dispositivo dinâmico de Três Polos.....	30
Figura 4 - Percurso metodológico.....	35
Figura 5 - Percurso metodológico para seleção dos artigos integrantes da scoping review.....	37
Figura 6 - 16ª Regional de Saúde de Apucarana, da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.....	39

ARTIGO 1

Figura 1 - Percurso metodológico para seleção dos artigos integrantes da scoping review.....	53
Figura 2 - Aspectos Macropolíticos que influenciam na organização do trabalho do NASF.....	59
Figura 3 - Aspectos Micropolíticos que influenciam na organização do trabalho do NASF.....	64

ARTIGO 2

Figura 1 – Operacionalização do Apoio Matricial pelas equipes NASF-AB.....	84
---	----

ARTIGO 3

Figura 1 – Contextos em que as práticas colaborativas se manifestavam nas equipes NASF-AB.....	110
---	-----

LISTA DE QUADROS

ARTIGO 1

Quadro 1 - Descrição dos estudos que integraram a *scoping review*, 2019..... 55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das Equipes NASF-AB por Município, Quantidade de Equipes e Modalidade, dezembro de 2019.....	40
Tabela 2 - Caracterização das Equipes NASF-AB, 2020.....	43

Artigo 3

Tabela 1 - Caracterização das Equipes NASF-AB, 2020.....	109
---	-----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACSs	Agentes Comunitários de Saúde
AMAQ-NASF	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica para os NASF
APSUS	Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CIHC	<i>Canadian Interprofessional Health Collaborative</i>
CMEIs	Centros municipais de educação infantil
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
DD3P	Dispositivo Dinâmico de Três Polos
EqNASF-AB	Equipes de NASF-AB
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSS	Organização social de saúde
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

APRESENTAÇÃO	15
1 INTRODUÇÃO	18
2 REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1 COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL, PRÁTICAS COLABORATIVAS INTERPROFISSIONAIS E TRABALHO EM EQUIPE	23
2.2 A ABORDAGEM ERGOLÓGICA: TECENDO ALGUNS CONCEITOS	27
3 OBJETIVOS	34
3.1 GERAL	34
3.2 ESPECÍFICOS	34
4 PERCURSO METODOLÓGICO	35
4.1 REVISÃO DE LITERATURA	36
4.2 DEFINIÇÃO DOS LOCAIS E PARTICIPANTES DA PESQUISA	39
4.2.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES E DAS EQUIPES DA PESQUISA	42
4.3 OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE	43
4.4 ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	44
4.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS	45
4.6 SIGILO E ASPECTOS ÉTICOS	46
5 ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
5.1 ARTIGO 1 - ASPECTOS MACRO E MICROPOLÍTICOS NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DO NASF: O QUE A PRODUÇÃO CIENTÍFICA REVELA?	48
INTRODUÇÃO	50
PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	52
RESULTADOS	54
DISCUSSÃO	66
CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS	70
5.2 ARTIGO 2 – A OPERACIONALIZAÇÃO DO APOIO MATRICIAL E O DESENVOLVIMENTO DE PRÁTICAS COLABORATIVAS NOS NÚCLEOS AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA	76
INTRODUÇÃO	78
PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	79
ALGUMAS CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS SOBRE COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL, PRÁTICAS COLABORATIVAS E ERGOLOGIA	82
RESULTADOS E DISCUSSÃO	84

CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS	96
5.3 ARTIGO 3 - NÚCLEOS AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA E AS PRÁTICAS COLABORATIVAS PARA O CUIDADO INTEGRAL	101
INTRODUÇÃO.....	103
PROCEDIMENTO METODOLÓGICO.....	105
TECENDO ALGUNS CONCEITOS SOBRE COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL, PRÁTICAS COLABORATIVAS INTERPROFISSIONAIS E ERGOLOGIA	107
RESULTADOS E DISCUSSÃO	108
CONSIDERAÇÕES FINAIS	120
REFERÊNCIAS	121
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	126
REFERÊNCIAS.....	129
APÊNDICES	139
APÊNDICE A	140
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE	140
APÊNDICE B.....	143
TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE OBSERVAÇÃO.....	143
APÊNDICE C.....	146
ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DO COTIDIANO DE TRABALHO DAS EQUIPES NASF-AB ...	146
APÊNDICE D	148
ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO	148
APÊNDICE E.....	150
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	150
APÊNDICE F	152
FICHA PARA CARACTERIZAÇÃO DO NASF-AB	152
APÊNDICE G	153
DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA DE INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE.....	153
APÊNDICE H	154
TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	154
ANEXO.....	155
PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITE DE ÉTICA E PESQUISA	156

APRESENTAÇÃO

Apresenta-se ao longo desse manuscrito, um trabalho que procurou compreender os elementos estruturantes das práticas colaborativas desenvolvidas no processo de trabalho de equipes NASF-AB para o cuidado integral. Esta pesquisa foi realizada em municípios que integram a 16ª Regional de Saúde de Apucarana, da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

O desejo pelo tema em estudo está ligado à minha trajetória profissional. Em janeiro de 2006, concluí minha graduação em fisioterapia pela Universidade Estadual de Londrina, ao longo da qual tive a oportunidade de participar de um projeto de extensão na área de saúde coletiva. Esta experiência foi muito gratificante, sendo que uma das docentes, ainda hoje, é uma de minhas referências enquanto profissional.

Ao finalizar a graduação, iniciei minha atuação como fisioterapeuta em algumas áreas que me despertavam interesse, como *Home Care* e Saúde do Trabalhador. Eu percebia que possuía afinidade em várias áreas do núcleo de conhecimento do profissional fisioterapeuta, mas ainda não me sentia totalmente realizada profissionalmente.

Em 2009, ano em que se deu a implantação do NASF em Apucarana, fui aprovada em um teste seletivo para trabalhar como fisioterapeuta integrante de uma dessas equipes. Neste momento, eu iniciava a minha trajetória em saúde coletiva, ao longo da qual me tornei uma legítima defensora do SUS que eu acredito. Após um período de quatro anos como celetista, fui aprovada no concurso público em Apucarana para o mesmo cargo, e dei continuidade aos trabalhos inicialmente desenvolvidos.

Atuo nessa área há nove anos. Particpei de vários cursos e oficinas voltadas para a Atenção Básica, Redes de Apoio à Saúde e NASF. Em novembro de 2015 fui convidada para compor o quadro de tutores da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família, cujas atividades se iniciariam em março de 2016. Atualmente, sou tutora de seis residentes do eixo específico de fisioterapia, que atuam nos moldes de uma equipe NASF. Assim, contribuo com o aporte teórico e prático a estes profissionais, mediando o conhecimento no sentido de possibilitar interconexões entre o conteúdo teórico e a realidade vivenciada nos cenários de prática.

Ao longo dessa jornada, sempre questioneei o fato das equipes NASF terem dificuldade de atuar conforme o preconizado pelas diretrizes ministeriais. Eu percebia que, apesar de haver certo grau de interação entre os profissionais, algo os mobilizava a realizar seu trabalho de maneira singular. Nesse sentido, debruicei-me nos estudos relacionados a essa temática, buscando compreender os aspectos que se apresentavam diante de minha prática profissional.

O ingresso no mestrado na Universidade Estadual de Londrina (UEL) no ano de 2018 possibilitou transformar minha inquietação em objeto de estudo, e permitiu ampliar minha visão sobre o tema por meio do aprofundamento teórico obtido na orientação, nas disciplinas cursadas, leituras realizadas e também nas discussões do grupo de pesquisa GESTSUS.

Em março de 2019, com o auxílio de minhas orientadoras, realizamos uma revisão de literatura do tipo *scoping review*, que teve como questão norteadora a necessidade de compreender os fatores que influenciam ou orientam a organização e o processo de trabalho do NASF-AB, considerando as diversas realidades nas quais estas equipes estão inseridas. Essa revisão de literatura integrou um dos objetivos desse estudo e nos permitiu desvelar as lacunas de pesquisa na literatura científica, contribuindo para uma melhor estruturação do objeto de pesquisa dessa dissertação.

Para o desenvolvimento da dissertação, identifiquei-me com o referencial teórico da Ergologia, uma vez que ele me permitiu analisar o trabalho sob a perspectiva dos profissionais de saúde e na relação em que estes estabelecem com o meio em que estão implicados. Para a ergologia, há singularidades no trabalho realizado pelo trabalhador, imbricado por seus valores, experiências anteriores e conhecimentos adquiridos ao longo de sua vida, interpondo-se uma lacuna entre o trabalho prescrito (pensado e determinado teoricamente) e o trabalho real (que foi efetivamente realizado) (SCHWARTZ, 2007a; DURRIVE; JACQUES, 2007). Essa definição possibilitou que eu me identificasse com o momento vivenciado durante a pesquisa, pois a desenvolvi partindo de reflexões de minha prática no NASF e como tutora do Programa de Residência.

Este trabalho foi estruturado em seis capítulos.

O primeiro se refere à Introdução, em que se apresentam os principais conceitos relacionados ao NASF-AB, a justificativa e pressupostos para esse estudo.

No segundo capítulo apresentam-se os referenciais teóricos que nortearam os momentos de reflexão em todos os momentos da pesquisa. Iniciou-se pela abordagem de algumas definições relacionadas à colaboração interprofissional, práticas colaborativas interprofissionais e trabalho em equipe, e em seguida se teceu alguns conceitos referentes à ergologia.

No terceiro capítulo, apresentam-se os objetivos traçados para este estudo.

No quarto capítulo identifica-se o percurso metodológico percorrido para a produção dos dados deste trabalho, composto pelo tipo de estudo; revisão de literatura; definição dos locais e participantes da pesquisa, inclusive sua caracterização; observação participante; entrevista semiestruturada; procedimentos de análise de dados; sigilo e aspectos éticos.

No quinto capítulo apresentam-se a análise dos resultados e discussão. Apresentou-se o primeiro artigo, intitulado “Aspectos macro e micropolíticos na organização do trabalho do NASF: o que a produção científica revela?”, que se refere à revisão de literatura (*scoping review*) e responde ao primeiro objetivo específico, que é identificar os aspectos macro e micropolíticos da organização do trabalho no NASF-AB. Na sequência, apresentou-se o segundo artigo, “A operacionalização do apoio matricial e o desenvolvimento de práticas colaborativas nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica”, que responde ao segundo objetivo específico do estudo, que é descrever a operacionalização do apoio matricial pelas equipes NASF-AB para o desenvolvimento de práticas colaborativas. Logo após, inseriu-se o terceiro artigo, “Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica e as Práticas Colaborativas para o Cuidado Integral”, que responde ao terceiro objetivo específico da pesquisa, que é interpretar as práticas colaborativas desenvolvidas pelas equipes de NASF-AB.

No sexto capítulo estão as considerações finais, em que foram sintetizados os principais achados da dissertação, conclusões e limitações do estudo, bem como as lacunas que podem ser exploradas em estudos futuros.

1 INTRODUÇÃO

A 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada no ano de 1986 reuniu mais de cinco mil pessoas para discutir um novo modelo de saúde do país, o que resultou na proposição de um novo sistema de saúde encaminhado à Assembleia Nacional Constituinte (SOUSA, 2014). Com a promulgação da constituição de 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), em que a saúde passa a ser um direito de cidadania, abrindo-se as portas para criar um sistema de saúde público, universal e descentralizado, sendo o Movimento pela Reforma Sanitária um dos protagonistas dessa luta (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Nesses mais de 30 anos, várias legislações foram publicadas visando assegurar a implementação do SUS, considerando a diversidade da realidade dos estados e municípios de todo o país.

Atualmente em vigor, a portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), define Atenção Básica (AB) como o conjunto de ações voltadas para a saúde individual, familiar e coletiva que envolve a promoção, proteção, prevenção, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos, redução de danos e vigilância em saúde, através de práticas de cuidado integrado e com gestão qualificada. É desenvolvida por equipes multiprofissionais e dirigida à população em território definido, dos quais a equipe assume a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

A AB tem a atribuição de ser a porta de entrada, comunicadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços que estão disponibilizados nesta rede. Deve ser ofertada de forma integral e gratuita a todas as pessoas, considerando as necessidades e demandas que existem no território, bem como os determinantes e condicionantes de saúde do mesmo (BRASIL, 2017).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2008 (BRASIL, 2008), com o objetivo de apoiar as equipes de referência para que estas ampliem a abrangência e a resolutividade de suas ações (CAMPOS et.al., 2014), contribuindo para a oferta de um cuidado integral (ARAÚJO NETO et.al., 2019) e para a consolidação da Atenção Básica no Brasil.

O conceito de integralidade é um dos princípios do SUS e pode ser considerada a principal diretriz a ser praticada pelo NASF na organização do processo de trabalho, de modo a contribuir para a diminuição do risco de sua fragmentação (BRASIL, 2010).

De acordo com Mattos (2001), a integralidade pode ser compreendida em três sentidos: 1) a integralidade como traço da boa medicina, referindo-se a atributos das práticas dos profissionais de saúde, como a abordagem integral do indivíduo considerando seu

contexto social, familiar e cultural; 2) a integralidade como modo de organizar as práticas, relacionada à necessidade de articulação entre demandas programada e espontânea, e a organização das práticas de saúde a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; e 3) a integralidade como respostas governamentais a problemas específicos de saúde, através de programas e políticas.

Com a aprovação da PNAB em 2017, o NASF passou a ser denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), apoiando além das ESF, também as equipes de AB (BRASIL, 2017). É constituído por profissionais de diferentes núcleos de conhecimento, cujo suporte especializado pode ser realizado por meio de discussões clínicas, intervenções conjuntas com a equipe de referência e assistência direta aos casos que demandam ações especializadas (CAMPOS et.al., 2014).

Iniciativas do MS visaram aprimorar a atenção desenvolvida pelos NASF. Em 2009, a edição do Caderno de Diretrizes do NASF foi relevante para nortear as atividades, ao instituir os princípios, diretrizes, ferramentas tecnológicas e aspectos relacionados ao processo de trabalho das equipes (BRASIL, 2009a). Em seguida, imprimiu-se alterações no parâmetro de vinculação do NASF 1 às equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), aumento do valor de custeio para o NASF 2, ampliação das ocupações que podem compor as equipes de NASF e criação do NASF 3 (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012; BRASIL, 2013). Ainda, em 2014 foi lançado o Caderno de Atenção Básica nº 39, intitulado “Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano”, visando auxiliar a operacionalização do NASF, conforme as diretrizes ministeriais (BRASIL, 2014).

Verifica-se que, desde a criação do NASF-AB, algumas estratégias foram realizadas com vistas à qualificação do processo de trabalho destas equipes, tais como a Oficina de Qualificação do NASF com foco na redução da mortalidade infantil, o documento Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica para os NASF (AMAQ-NASF), a inclusão do NASF no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), a Comunidade de Práticas e o Curso de Aperfeiçoamento em Apoio Matricial na Atenção Básica com ênfase no NASF (BRASIL, 2014). Entretanto, apesar destas iniciativas, é notável a dificuldade das equipes de NASF-AB em atuar conforme preconizado pelas portarias e diretrizes vigentes (ANJOS et.al. 2013; GONÇALVES et.al., 2015; ARAÚJO NETO, 2019).

Preconiza-se que a organização do processo de trabalho do NASF-AB seja pautada segundo a lógica do apoio matricial, por relação colaborativa com os profissionais da equipe de referência, priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, contemplando as

dimensões técnico-pedagógica e clínico-assistencial (BRASIL, 2008; BRASIL, 2014). Quando operado na dimensão técnico-pedagógica, o apoio matricial se destina ao apoio educativo para a equipe de referência. Já a dimensão clínico-assistencial permite discernir os casos e situações que podem ser acompanhadas pela equipe de referência, daquelas demandas que necessitam ser compartilhadas com o NASF-AB ou com a rede (CAMPOS et.al., 2014). Nesse sentido, procura superar os modelos convencionais fragmentados e curativistas, investindo-se na corresponsabilização e gestão integrada do cuidado (ANJOS et.al. 2013).

Para efetivar o apoio matricial, o NASF-AB conta com algumas ferramentas, como: o trabalho com grupos, que tem uma capacidade de abranger um maior número de pessoas; Projeto Terapêutico Singular (PTS), que é um instrumento de organização do cuidado em saúde, construído entre equipe e usuário; Genograma, instrumento que auxilia na organização de dados referentes à família e processos relacionais; Ecomapa, utilizado em conjunto com o genograma, mas voltado para as interações que esta família faz; e o atendimento, que pode ser dividido em três modalidades: atendimento domiciliar compartilhado, atendimento individual compartilhado e atendimento individual específico (BRASIL, 2014).

Para a implantação e conseqüentemente atuação efetiva do NASF-AB, aponta-se a necessidade do planejamento das ações como parte do processo de trabalho, permitindo que as ações sejam compartilhadas entre as equipes atendidas e a efetivação do trabalho interprofissional. Para que esse planejamento aconteça, as normativas apontam para a realização de reuniões de matriciamento, ferramenta primordial do NASF-AB. (BRASIL, 2012). Assim, a reunião de matriciamento é um espaço destinado à “problematização, ao planejamento, à programação e à execução de ações colaborativas entre NASF e equipes de AB” (BRASIL, 2014, p. 51), englobando todas as equipes vinculadas com periodicidade variável. Além dessa, coloca-se também a importância de reunião entre os profissionais do NASF-AB, para sua articulação e organização como equipe.

Diante do exposto, os profissionais do NASF-AB se encontram diante de uma aposta que pressupõe a conformação de uma relação de trabalho colaborativa, sendo que o grau de articulação esperado entre esses trabalhadores, e destes com a equipe de referência e com outros componentes da rede são essenciais para a produção da qualidade do cuidado (BRASIL, 2014). Nesse sentido de acordo com Matuda et.al. (2015):

[...] Colaboração interprofissional é um termo utilizado para descrever a natureza da interação entre profissionais de diferentes campos do conhecimento, proporcionando uma atenção à saúde mais abrangente. Está relacionada ao cuidado integral, se aproxima de práticas participativas e de relacionamentos pessoais mútuos e recíprocos entre os integrantes das

equipes, contrapondo-se às relações tradicionais hierarquizadas. Envolve um constante processo de comunicação e de tomada de decisões, que permite que os conhecimentos e habilidades de diferentes profissionais atuem de forma sinérgica com o usuário e a comunidade (p.2513).

Desse modo, a compreensão dos conceitos relacionados às práticas colaborativas pode ser oportuna para fomentar a colaboração, a interação e a execução das ações integradas e compartilhadas entre os profissionais do NASF-AB e destes com os diversos atores da rede.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a prática colaborativa se efetiva no trabalho conjunto entre profissionais de saúde de diferentes núcleos profissionais e usuários, família e comunidade, com vistas a melhorar a qualidade do cuidado em saúde (OMS, 2010). Para Peduzzi e Agreli (2018), a colaboração pressupõe a existência de comunicação efetiva e disposição dos profissionais em contribuir com o trabalho de seus pares, podendo ocorrer tanto nas equipes quanto ser ampliada para a rede de atenção à saúde. Assim, a prática colaborativa tem como eixo fundamental a atenção centrada no usuário, apoiando-se em suas necessidades de saúde, para além das relações entre os profissionais (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Diante desse contexto, este estudo buscou compreender os elementos estruturantes das práticas colaborativas que permeiam o processo de trabalho do NASF-AB em municípios que integram a 16ª Regional de Saúde de Apucarana, da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Nesse sentido, a análise das estratégias adotadas pelo NASF-AB para o desenvolvimento de práticas colaborativas e as práticas colaborativas desenvolvidas pelas equipes contribuem na identificação de elementos para subsidiar o planejamento de ações no campo da gestão do trabalho em saúde, contribuindo para o fortalecimento do NASF-AB, das gestões municipais e da Atenção Primária à Saúde.

Buscando-se compreender as práticas colaborativas desenvolvidas pelos NASF-AB de forma mais ampliada, utilizou-se os referenciais teóricos das dimensões de colaboração propostas por D'Amour et. al. (2008) e da ergologia. Este possibilitou uma análise para além do trabalho prescrito, considerando a perspectiva dos profissionais, a relação que eles estabelecem com o meio em que estão implicados, bem como as singularidades existentes na realização das atividades, imbricadas pela historicidade, valores e experiências dos trabalhadores.

Considerando as relações estabelecidas entre os profissionais do NASF-AB e das equipes de referência, tomo para delimitação e melhor compreensão do objeto deste estudo alguns pressupostos elaborados com base no quadro teórico adotado:

- Para a sua atuação, os profissionais do NASF-AB desenvolvem uma relação colaborativa entre si e com os diversos atores que fazem parte de seu cotidiano de trabalho.
- Os profissionais do NASF-AB desenvolvem em seu cotidiano de trabalho, competências essenciais para a colaboração, e que orientam a tomada de decisões para o desenvolvimento das práticas colaborativas.
- As práticas colaborativas desenvolvidas pelo NASF-AB são norteadas a partir das necessidades de saúde dos usuários;
- A existência de espaços protegidos para reuniões na agenda dos profissionais da equipe de referência e do NASF-AB favorecem o planejamento conjunto de ações e o desenvolvimento da colaboração interprofissional.

Partindo desses pressupostos, a compreensão dos elementos estruturantes da prática colaborativa que permeiam o processo de trabalho do NASF-AB, visa responder as seguintes questões: Em que espaços e como ocorre a colaboração no NASF-AB? Que estratégias são utilizadas pelos profissionais do NASF-AB para o desenvolvimento das práticas colaborativas? Quais são as práticas colaborativas desenvolvidas pelos profissionais do NASF-AB e que elementos de competência a estruturam?

Para responder a estas perguntas o trabalho apoia-se em pesquisa empírica desenvolvida em unidades básicas de saúde na área da 16ª Regional de Saúde do Paraná.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Inicialmente será apresentado o referencial teórico da colaboração interprofissional, práticas colaborativas interprofissionais e trabalho em equipe, por ser o alicerce dessa dissertação, visto que se propõe a estudar sobre os elementos estruturantes das práticas colaborativas desenvolvidas no processo de trabalho de equipes NASF-AB.

Posteriormente, serão abordados alguns conceitos da ergologia, que foi utilizado para a compreender melhor a singularidade do trabalhador como elemento fundamental para a constituição de uma equipe e das renormalizações que impactam no trabalho coletivo.

2.1 COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL, PRÁTICAS COLABORATIVAS INTERPROFISSIONAIS E TRABALHO EM EQUIPE

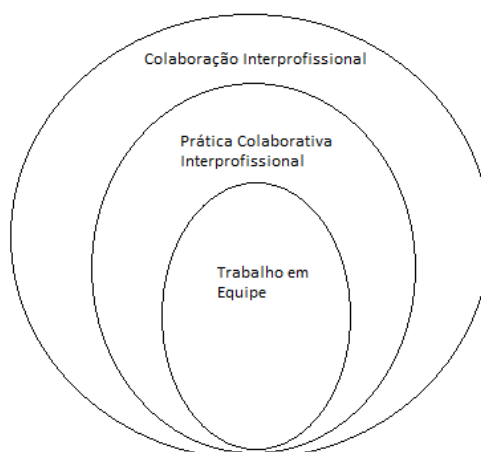
O modo como o processo de trabalho está organizado na AB, envolvendo as Equipes de NASF-AB, pressupõe o desenvolvimento de práticas baseadas em colaboração. O objetivo geral da prática colaborativa é proporcionar aos usuários os melhores resultados de saúde (CIHC, 2010). Apesar dos recentes avanços nas pesquisas sobre o tema da colaboração, ainda é necessário um melhor entendimento dos processos colaborativos e de ferramentas conceituais para ajudar os profissionais de saúde a desenvolverem a colaboração entre si (D'AMOUR et.al., 2008).

As práticas colaborativas ocorrem quando profissionais de saúde de diferentes áreas atuam com usuários, famílias, cuidadores e comunidades, a fim de prestar um cuidado de alta qualidade, baseados na integralidade, e em todos os níveis da rede (OMS, 2010). A colaboração implica em ação coletiva dos profissionais de saúde, orientada para um objetivo comum, exigindo uma interdependência entre eles, uma vez que a complexidade de problemas de saúde exige conhecimento, contribuições e participação de cada um dos membros da equipe (D'AMOUR et.al., 2005).

Morgan, Pullon e McKinlay (2015) referem que a colaboração interprofissional engloba mais dois termos (Figura 1): “prática colaborativa interprofissional, usado para descrever os elementos de colaboração interprofissional, implementados no cenário da prática; e trabalho em equipe interprofissional, que denota um nível mais profundo de trabalho conjunto de maneira interdependente” (p. 1218). De acordo com esses autores, a observação direta da prática colaborativa no cotidiano do trabalho possibilita identificar elementos da colaboração que não são demonstrados de modo evidente mediante o relato dos

trabalhadores, auxiliando para melhor compreensão da colaboração interprofissional e do trabalho em equipe na atenção primária.

Figura 1 – Relação entre colaboração interprofissional, prática colaborativa e trabalho em equipe.



Fonte: Adaptado de Morgan, Pullon e McKinlay, 2015, p. 1218.

Reeves et.al. (2010b) defendem uma abordagem de *contingência* ao trabalho em equipe, de modo a valorizar outras formas de trabalho interprofissional, como a colaboração e o trabalho em rede. Dependendo da necessidade local, essas formas de trabalho podem ser mais eficazes do que uma abordagem de trabalho em equipe. Nesse sentido, o trabalho em equipe abrange vários elementos essenciais, incluindo a identidade compartilhada da equipe, clareza, interdependência, integração, compartilhamento e responsabilidade.

Já a colaboração interprofissional é conceituada pelos autores como um tipo de trabalho interprofissional, em que diferentes profissionais se reúnem regularmente para resolver problemas ou prestação de serviços. Trata-se de uma forma mais flexível de trabalho interprofissional, que difere do trabalho em equipe na medida em que a identidade compartilhada e a integração dos indivíduos são menos importantes. No entanto, a colaboração interprofissional também exige responsabilidade compartilhada entre indivíduos, algum grau de interdependência, e clareza de papéis e de objetivos (REEVES et.al, 2010b).

Por sua vez, o trabalho em rede é aquele em que a identidade compartilhada da equipe, a clareza de papéis e objetivos, a interdependência, a integração e responsabilidade compartilhada são menos essenciais. Tem-se que as redes podem ser virtuais, no sentido que nenhum dos membros se encontra pessoalmente, mas se comunica de forma assíncrona, pelo uso de tecnologias de comunicação, por exemplo, (REEVES et.al, 2010b).

Para a compreensão do trabalho em equipe interprofissional, Reeves et.al. (2010a) propuseram um modelo que considera quatro dimensões: relacional (fatores que afetam diretamente os relacionamentos compartilhados por profissionais como poder e socialização profissional), processual (fatores como espaço e tempo que afetam como o trabalho da equipe é realizado em diferentes situações no local de trabalho), organizacional (fatores que afetam o ambiente organizacional local em que a equipe interprofissional opera) e contextual (fatores relacionados ao cenário social, político e econômico mais amplo em que a equipe está localizada). Esses fatores afetam as condições interprofissionais e o trabalho em equipe.

Peduzzi et.al. (2012) referem que a concepção de trabalho em equipe surgiu em resposta às formas hegemônicas de atenção em saúde e de modo a questionar a ênfase dada à formação especializada e curativa dos profissionais de saúde. Em relação ao nível de contato e integração entre as profissões da saúde, as autoras ressaltam sobre a importância de se elucidar os termos “multiprofissional” e “interprofissional”, muitas vezes utilizados sem rigor conceitual e tidos como sinônimos em produções teóricas relacionadas a esse tema. Nesse sentido, multiprofissional diz respeito ao agrupamento de profissionais com formação em diferentes áreas, em um mesmo local de trabalho, com pouca articulação entre os seus trabalhos ou as suas ações. Já o termo interprofissional relaciona-se à integração do trabalho executado por profissionais de diversas áreas, por meio da sua interação e comunicação, preservando a especificidade do trabalho de cada área, mas pressupondo a interdependência entre estas, sendo considerada como perspectiva a ser alcançada no processo do trabalho em saúde (PEDUZZI et.al, 2012).

Após um estudo sobre a colaboração interprofissional em um serviço de atenção primária à saúde, D’Amour et.al. (2008), desenvolveram um modelo que pode ser usado para analisar a colaboração em sistemas complexos e que apresentam formas heterogêneas de interação entre os diversos sujeitos. Este modelo sugere que a colaboração pode ser analisada em quatro dimensões, que estão inter-relacionadas (Figura 2). As duas primeiras dimensões envolvem relacionamentos entre indivíduos, e se referem a: 1) Objetivos e visão compartilhados, que consistem na existência de objetivos comuns que se relacionam para a promoção de um cuidado centrado no paciente e sua apropriação pela equipe, o reconhecimento de motivos divergentes e parcerias, e a diversidade de definições e expectativas em relação à colaboração; e 2) Internalização, que está relacionada à conscientização dos profissionais sobre suas interdependências e à importância de gerenciá-las, e que se traduz em um sentimento de pertencimento, conhecimento dos valores e disciplina de cada um e confiança mútua.

As outras duas dimensões envolvem o cenário organizacional, que influencia a ação coletiva, assim expressas: 3) Formalização, ou estruturação do atendimento, que se refere à existência e utilização de procedimentos documentados, o que contribui para esclarecer expectativas e responsabilidades. Refere-se ainda à existência e ao uso apropriado de uma infraestrutura que permita coleta e troca de informações entre os profissionais, reduzindo incertezas e favorecendo a ocorrência de retroalimentação dos envolvidos nos processos de trabalho coletivos; e 4) Governança, ou seja, as funções de liderança que dão suporte à colaboração. Ela orienta e apoia os profissionais na realização de inovações relacionadas às práticas colaborativas interprofissionais. Engloba o papel exercido por autoridades centrais e de um direcionamento claro, oferecido para o desenvolvimento de ações colaborativas, e as oportunidades de diálogo e participação que favoreçam a resolução de problemas e possibilitem ajustes na prática profissional.

A interação entre essas quatro dimensões é capaz de apreender os processos inerentes à colaboração. Torna-se importante destacar, entretanto, que essas dimensões estão sujeitas à influência de fatores externos e estruturais, como recursos, restrições financeiras e políticas, que devem ser considerados como determinantes dos processos colaborativos (D'AMOUR et.al., 2008).

Figura 2 - O modelo quadridimensional de colaboração



Fonte: Adaptado de D'Amour et.al. 2008, p. 03.

O modelo de D'Amour está fundamentado na proposição em que os profissionais atuam coletivamente buscando melhorar a qualidade do cuidado aos usuários, mas, concomitantemente, possuem interesses singulares e querem manter um grau de autonomia e independência, demonstrando-se adequada à análise do trabalho de apoio matricial (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2018), sendo empregado, dessa forma, como referencial teórico para este estudo.

Para o desenvolvimento de um trabalho pautado na colaboração, é importante considerar que cada profissional apresenta singularidades, em função de sua história, de seus valores, de sua formação técnica, de suas experiências e do contexto em que está inserido. Assim, torna-se necessário a compreensão das práticas colaborativas de uma forma mais ampliada, considerando a perspectiva do trabalhador.

2.2 A ABORDAGEM ERGOLÓGICA: TECENDO ALGUNS CONCEITOS

A princípio torna-se relevante manifestar que não se tem a pretensão de esgotar todo o referencial teórico da ergologia, mas aplicar alguns conceitos, descritos a seguir, para subsidiar a análise e melhor compreensão do objeto desse estudo.

Ao analisar o termo “ergologia”, tem-se que o prefixo “ergo” significa “ação, trabalho, obra”, remetendo à energia de quem exerce a atividade. Nesse sentido, a ergologia aborda o trabalho sob a perspectiva do trabalhador e na relação em que este estabelece com o meio em que está implicado, “[...] interessando-se pelos saberes construídos e pelas competências desenvolvidas pelo homem enquanto produtor” (DURRIVE; JACQUES, 2007, p.297). Assim, apresenta-se como “[...] um projeto de melhor conhecer e, sobretudo, de melhor intervir sobre as situações de trabalho para transformá-las” (SCHWARTZ, 2007a, p. 37).

Para a ergologia, há singularidades no trabalho realizado pelo trabalhador, imbricado por seus valores, experiências anteriores e conhecimentos adquiridos ao longo de sua vida, interpondo-se uma lacuna entre o trabalho prescrito (pensado e determinado teoricamente) e o trabalho real (que foi efetivamente realizado) (SCHWARTZ, 2007a).

Cabe, nesse momento, apresentar as quatro proposições estruturantes do conceito ergológico, propostas por Schwartz (2007a). A primeira delas diz respeito à distância universal entre trabalho prescrito e o real. A segunda proposição refere que o conteúdo da distância entre o prescrito e o real é sempre parcialmente singularizado, sendo que essa distância depende da história em que ela está inserida.

A terceira proposição enuncia que esta distância remete à atividade do “corpo-si”, “[...] árbitro no mais íntimo da atividade, não é um ‘sujeito’ delimitado, definido, mas uma entidade enigmática que resiste às tentativas de ser objetivado” (SCHWARTZ; DUC; DURRIVE, 2007a, p. 198). Segundo Schwartz (2007a) o “corpo-si” do trabalhador não é inteiramente biológico nem inteiramente cultural ou consciente. Ele é, na verdade, o resultado de toda a sua história, de sua experiência de vida, suas paixões, seus desejos e patrimônio. “É

fazer escolhas para fazer valer suas próprias normas de vida, produzindo formas de "desanonimar" o meio" (SANT'ANNA; HENNINGTON, 2010, p.210).

A quarta proposição expõe que a distância entre o prescrito e o real remete a um debate sobre os valores consigo mesmo e de ordem social, em que o trabalho revela um espaço-tempo propício para o viver e fazer junto (SANTOS; SILVA, 2019).

Tem-se então que, apesar do trabalhador estar exposto a normas emitidas pelo meio em que se encontra, interpõem-se lacunas entre as normas prescritas e o trabalho a ser realizado. Isso acontece por ser impossível uma padronização absoluta deste, e pelo fato de que o meio não pode predeterminar inteiramente a atividade viva, ou seja, "o meio é duplamente infiel" (SCHWARTZ; DUC; DURRIVE, 2007a, p.192).

Nesse sentido, torna-se importante elucidar o conceito de "normas antecedentes", que ampliou o conceito ergonômico de trabalho prescrito (SCHWARTZ, 2006). Refere-se, portanto, "a todos os dispositivos que antecipam a atividade e que estão presentes antes mesmo da ação do indivíduo, como os manuais, normativas, procedimentos, prescrições, e também aos saberes científicos e às experiências acumuladas" (LEMOS, 2016).

Para existir como ser singular, vivo, e em função das lacunas face às inúmeras variabilidades e imprevistos que se apresentam, o trabalhador tentará reinterpretar as normas que lhe são propostas (DURRIVE; SCHWARTZ, 2008). Para isso, o "corpo si" evoca o "uso de si", através do qual o trabalhador realiza escolhas, de acordo com seus saberes, experiências, valores e história, renormalizando o trabalho prescrito. Os "usos de si" ocorrem de duas formas: o uso de si por si e o uso de si pelos outros. O "uso de si por si" refere-se:

[...] ao posicionamento que cada trabalhador toma diante das normas com as quais se depara, confrontando-as e alterando-as, fazendo escolhas, arriscando-se, fazendo uso dos seus gostos, da sua inteligência, da sua história e da sua sensibilidade, recombina valores e critérios na busca por uma adequação à sua "realidade", o que leva cada ato de trabalho a ser único de trabalhador para trabalhador (HOLZ; BIANCO, 2014, p. 498).

Já o "uso de si pelos outros" remete aos colegas de trabalho, gestores ou ainda aqueles que fazem a prescrição e as normas científicas, técnicas, organizacionais, entre outras. O uso de si por si e pelos outros está presente nas escolhas que o trabalhador faz diante de uma situação, fazendo do trabalho "uma realidade profundamente coletiva e profundamente individual, visto que é profundamente singular" (HOLZ; BIANCO, 2014, p. 498).

Dessa forma, “o trabalho real é o resultado das renormalizações, não da estrita aplicação e execução das normas. Ou melhor, é a execução das normas através das renormalizações” (SCHWARTZ, 2006, p. 462).

Toda situação de trabalho é mais ou menos transformadora ou há uma tentativa de transformação. Assim, para Schwartz e Durrive (2007) “a ideia de atividade é sempre um “fazer de outra forma”, um “trabalhar de outra forma”” (p.35). O trabalhador é assim, considerado o protagonista do processo de trabalho e que detém o poder de transformação da realidade.

No cotidiano do trabalho, há problemas, situações e variabilidades que excedem os protocolos, normas e técnicas, e que necessitam ser geridas pelo trabalhador para o cumprimento de seus objetivos (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007b). Considera-se que em toda atividade humana existe uma dupla antecipação. Assim, a primeira antecipação trata-se do saber conceitual, das prescrições e normatizações, das tarefas, a partir dos quais o trabalhador tenta antecipar o que poderia acontecer durante a atividade de trabalho. Já a segunda antecipação ocorre no encontro do trabalhador com a atividade a ser realizada, o que requer, do sujeito, do corpo-si, retrabalhar os procedimentos, as referências e os saberes da primeira antecipação, realizando renormalizações, a fim de se desempenhar a tarefa (SCHWARTZ, 2013; JOAZEIRO; SCHERER, 2012).

Esses conceitos são representados através do que Schwartz (2013) denomina “Triângulo da atividade”, que corresponde a:

[...] Uma incessante dialética entre o agir industrioso em um polo (a atividade de trabalho aqui e agora), um mundo de normas antecedentes em um segundo polo, e o terceiro polo, aquele dos saberes. Neste último, coabitam e se retrabalham mutuamente – ou não – os saberes da primeira antecipação ou ingrediente um da competência, objetos da formação profissional, e os saberes “investidos”, memorizados ou produzidos no tratamento diário das tarefas, na gestão das interfaces sempre infíeis configurando as situações locais de trabalho. Dialéticas ou “dramáticas” de uso do que chamamos “corpo-si”, infiltrado ou atravessado, para orientar seu agir dentro desse triângulo, através de um mundo de valores. (SCHWARTZ, 2013, p. 29).

Este princípio foi formalizado em um Dispositivo Dinâmico de Três Polos (DD3P) (Figura 3), através do qual a ergologia propõe colocar em diálogo os saberes científicos com os saberes inerentes à atividade. O DD3P pode ser utilizado em variadas áreas de atuação, tais como pesquisa, estudo, formação, gestão, prevenção de riscos do trabalho, entre outras (TRINQUET, 2010). Temos que o termo polo é definido como “[...] um lugar virtual onde se

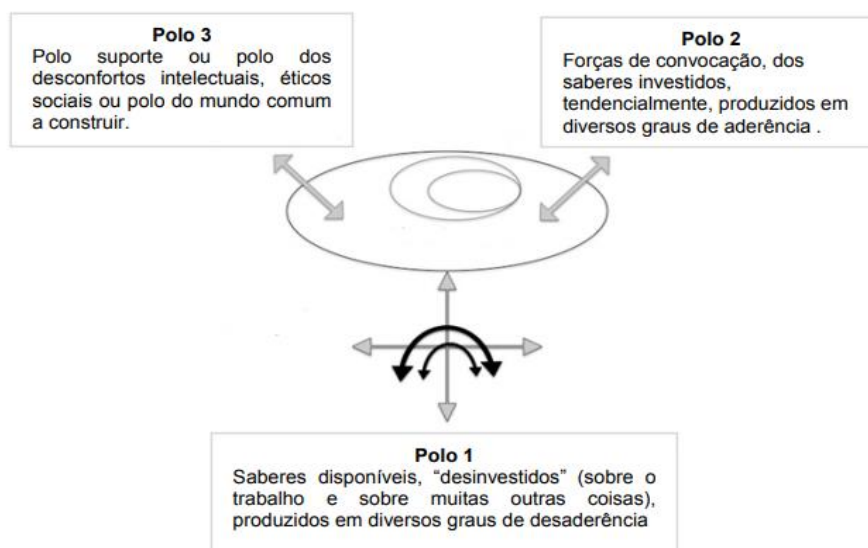
agregam, sintetizam-se e exprimem-se objetivos, competências, saberes e conhecimentos, interesses, etc., mais ou menos comuns, da realidade coletiva” (TRINQUET, 2010, p.103).

O primeiro polo é representado pelos saberes constituídos, referentes a todos os conhecimentos científicos e/ou profissionais anteriores à situação de trabalho, que foram constituídos e estão disponíveis para antecipar a atividade.

O segundo polo refere-se aos saberes investidos, relacionados à experiência prática e recriadora de saberes através dos debates de normas, onde se localizam os diversos protagonistas em torno do que se passa no trabalho.

Já o terceiro polo, descrito como eixo sócrático em duplo sentido, corresponde à integração entre os dois primeiros polos, e faz com que o trabalhador perceba o seu semelhante como alguém que, assim como ele, está em atividade, “foco de debates lugar de gestão de debate de normas, lugar de re-singularização de sua situação” (SCHWARTZ; DUC; DURRIVE, 2007b p.268).

Figura 3 - Dispositivo dinâmico de Três Polos.



Fonte: SCHWARTZ, 2013, p.31.

Postas essas considerações, torna-se importante explicar sobre alguns conceitos envolvendo a noção de competência.

Para a ergologia, a competência não pode ser fragmentada e simplificada a qualidades individuais. Ela é compreendida como “aquilo que é requerido para o trabalho, para compreender o que faz uma pessoa”. Assim, considerando que as atividades são sempre recriadas, renormalizadas, denota-se a dificuldade em se definir competências para uma situação de trabalho, de modo a articular dimensões humanas que são heterogêneas e

incomensuráveis (SCHWARTZ, 2007b). Scherer, Pires e Schwartz (2009) enfatizam sobre a problemática de se determinar quais competências seriam adequadas para o trabalho em áreas de grande complexidade e difíceis de padronizar, como por exemplo, a área da saúde, em que o cuidado “envolve um encontro sempre singular entre sujeitos” (p.723).

Nesse sentido, Schwartz (2007) estabelece três elementos para o conceito de competência: a apropriação de um determinado número de normas antecedentes; o domínio relativo àquilo que uma situação pode ter de histórico e de incessantemente inédito; e uma dimensão de valores que se intercala com as duas primeiras dimensões, na qual o indivíduo é remetido a gerir o inédito e a escolhas.

Para Scherer et.al. (2016), agir com competência:

[...] implica uma combinação dialética de diversos ingredientes integrando: o saber agir, “ter domínio das normas antecedentes”; o querer agir, “estar motivado para aderir a um projeto coletivo”, e o poder agir, “ter capacidade de enfrentar os constrangimentos do meio (SCHERER et.al., 2016, p.692)”.

Entende-se, por esse ângulo, que cada trabalhador lança mão de um conjunto de saberes e experiências, para realizar escolhas e solucionar os problemas advindos do trabalho, conforme seus valores, cultura e história de vida (SCHWARTZ, 2007a).

A partir dessa constatação, Schwartz (1998) considera o agir em competência como um composto formado por seis ingredientes que estariam presentes em cada situação e em graus variados.

O primeiro ingrediente diz respeito ao domínio das normas antecedentes (saberes constituídos), ou seja, é relativo à apropriação das normas, protocolos, manuais e a todo o conhecimento prévio que envolve o saber (SCHWARTZ, 1998; SCHWARTZ, 2007b)

O segundo ingrediente se refere aos saberes investidos, ao fazer singular que com o tempo produz um saber a partir da experiência decorrente do trabalho, da história, dos valores e do engajamento na atividade. Este ingrediente convoca o “corpo si” e suscita “o uso de si” na gestão das situações de trabalho e nas renormalizações nas normas antecedentes a partir do primeiro ingrediente (LEMOS, 2016; SANTOS; SILVA, 2019; SCHWARTZ, 2007b).

O terceiro ingrediente corresponde à capacidade de relacionar dialeticamente os conhecimentos prévios, como os saberes científicos, os manuais, as normativas e prescrições (ingrediente um, referente aos saberes constituídos), e o que a situação de trabalho exige, considerando suas experiências e o contexto da prática (ingrediente dois, relacionado aos saberes instituídos). Para instalar essa dialética, o trabalhador, a partir de seus saberes, valores e experiências, faz uso de si por si e se posiciona diante das normas com as quais se depara,

fazendo escolhas e renormalizações, de modo a atingir os objetivos impostos pela atividade do trabalho (SCHWARTZ, 1998; SCHWARTZ, 2007b; DURRIVE, 2011).

O quarto ingrediente está relacionado ao debate de normas e ao “sentido que o trabalhador atribui ao seu próprio trabalho e naquilo que ele mobiliza em si, por si e pelos outros, para cumprir determinada tarefa” (NOGUEIRA, 2012, p.50). Além disso, a capacidade desse trabalhador de se apropriar do serviço em que ele trabalha de forma positiva também está relacionada ao seu meio de trabalho (SCHWARTZ, 2007, p.218). Dessa forma, dependendo do que seu "meio" assim recortado, redefinido, oferecer em termos de espaço de renormalizações, de ressingularização, de recentramentos parciais, ínfimos ou visíveis, o trabalho do uso de si, a instauração de uma dialética (o ingrediente 3) assumem dimensões completamente variáveis (SCHWARTZ, 1998, p.133).

O quinto ingrediente corresponde à motivação para a aprendizagem (LEMOS, 2016), à ativação do “potencial da própria pessoa, a parte de si mesmo que se coloca na realização do procedimento – anônimo de início – e que envolve a qualidade do agir por inteiro” (DURRIVE, 2011, p. 62). Este ingrediente age sobre todos os demais, podendo potencializá-los (SCHWARTZ, 2007b).

O sexto ingrediente se refere à capacidade em tirar partido das sinergias de competência em situações de trabalho e trabalhar em equipe. Esta capacidade implica ao trabalhador reconhecer a singularidade do outro, construída a partir de sua história, experiências possibilidades e impossibilidades, sendo modesto ou assumindo suas responsabilidades conforme a situação que se apresenta (SCHWARTZ, 2007b). Em outras palavras,

[...] A capacidade de trabalhar em equipe consiste em assumir suas responsabilidades onde se deve assumi-las, e ao mesmo tempo consiste em ser modesto onde convém ser. Capacidade que está muito ligada seja à diversidade das histórias humanas, seja ao reconhecimento e respeito desta diversidade e à compreensão de que o trabalho coletivo hoje – na medida em que ele atravessa sempre todos esses ingredientes – supõe uma espécie de pôr em sinergia esses diferentes ingredientes, não em si mesmo, mas coletivamente (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 221).

Esses seis ingredientes compõem as competências da atividade de trabalho, que, devido às suas particularidades, não poderiam ser avaliadas do mesmo modo e por meio dos mesmos instrumentos. Eles interagem dinamicamente, no instante em que as competências são requisitadas, perante os desafios que se impõem no cotidiano do trabalho (SOUSA; MUNIZ, 2017).

Assim, o conhecimento desses ingredientes, bem como dos demais conceitos ergológicos aqui expostos, possibilitam uma melhor compreensão das atividades de trabalho realizadas pelos NASF-AB, considerando as singularidades, valores e saberes dos profissionais que atuam nessas equipes.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- ✓ Compreender os elementos estruturantes das práticas colaborativas desenvolvidas no processo de trabalho de equipes NASF-AB para o cuidado integral.

3.2 ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar os aspectos macro e micro políticos da organização do trabalho no NASF-AB.
- ✓ Descrever a operacionalização do apoio matricial pelas equipes NASF-AB para o desenvolvimento de práticas colaborativas.
- ✓ Interpretar as práticas colaborativas desenvolvidas pelas equipes de NASF-AB.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, de abordagem qualitativa, de natureza compreensiva. De acordo com Minayo, 2010:

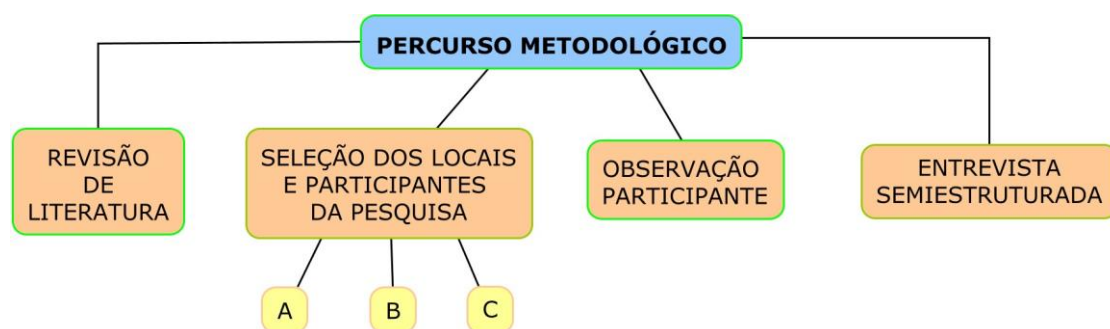
[...] O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (p.57).

A pesquisa qualitativa centraliza sua atenção no específico, no peculiar, no individual, almejando sempre a compreensão dos fenômenos estudados (MARTINS; BICUDO, 2005), o que permite uma melhor aproximação com as situações de trabalho, mostrando-se mais adequada aos objetivos deste estudo.

Dessa forma, a escolha pelo método qualitativo levou em consideração que o objeto desta pesquisa corresponde a práticas e interações dos profissionais na vida cotidiana, devendo ser representado em sua totalidade dentro do contexto de seu cotidiano, não podendo, assim, ser reduzido a meras variáveis (FLICK, 2009).

O caminho percorrido para esse estudo foi realizado por meio de: revisão de literatura; definição dos locais e participantes da pesquisa; observação participante; e entrevista semiestruturada (figura 4).

Figura 4- Percurso metodológico



Fonte: os autores, 2020.

4.1 REVISÃO DE LITERATURA

Inicialmente, para facilitar a familiaridade com o objeto de pesquisa (GIL, 2002, p.41), foi realizada uma *scoping review* ou *scoping study*, abordagem cada vez mais utilizada para analisar evidências de pesquisa em saúde.

Consiste em um tipo de revisão de literatura proposta pelas pesquisadoras Hilary Arksey e Lisa O'Malley, em 2005, que permite examinar a extensão, o alcance e a natureza da atividade de pesquisa, resumir e divulgar resultados de estudos, e identificar as lacunas de pesquisa na literatura existente (LEVAC; COLQUHOUN; O'BRIEN, 2010). Este estudo seguiu as seguintes etapas: (1) identificação da questão da pesquisa; (2) identificação dos estudos relevantes; (3) seleção dos estudos; (4) mapeamento dos dados; (5) confrontação, resumo e relato dos resultados.

Esta revisão teve como questão norteadora a necessidade de compreender os fatores que influenciam ou orientam a organização e o processo de trabalho do NASF, em âmbito nacional, considerando as diversas realidades nas quais estas equipes estão inseridas. Formulou-se, assim, a seguinte questão norteadora: O que orienta a organização e o processo de trabalho do NASF?

Para o estudo, foram utilizados como critérios de inclusão artigos originais que apresentavam resumos de livre acesso; nos idiomas português, inglês e/ou espanhol; publicados no período de 2008 a 2019, tendo em vista que a criação do NASF ocorreu com a publicação da Portaria nº 154, em 2008. Foram excluídos da pesquisa livros ou capítulos, monografias, teses, dissertações, documentos oficiais e estudos tipo revisão.

A busca bibliográfica foi realizada durante o mês de março de 2019, nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – Lilacs, e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* - Medline.

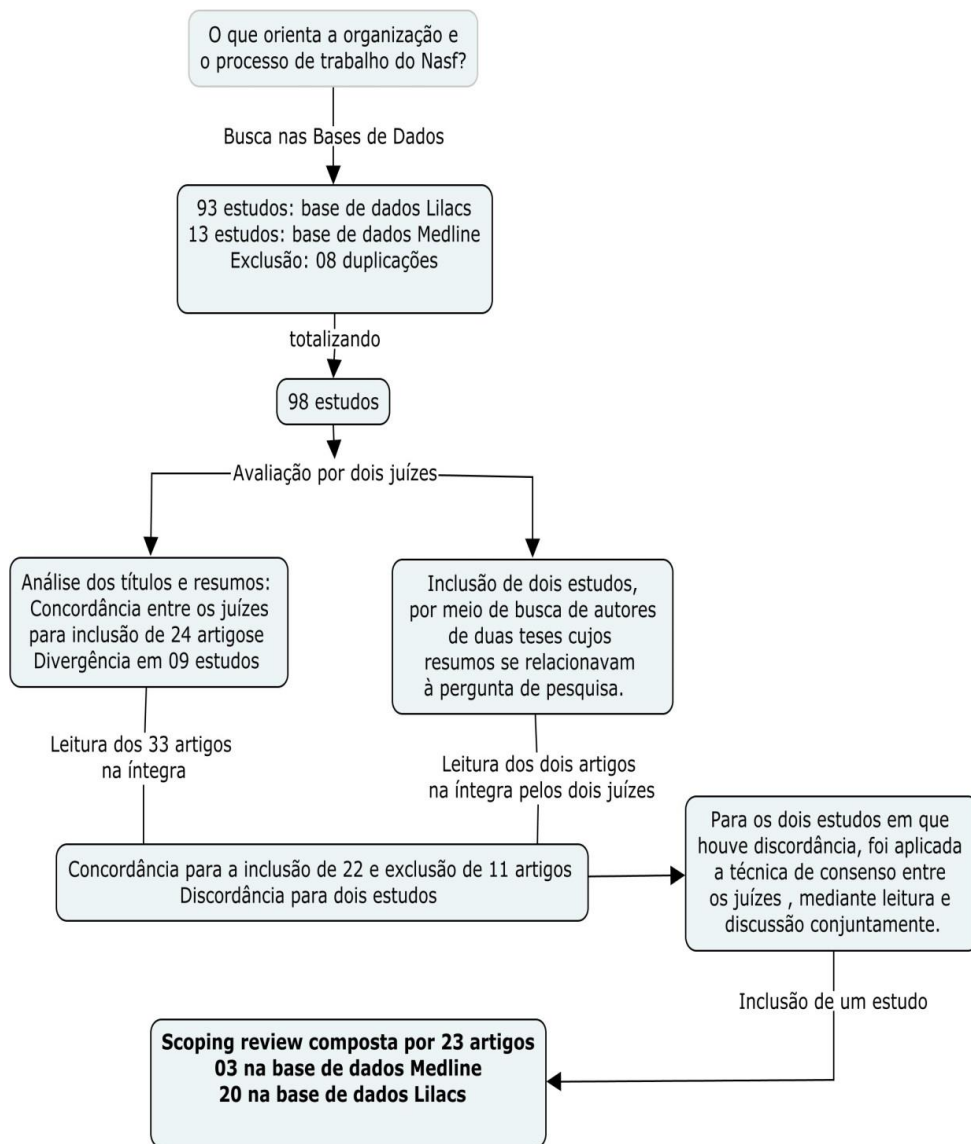
Foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Atenção Primária à Saúde; Prática de Saúde Pública; Estratégia Saúde da Família; Administração de Serviços de Saúde; Serviços de saúde; *Primary Health Care; Public Health Practice; Family Health Strategy; Health Services Administration; e Health Services*.

Para busca nas bases de dados, os descritores foram dispostos acrescidos da palavra “NASF”, com o operador booleano *and*, da seguinte forma: atenção primária à saúde *and* NASF; atenção primária à saúde *and* práticas de saúde pública *and* NASF; atenção primária à saúde *and* Estratégia Saúde da Família *and* NASF; atenção primária à saúde *and* Administração de Serviços de Saúde *and* NASF; atenção primária à saúde *and* Serviços de

saúde and NASF; Primary Health Care and NASF; Primary Health Care and Public Health Practice and NASF; Primary Health Care and Family Health Strategy and NASF; Primary Health Care and; Health Services Administration and NASF; Primary Health Care and Health Service and NASF.

O percurso metodológico utilizado para a seleção dos artigos integrantes do estudo está expresso na Figura 5. Dessa forma, dos 93 artigos selecionados inicialmente, a presente *scoping review* foi composta por 23 artigos, sendo três na base de dados Medline, e 20 na Lilacs.

Figura 5- Percurso metodológico para seleção dos artigos integrantes da *scoping review*



Fonte: os autores, 2020.

Para a organização dos dados dos estudos selecionados, foram identificados: ano de publicação, título, autoria, revista de publicação e objetivo do estudo (Quadro 1).

Após leitura dos materiais, as informações referentes aos fatores que influenciam ou orientam a organização e o processo de trabalho do NASF foram mapeadas e confrontadas entre si, procedendo-se, então, ao resumo destas informações e ao relato dos resultados.

Os resultados foram categorizados e analisados de acordo com a influência exercida aos mesmos por fatores macro e micropolíticos. Para isso, tomou-se como referência a definição de micropolítica expressa por Cecílio (2007), como sendo um “[...] conjunto de relações que estabelecem, entre si, os vários atores organizacionais, formando uma rede complexa, móvel, mutante, mas com estabilidade suficiente para constituir uma determinada ‘realidade organizacional’” (CECÍLIO, 2007, p.10). Para este autor, as pessoas no ambiente de trabalho possuem valores, projetos, interesses, e disputam sentidos para o trabalho em saúde. Desta forma, o espaço de trabalho é sempre um campo, marcado por disputas, acordos e composições, coalizões, afetos; um campo atravessado e constituído por relações de poder.

Tomando por base o conceito de micropolítica, numa escala que extrapola as relações entre os trabalhadores, adotou-se o conceito de macropolítica, como os processos que se articulam ao contexto organizacional e o conformam, ou seja, os aspectos estruturais da organização, como a legislação e as normas além da conformação e estrutura dos serviços de saúde.

Cabe destacar, no entanto, que esta separação entre os fatores micro e macropolíticos, feita neste estudo, é puramente didática, a fim de auxiliar a análise dos fatores que interferem na organização e no processo de trabalho do NASF. É claro para os autores que as dimensões macropolítica e micropolítica não são estanques ou separadas, mas ao contrário se relacionam, se imbricam e se complementam (MALTA; MERHY, 2010), ou seja, integram um mesmo contexto.

A *scoping review* permitiu identificar como lacunas de pesquisa na literatura existente estudos contemplando aspectos de potencialidade do trabalho do NASF, uma vez que os artigos analisados, em sua maioria, abordaram as dificuldades para o processo de trabalho dessas equipes, bem como trabalhos que explorem com profundidade estratégias para a superação dos desafios encontrados. Desta forma, tal revisão de literatura auxiliou na definição do objeto de pesquisa desta dissertação, referente à necessidade de compreender os elementos estruturantes das práticas colaborativas desenvolvidas no processo de trabalho de equipes NASF-AB para o cuidado integral.

4.2 DEFINIÇÃO DOS LOCAIS E PARTICIPANTES DA PESQUISA

Foi realizado um estudo em três municípios da 16ª Regional de Saúde de Apucarana (figura 6), da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná/ Brasil. A 16ª Regional pertence à Macrorregião Norte do Paraná e abrange 17 municípios, com uma população total de 352.126 habitantes (BRASIL, 2012). A escolha por esta região de saúde se deve ao fato de ser o local de atuação da pesquisadora por aproximadamente nove anos em equipe NASF-AB.

Figura 6 - 16ª Regional de Saúde de Apucarana, da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Paraná. Disponível em:

<<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2768>>.

De acordo com Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (BRASIL, 2019a), esta Região de Saúde possui 21 Equipes de NASF-AB (EqNASF-AB), distribuídas em três modalidades, conforme expresso na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição das equipes NASF-AB por modalidade, município e quantidade de equipes. Dezembro, 2019.

Modalidade / Municípios	Número de equipes
NASF-AB 1	
Apucarana	03
Arapongas	03
Faxinal	01
Jandaia do Sul	01
NASF-AB 2	
Bom Sucesso	01
Borrazópolis	01
Califórnia	01
Cambira	01
Grandes Rios	01
Marilândia do Sul	01
Mauá da Serra	01
São Pedro do Ivaí	01
NASF-AB 3	
Kaloré	01
Marumbi	01
Novo Itacolomi	01
Rio Bom	01
Sabáudia	01

Fonte: DATASUS - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Para selecionar os municípios que integraram este estudo, inicialmente foram realizados questionamentos junto a uma informante-chave, representada pela coordenadora da Atenção Primária da 16ª Regional de Saúde de Apucarana, a respeito de quais equipes NASF-AB se destacavam em seu processo de trabalho. Buscou-se identificar equipes da região que realizavam práticas de forma integrada entre si, com as equipes de referência e com a rede de atenção à saúde, possuíam espaços para discussão de processos de trabalho e educação permanente, e recebiam apoio dos gestores.

Procurou-se explorar a diversidade de arranjos de NASF-AB da Região de Saúde, considerando que é possível encontrar diferentes formas de estruturação destas equipes entre as diversas localidades.

Assim, foram selecionados três municípios (A, B e C) para compor os locais de realização da pesquisa, englobando as três modalidades de NASF-AB.

Conforme a Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012), a modalidade NASF 1 deverá ser formada por profissionais de nível superior cuja soma das cargas horárias semanais acumule no mínimo duzentas horas semanais. Já a modalidade NASF 2 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais com um somatório das cargas horárias semanais de no mínimo cento e vinte horas semanais. Ainda, a soma das cargas horárias semanais dos profissionais de saúde integrantes da modalidade NASF 3 deverá acumular no mínimo 80 horas semanais. Além disso, nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que vinte horas (BRASIL, 2012).

Após a seleção dos municípios, entrou-se em contato com o secretário municipal de saúde de cada localidade, a fim de tecer explicações sobre a pesquisa e obter assinatura do termo de consentimento para a realização da mesma (APÊNDICE A).

Os participantes da pesquisa foram os trabalhadores de saúde que compõem as Equipes de Núcleos Ampliados à Saúde da Família e Atenção Básica nos municípios investigados, constituídos por um total de dez profissionais de saúde.

O município A, com população de 2.901 habitantes de acordo com o último censo (BRASIL, 2015), possui uma UBS, em que atuam uma enfermeira (que também exerce o papel de coordenadora geral), um enfermeiro (que atua ainda como coordenador do NASF-AB), duas auxiliares de enfermagem, uma dentista, um auxiliar de saúde bucal, um recepcionista, e sete agentes comunitários de saúde. O NASF-AB foi implantado em 2012, sendo que a escolha das categorias profissionais que integrariam esse núcleo foi realizada mediante a necessidade da população, percebida pelos gestores. Assim, o município possui uma equipe NASF-AB modalidade 3, composta por uma nutricionista, uma fisioterapeuta, uma psicóloga e uma assistente social. Esta última por estar de licença na ocasião da obtenção de dados, não participou desse estudo.

O município B possui uma população de 9.705 habitantes (BRASIL, 2015), e dispõe de três Unidades Básicas de Saúde, com três equipes de Estratégia Saúde da Família. A implantação do NASF-AB, classificado como modalidade 2, ocorreu em 2013, integrando um profissional de educação física, três psicólogos, um assistente social e um nutricionista. Nesta equipe, os apoiadores, com exceção dos psicólogos, possuem espaço físico exclusivo para sua atuação, mas também desenvolvem ações descentralizadas nas UBS. Cada psicólogo fica alocado em uma UBS. Essa realidade surgiu através de um levantamento das necessidades do território, realizado pelas equipes ESF e gestão. Verificou-se uma grande demanda relacionada à saúde mental, e dessa forma a gestão decidiu inserir um psicólogo em cada

UBS, com o objetivo de criar maior vínculo com a população, atender a grande demanda e auxiliar o desenvolvimento de ações voltadas a essa população em cada área.

O município C apresenta uma população de 130.430 habitantes (BRASIL, 2015), e atualmente possui 28 UBS, seis Unidades de Apoio e um total de 41 equipes de Estratégia Saúde da Família, divididos em quatro quadrantes. Nesta região, o NASF-AB foi instituído em 2009, cujo projeto de implantação foi construído pelos gestores, com contribuições pontuais de profissionais da equipe de referência. O município conta com três equipes de NASF-AB modalidade 1, compostas por profissionais de educação física, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos, perfazendo um total de 13 profissionais. Cada equipe NASF-AB se responsabiliza por sete a oito UBS, e possui uma agenda itinerante, rodiziando entre as diversas unidades. Além disso, o município conta com um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, autogerido, cujos profissionais residentes integram as equipes de saúde da família em seis UBS em que não há atuação do NASF-AB. Foi realizado questionamento junto ao coordenador do NASF-AB deste município para definição de qual equipe NASF-AB faria parte da pesquisa, sendo selecionada aquela que, sob a ótica do gestor, mais se destacava em seu processo de trabalho.

4.2.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES E DAS EQUIPES DA PESQUISA

Considerando a totalidade dos profissionais do NASF-AB que integraram o estudo, oito eram do sexo feminino. Em relação ao núcleo profissional, três participantes eram nutricionistas, um era assistente social, dois fisioterapeutas, dois psicólogos, e dois profissionais de educação física.

Quanto à formação profissional, sete trabalhadores possuíam pós-graduação, sendo que seis participaram de algum curso para atuação em saúde coletiva e/ou NASF-AB.

Verificou-se que seis profissionais possuíam carga horária de 20 horas de trabalho, e os demais atuavam por 40 horas, semanalmente. No que se refere ao vínculo empregatício, oito eram concursados e dois contratados por prestação de serviços, como pessoa jurídica. Além disso, oito trabalhadores possuíam entre um a cinco anos de atuação no NASF-AB, e dois possuíam tempo de trabalho de até um ano nessas equipes.

A tabela 2 apresenta os dados referentes à caracterização das equipes de NASF-AB, considerando individualmente cada equipe analisada.

Tabela 2 – Caracterização das Equipes NASF-AB, 2020.

	Município A NASF-AB 3		Município B NASF-AB 2		Município C NASF-AB 1	
	N	%	N	%	N	%
Sexo						
Feminino	3	100,0	3	75,0	2	66,6
Masculino	-		1	25,0	1	33,3
Carga horária semanal de trabalho						
40h	-		2	50,0	2	66,6
20h	3	100,0	2	50,0	1	33,3
Categoria profissional						
Assistente social	-		1	33,3	-	
Fisioterapeuta	1	33,3	-		1	33,3
Nutricionista	1	33,3	1	33,3	1	33,3
Profissional de Educação Física	-		1	33,3	1	33,3
Psicólogo	1	33,3	1	33,3	-	
Tempo de atuação no NASF-AB						
< 1ano	-		2	50,0	-	
De 1 a 5 anos	3	100,0	2	50,0	3	100,0
Vínculo empregatício						
Concursado	1	33,3	4	100,0	3	100,0
Contrato por prestação de serviços	2	66,6	-		-	
Escolaridade						
Graduação	2	66,6	1	25,0	-	
Especialização	1	33,3	3	75,0	3	100,0
Curso para atuação em saúde coletiva e/ou NASF-AB						
Sim*	1	33,3	2	50,0	3	100,0
Não**	2	66,6	2	50,0	-	

Fonte: os autores, 2020.

* Realizou curso de qualificação para atuação em saúde coletiva e/ou NASF-AB após a entrada no NASF-AB

** Não possui curso de qualificação para atuação em saúde coletiva e/ou NASF-AB

4.3 OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Para apreensão do processo de trabalho e para subsidiar a entrevista com os profissionais, foi empregada a observação participante das atividades realizadas pelas equipes de NASF-AB selecionadas, tais como reuniões de apoio matricial e de equipe, atividades terapêuticas e/ou educativas, reuniões com outros setores, entre outras, durante uma semana típica de funcionamento de cada Equipe NASF-AB, no período de junho a julho de 2019, totalizando 52 horas e 30 minutos de observação.

Na observação participante, mantém-se a presença do observador numa situação social, com o intuito de realizar uma investigação científica (MINAYO, 2010). O pesquisador encontra-se como parte do contexto sob observação, em relação direta com os observados. Assim, o observador é conhecido e reconhecido, mas relaciona-se com os participantes da pesquisa apenas como pesquisador (ANGROSINO, 2009).

Para este estudo, a pesquisadora desempenhou o papel de “observador-como-participante” (MINAYO, 2010), proposta por Raymond Gold, que “costuma ser utilizada, frequentemente, como estratégia complementar ao uso das entrevistas, nas reações com os atores, em momentos considerados importantes para efeitos da pesquisa” (MINAYO, 2010, p.281).

Foi solicitado ao coordenado do NASF-AB de cada município a assinatura de um termo de autorização para realização das observações (APÊNDICE B). A observação foi guiada por um roteiro semiestruturado (APÊNDICE C), contemplando as atividades realizadas pelos profissionais e as tecnologias utilizadas, norteado pelos documentos ministeriais e referenciais das práticas colaborativas. Os dados das observações, incluindo falas e expressões de outros profissionais e de usuários, foram organizados em diário de campo, favorecendo, assim, a descrição de fatos, impressões e conversas informais.

4.4 ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

O roteiro de entrevista semiestruturado foi direcionado aos profissionais das Equipes NASF-AB selecionadas nas etapas anteriores, contendo questões relacionadas à interação entre os profissionais e as equipes, e às práticas que esses sujeitos desenvolvem para a organização de seu processo de trabalho, visando o cuidado integral na APS (APÊNDICE D). As questões foram testadas anteriormente com profissionais do NASF-AB que não integravam as equipes analisadas, através de uma entrevista piloto. Foram entrevistados os dez profissionais de saúde que integram as equipes de NASF-AB selecionadas, durante o período de julho a agosto de 2019.

Inicialmente os indivíduos foram esclarecidos acerca dos objetivos e procedimentos do estudo e foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE E).

Para a caracterização dos participantes foi utilizada uma ficha de avaliação padronizada para este estudo (APÊNDICE F). Durante a entrevista, foi utilizado um gravador para registro das informações mediante autorização dos participantes, com o consentimento

deste. A entrevista se iniciou com o comando do pesquisador, sendo gravados todos os discursos. Após a análise dos dados, as gravações foram descartadas.

4.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados obtidos na entrevista foram inicialmente transcritos, excluindo-se possíveis vícios de linguagem de modo a facilitar a compreensão das falas. Após o processo de transcrição, foram atribuídos códigos nas falas dos usuários para a manutenção do sigilo. Utilizou-se a letra E (entrevistado), numerada conforme a ordem de realização das entrevistas.

Foi utilizado o método de análise de discurso proposto por Martins e Bicudo (2005), que abrange dois momentos.

O primeiro consistiu na análise individual ou ideográfica, que “é realizada em cada um dos discursos, através de esquemas de ideogramas de significação” (LIMA, 2016, p.539).

Assim, foram realizadas leituras flutuantes das transcrições, com o objetivo de se apropriar do conteúdo da fala de cada sujeito de um modo geral. Nesse momento, é fundamental que o pesquisador se coloque no lugar do sujeito, de forma que ele não seja um mero expectador, e sim alguém que alcance os significadores atribuídos vivencialmente (MARTINS; BICUDO, 2005). Em seguida, procedeu-se à leitura analítica, com o objetivo de extrair as unidades de significação, ou seja, palavras ou frases que possuem algum sentido na perspectiva do fenômeno em questão. Essa não é uma fase rígida, pois é possível que diferentes pesquisadores indiquem distintos significados, de acordo com suas perspectivas (MARTINS; BICUDO, 2005, p.95). Após a identificação das unidades de significação, elas foram interpretadas, com o objetivo de traduzir com uma linguagem mais formal e compreensiva o que foi expresso pelo entrevistado. A seguir, foram realizadas as convergências das unidades de significado que possuíam a mesma interpretação dentro do discurso do entrevistado.

De acordo com Lima, 2016:

“[...] a análise ideográfica se faz necessária, pois as descrições ingênuas, isto é que não receberam nenhum tratamento, possuem seus limites, ou seja, nem sempre expressa de forma clara o fenômeno que está sendo interrogado” (p. 539).

O segundo momento correspondeu à análise nomotética, que consiste na compreensão e articulação dos diversos casos individuais, em algo mais geral. Nesta etapa procedeu-se a releitura das entrevistas. Em seguida, a partir das unidades de significados interpretadas dos

discursos individuais, procurou-se as divergências, as convergências e as individualidades presentes, obtendo-se um quadro com todas as unidades de significado reunidas bem como suas respectivas interpretações. Desta forma baseou-se nas interpretações gerais para a construção das categorias de análise (MARTINS; BICUDO, 2005; LIMA, 2016), que são: o apoio matricial em espaços formais para o desenvolvimento de práticas colaborativas; o apoio matricial em espaços informais para o desenvolvimento de práticas colaborativas; e atividades de matriciamento, que originaram o segundo artigo desta dissertação; e práticas colaborativas desenvolvidas pelos profissionais do NASF-AB no contexto dos atendimentos individuais, das visitas domiciliares, no planejamento e execução de atividades coletivas e na articulação com a rede, que foi abordada no terceiro artigo deste estudo.

Os resultados desta dissertação estão apresentados em três artigos. O artigo intitulado “Aspectos macro e micropolíticos na organização do trabalho do NASF: o que a produção científica revela?” responde ao primeiro objetivo específico desta pesquisa, que é conhecer os aspectos macro e micropolíticos da organização do trabalho no NASF, e se refere a uma *scoping review*, que teve como questão norteadora a necessidade de compreender os fatores que influenciam ou orientam a organização e o processo de trabalho do NASF-AB, em âmbito nacional, considerando as diversas realidades nas quais estas equipes estão inseridas.

O segundo artigo, “A operacionalização do apoio matricial e o desenvolvimento de práticas colaborativas nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica”, responde ao segundo objetivo específico desta pesquisa, que é descrever a operacionalização do apoio matricial pelas equipes NASF-AB para o desenvolvimento de práticas colaborativas.

O terceiro artigo, chamado “Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica e as Práticas Colaborativas para o cuidado integral”, responde ao último objetivo específico desta pesquisa, que é interpretar as práticas colaborativas desenvolvidas pelas equipes de NASF-AB.

4.6 SIGILO E ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa respeitou os preceitos contidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), referente às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, e foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), sob o parecer nº 3.093.051, emitido em 18 de Dezembro de 2018, CAAE 04456918.1.0000.5231 (ANEXO).

Para a submissão deste projeto ao CEP, solicitou-se a assinatura de uma Declaração de Concordância de Instituição Coparticipante pela diretora da 16ª Regional de Saúde de Apucarana (APÊNDICE G), e um Termo de Autorização Institucional pelo representante do CRESEMS (APÊNDICE H), uma vez que ainda não haviam sido definidos os municípios que participariam do estudo, constituindo, esta, uma das etapas da pesquisa.

Após o momento de seleção das equipes que integraram o estudo, foi solicitado a autorização dos secretários de Saúde dos três municípios elencados para realização da pesquisa (APÊNDICE A), e os profissionais do NASF-AB foram convidados a participar da pesquisa e, após esclarecidos dos objetivos, manifestaram sua concordância, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE E).

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 ARTIGO 1 - ASPECTOS MACRO E MICROPOLÍTICOS NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DO NASF: O QUE A PRODUÇÃO CIENTÍFICA REVELA?

Este artigo responde ao primeiro objetivo específico desta pesquisa, que é identificar os aspectos macro e micropolíticos da organização do trabalho no NASF-AB, e se refere a uma *scoping review*, que teve como questão norteadora a necessidade de compreender os fatores que influenciam ou orientam a organização e o processo de trabalho do NASF-AB, em âmbito nacional, considerando as diversas realidades nas quais estas equipes estão inseridas.

Seus resultados possibilitaram identificar questões referentes à infraestrutura, gestão do trabalho do NASF-AB, formação para o SUS, relação entre as equipes e características dos profissionais apoiadores, que influenciam a organização e o processo de trabalho destas equipes. Assim, esta revisão de literatura foi fundamental para identificar as lacunas de pesquisa na literatura existente relacionada ao NASF-AB e auxiliar na definição do objeto de pesquisa desta dissertação.

ASPECTOS MACRO E MICROPOLÍTICOS NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DO NASF: O QUE A PRODUÇÃO CIENTÍFICA REVELA?

MACRO AND MICROPOLYTIC FACTORS IN THE NASF WORK ORGANIZATION: WHAT DOES SCIENTIFIC PRODUCTION REVEAL?

Daiene Aparecida Alves Mazza¹

 <https://orcid.org/0000-0002-0011-8944>


Brígida Gimenez Carvalho¹

 <https://orcid.org/0000-0003-3850-870X>

Marselle Nobre de Carvalho¹

 <https://orcid.org/0000-0001-7338-5448>

Fernanda de Freitas Mendonça¹

 <https://orcid.org/0000-0002-3532-5070>

Carolina Milena Domingos¹

 <https://orcid.org/0000-0002-7725-1831>

¹Universidade Estadual de Londrina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Londrina, Paraná, Brasil. <daifisiouel@yahoo.com.br>

RESUMO:

Este artigo objetiva identificar os aspectos macro e micropolíticos da organização do trabalho no NASF. Trata-se de uma *scoping review*, realizada durante o mês de março de 2019, nas bases de dados Lilacs e Medline. Identificou-se que questões referentes à infraestrutura, gestão do trabalho do NASF, formação para o SUS, relação entre as equipes e características dos profissionais do NASF influenciam a organização e o processo de trabalho do NASF, evidenciando-se a ocorrência de um maior número de desafios, em detrimento das potencialidades para esse processo. Destaca-se que atravessamentos marcados pela conjuntura atual podem refletir incisivamente no trabalho destas equipes. Aponta-se a necessidade da implantação de estratégias no sentido de dirimir os obstáculos desvelados por este estudo, tais como a criação de espaços de educação permanente no cotidiano das equipes, o estabelecimento de ferramentas de cogestão, e o incentivo a iniciativas que fomentem a integração ensino-serviço-comunidade.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Equipe Multiprofissional; Prática de Saúde Pública; Política de Saúde.

ABSTRACT:

This article aims to identify the macro and micro political aspects of the organization of work at NASF. This is a scoping review, conducted during March 2019, in the Lilacs and Medline databases. It was found that issues related to infrastructure, NASF work management, training for SUS, relationship between teams and characteristics of NASF professionals influence the organization and work process of NASF, evidencing the occurrence of a higher number challenges rather than the potential for this process. It is noteworthy that crossings marked by the current conjuncture can strongly reflect on the work of these teams. There is a need to implement strategies to address the obstacles unveiled by this study, such as the creation of permanent education spaces in the daily lives of teams, the establishment of co-management tools, and the encouragement of initiatives that foster integration teaching-service-community.

KEY WORDS: Primary Health Care; Patient Care Team; Public Health Practice; Health Policy.

INTRODUÇÃO

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2008 (Brasil, 2008), com o objetivo de apoiar as equipes de referência para que estas ampliem a abrangência e a resolutividade de suas ações (CAMPOS et.al., 2014), contribuindo para a oferta de um cuidado integral (ARAÚJO NETO et.al. 2019) e para a consolidação da Atenção Básica no Brasil. É constituído por profissionais de diferentes núcleos de conhecimento e práticas, cujo suporte especializado pode ser realizado por meio de discussões clínicas, intervenções conjuntas com a equipe de referência e assistência direta aos casos que demandam ações especializadas (CAMPOS et.al., 2014).

Iniciativas do MS visaram aprimorar a atenção desenvolvida pelos NASF. Em 2009, a edição do Caderno de Diretrizes do NASF foi relevante para nortear as atividades, ao instituir os princípios, diretrizes, ferramentas tecnológicas e aspectos relacionados ao processo de trabalho do NASF (BRASIL, 2009a). Em seguida, imprimiu-se alterações no parâmetro de vinculação do NASF 1 às equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), aumento do valor de custeio para o NASF 2, ampliação das ocupações que podem compor as equipes de NASF e criação do NASF 3 (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012; BRASIL, 2013). Ainda, em 2014 foi lançado o Caderno de Atenção Básica nº 39, intitulado “Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano”, visando auxiliar a operacionalização do NASF, conforme as diretrizes ministeriais (BRASIL, 2014).

Preconiza-se que a organização do processo de trabalho do NASF seja pautada segundo a lógica do apoio matricial, por relação colaborativa com os profissionais da equipe de referência, priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, contemplando as dimensões técnico-pedagógica e clínico-assistencial (BRASIL, 2008; BRASIL, 2014). Quando operado na dimensão técnico-pedagógica, o apoio matricial se destina ao apoio educativo para a equipe de referência. Já a dimensão clínico-assistencial permite discernir os casos e situações que podem ser acompanhadas pela equipe de referência, daquelas demandas que necessitam ser compartilhadas com o NASF ou com a rede (CAMPOS et.al., 2014). Nesse sentido, procura superar os modelos convencionais fragmentados e curativistas, investindo-se na corresponsabilização e gestão integrada do cuidado (ANJOS et.al. 2013).

Verifica-se que, desde a criação do NASF, algumas estratégias foram realizadas com vistas à qualificação do processo de trabalho destas equipes, tais como a Oficina de Qualificação do NASF com foco na redução da mortalidade infantil, o documento Auto avaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica para os NASF (AMAQ-NASF), a inclusão do NASF no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), a Comunidade de Práticas e o Curso de Aperfeiçoamento em Apoio Matricial na Atenção Básica com ênfase no NASF (Brasil, 2014). Entretanto, apesar destas iniciativas, é notável a dificuldade das equipes de NASF em atuar conforme preconizado pelas portarias e diretrizes vigentes (ANJOS et.al. 2013; GONÇALVES et.al., 2015; ARAÚJO NETO, 2019).

Aspectos macropolíticos e micropolíticos interferem na organização do trabalho desses núcleos nas diversas localidades em que estão implantados. Para isso, tomou-se como referência a definição de micropolítica expressa por Luiz Cecílio, como sendo um “[...] conjunto de relações que estabelecem, entre si, os vários atores organizacionais, formando uma rede complexa, móvel, mutante, mas com estabilidade suficiente para constituir uma determinada ‘realidade organizacional’” (CECÍLIO, 2007, p.10). Para este autor, as pessoas no ambiente de trabalho possuem valores, projetos, interesses, e disputam sentidos para o trabalho em saúde. Desta forma, o espaço de trabalho é sempre um campo, marcado por disputas, acordos e composições, coalizões, afetos; um campo atravessado e constituído por relações de poder.

Tomando por base o conceito de micropolítica, numa escala que extrapola as relações entre os trabalhadores, adotou-se o conceito de macropolítica, como os processos que se articulam ao contexto organizacional e o conformam, ou seja, os aspectos estruturais da organização, como a legislação e as normas além da conformação e estrutura dos serviços de saúde.

Desta forma questiona-se: Como acontece o processo de trabalho do NASF? Que elementos orientam os diferentes arranjos assumidos por essas equipes?

Buscando responder essas questões foi desenvolvida uma *scoping review* que tem por objetivo identificar os aspectos macro e micropolíticos da organização do trabalho no NASF.

PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Optou-se por realizar uma *scoping review* ou *scoping study*, abordagem cada vez mais utilizada para analisar evidências de pesquisa em saúde. Consiste em um tipo de revisão de literatura proposta pelas pesquisadoras Hilary Arksey e Lisa O'Malley, em 2005, que permite examinar a extensão, o alcance e a natureza da atividade de pesquisa, resumir e divulgar resultados de estudos, e identificar as lacunas de pesquisa na literatura existente (LEVAC; COLQUHOUN; O'BRIEN, 2010). Este estudo seguiu as seguintes etapas: (1) identificação da questão da pesquisa; (2) identificação dos estudos relevantes; (3) seleção dos estudos; (4) mapeamento dos dados; (5) confrontação, resumo e relato dos resultados.

Esta revisão teve como questão norteadora a necessidade de compreender os fatores que influenciam ou orientam a organização e o processo de trabalho do NASF, em âmbito nacional, considerando as diversas realidades nas quais estas equipes estão inseridas.

Para o estudo, foram utilizados como critérios de inclusão artigos originais que apresentavam resumos de livre acesso; nos idiomas português, inglês e/ou espanhol; publicados no período de 2008 a 2019, tendo em vista que a criação do NASF ocorreu com a publicação da Portaria nº 154, em 2008. Foram excluídos da pesquisa livros ou capítulos, monografias, teses, dissertações, documentos oficiais e estudos tipo revisão.

A busca bibliográfica foi realizada durante o mês de março de 2019, nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – Lilacs, e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* - Medline.

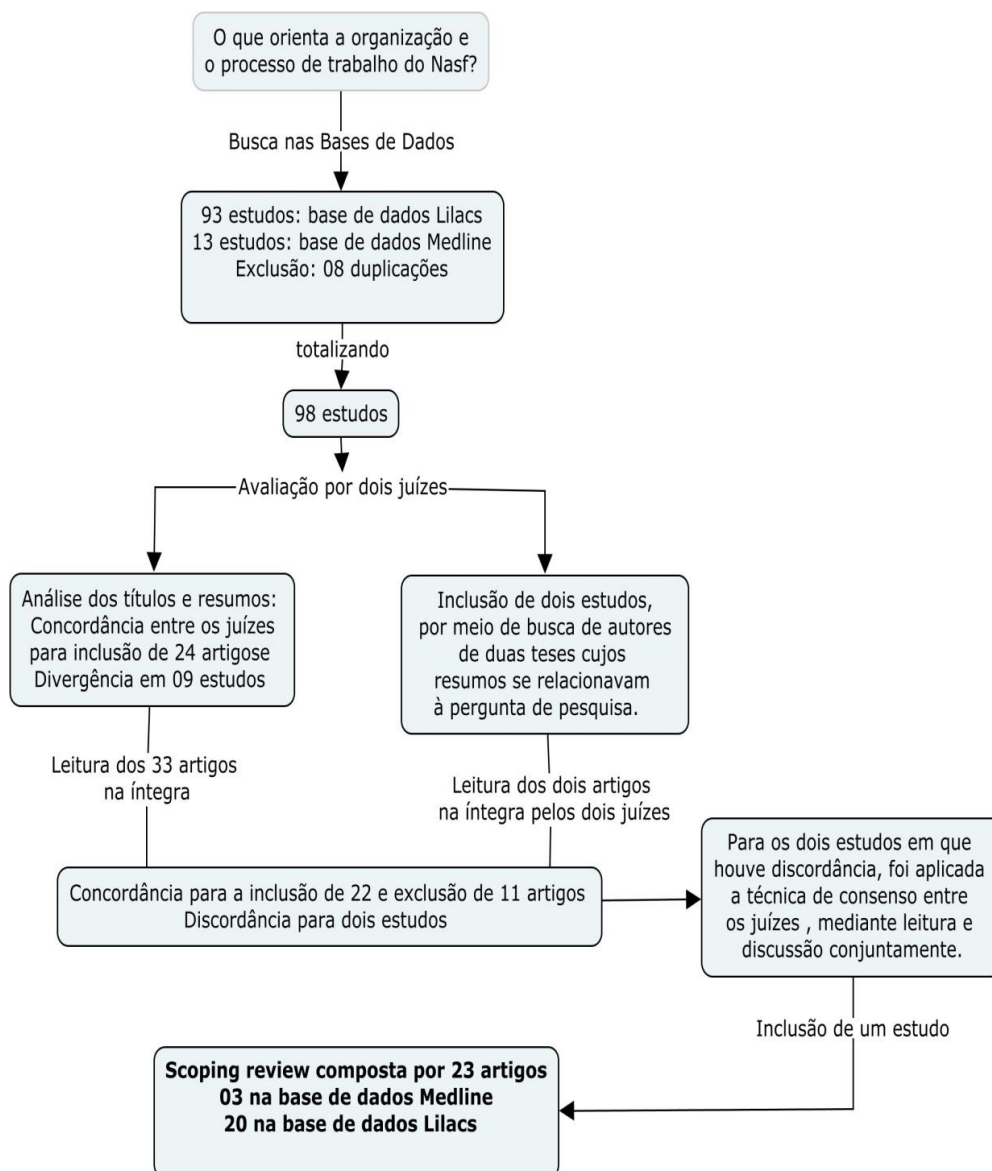
Foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Atenção Primária à Saúde; Prática de Saúde Pública; Estratégia Saúde da Família; Administração de Serviços de Saúde; Serviços de saúde; *Primary Health Care; Public Health Practice; Family Health Strategy; Health Services Administration; e Health Services*.

Para busca nas bases de dados, os descritores foram dispostos acrescidos da palavra “NASF”, com o operador booleano *and*, da seguinte forma: atenção primária à saúde *and* NASF; atenção primária à saúde *and* práticas de saúde pública *and* NASF; atenção primária à

saúde *and* Estratégia Saúde da Família *and* NASF; atenção primária à saúde *and* Administração de Serviços de Saúde *and* NASF; atenção primária à saúde *and* Serviços de saúde *and* NASF; *Primary Health Care and NASF*; *Primary Health Care and Public Health Practice and NASF*; *Primary Health Care and Family Health Strategy and NASF*; *Primary Health Care and*; *Health Services Administration and NASF*; *Primary Health Care and Health Services and NASF*.

O percurso metodológico utilizado para a seleção dos artigos integrantes do estudo está expresso na Figura 1.

Figura 1- Percurso metodológico para seleção dos artigos integrantes da *scoping review*.



Fonte: os autores, 2019.

Dessa forma, dos 98 artigos selecionados inicialmente, a presente *scoping* review foi composta por 23 artigos, sendo três na base de dados Medline, e 20 na Lilacs.

Para a organização dos dados dos estudos selecionados, foram identificados: ano de publicação, título, autoria, revista de publicação e objetivo do estudo (Quadro 1).

Após leitura dos materiais, as informações referentes aos fatores que influenciam ou orientam a organização e o processo de trabalho do NASF foram mapeados e confrontados entre si, procedendo-se, então, ao resumo destas informações e ao relato dos resultados.

Os resultados foram categorizados e analisados de acordo com a influência exercida aos mesmos por fatores macro e micropolíticos.

Cabe destacar, no entanto, que esta separação entre os fatores micro e macropolíticos, feita neste estudo, é puramente didática, a fim de auxiliar a análise dos fatores que interferem na organização e no processo de trabalho do NASF. É claro para os autores que as dimensões macropolítica e micropolítica não são estanques ou separadas, mas ao contrário se relacionam, se imbricam e se complementam (MALTA; MERHY, 2010), ou seja, integram um mesmo contexto.

RESULTADOS

Dos 23 artigos selecionados, dois analisaram o processo de trabalho do NASF a partir de dados provenientes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica – PMAQ; nove abordaram o desenvolvimento do processo de trabalho de categorias profissionais específicas no NASF; dois pesquisaram os processos de educação permanente vivenciados pelo NASF; seis relatam sobre o desenvolvimento do trabalho pelos profissionais do NASF, com ênfase nas ferramentas tecnológicas; um analisou a implantação do NASF com base nas diretrizes nacionais e a implementação local; um abordou a respeito do trabalho compartilhado e colaboração interprofissional; um identificou os fatores que afetam a qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF; e um verificou as características da organização e condições de trabalho do NASF a partir da Análise Ergonômica do Trabalho e Ação em Psicodinâmica do Trabalho. Os estudos foram publicados a partir do ano de 2010, sendo 30% (6) em 2013, ocasião em que havia 2.053 equipes de NASF implantadas no Brasil (BRASIL, 2019a).

O Quadro 1 traz a descrição dos artigos que integram esse estudo.

Quadro 1. Descrição dos estudos que integraram a *scoping review*, 2019.

Ano de Publicação	Título	Autores	Revista	Objetivos do estudo
2018	Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): panorama nacional a partir de dados do PMAQ	BROCARD, Deniclara et. al	Saúde em Debate	Analisar o trabalho do NASF, a partir de dados do PMAQ
2018	Núcleos de apoio à saúde da família: concepções, implicações e desafios para o apoio matricial	BISPO JÚNIOR, José Patrício; MOREIRA, Diane Costa	Trabalho, Educação e Saúde	Investigar os desafios para a prática cotidiana do apoio matricial, em municípios da Bahia.
2018	Educação Permanente em Saúde na atenção ao idoso: dificuldades e facilidades do Núcleo de Apoio à Saúde da Família	NOGUEIRA, Iara Sescon; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi.	Escola Anna Nery	Pesquisar as dificuldades e facilidades da Educação Permanente desenvolvida pelo NASF na atenção ao idoso
2017	A atuação do psicólogo nos NASF: desafios e perspectivas na atenção básica	OLIVEIRA, Isabel Fernandes de et. al	Temas em Psicologia	Analisar a atuação do psicólogo no NASF, no estado do RN, referente aos modelos de atuação empregados e sua consonância com os princípios do SUS
2017	Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas	BISPO JÚNIOR, José Patrício; MOREIRA, Diane Costa	Cadernos de Saúde Pública	Investigar como os processos de educação permanente são vivenciados pelo NASF e ESF.
2017	Processo de trabalho entre a Equipe de Atenção Básica e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família	DA SILVA, Isabelle Cristina Borba et. al.	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	Estudar a organização do processo de trabalho entre o NASF e Equipes AB, na Paraíba, através de dados obtidos do 2º Ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB
2016	A construção do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: a experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil	NAKAMUR.A, C.A.; LEITE, S. N.	Ciência & Saúde Coletiva	Investigar o desenvolvimento do processo de trabalho dos farmacêuticos nos NASF
2015	Matrix support strategies: the experience of two Family Health Support Centers (NASFs) in São	BARROS, Juliana de Oliveira et. al	Ciência & Saúde Coletiva	Discutir como os profissionais do NASF desenvolvem seu trabalho, com ênfase na incorporação do matriciamento no cotidiano das práticas.

	Paulo, Brazil.			
2015	Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e a implementação em municípios do estado do Rio de Janeiro	PATROCÍNIO, Shirley Soares da Silva Marins et. al.	Saúde em Debate	Analisar a implantação do NASF como uma estratégia da política de AB brasileira, com base nas diretrizes nacionais e a implementação local.
2015	Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho	MATUDA, Caroline Guinoza et. al	Ciência & Saúde Coletiva	Captar a percepção de profissionais que atuam no NASF e na ESF sobre o trabalho compartilhado e a colaboração interprofissional
2014	O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil.	HORI, Alice Ayako; NASCIMENTO, Andréia de Fátima	Ciência & Saúde Coletiva.	Analisar a elaboração de PTS pelas equipes de SM dos NASF e suas articulações com serviços da APS, da Atenção Psicossocial e com outros setores
2014	O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes	MOURA, Renata Heller de.; LUZIO, Cristina Amélia.	Interface Comunicação, Saúde e Educação.	Propor uma reflexão acerca da função apoio na implementação do NASF, com ênfase para o apoio institucional
2014	Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo	LEITE, Denise Fernandes; NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos.	Physis Revista de Saúde Coletiva	Identificar as percepções acerca da QVT dos profissionais do NASF, e os aspectos facilitadores e dificultadores no cotidiano do trabalho
2013	Perspectivas dos terapeutas ocupacionais sobre sua inserção nos núcleos de apoio à saúde da família (NASF) de Fortaleza, CE	REIS, Fernanda; VIEIRA, Ana Cléa Veras Camurça	Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional	Compreender a inserção do terapeuta ocupacional no NASF
2013	Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio a Saúde da Família	LANCMAN, Selma et al	Revista de Saúde Pública	Compreender as características da organização, das condições de trabalho e das vivências subjetivas relacionadas ao trabalhar de dois NASF

2013	Fisioterapeutas integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do Estado de Santa Catarina: competências e desafios	BELETTINI, Nathiele Plácido; TUON, Lisiane	Fisioterapia Brasil	Identificar as competências, os desafios e as principais demandas dos fisioterapeutas do NASF
2013	Fisioterapia e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: conhecimento, ferramentas e desafios	SOUZA, Márcio Costa et. al.	O Mundo da Saúde	Entender os desafios da prática do fisioterapeuta no NASF
2013	Núcleo de apoio à saúde da família: refletindo sobre as aceções emergentes da prática	SAMPAIO, JULIANA et. al.	Revista Brasileira de Ciências da Saúde	Analisar as práticas profissionais do NASF, em consonância com os modelos de apoio matricial identificados
2013	A inserção do profissional de educação física na atenção primária à saúde e os desafios em sua formação	FALCI, Denise Mourão; BELISÁRIO, Soraya Almeida.	Interface Comunicação, Saúde e Educação.	Investigar a formação do profissional de educação física do NASF para sua inserção no campo da APS
2012	Modelos tecnoassistenciais e atuação do psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde, Brasil	VANNUCCHI, Ana Maria Cortez; CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo	Physis Revista de Saúde Coletiva	Estudar o trabalho do psiquiatra no campo da APS, com foco na UBS e no NASF
2011	Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces	LANCMAN, Selma; BARROS, Juliana Oliveira	Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo	Contextualizar a implantação dos NASF e refletir sobre a inserção e atuação dos terapeutas ocupacionais nessas equipes
2010	Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família	NASCIMENTO, Débora DG; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos	O Mundo da Saúde	Apresentar reflexões acerca das ferramentas utilizadas no cotidiano do trabalho no NASF e as competências profissionais requeridas para tal.
2010	Análise histórica da trajetória do profissional do fisioterapeuta até sua inserção nos núcleos de apoio a saúde da família (NASF)	RIBEIRO RODRIGUEZ, Michelline	Comunicação em Ciências da Saúde.	Apresentar um levantamento histórico da trajetória do fisioterapeuta até sua inserção no NASF.

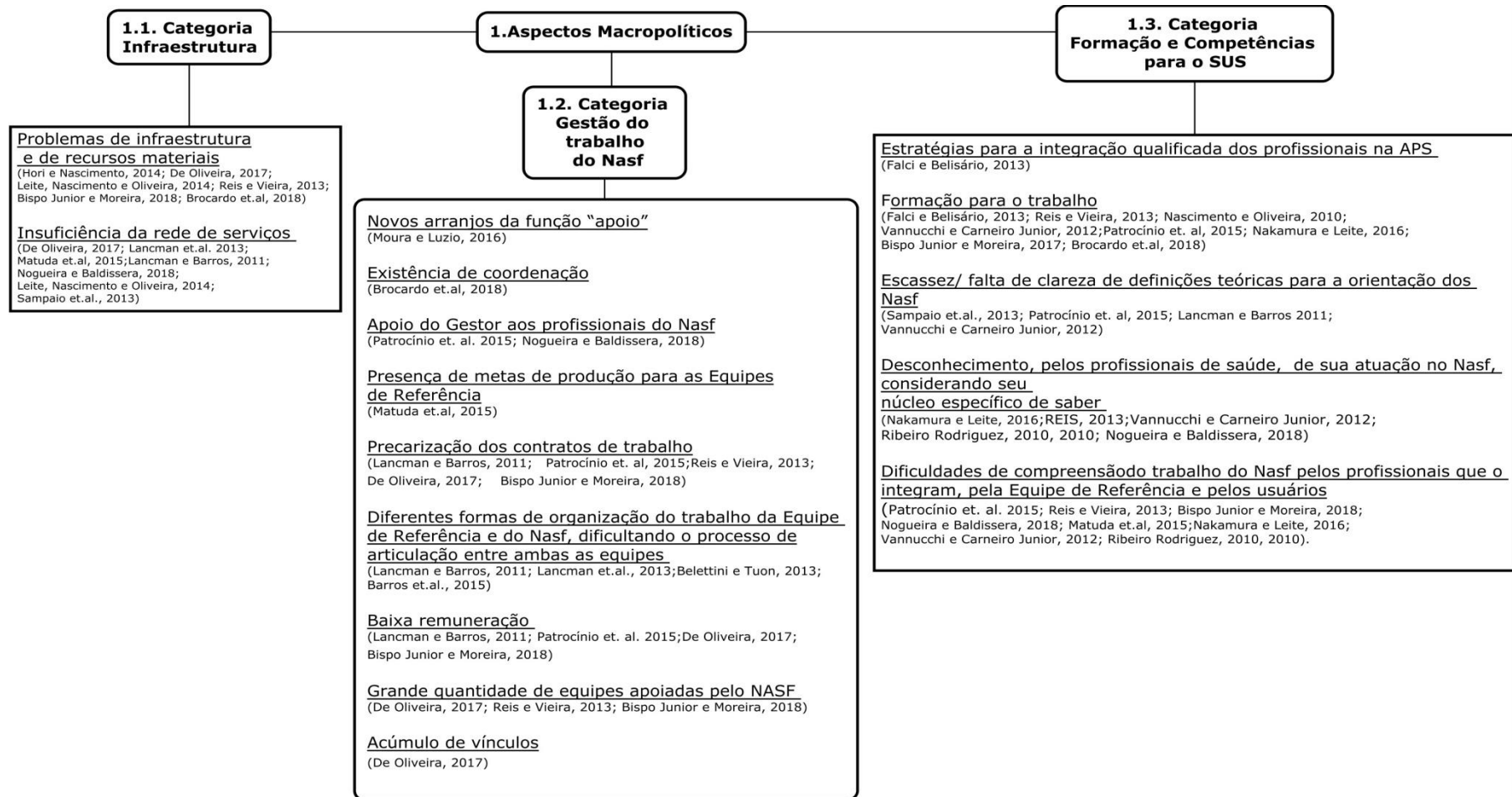
Fonte: os autores, 2019.

Este estudo verificou que a organização do trabalho do NASF é influenciada por aspectos tanto da dimensão micropolítica quanto da macropolítica. Para efeito de organização, tais elementos foram agrupados em categorias de acordo com a sua similaridade (Figuras 2 e 3).

Aspectos Macropolíticos que influenciam na organização do trabalho do NASF

Relacionados aos aspectos macropolíticos, foram elencadas como categorias: infraestrutura; gestão do trabalho do NASF; e Formação e Competências para o SUS (Figura 2).

Figura 2- Aspectos Macropolíticos que influenciam na organização do trabalho do NASF.



Fonte: os autores, 2019.

1. Infraestrutura

Os estudos analisados revelaram que fatores relacionados à infraestrutura e a escassez de recursos materiais para o trabalho foram considerados importante desafio para a organização e processo de trabalho do NASF.

Alguns artigos identificaram que a ausência de infraestrutura adequada, relacionada à disponibilização de espaço físico para a atuação dos profissionais do NASF (HORI; NASCIMENTO, 2014; LEITE; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2014; BISPO JÚNIOR, 2018), assim como a oferta insuficiente de recursos materiais para a realização das atividades (BISPO JUNIOR; MOREIRA, 2018; OLIVEIRA, 2017; LEITE; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2014; REIS; VIEIRA, 2013), interferem negativamente no cotidiano das práticas de trabalho dessas equipes. Na intenção de minimizar tais dificuldades, alguns profissionais adotaram estratégias como a utilização de materiais recicláveis, criatividade, improviso, a até mesmo o financiamento da compra de materiais (REIS; VIEIRA, 2013), assim como a procura por dispositivos na comunidade para a realização das atividades (como salões e escolas) e a centralização das ações em um único local (HORI; NASCIMENTO, 2014).

Ainda, pontuou-se que a dificuldade na disponibilidade de veículo para deslocamento dos profissionais do NASF acarreta prejuízos para a realização das atividades (BISPO JUNIOR; MOREIRA, 2018; OLIVEIRA, 2017; REIS; VIEIRA, 2013).

Outro artigo verificou que a maior parte das equipes estudadas possuía consultórios compartilhados entre NASF e Equipe de Referência, salas para reuniões na UBS, espaços no território para atuação do NASF e disponibilidade de veículo, contribuindo para a organização do trabalho (BROCARD, 2018).

A insuficiência da rede de serviços comprometeu a continuidade do cuidado iniciado na atenção primária (NOGUEIRA; BALDISSERA, 2018; LANCMAN et.al., 2013), além de contribuir para que os profissionais do NASF atuassem em uma lógica ambulatorial, individualizada e fragmentada, frente à alta demanda por atendimentos (OLIVEIRA, 2017; MATUDA et.al., 2015; LEITE; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2014; SAMPAIO et.al., 2013; LANCMAN; BARROS, 2011), evidenciando, assim, a importância da existência de uma rede estruturada e funcionante.

2. Gestão do trabalho do NASF

Notou-se que o apoio do gestor favoreceu a implementação do NASF (PATROCÍNIO et. al., 2015), bem como foi fundamental para processos educativos pautados em diretrizes normativas, como o "Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde" (APSUS) (NOGUEIRA; BALDISSERA, 2018). Entretanto, a falta de apoio da gestão para realização de reuniões de equipe entre NASF e Equipe de Referência, bem como para realização de ações de educação permanente, representou um obstáculo para a realização dessas atividades (NOGUEIRA; BALDISSERA, 2018).

A existência de coordenação para o NASF foi apontada como fundamental para sua organização e processo de trabalho, sendo que a coordenação comum entre as Equipes de Referência e o NASF pareceu facilitar a integração entre ambas as equipes (BROCARDO et.al., 2018).

O estabelecimento de metas de produção para as Equipes de Referência foi mencionado em um estudo como fator que dificultaria a definição de uma agenda compartilhada e a realização de ações integradas entre essas equipes e o NASF (MATUDA et.al., 2015). Além disso, a cobertura pelo NASF de muitas unidades de saúde e o apoio a grande quantidade de Equipes de Referência foram apontados como elementos que tendem a interferir negativamente no resultado do trabalho prestado (OLIVEIRA, 2017; REIS; VIEIRA, 2013; BISPO JUNIOR; MOREIRA, 2018).

Foram identificados, como desafios para o trabalho do NASF: a precarização dos contratos de trabalho dos profissionais (LANCMAN; BARROS, 2011; PATROCÍNIO et.al., 2015; REIS; VIEIRA, 2013; BISPO JUNIOR; MOREIRA, 2018), o acúmulo de vínculos empregatícios (OLIVEIRA, 2017), assim como a baixa remuneração (LANCMAN; BARROS, 2011; PATROCÍNIO et. al.. 2015; OLIVEIRA, 2017; BISPO JUNIOR; MOREIRA, 2018).

Outro estudo identificou que a baixa remuneração dos psicólogos fazia com que a maioria possuísse mais de um vínculo empregatício. Assim, acabavam se dividindo quanto à organização de seu trabalho em diferentes estabelecimentos, refletindo no não cumprimento da carga horária prevista para a atuação desses profissionais (OLIVEIRA, 2017). Em um dos artigos analisados, a maior parte dos profissionais possuía contratos temporários de trabalho, através de indicação política, e remunerações salariais abaixo de suas expectativas, sendo que essas condições diminuía o desempenho da equipe (BISPO JUNIOR; MOREIRA, 2018). Dois artigos evidenciaram a influência da fragilização dos vínculos empregatícios para o trabalho do NASF, com contratações por meio de organização social de saúde (OSS),

caracterizando uma forma de terceirização em detrimento do concurso público (LANCMAN; BARROS, 2011; REIS; VIEIRA, 2013).

A presença de diferentes formas de organização e dinâmica de trabalho entre Equipe de Referência e NASF foi pontuada como desfavorável para o processo de articulação entre ambas as equipes. Essas dicotomias se referem a exigências de produtividade distintas para ambas as equipes, ações a serem priorizadas, composição das equipes, demandas e estratégias de trabalho, entre outros elementos (LANCMAN; BARROS, 2011; LANCMAN et.al., 2013; BELETTINI; TUON, 2013; BARROS et.al., 2015).

Um estudo revelou a possibilidade da emergência de novos “arranjos” da função apoio - como o apoio institucional, que não integra as diretrizes e portarias ministeriais referentes ao NASF – como uma potência para o processo de trabalho, uma vez que esta face do apoio parece fomentar o trabalho cooperativo em equipe e a troca dos saberes, além de permitir uma aproximação de ações inerentes à gestão e à atenção no desenvolvimento do processo de trabalho (MOURA; LUZIO, 2014).

3. Formação e Competências para o SUS

Alguns estudos sinalizaram que dificuldades de compreensão sobre o trabalho do NASF, pelos profissionais que o integram e pela Equipe de Referência, trouxeram implicações negativas para o desenvolvimento de um trabalho articulado entre ambas às equipes (PATROCÍNIO et. al., 2015; REIS; VIEIRA, 2013; BISPO JUNIOR; MOREIRA, 2018; NOGUEIRA; BALDISSERA, 2018; MATUDA et.al., 2015; NAKAMURA; LEITE, 2016; VANNUCCHI; CARNEIRO JUNIOR, 2012; RIBEIRO RODRIGUEZ, 2010).

Outra condição que dificulta o trabalho integrado se refere à existência de entendimentos conflitantes entre os profissionais do NASF e as Equipes de Referência no que se diz respeito à função do matriciamento (BISPO JUNIOR; MOREIRA, 2018). Em adição, em um artigo foi verificado que os profissionais desconheciam o significado de conceitos que fazem parte da proposta do NASF, a qual não direcionaria com clareza a forma como trabalho deve ser executado (VANNUCCHI; CARNEIRO JUNIOR, 2012).

Ademais, a escassez de definições teóricas orientadoras da atuação do NASF enquanto equipe de apoio parece favorecer que os municípios desenvolvam o apoio matricial de diferentes formas, de acordo com as demandas locais e convenientes à política de saúde que cada gestor municipal pretende implantar (SAMPAIO et.al., 2013). Dessa forma, a pouca

clareza da proposta nos documentos norteadores foi identificado como um dos fatores que dificultam sua efetivação no âmbito local (PATROCÍNIO et. al., 2015).

Denotou-se, ainda, que a tênue definição das atribuições peculiares às categorias profissionais na esfera do NASF poderia propiciar uma atuação fragmentada de cada profissão (LANCMAN; BARROS, 2011; VANNUCCHI; CARNEIRO JUNIOR, 2012). O desconhecimento, pelos profissionais de saúde, de seu papel e de como deve ser desenvolvido o trabalho como apoiador, conforme seu núcleo específico de saber mostrou ser um elemento limitante para a operacionalização da proposta do NASF (NAKAMURA; LEITE, 2016; REIS; VIEIRA, 2013; VANNUCCHI; CARNEIRO JUNIOR, 2012; RIBEIRO RODRIGUEZ, 2010; NOGUEIRA; BALDISSERA, 2018).

Nesse sentido, um artigo compartilha que o fato de uma das normativas ministeriais, contida no exemplar “Cadernos de Atenção Básica – Diretrizes do NASF”, discorrer sobre as ações a serem realizadas pelas categorias profissionais de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em apenas um capítulo, que versa sobre a reabilitação e a saúde integral da pessoa idosa, poderia trazer restrições quanto à realização de outras ações por estes profissionais (RIBEIRO RODRIGUEZ, 2010),

A formação profissional insuficiente para atuação na Atenção Primária à Saúde foi relatada em alguns estudos como desafio para o trabalho do NASF, remetendo muitas vezes a uma lógica de cuidado biologicista e que não condiz com as necessidades do SUS (FALCI; BELISÁRIO, 2013; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010; VANNUCCHI; CARNEIRO JUNIOR, 2012; BISPO JUNIOR; MOREIRA, 2017). Um estudo concluiu que estratégias com foco na formação inicial, como a reestruturação curricular, estágios, disciplinas integradas e transversalidade de temas inerentes às políticas públicas, poderiam contribuir para a qualificação de profissionais de educação física para atuarem no NASF (FALCI; BELISÁRIO, 2013).

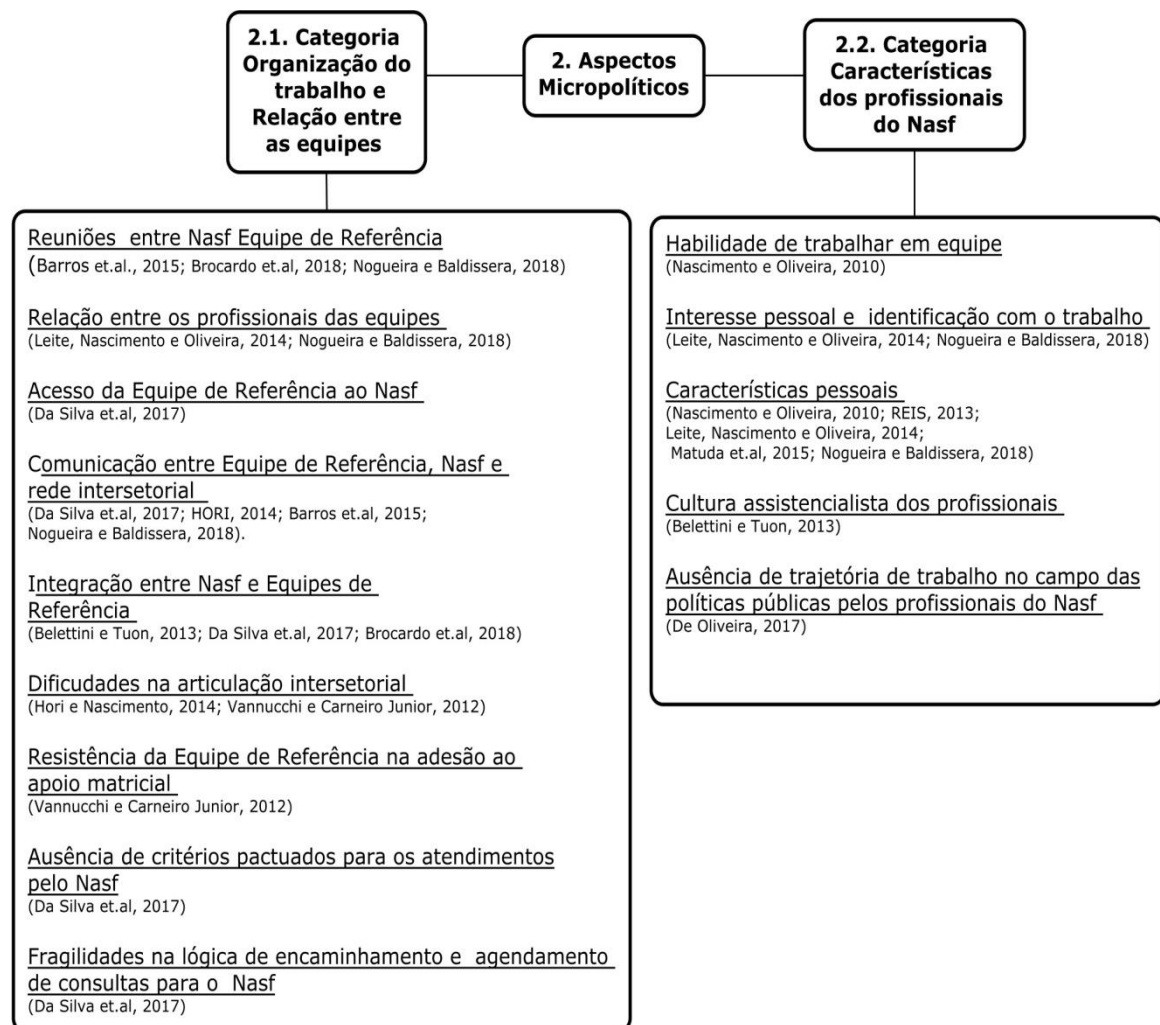
Um artigo apontou que a elaboração de propostas pedagógicas para a formação inicial descoladas da realidade dos serviços públicos de saúde, além do aumento da inserção da educação à distância na pós-graduação, poderia comprometer a aquisição de competências indispensáveis para o trabalho no NASF, como vínculo, acolhimento, escuta e trabalho em equipe. Assim, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, devido à característica de formação em serviço, seria uma estratégia para a formação de profissionais aptos para atuarem no NASF (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Não obstante, a realização de educação continuada e a garantia de espaços de educação permanente auxiliariam na apropriação da proposta do NASF pelos trabalhadores e contribuiriam para a organização do processo de trabalho das equipes de apoio (REIS; VIEIRA, 2013; BROCARDO et.al., 2018). Um estudo encontrou que somente 45,6% das equipes analisadas haviam recebido formação específica no momento em que iniciaram a atuação no NASF, e que processos de educação permanente estavam presentes em apenas 51,6% dessas equipes (BROCARDO et.al., 2018).

Aspectos Micropolíticos que influenciam na organização do trabalho do NASF

As categorias: Organização do trabalho e Relação entre as equipes; e Características dos profissionais do NASF, foram relacionadas aos aspectos micropolíticos (Figura 3).

Figura 3- Aspectos Micropolíticos que influenciam na organização do trabalho do NASF.



Fonte: os autores, 2019.

1. Organização do trabalho e Relação entre as equipes

No contexto da lógica do apoio matricial, égide da atuação do NASF, as reuniões de equipe, tanto entre os profissionais do NASF quanto destes com a equipe de referência, foram consideradas primordiais para o trabalho (BARROS, 2015; NOGUEIRA; BALDISSERA, 2018), contribuindo para o planejamento e realização das ações subseqüentes, pactuações e troca de saberes entre os profissionais, ampliando o escopo e a resolutividade das atividades desenvolvidas (BARROS et.al., 2015).

Nesse sentido, dois estudos analisaram o processo de trabalho do NASF a partir de dados provenientes do PMAQ, e verificaram que a maioria das equipes NASF realizava planejamento conjunto das atividades e desenvolvia ações compartilhadas com as Equipes de Referência (BROCARDO et.al., 2018; DA SILVA et.al., 2017). Entretanto, um desses artigos identificou que o compartilhamento de casos não dialogava com a lógica de apoio matricial, uma vez que era realizado através de encaminhamentos por escrito e agendamento de consultas diretamente na agenda do NASF (DA SILVA et.al., 2017).

A presença de uma comunicação efetiva entre os profissionais do NASF, equipes de referência e outros trabalhadores da rede intra e intersetorial demonstrou ser um fator importante para o processo de trabalho e o planejamento das ações conjuntas entre esses atores (HORI; NASCIMENTO, 2014; BARROS et.al., 2015; DA SILVA et.al., 2017; NOGUEIRA; BALDISSERA, 2018). Dessa forma, dispositivos capazes de garantir o acesso da equipe de referência ao NASF facilitaram a organização do trabalho, sendo o telefone pessoal dos trabalhadores o principal meio pelo qual a Equipe de Referência acionava estes profissionais diante de situações imprevistas (DA SILVA et.al., 2017).

Um estudo manifestou que o desenvolvimento de processos de educação permanente, essenciais para a lógica de trabalho no contexto da atenção básica e do NASF, foram favorecidos mediante a existência de um bom relacionamento interpessoal entre ambas as equipes, e pela presença de elementos como vínculo, receptividade e parceria (NOGUEIRA; BALDISSERA, 2018).

A frágil articulação com as redes de saúde e intersetorial foi trazido como elemento que influencia na organização do trabalho do NASF, dificultando a elaboração de estratégias de intervenção voltadas para o cuidado integral (VANNUCCHI; CARNEIRO JUNIOR, 2012; HORI; NASCIMENTO, 2014). Um estudo revelou ausência de articulação intersetorial no

enfrentamento a situações de vulnerabilidade socioeconômicas causadoras de violência, relacionada tanto a falta de respaldo organizacional quanto à concepção dos profissionais da UBS de que a saúde não seria responsável por essa ação (HORI; NASCIMENTO, 2014).

2. Características dos profissionais do NASF

De modo geral, estudos revelaram que características intrínsecas como disposição, flexibilidade, pró-atividade, resiliência, respeito, vínculo, comprometimento, interesse e atitude acolhedora frente às solicitações da equipe de referência contribuíram para o processo de trabalho do NASF (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010; REIS; VIEIRA, 2013; LEITE; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2014; MATUDA et.al., 2015; NOGUEIRA; BALDISSERA, 2018). Também se mostrou favoráveis a presença de habilidades como trabalhar em equipe, acolher, praticar a escuta ativa, comunicar-se, e possuir aptidão técnica específica e na abordagem ao usuário (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). Do mesmo modo, características como a maturidade e a autonomia profissional, a satisfação e a identificação com o trabalho, e o relacionamento interpessoal, dependendo da forma como se manifestam, podem facilitar ou dificultar o cotidiano do trabalho (LEITE; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2014).

A cultura assistencialista ainda fortemente presente em muitos profissionais foi mencionada em um artigo como fator que dificulta o trabalho do fisioterapeuta no NASF (BELETTINI; TUON, 2013). Outro estudo apontou que a ausência de trajetória profissional no âmbito das políticas públicas, sem o contato com referenciais que remetam à lógica de atuação dos NASF, foi limitante para a atuação do psicólogo no NASF (OLIVEIRA, 2017).

DISCUSSÃO

Aspectos macro e micropolíticos estão presentes de modo conjunto e indissociável no cotidiano de atuação do NASF. Mediante a análise do material empírico, identificou-se a ocorrência de um maior número de desafios, em detrimento das potencialidades para esse processo.

Questões relacionadas à infraestrutura e insuficiência da rede de serviços foram apontadas como obstáculo para o trabalho do NASF, corroborando os resultados evidenciados em outros estudos (CORREIA; GOULART, 2017; GONÇALVES et.al., 2015). Em relação à infraestrutura, apesar do NASF não se constituir em uma equipe que necessitaria dispor de espaço físico exclusivo para sua atuação, as diretrizes ministeriais preconizam a existência de

ambientes e materiais adequados para a realização das ações, bem como a oferta de transporte oficial, ajuda de custo ou vale-transporte para o deslocamento destes profissionais entre as UBS e visitas domiciliares (BRASIL, 2014).

Quanto à fragilidade da rede, verificou-se que esta condição contribuiu para a fragmentação do cuidado. Conforme expresso por Melo et.al. (2018), muitas vezes os profissionais do NASF são requeridos para aparelhar a inexistência de uma rede estruturada e a oferta escassa de serviços especializados, voltando-se para uma atuação destoante à lógica de apoio matricial. Nesse sentido, a existência de redes de atenção à saúde para a realização do cuidado especializado é fundamental, de modo a favorecer a integralidade e efetividade da atenção (MELO et.al., 2018).

Outros aspectos destacados referem-se à precarização dos contratos de trabalho. Sabe-se que a instabilidade provocada por contratos temporários e terceirizações pode acarretar maior rotatividade entre os trabalhadores, dificultando o trabalho, a qualidade da assistência, a integralidade da atenção e o estabelecimento de vínculo com a população e com os demais profissionais (ALEXANDRE; ROMAGNOLI, 2017).

Ao ser forjado sobre o referencial de apoio matricial, o NASF tem como foco ações pedagógicas e assistenciais, pautadas em uma relação de colaboração entre os profissionais apoiadores e as equipes de referência. Entretanto, este estudo desvelou fatores que interferem na integração entre essas equipes, influenciando, assim, o processo de trabalho do NASF.

Um desses elementos refere-se à presença de dinâmicas de trabalho e organização distintas entre NASF e equipes de referência. Frente a essas dicotomias, torna-se imprescindível lançar mão da pactuação do apoio como potente ferramenta na busca de maior interação entre as equipes. Em uma de suas vertentes, esse dispositivo prevê a ocorrência de negociações rotineiras da forma como deve ocorrer o processo de trabalho do NASF, envolvendo, para isso, os profissionais que o compõe, gestores, equipe de referência e participação social (BRASIL, 2009a).

Outrossim, o processo de trabalho e a integração entre as equipes são prejudicados pela dificuldade de compreensão do trabalho do NASF, reforçado pela escassez e falta de clareza para o direcionamento dessas equipes expressas nos documentos ministeriais. Torna-se fundamental pontuar que a atuação do NASF-AB deve ser direcionada às necessidades dos territórios, das equipes e da população (BRASIL, 2014), o que inviabiliza qualquer padronização do processo de atuação desses apoiadores. Assim, apesar da existência

de normativas ministeriais para a operacionalização do NASF-AB, na prática tais equipes possuem formas singulares de atuação, a depender do contexto em que estão inseridas.

Debate-se, nesse sentido, a importância de espaços de formação voltados para a qualificação dos profissionais do NASF, como educação permanente, reuniões de matriciamento ou com outros serviços da rede, cursos e capacitações específicos ofertados pelos gestores (MELO et.al., 2018). É importante enfatizar que a educação permanente permite melhorar processos e transformar as práticas profissionais e da própria organização do trabalho, uma vez que possibilita articular a gestão, a atenção e a formação, para o enfrentamento dos problemas das equipes (BRASIL, 2009b), sendo indispensável o apoio dos gestores para que seja instituída na realidade dos serviços.

Verifica-se que, apesar da introdução das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de graduação na área da saúde, aprovadas pelo Conselho Nacional de educação entre os anos de 2001 e 2004, essa discussão ainda é pouco fomentada, e há insuficiência na formação de profissionais aptos a atuarem na AB. Costa et. al. (2018) analisaram as DCNs para 14 carreiras da saúde, e verificaram que a maioria delas apresenta elementos do modelo tradicional de ensino, direcionadas ora para atuações fragmentadas e tecnicistas, ora tecendo orientações voltadas ao cuidado integral, entretanto, com pouca clareza em suas alíneas.

Nesse sentido, a residência multiprofissional é uma aposta para fomentar a integração ensino-serviço-comunidade e a aquisição de competências, habilidades e atitudes para a qualificação das práticas profissionais no contexto do SUS. Pode, desse modo, produzir reflexos positivos para a resignificação do perfil e características dos profissionais, que, como constatados por este estudo, são aspectos micropolíticos que influenciam na organização e no processo de trabalho do NASF.

O estudo de Domingos et.al. (2015) reafirmou a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) como estratégia de formação de profissionais aptos para atuarem na AB e comprometidos com a produção do cuidado. O estudo revelou que, na concepção dos trabalhadores, além de capacitar o profissional residente por meio da formação em serviço, a RMSF imprimiu alterações na micropolítica do trabalho, propiciando a reflexão do processo de trabalho e a mudança das práticas, e incorporando propostas da Política Nacional de Educação Permanente (DOMINGOS et.al., 2015).

Aspectos referentes à organização e relação entre NASF e equipes de referência foram apontados pelos estudos analisados como elementos imprescindíveis para o processo de trabalho dessas equipes apoiadoras, remetendo a necessidade de uma relação de colaboração

mútua. Desta forma, a compreensão dos conceitos relacionados às práticas colaborativas pode ser oportuna para fomentar a colaboração, a interação e a execução das ações integradas e compartilhadas.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a prática colaborativa se efetiva no trabalho conjunto entre profissionais de saúde de diferentes núcleos profissionais e usuários, família e comunidade, com vistas a melhorar a qualidade do cuidado em saúde (OMS, 2010). Para Peduzzi e Agreli (2018), a colaboração pressupõe a existência de comunicação efetiva e disposição dos profissionais em contribuir com o trabalho de seus pares, podendo ocorrer tanto nas equipes quanto ser ampliada para a rede de atenção à saúde. Assim, a prática colaborativa tem como eixo fundamental a atenção centrada no usuário, apoiando-se em suas necessidades de saúde, para além das relações entre os profissionais (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Destarte, ressalta-se a importância de estudos que explorem com profundidade estratégias que convertam para a superação dos desafios desvelados por este manuscrito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este arsenal teórico constitui um convite à reflexão a respeito dos aspectos macro e micropolíticos que permeiam a organização e o processo de trabalho do NASF, e suas implicações para a produção do cuidado e resolutividade da atenção.

Ao se cunhar sob o espectro do apoio matricial e da clínica ampliada, espera-se que o NASF contribua para a consolidação de um modelo de atenção em defesa da vida. Assim, a partir de uma perspectiva micropolítica, a efetivação da lógica de atuação desses apoiadores exige a quebra de paradigmas enraizados na realidade das equipes, bem como na relação entre os profissionais do NASF, equipes de referência, gestão, usuários.

Não obstante, torna-se válido destacar, do ponto de vista macropolítico, que atravessamentos marcados pela conjuntura atual podem refletir incisivamente no trabalho destas equipes. Nesse sentido, ressalta-se a importância de tecer algumas considerações sobre o modo como a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 20127) reinstituiu o NASF no território nacional.

Ao modificar a nomenclatura para “Núcleos Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica” e estender a responsabilidade para as equipes de AB tradicionais, a nova política de atenção básica pode potencializar as dificuldades já existentes para que o NASF opere na

lógica de apoio matricial. Além disso, ao apoiar uma equipe de referência “disfuncional”, impõem-se o risco dos profissionais atuarem como um “ambulatório de especialidades”, destoante da perspectiva da clínica ampliada e compartilhada, podendo-se intensificar os desafios encontrados por este estudo.

Ainda, receia-se que a nova política de financiamento da Atenção Primária à Saúde, instituída pelo programa Previner Brasil em novembro de 2019 (BRASIL, 2019b), possa afetar a lógica de apoio matricial preconizada para o NASF-AB. A proposição tem como um dos norteadores o pagamento atrelado ao número de usuários cadastrados nas equipes de saúde e à produtividade do serviço, não havendo mais financiamento específico para as equipes NASF-AB. Em adição, a composição das equipes não estará mais vinculada ao modelo “NASF”, sendo que os gestores passarão a ter autonomia no arranjo das denominadas “equipes multiprofissionais”, podendo trazer implicações negativas para o trabalho colaborativo entre NASF e equipe de referência. Dessa forma, torna-se necessário um diálogo ampliado a respeito deste modelo de financiamento, e que inclua os diversos atores do SUS (ABRASCO, 2019).

Aponta-se a necessidade da implantação de estratégias no sentido de dirimir os obstáculos desvelados por esta *Scoping review*. Nesse sentido, apesar da potência da micropolítica como propulsora de mudanças para qualificar o trabalho das equipes, considera-se fundamental iniciativas da esfera macropolítica a fim de consubstanciar esse processo.

Ressalta-se que os artigos que integraram esta revisão em sua maioria abordaram aspectos referentes aos desafios e fragilidades do processo de trabalho do NASF-AB, encontrando-se, como lacuna de pesquisa, trabalhos que explorassem as potencialidades do trabalho dessas equipes.

A criação de espaços de educação permanente no cotidiano das equipes, o estabelecimento de ferramentas de cogestão, e o incentivo a iniciativas que fomentem a integração ensino-serviço-comunidade possam tecer as bases para que o NASF seja capaz de operar à luz do apoio matricial frente às necessidades requeridas pelo território.

REFERÊNCIAS

1. ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Nota Abrasco sobre as propostas de mudança na PNAB em Saúde. 29 de setembro de 2019. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/nota-abrasco-sobre-as-propostas-de-mudanca-na-politica-nacional-de-atencao-basica-em-saude/43010/>>. Acesso em: 20 out 2019.

2. ALEXANDRE, Marta de Lima; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. Prática do Psicólogo na Atenção Básica – SUS: conexões com a clínica no território. *Contextos Clínicos*, v.10, n.2, p.284-299, julho-dezembro 2017. Disponível em: <<http://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/ctc.2017.102.12>>. Acesso em: 20 mar 2019.
3. ANJOS, Karla Ferraz dos et al. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. *Saúde em Debate*, v. 37, p. 672-680,2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Abr. 2019.
4. ARAUJO NETO, João Dutra de. et al. Aspectos restritivos à integralidade nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: o olhar dos stakeholders. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 28, p. e280417, 2019.
5. BARROS, Juliana de Oliveira et. al. Matrix support strategies: the experience of two family health support Centers (NASFs) in são Paulo, Brazil. *Ciencia & saude coletiva*, v. 20, n. 9, p. 2847-2856, 2015.
6. BELETTINI, Nathiele Plácido; TUON, Lisiane. Fisioterapeutas integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do Estado de Santa Catarina: competências e desafios. *Fisioterapia Brasil*, v. 14, n. 6, 2016.
7. BISPO JÚNIOR, José Patrício; MOREIRA, Diane Costa. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: concepções, implicações e desafios para o apoio matricial. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 16, n. 2, p. 683-702, 2018.
8. BISPO JÚNIOR, José Patrício; MOREIRA, Diane Costa. 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*, v. 33, p. e00108116, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000905010&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 01 mar. 2019.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N°154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 29 abr. 2019.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. (Caderno de Atenção Básica n. 27).
11. 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. Brasília, DF, 2009b. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 26 set 2019.

12. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 29 abr. 2019.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html>. Acesso em: 29 abr. 2019.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 548, de 04 de abril de 2013. Define o valor de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidade 1, 2 e 3. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0548_04_04_2013.html>. Acesso em: 29 abr. 2019.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Caderno de Atenção Básica n. 39).
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária. 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). Set. 2019. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 18 mar. 2019.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde. 2019a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipebr.def>>. Acesso em: 01 mai. 2019.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária. 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. Nov. 2019b. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>>. Acesso em: 18 mar. 2019.
19. BROCARDI, Deniclar et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 130-144, 2018. Disponível em:

- <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500130&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 Mar. 2019.
20. CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 18, p. 983-995, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832014000500983&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 18 out. 2019. CECILIO, L.C.O. Micropolítica e hospital: elementos teóricos. [Tese de livre docência]. São Paulo. Universidade Federal de São Paulo. 2007.
 21. CORREIA, Patrícia Caroline Iacabo; GOULART, Patrícia Martins; FURTADO, Juarez Pereira. A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Saúde em Debate*, v. 41, p. 345-359, 2017.
 22. COSTA, Dayane Aparecida Silva et al. Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 2018. Disponível em: <https://http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832018005013102&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 27 set 2019.
 23. DA SILVA, Isabelle Cristina Borba et al. Processo de trabalho entre a Equipe de Atenção Básica e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 12, n. 39, p. 1-10, 2017.
 24. DOMINGOS, Carolina Milena et al. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 19, p. 1221-1232, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000401221&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 27 set 2019.
 25. FALCI, Denise Mourão; BELISÁRIO, Soraya Almeida. A inserção do profissional de educação física na atenção primária à saúde e os desafios em sua formação. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 17, p. 885-899, 2013.
 26. GONÇALVES, Rita Maria de Abreu et al. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 40, n. 131, p. 59-74, 2015.
 27. HORI, Alice Ayako; NASCIMENTO, Andréia de Fátima. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, p. 3561-3571, 2014.
 28. LANCMAN, Selma et al. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, v. 47, p. 968-975, 2013.
 29. LANCMAN, Selma; BARROS, Juliana Oliveira. Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando

- as interfaces. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 22, n. 3, p. 263-269, 2011.
30. LEITE, Denise Fernandes; NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 24, p. 507-525, 2014.
31. LEVAC, Danielle; COLQUHOUN, Heather; O'BRIEN, Kelly K. Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation science*, v. 5, n. 1, p. 69, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20854677>>. Acesso em: 09 Mai 2019.
32. MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 14, p. 593-606, 2010.
33. MATUDA, Caroline Guinoza et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, p. 2511-2521, 2015.
34. MELO, Eduardo Alves et al. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): problematizando alguns desafios. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 328-340, 2018.
35. MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 11-24, 2018.
36. MOURA, Renata Heller de,; LUZIO, Cristina Amélia. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. Botucatu. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. Dez 2014. 18(1):957-970. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000500957&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Mai 2019.
37. NASCIMENTO, Débora DG; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O mundo da Saúde*, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010.
38. NOGUEIRA, Iara Sescon; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi. Educação Permanente em Saúde na atenção ao idoso: dificuldades e facilidades do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, p. e20180028-e20180028, 2018.
39. OAPS – Observatório de Análises Políticas em Saúde. Centro de Documentação Análise Política em Saúde. Atenção Primária à saúde: mudanças ascendem alerta. Boletim – Projeto de análise política no Brasil (2013-2017). Ano 4. Edição n.24. Julho/agosto 2019. Disponível em:< <https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletim/edicao/24/>>. Acesso em: 18 out 2019.

40. OLIVEIRA, Isabel Fernandes et al. A atuação do psicólogo nos NASF: Desafios e perspectivas na atenção básica. *Temas em Psicologia*, v. 25, n. 1, p. 291-304, 2017.
41. WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. World Health Organization, 2010. Disponível em: < https://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/ > Acesso em: 26 set 2019.
42. PATROCÍNIO, Shirley Soares da Silva Marins et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e implementação em municípios do Rio de Janeiro. *Saúde em Debate*, v. 39, p. 105-119, 2015.
43. PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloíse Fernandes. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, p. 1525-1534, 2018.
44. REIS, Fernanda; VIEIRA, Ana Cléa Veras Camurça. Perspectivas dos terapeutas ocupacionais sobre sua inserção nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Fortaleza, CE/Insertion of occupational therapists in the support centers for family health of Fortaleza. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 21, n. 2, 2013.
45. RIBEIRO RODRIGUEZ, Michelline. Análise histórica da trajetória do profissional do fisioterapeuta até sua inserção nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). *Comun. ciênc. saúde*, p. [261-266], 2011.
46. SAMPAIO, JULIANA et al. Núcleo de apoio à saúde da família: refletindo sobre as acepções emergentes da prática. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 17, n. 1, p. 47-54, 2013.
47. SOUZA, Márcio Costa et al. Fisioterapia e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: conhecimento, ferramentas e desafios. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, p. 176, 2013.
48. VANNUCCHI, Ana Maria Cortez; CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo. Modelos tecnoassistenciais e atuação do psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde, Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 22, p. 963-982, 2012.

5.2 ARTIGO 2 – A OPERACIONALIZAÇÃO DO APOIO MATRICIAL E O DESENVOLVIMENTO DE PRÁTICAS COLABORATIVAS NOS NÚCLEOS AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA

- ✓ Este artigo responde ao segundo objetivo específico desta pesquisa, que é descrever a operacionalização do apoio matricial pelas equipes NASF-AB para o desenvolvimento de práticas colaborativas.

A OPERACIONALIZAÇÃO DO APOIO MATRICIAL E O DESENVOLVIMENTO DE PRÁTICAS COLABORATIVAS NOS NÚCLEOS AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA

THE OPERATIONALIZATION OF MATRIX SUPPORT AND THE DEVELOPMENT OF COLLABORATIVE PRACTICES IN THE EXPANDED FAMILY HEALTH AND BASIC CARE CENTERS

Daiene Aparecida Alves Mazza¹

 <https://orcid.org/0000-0002-0011-8944>

Brígida Gimenez Carvalho¹

 <https://orcid.org/0000-0003-3850-870X>

Marselle Nobre de Carvalho¹

 <https://orcid.org/0000-0001-7338-5448>

¹Universidade Estadual de Londrina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Londrina, Paraná, Brasil. <daifisiouel@yahoo.com.br>

RESUMO:

Este estudo teve como objetivo descrever a operacionalização do apoio matricial pelas equipes NASF-AB para o desenvolvimento de práticas colaborativas. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, de abordagem qualitativa, de natureza compreensiva, realizado em municípios da 16ª Regional de Saúde de Apucarana, Paraná. Buscando-se compreender as práticas colaborativas desenvolvidas pelos NASF-AB de forma mais ampliada, utilizou-se o referencial teórico das dimensões de colaboração e as premissas da ergologia. A pesquisa contemplou a definição dos locais e participantes da pesquisa, através de informante-chave; observação participante; e entrevista com os profissionais do NASF-AB, realizados no período de maio a agosto de 2019. O matriciamento adquiriu diferentes configurações entre as equipes analisadas, ocorrendo tanto em reuniões formais quanto em espaços informais de discussão, por meio de atividades como planejamento de ações, discussões de casos e educação permanente em saúde. Esse espaço possibilitou aos trabalhadores o desenvolvimento de elementos essenciais para a colaboração, como respeito mútuo, comunicação aberta e escuta de diversos pontos de vista, e o estabelecimento de consenso, tendo como essência o cuidado do usuário. Além disso, o matriciamento extrapolou o trabalho prescrito e adquiriu singulares configurações, influenciado pelos saberes, valores e experiências dos trabalhadores. A instituição de processos de educação permanente, baseados na ergologia, constitui uma estratégia potente para a transformação das práticas em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária à saúde; Equipe Multiprofissional; Relações interprofissionais; Sistema Único de Saúde; Ergologia; Apoio Matricial.

ABSTRACT:

This study aimed to describe the operationalization of matrix support by NASF-AB teams for the development of collaborative practices. This is an exploratory descriptive study, with a qualitative approach, of a comprehensive nature, carried out in municipalities of the 16th Regional Health of Apucarana, Paraná. Seeking to understand the collaborative practices developed by NASF-AB in a broader way, we used the theoretical framework of the dimensions of collaboration and the premises of ergology. The research contemplated the definition of the research sites and participants, through a key informant; participant observation; and interview with NASF-AB professionals, held from May to August 2019. Matrixing acquired different configurations between the teams analyzed, occurring both in formal meetings and in informal spaces for discussion, through activities such as action planning, case discussions and permanent health education. This space made it possible for workers to develop essential elements for collaboration, such as mutual respect, open communication and listening to different points of view, and the establishment of consensus, with user care as the essence. In addition, matrix support went beyond the prescribed work and acquired unique configurations, influenced by the knowledge, values and experiences of the workers. The institution of permanent education processes, based on ergology, constitutes a powerful strategy for the transformation of health practices.

KEY WORDS: Primary Health Care; Patient Care Team ; Interprofessional Relations; Unified Health System; Ergology; Matrix Support.

INTRODUÇÃO

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2008, com o objetivo de apoiar as equipes de referência para que ampliassem a abrangência e a resolutividade de suas ações (CAMPOS et.al., 2014), contribuindo para a oferta de um cuidado integral (ARAÚJO NETO et.al., 2019) e para a consolidação da Atenção Básica (AB) no Brasil. Com a aprovação da PNAB em 2017, o NASF passou a ser denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), apoiando além das ESF, também as equipes de AB (BRASIL, 2017).

Preconiza-se que a organização do processo de trabalho do NASF-AB seja pautada segundo a lógica do apoio matricial, por relação colaborativa com os profissionais da equipe de referência (BRASIL, 2008; BRASIL, 2014). Busca-se superar os modelos convencionais

fragmentados e curativistas, investindo-se na corresponsabilização e gestão integrada do cuidado (ANJOS et.al. 2013).

O apoio matricial é um novo modo de produzir saúde, que busca romper com a lógica tradicional fragmentada de encaminhamentos, na medida em que propõe a criação de uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica a partir de um processo de construção compartilhada entre duas ou mais equipes (BRASIL, 2011). Nesse sentido, o matriciamento fomenta a produção de relacionamento entre equipe e usuários pautado no vínculo e na colaboração, estimulando o compromisso dos profissionais com a co-produção de saúde (CAMPOS, 1999).

Para a implantação e conseqüentemente atuação efetiva do NASF-AB, aponta-se a necessidade do planejamento das ações como parte do processo de trabalho, permitindo que as ações sejam compartilhadas entre as equipes atendidas e a efetivação do trabalho interprofissional. Para que esse planejamento aconteça, as normativas apontam para a realização de reuniões de matriciamento, ferramenta primordial do NASF-AB (BRASIL, 2012).

Estudos demonstraram que as reuniões de equipe, tanto entre os profissionais do NASF-AB quanto destes com a equipe de referência são fundamentais para o trabalho pautado na lógica do apoio matricial (BARROS, 2015; NOGUEIRA; BALDISSERA, 2018), facilitando o planejamento e realização das ações subsequentes, pactuações e troca de saberes entre os profissionais, ampliando o escopo e a resolutividade das atividades desenvolvidas (BARROS et.al., 2015).

Assim, a reunião de matriciamento é um espaço destinado à “problematização, ao planejamento, à programação e à execução de ações colaborativas entre NASF-AB e equipes de AB” (BRASIL, 2014, p. 51), englobando todas as equipes vinculadas com periodicidade variável. Para Peduzzi e Agreli (2018), a colaboração pressupõe a existência de comunicação efetiva e disposição dos profissionais em contribuir com o trabalho de seus pares, podendo ocorrer tanto nas equipes quanto ser ampliada para a rede de atenção à saúde.

Este estudo teve como objetivo descrever a operacionalização do apoio matricial pelas equipes NASF-AB para o desenvolvimento de práticas colaborativas.

PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, de abordagem qualitativa, de natureza compreensiva, realizado em municípios da 16ª Regional de Saúde de Apucarana, Paraná. Todos os participantes da pesquisa são profissionais que integram as equipes NASF-AB em três municípios, denominados pelas letras A, B e C. O caminho percorrido para esse estudo englobou: a definição dos locais e participantes da pesquisa; observação participante; e entrevista semiestruturada.

A definição dos locais e participantes da pesquisa foi realizada através de questionamentos junto a informante-chave. Buscou-se identificar equipes NASF-AB da região que realizavam práticas de forma integrada entre si, com as equipes de referência e com a rede de atenção à saúde, possuíam espaços para discussão de processos de trabalho e educação permanente, e recebiam apoio dos gestores.

O município A, com população de 2.901 habitantes de acordo com o último censo (BRASIL, 2015), possui uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e uma equipe NASF-AB modalidade 3, composta por uma nutricionista, uma fisioterapeuta, uma psicóloga e uma assistente social. Esta última por estar de licença na ocasião da obtenção de dados, não participou desse estudo. Nesta UBS atuam dois enfermeiros, que também exercem o papel de coordenador geral da unidade e coordenador do NASF-AB.

O município B possui uma população de 9.705 habitantes (BRASIL, 2015), e dispõe de três Unidades Básicas de Saúde, com três equipes de Estratégia Saúde da Família. A implantação do NASF-AB, classificado como modalidade 2, integrando um profissional de educação física, três psicólogos, um assistente social e um nutricionista.

O município C apresenta uma população de 130.430 habitantes (BRASIL, 2015), e atualmente possui 28 UBS, seis Unidades de Apoio e um total de 41 equipes de Estratégia Saúde da Família, divididos em quatro quadrantes. O município conta com três equipes de NASF-AB modalidade 1, compostas por profissionais de educação física, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos, perfazendo um total de 13 profissionais. Cada equipe NASF-AB se responsabiliza por sete a oito UBS, e possui uma agenda itinerante, rodiziando entre as diversas unidades. Foi realizado questionamento junto ao coordenador do NASF-AB deste município para definição de qual equipe NASF-AB faria parte da pesquisa, sendo selecionada aquela que, sob a perspectiva do gestor, mais se destacava em seu processo de trabalho.

Dez profissionais do NASF-AB integraram o estudo, sendo três do município A, quatro do município B e três do município C.

Em seguida, foi realizada a observação participante das atividades realizadas pelas equipes de NASF-AB selecionadas, no período de junho a julho de 2019, durante uma semana de funcionamento de cada Equipe NASF-AB, totalizando 52 horas e 30 minutos de observação. Esta foi guiada por um roteiro semiestruturado, contemplando atividades realizadas pelos profissionais e as tecnologias utilizadas, norteado pelos documentos ministeriais e referenciais das práticas colaborativas.

Realizou-se, ainda, uma entrevista individual com cada profissional do NASF-AB, orientada por um roteiro semiestruturado contendo questões relacionadas à forma como acontece o apoio matricial pelas equipes NASF-AB para o desenvolvimento de práticas colaborativas. Foram entrevistados os dez profissionais de saúde que integram as equipes de NASF-AB selecionadas, durante o período de julho a agosto de 2019. Durante a entrevista, foi utilizado um gravador para registro das informações mediante autorização dos participantes, com o consentimento deste. Após a análise dos dados, as gravações foram descartadas.

Para análise de dados foi utilizado o método de análise de discurso proposto por Martins e Bicudo (2005), que abrangeu dois momentos. O primeiro consistiu na análise individual ou ideográfica, “realizada em cada um dos discursos, através de esquemas de ideogramas de significação” (LIMA, 2016, p.539). As unidades de significação foram extraídas e interpretadas, e, posteriormente, foi realizada a convergência daquelas que possuíam a mesma interpretação dentro do discurso do entrevistado. O segundo momento correspondeu à análise nomotética, que consiste na compreensão e articulação dos diversos casos individuais, em algo mais geral, procurando-se, a partir das unidades de significados interpretadas dos discursos individuais, as divergências, as convergências e as individualidades presentes. Desta forma baseou-se nas interpretações gerais para a construção das categorias de análise (MARTINS; BICUDO, 2005; LIMA, 2016), que são: o apoio matricial em espaços formais para o desenvolvimento de práticas colaborativas; o apoio matricial em espaços informais para o desenvolvimento de práticas colaborativas; e atividades de matriciamento.

Esta pesquisa respeitou os preceitos contidos na Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012) do Conselho Nacional de Saúde, referente às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, e foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da universidade a qual os pesquisadores estão vinculados, CAEE 04456918.1.0000.5231.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS SOBRE COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL, PRÁTICAS COLABORATIVAS E ERGOLOGIA

Após um estudo sobre a colaboração interprofissional em um serviço de atenção primária à saúde, D'Amour et.al. (2008), desenvolveram um modelo que pode ser usado para analisar a colaboração em sistemas complexos e que apresentam formas heterogêneas de interação entre os diversos sujeitos. O modelo está fundamentado na proposição em que os profissionais atuam coletivamente buscando melhorar a qualidade do cuidado aos usuários, mas, concomitantemente, possuem interesses singulares e querem manter um grau de autonomia e independência, demonstrando-se adequada à análise do trabalho de apoio matricial (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2018), sendo empregado, dessa forma, como referencial teórico para este estudo.

O modelo de D'Amour et. al. sugere que a colaboração pode ser analisada em quatro dimensões, que estão inter-relacionadas: 1) Objetivos e visão compartilhados, que consistem na existência de objetivos comuns e sua apropriação pela equipe, o reconhecimento de motivos divergentes e parcerias, e a diversidade de definições e expectativas em relação à colaboração; 2) Internalização, que está relacionada à conscientização dos profissionais sobre suas interdependências e à importância de gerenciá-las, e que se traduz em um sentimento de pertencimento, conhecimento dos valores e disciplina de cada um e confiança mútua; 3) Formalização, ou estruturação do atendimento, que se refere à existência e utilização de procedimentos documentados, o que contribui para esclarecer expectativas e responsabilidades; e 4) Governança, ou seja, as funções de liderança que dão suporte à colaboração e que orientam e apoiam os profissionais na realização de inovações relacionadas às práticas colaborativas interprofissionais. A interação entre essas quatro dimensões é capaz de apreender os processos inerentes à colaboração (ARRUDA, 2018).

Além do modelo de D'Amou et. al. (2008), as premissas da ergologia de Yves Schwartz contribuem para compreender as práticas colaborativas desenvolvidas pelos membros de uma equipe NASF-AB de forma mais ampliada.

A ergologia possibilita a análise para além do trabalho prescrito, considerando a perspectiva dos profissionais, a relação que eles estabelecem com o meio em que estão implicados, bem como as singularidades existentes na realização das atividades. Assim, há singularidades no trabalho realizado pelo trabalhador, imbricado por seus valores, experiências anteriores e conhecimentos adquiridos ao longo de sua vida, interpondo-se uma

lacuna entre o trabalho prescrito (pensado e determinado teoricamente) e o trabalho real (que foi efetivamente realizado) (SCHWARTZ, 2007a).

A competência é compreendida pela ergologia como “aquilo que é requerido para o trabalho, para compreender o que faz uma pessoa” (SCHWARTZ, 2007b). Entende-se, por esse ângulo, que cada trabalhador lança mão de um conjunto de saberes e experiências, para realizar escolhas e solucionar os problemas advindos do trabalho, conforme seus valores, cultura e história de vida (SCHWARTZ, 2007a). A partir dessa constatação, Schwartz (1998) considera o agir em competência como um composto formado por seis ingredientes que estariam presentes em cada situação e em graus variados.

O primeiro ingrediente diz respeito ao domínio das normas antecedentes (saberes constituídos) (SCHWARTZ, 1998; SCHWARTZ, 2007b). O segundo ingrediente se refere aos saberes investidos, ao fazer singular que com o tempo produz um saber a partir da experiência decorrente do trabalho, da história, dos valores e do engajamento na atividade (LE MOS, 2016; SANTOS; SILVA, 2019; SCHWARTZ, 2007B).

O terceiro ingrediente corresponde à capacidade de relacionar dialeticamente os saberes constituídos (ingrediente um) e os saberes investidos (ingrediente dois) (SCHWARTZ, 1998; SCHWARTZ, 2007a; DURRIVE, 2011). O quarto ingrediente está relacionado ao debate de normas e ao “sentido que o trabalhador atribui ao seu próprio trabalho e naquilo que ele mobiliza em si, por si e pelos outros, para cumprir determinada tarefa” (NOGUEIRA, 2012, p.50).

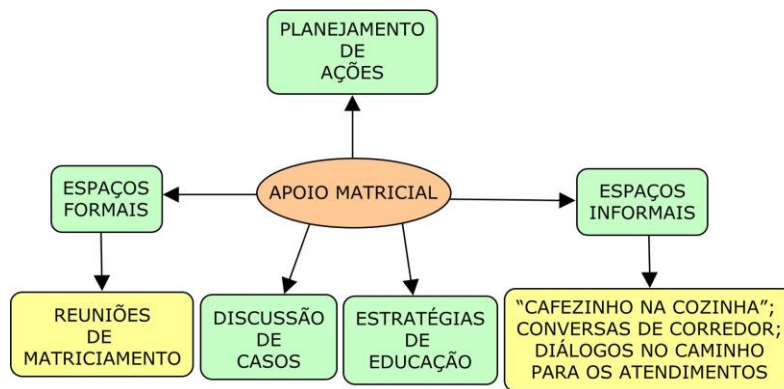
O quinto ingrediente corresponde à motivação para a aprendizagem (LE MOS, 2016), à ativação do “potencial da própria pessoa, a parte de si mesmo que se coloca na realização do procedimento – anônimo de início – e que envolve a qualidade do agir por inteiro” (DURRIVE, 2011, p. 62). O sexto ingrediente se refere à capacidade em tirar partido das sinergias de competência em situações de trabalho e trabalhar em equipe (SCHWARTZ, 2007b).

Esses seis ingredientes interagem dinamicamente, no instante em que as competências são requisitadas, perante os desafios que se impõem no cotidiano do trabalho (SOUSA; MUNIZ, 2017). Assim, o seu conhecimento possibilita uma melhor compreensão das atividades de trabalho realizadas pelos NASF-AB, considerando as singularidades, valores e saberes dos profissionais que atuam nessas equipes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo desvelou como o apoio matricial é implementado, de modo a possibilitar o desenvolvimento de práticas colaborativas entre os profissionais do NASF-AB, e destes com a equipe de referência e com a rede de atenção à saúde. Foi possível identificar que o matriciamento adquiriu diferentes configurações entre as equipes analisadas, ocorrendo tanto em reuniões formais quanto em espaços informais de discussão, e operacionalizando-se através de atividades como planejamento de ações, discussões de casos e educação permanente em saúde (figura 1).

Figura 1 – Operacionalização do Apoio Matricial pelas equipes NASF-AB



Fonte: Os autores, 2020.

O apoio matricial em espaços formais para o desenvolvimento de práticas colaborativas

As reuniões formais de equipe estavam presentes na rotina do NASF-AB e foram relatadas pelos profissionais dos três municípios estudados como espaço fundamental em que a colaboração interprofissional se manifesta. Nestas reuniões de matriciamento, os profissionais realizavam planejamento conjunto de ações coletivas, discussões de casos, e educação permanente.

Os entrevistados relataram que a reunião de matriciamento fortalece o vínculo e a comunicação entre os profissionais, permitindo: a discussão aprofundada de casos e a definição da melhor estratégia para o atendimento de cada demanda; a retomada de casos matriciados em reuniões anteriores, com o objetivo de compartilhar com a equipe as condutas realizadas e a evolução de cada usuário; além da realização de planejamentos de ações coletivas envolvendo ambas as equipes.

A gente traz os casos e consegue resolver. Então quando chega o outro dia do matriciamento, vai ver o que foi resolvido do matriciamento passado. E por que não foram resolvidas algumas coisas (E5).

Aprofunda-se [a discussão dos casos] nas reuniões de matriciamento, explica certinho como é cada caso e tenta propor com toda a equipe, chegar em uma estratégia para atender determinado paciente ou população (E10).

Na equipe NASF_AB do município A, apesar de haver divergências de opiniões, os profissionais referiram que conseguiam dialogar e chegar a um consenso a respeito das ações a serem realizadas e do manejo dos casos discutidos, sendo este um elemento essencial para a colaboração interprofissional e que permite o crescimento enquanto grupo. Desse modo, a reunião de matriciamento possibilitou aos trabalhadores expressar opiniões diversas, favorecendo a escuta de diversos pontos de vista, e o desenvolvimento de consenso.

[...] existem algumas divergências de pensamento, sabe? Mas isso faz parte do grupo. Acho que para a gente crescer a gente tem que ter pensamento diferente mesmo (E2).

[...] nós da equipe nem sempre temos a mesma opinião, às vezes temos opiniões divergentes, mas a gente entra num consenso (E3).

A construção de pactuações entre os profissionais de forma dialogada e consensual na tomada de decisões, planejamento e intervenção denota a existência de um objetivo comum entre os membros da equipe e que supera as divergências, sendo um elemento importante para o desenvolvimento da colaboração (D'AMOUR et. al, 2005). Nesse sentido, Previato e Baldissera (2018), evidenciaram que as reuniões de equipe para discussão de casos e planejamento de ações são “momentos formais de comunicação interprofissional”, que permitem o estabelecimento de diálogo entre os profissionais, indispensável para a efetivação da prática interprofissional colaborativa.

Conforme expresso por Barros et.al. (2015), o diálogo e a compreensão acerca da complexidade de cada caso são favorecidos pela diversidade de categorias profissionais que integram as equipes NASF-AB, contribuindo para melhorar a efetividade e resolutividade dos mesmos. Para os autores, quando todos os profissionais se corresponsabilizam pela problemática é que se torna possível a construção de práticas coletivas e mais adequadas às necessidades da população e às características do território.

Esse raciocínio nos remete aos conceitos de campo e núcleo, propostos por Campos (2000), em que o núcleo aglutinaria saberes e práticas, demarcando a identidade de determinada área de saber e de prática profissional, enquanto que o campo possuiria limites imprecisos onde cada profissão se apoiaria em outra para o cumprimento de suas tarefas. Campo e núcleo não são estanques e se influenciam, denotando a imprecisão de limites entre ambos. Dessa forma, a escolha pelo saber específico do núcleo torna-se uma possibilidade, e não uma ocorrência automática (CAMPOS et.al., 2000).

Foi possível identificar no município B uma configuração de reunião de matriciamento que acontecia pontualmente, diante da necessidade do NASF-AB e das equipes de referência em discutir determinados casos complexos, de forma articulada com outros componentes da rede. Esta reunião era realizada entre os atores da rede (geralmente um representante do CAPS e/ou CREAS), um profissional do NASF-AB que possuía mais vínculo com a família ou usuário, um representante da equipe de referência e a coordenação de ambas as equipes.

O pessoal do CAPS faz parte do matriciamento mensal com a gente quando precisa. Da mesma forma que a gente faz com as equipes, o CAPS vem, mas só que não é a equipe inteira, eles fazem com uma referência do NASF, uma referência de cada uma das equipes, e com a coordenação da Atenção Básica (E7).

Cabe enfatizar que as diretrizes ministeriais orientam o matriciamento das equipes de referência por profissionais da rede, ressaltando a importância de se estabelecer uma comunicação com outros pontos de atenção, em defesa da vida dos usuários (BRASIL, 2009; BRASI 2014). Entretanto, as normativas não direcionam o formato em que essa articulação deve acontecer.

Desse modo, a iniciativa das equipes analisadas por este estudo pode remeter à ampliação da clínica em busca de um cuidado mais resolutivo, ressaltando-se a potência do matriciamento como instrumento de cuidado colaborativo entre os dispositivos da rede, e permitindo comunicação e compartilhamento do cuidado entre os trabalhadores, usuários e gestores (MACHADO; CAMATTA, 2013).

Nos municípios A e B houve participação ativa dos profissionais do NASF-AB e da equipe de referência nas reuniões de matriciamento, propiciando que as discussões e tomada de decisões fossem realizadas entre todos os profissionais da equipe, como se pode verificar nas falas abaixo:

Na realidade participam todos. No NASF todos que estiverem disponíveis naquele momento para irem... Obrigatoriamente o enfermeiro da unidade. Os auxiliares de enfermagem em algumas equipes pontuais participam, e outras não. Nutricionista ambulatorial também participa sempre com a gente. E ACS. E a coordenação de atenção básica em todas as reuniões. Isso aí a gente não faz sem a coordenação de atenção básica (E4).

Então, hoje, depois que o médico aderiu à equipe, ele também participa. Todos de uma forma geral participam. Muda-se data... Por exemplo, precisamos do médico, mas marcou atendimento... então troca data. Se a equipe do NASF não vai poder, então troca de data (E3).

No entanto, no município C foi possível identificar falta de adesão de alguns profissionais da equipe de referência quanto ao matriciamento, devido à demanda por atendimentos nas UBS.

Sexta de manhã seria para fazer o apoio matricial, mas não tem feito em algumas unidades, porque a equipe não tem aderido ao matriciamento... (E8).

Tem unidades em que às vezes por atrapalhar o funcionamento da unidade pelo movimento, alta demanda, os enfermeiros ou alguns profissionais não fazem o matriciamento e também não acompanham caso por caso... Realizam mais o atendimento ambulatorial (E10).

A partir de uma perspectiva ergológica, ao estabelecer diálogo com os ingredientes necessários para o “agir em competência” em situações de trabalho, entende-se que cada trabalhador lança mão de um conjunto de saberes e experiências, para realizar escolhas e solucionar os problemas advindos do trabalho, conforme seus valores, cultura e história de vida (SCHWARTZ, 2007b). Dessa forma, o trabalhador, a partir de seus saberes, valores e experiências, faz uso de si por si e se posiciona diante das normas com as quais se depara, fazendo escolhas e renormalizações, de modo a atingir os objetivos impostos pela atividade do trabalho (SCHWARTZ, 1998; SCHWARTZ, 2007b).

Esse processo é afetado pelo quarto ingrediente, relacionado ao debate de normas e ao “sentido que o trabalhador atribui ao seu próprio trabalho e naquilo que ele mobiliza em si, por si e pelos outros, para cumprir determinada tarefa” (NOGUEIRA, 2012, p.50). Em adição, a capacidade desse trabalhador de se apropriar do serviço em que ele trabalha de

forma positiva também está relacionada ao seu meio de trabalho (SCHWARTZ, 2007b, p.218).

Impõe-se desse modo, um debate de normas entre a lógica de apoio matricial e o modelo biomédico que tradicionalmente embasa a formação dos profissionais de saúde, que pode ser evidenciado nas falas de E10. Nesse sentido, um ambiente permeado por grande demanda por atendimentos, como expresso na fala de E10, pode influenciar a apropriação do matriciamento por alguns profissionais da equipe de referência (SCHWARTZ, 2007, p.218), refletido, nessa análise, pela falta de adesão desses trabalhadores ao matriciamento.

O apoio matricial em espaços informais para o desenvolvimento de práticas colaborativas

Denotou-se que o apoio matricial extrapolava os espaços instituídos da reunião de matriciamento e se manifestava na rotina do processo de trabalho do NASF-AB, fortalecendo a relação de colaboração entre os profissionais. Para algumas equipes, o apoio matricial, nesses moldes, contribui para o cuidado integral aos usuários e permite a troca de informações e discussão de determinados casos mais complexos entre os profissionais envolvidos, com a finalidade de se estabelecer a melhor conduta pertinente a cada caso.

Você já pensou se a gente limitar o apoio matricial a um dia por mês que a gente vai até a unidade discutir o matriciamento? Seria algo extremamente vazio e falho. Então assim, logicamente o grande momento de apoio matricial é a reunião de matriciamento, mas aí depois entra aquela questão da comunicação e da discussão posterior que a gente colocou. [...] Às vezes discutir em um café na cozinha você consiga enxergar de um meio diferente do que naquela reunião (E4).

Por esta fala entende-se que o trabalhador reconhece as reuniões de matriciamento como momentos formais importantes para a interação e discussão compartilhada de casos, mas coloca em conflito que tais reuniões mensais são insuficientes para dar conta das demandas impostas pelo cotidiano das práticas (ingrediente quatro).

Diante disso, os profissionais fazem uso de si por si e pelos outros, realizam micro-escolhas e renormalizam o matriciamento (ingrediente três da competência industriosa), ampliando as discussões para espaços informais.

Este relato também sugere que há um vínculo estabelecido entre os profissionais das equipes, o que favorece que essas discussões aconteçam informalmente. Assim, compreende-

se que o meio favorável e o quadro relacional podem propiciar o desabrochar de competências (SANTOS; SILVA 2019; SCHWARTZ, 2007b; SCHWARTZ, 1998).

Nesse sentido, as discussões em espaços informais, tais como o “cafezinho na cozinha”, as conversas de corredor, os diálogos estabelecidos entre os profissionais no caminho para um atendimento, entre outros, mostraram ser promissores para ocorrência do apoio matricial e da colaboração.

Oliveira, Baduy e Melchior (2019) evidenciaram a potência dos espaços informais de discussões e trocas de experiências, propiciando o compartilhamento de saberes de forma mais horizontal e solidária, corroborando os resultados do presente estudo.

Nesse sentido, situações cotidianas como compartilhar o mesmo espaço físico ou dividir uma mesa de trabalho podem se mostrar promissoras, uma vez que nesses espaços se produzem as memórias coletivas sobre o cuidado para cada família e as conversas sobre o vivido nos domicílios. Além disso, “a produção de um coletivo não ocorre somente nos espaços formais de reunião, mas nas conexões estabelecidas diariamente em espaços informais, como o trajeto às casas dentro do carro (LIMA et.al., 2016, p. 390)”.

Atividades de matriciamento

Identificou-se que o apoio matricial era operacionalizado nas equipes analisadas através de atividades como o planejamento conjunto de ações, discussões de casos e educação permanente.

No que tange ao planejamento de ações, nos distintos contextos estudados verificou-se singularidades em relação à participação dos profissionais nessas atividades. No município A, o planejamento das ações era realizado uma vez ao mês, inicialmente em reunião entre os profissionais do NASF-AB e o enfermeiro da UBS e posteriormente, a discussão era ampliada para os demais profissionais da equipe de referência.

A gente faz reunião de equipe [entre o NASF e o coordenador], pra gente se programar, destinar mesmo o que a gente vai fazer. [...] Então tudo o que a gente tem pra programar a gente conversa nessa reunião (E1).

No município B, o planejamento das atividades coletivas era norteado pela reunião de matriciamento, com frequência mensal e participação dos profissionais do NASF-AB e da equipe de referência.

Na reunião de matriciamento tem esse momento né [planejamento das ações compartilhadas]. Aí a gente entra também em consenso sobre o dia, que tem que ser um dia em que todos os profissionais vão estar aqui. Então é feito um planejamento com todo mundo (E6).

Foi observada, ainda, uma terceira situação, no município C, em que existia uma agenda semanal protegida para reuniões de planejamento e discussão de casos, cujo espaço era utilizado tanto para o matriciamento envolvendo o NASF-AB e a equipe de referência, quanto para encontro exclusivo da equipe de apoiadores. Além disso, nesta mesma conjuntura, havia uma reunião bimestral entre todas as equipes de NASF-AB que integravam este município.

Nós temos reuniões de matriciamento todas as sextas, e a cada dois meses reunião de equipe com todos os NASF (E10).

A existência de espaços formalizados e periódicos para o planejamento de ações e discussões de casos está relacionada à dimensão de colaboração Governança, proposta por D'Amour et.al. (2008), uma vez que oportuniza o diálogo e a participação dos profissionais, favorecendo a resolução compartilhada de casos e outras demandas inerentes ao processo de trabalho.

As singularidades relacionadas ao formato e periodicidade das reuniões que permeavam o planejamento de ações nos municípios estudados eram norteadas pelas necessidades de cada, equipe considerando o contexto em que estavam inseridas.

Nos momentos destinados às discussões de casos, observou-se que os profissionais negociavam a forma como cada demanda poderia ser conduzida, denotando a disponibilidade de cada um para o acolhimento das contribuições dos demais membros da equipe.

Estão presentes na reunião de matriciamento a enfermeira da UBS, a nutricionista ambulatorial da secretaria de saúde, a coordenadora da ESF/NASF-AB, ACSs da equipe, auxiliar de enfermagem, e profissionais do NASF-AB. A coordenadora me explica que o médico não participa do matriciamento, mas que a enfermeira de cada equipe fica responsável por repassar a esse profissional a condução dos casos. Ainda, comenta que as referências e possíveis demandas para o NASF-AB já passaram por uma discussão prévia entre a enfermeira da UBS e os ACSs. A reunião de matriciamento é registrada em ata, e as informações anteriores são resgatadas sempre que necessário. A princípio são retomados os casos repassados aos profissionais do

NASF-AB em reuniões anteriores, e em seguida são discutidas novas demandas. Em relação aos usuários faltosos, os ACSs já têm conhecimento e informam a equipe sobre os motivos e especificidades de cada um durante a reunião de matriciamento. O caso de um usuário com diagnóstico de esquizofrenia, que está na fila de espera, é negociado entre todos da equipe como prioritário. É retomado o caso de um usuário, em que foi realizada uma visita domiciliar pela nutricionista do NASF-AB ontem, e todos interagem e auxiliam com propostas para sua resolução, inclusive a coordenadora da ESF/NASF. Discute-se o caso de uma criança atendida pela nutricionista e fonoaudióloga em consulta compartilhada, e pactua-se entre todos da equipe a possibilidade de realizarem um Projeto Terapêutico Singular. Combinam de inicialmente estudar juntos a respeito dessa ferramenta, pois somente o assistente social já a utilizou com a equipe anterior do NASF, em outra UBS (Nota de observação - município B).

Dessa forma, as discussões de casos oportunizadas pelas reuniões de matriciamento predispunham aos profissionais o estabelecimento conjunto da melhor intervenção para cada demanda requerida, bem como o monitoramento da evolução de cada caso. O registro destas reuniões em ata apresenta-se como estratégia importante relacionada à dimensão de colaboração “Formalização” (D’AMOUR et. al., 2008), permitindo coleta e troca de informações e pactuações entre os profissionais, a sistematização de informações e a retomada dos casos discutidos anteriormente.

Em relação à dimensão “governança” identificou-se na ocasião da observação o apoio e o direcionamento da coordenadora da ESF/NASF-AB em relação às reuniões formais de matriciamento. A gestora participava ativamente de todas as reuniões, incentivando a tomada de decisões de forma compartilhada.

Além disso, inerente à dimensão “visão e objetivos” compartilhados (D’AMOUR et. al., 2008), observou-se a existência de interação entre os profissionais, perspectiva de trabalho compartilhado, objetivos comuns e relacionado às necessidades dos usuários, considerando suas singularidades.

Sabe-se que as discussões dialógicas de casos clínicos entre a equipe de referência e os profissionais apoiadores constitui uma ferramenta importante no sentido de garantir e fortalecer o cuidado integral (BRASIL, 2010; BRASIL, 2014), que é uma das diretrizes norteadoras do trabalho do NASF-AB.

Os resultados dessa pesquisa apontam para práticas que, de acordo com Mattos (2001) atendem aos critérios da integralidade nos seguintes sentidos: 1) a integralidade como traço da

boa medicina, referindo-se a atributos das práticas dos profissionais de saúde, como a abordagem integral do indivíduo considerando seu contexto social, familiar e cultural; e 2) a integralidade como modo de organizar as práticas, relacionada à necessidade de articulação entre demandas programada e espontânea, e a organização das práticas de saúde a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura. Dessa forma, a reunião de matriciamento enquanto espaço para discussão de casos, planejamento compartilhado de ações e efetivação das trocas de saberes e educação permanente, demonstrou ser uma estratégia potente para favorecer o cuidado integral.

No município A, verificou-se a presença de estratégias de educação momentos de inseridas no espaço do matriciamento. De acordo com os profissionais, essa atividade surgiu a partir da necessidade do território e das equipes, e englobam desde o esclarecimento das atribuições do NASF-AB e de cada categoria profissional, até outras temáticas inerentes à situação de saúde da população, que permitem a oferta de um cuidado mais integral aos usuários. Inicialmente, um profissional do NASF-AB ou da equipe de referência aborda uma temática, geralmente através de palestra. Em seguida, o tema é discutido entre todos, tentando-se adequar o processo de trabalho ou elencar ações frente às necessidades percebidas no território. Por fim, após esse momento de educação permanente, procede-se à discussão de casos inerentes ao apoio matricial. Em algumas situações, são agendadas capacitações periódicas, ministradas pelos profissionais do NASF-AB.

Esse ano a gente fez um primeiro matriciamento, para explicar, falar... Então eu acredito que as meninas [ACS] hoje estão bem mais orientadas e atualizadas do que seria a função do NASF (E3).

Agora nesse ano os ACS trouxeram as necessidades para a gente, e dentro dessas necessidades a gente desenvolveu os temas para gente poder trabalhar na parte do matriciamento. Então a gente discute, vê se tem casos ou ações que a gente pode fazer... (E1).

Nesse sentido, o espaço de educativo contribuiu para a compreensão do trabalho do NASF-AB pela equipe de referência e pelos demais profissionais apoiadores, auxiliando para a organização de um processo de trabalho mais colaborativo, remetendo ao domínio de colaboração “internalização” (D’AMOUR et.al., 2008).

De modo semelhante, no estudo de Previato e Baldissera (2018), a educação permanente foi reconhecida por profissionais que atuavam na APS como importante para a obtenção das Práticas Colaborativas Interprofissionais em Saúde, por permitir a compreensão

do papel dos demais profissionais e se constituir em espaço de troca de conhecimentos. Para isso, requer um “agir com competência” por parte dos trabalhadores (LEMOS, 2016, p.48), o que implica que os trabalhadores combinem dialeticamente diversos ingredientes, integrando: o saber agir, “ter domínio das normas antecedentes, se posicionando diante das situações que se colocam durante o processo educativo”; o querer agir, “estar motivado para aderir à educação permanente”, e o poder agir, “a capacidade de enfrentar os desafios do meio, permitindo o desenvolvimento de processos educativos dialógicos e que culminarão na ressignificação do processo de trabalho” (SCHERER et.al., 2016, p.692). Além disso, de acordo com Schwartz (2007, p.215), “o agir em competência vai certamente depender muito do que o meio oferece a vocês, como espaço de desenvolvimento de seus possíveis”.

Apesar do primeiro momento de estratégia de educação ser realizado de forma verticalizada, através de palestra, posteriormente a discussão foi estendida a todos da equipe, possibilitando diálogos compartilhados e o “agir com competência” (SCHERER et.al., 2016, p.692), que repercutiram diretamente no processo de trabalho e na reflexão sobre a necessidade imposta pelo território. O relato abaixo, extraído do diário de campo da pesquisadora, denota essa realidade.

Em reuniões anteriores, ficou alinhado entre todos da equipe que um dos momentos do matriciamento seria conduzido por problemáticas diante da necessidade da população. Assim, o tema de hoje é “Agrotóxicos”. Trata-se de uma necessidade do município, cuja população é composta em sua maioria por produtores rurais. A palestra dialogada inicialmente é conduzida pelo enfermeiro, utilizando como recurso a apresentação de slides. Ele explica, entre outras coisas, sobre o fluxo e a linha guia para o indivíduo exposto ao agrotóxico, e a importância da abordagem junto aos agricultores familiares, pois se trata de um local de trabalho e de moradia, aumentando a exposição e estendendo o risco para toda a família. Em seguida, a equipe discute maneiras para abordar os usuários e para a aplicação da ficha de rastreio. Percebo, neste momento, que todos os profissionais presentes pensam, em conjunto, em alternativas para trabalhar essa temática com a população. Ocorrem trocas de saberes entre alguns profissionais que tem conhecimento sobre agricultura, agrotóxico e fiscalização, e os demais da equipe. Surge uma ideia de se realizar uma ação envolvendo a saúde e a Emater, aproveitando a oportunidade do Agosto Azul. Assim poder-se-ia convidar agricultores do município e trabalhar também a educação em saúde para conscientização da população quanto aos danos dos agrotóxicos, e alternativas ao uso dos mesmos. Essa ação fica pactuada entre a equipe de Referencia e o NASF-AB, e já se pensam em locais possíveis para realização da atividade. Fica alinhado que o enfermeiro irá conversar com o técnico da Emater e propor uma

reunião para pactuar as ações a serem realizadas. Ainda, fica combinado que a equipe pensará em alternativas para dar continuidade às ações realizadas no agosto azul, para que se tornem rotineiras (Nota de observação - município B).

Pontua-se que a maior parte dos profissionais das equipes de referência e NASF-AB são familiares dos agricultores, portanto, também expostos aos agrotóxicos. Assim, durante os diálogos, percebeu-se que alguns trabalhadores opinavam e se posicionavam também enquanto usuários.

Compreende-se que os profissionais apreenderam o apoio matricial como espaço para o desenvolvimento de processos educativos, traduzido pelo senso de pertencimento e de interdependência ao se engajarem nas discussões em equipe, inerentes à dimensão da Internalização (D'AMOUR et.al., 2008).

O relato do diário de campo possibilita identificar ainda, em uma abordagem ergológica, a capacidade dos profissionais em trabalhar em equipe, fazendo-se valer das sinergias. Assim, verificou-se que os profissionais conseguiam se articular uns com os outros, mobilizando diversos ingredientes para se estabelecer as possíveis ações a serem realizadas no território. Isso nos remete ao sexto ingrediente de competência, referente à “busca pela complementaridade com o outro e pelo fortalecimento da coesão do coletivo no trabalho” (SCHERER, 2016, p,693).

Nesse sentido, interpreta-se, a partir do relato do diário de campo, que os trabalhadores teceram um diálogo entre os conhecimentos científicos e/ou profissionais anteriores à situação de trabalho (que foram construídos e estão disponíveis para antecipar a atividade) e não científicos (ou seja, os saberes investidos, relacionados à experiência prática e recriadora de saberes através dos debates de normas, onde se localizam os diversos protagonistas em torno do que se passa no trabalho), confrontando-os de modo a repensar e ressignificar a atividade do trabalho, a fim de poder intervir, de modo colaborativo, de acordo com a necessidade da população (SCHWARTZ, 2007b, p.268; DURRIVE; SCHWARTS, 2008; SANT'ANNA; HENNINGTON, 2010; TRINQUET, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este manuscrito revelou como o apoio matricial é implementado, de modo a possibilitar o desenvolvimento de práticas colaborativas entre os profissionais do NASF-AB, e destes com outros atores da equipe de referência e de outros componentes da rede.

Verificou-se que o matriciamento possibilitou aos trabalhadores o desenvolvimento de elementos essenciais para a colaboração, como respeito mútuo, comunicação aberta e escuta de diversos pontos de vista, e o estabelecimento de consenso, tendo como essência o cuidado do usuário. Identificou-se que esse espaço extrapolou o trabalho prescrito e adquiriu singulares configurações, influenciado pelos saberes, valores e experiências dos trabalhadores, e pelo contexto em que estes estavam inseridos.

Torna-se importante enfatizar que a existência de espaço para apoio matricial, seja este formal ou informal, mesmo diante dos subsídios de uma norma antecedente, não implica que o encontro colaborativo entre os profissionais aconteça. O componente primordial nesse processo é o trabalhador e sua capacidade de combinar dialeticamente os diversos ingredientes necessários para o “agir em competência”, tendo em vista um objetivo comum.

A operacionalização do apoio matricial para o desenvolvimento de práticas colaborativas mostrou-se favorecida nos municípios de pequeno porte, que integram equipes NASF-AB modalidade 2 e 3, provavelmente por estas apoiarem um número menor de equipes de referência, contribuindo para a interação entre os trabalhadores e o fortalecimento do vínculo. Além disso, nesses locais, a maior proximidade dos gestores com os profissionais demonstrou exercer influência positiva para a instituição de espaços formais de discussão, com a participação ativa desses atores no processo.

Ressalta-se que este estudo identificou as potencialidades que norteiam as práticas das equipes analisadas, tais como o estabelecimento de vínculo entre os trabalhadores; o reconhecimento dos profissionais de sua interdependência para com os demais membros da equipe; o direcionamento e apoio da gestão; e a existência de espaços de discussão (formais e informais) sobre o trabalho.

Não obstante, aponta-se o risco à lógica de apoio matricial imposto pela nova política de financiamento da Atenção Primária à Saúde, instituída pelo programa Previnde Brasil em novembro de 2019 (BRASIL, 2019), em que a composição das equipes não estará mais vinculada ao modelo “NASF”, sendo que os gestores passarão a ter autonomia no arranjo das denominadas “equipes multiprofissionais”. Uma vez que não há especificações de como deverá ocorrer processo de tais equipes a partir de então, poderá favorecer que os profissionais do NASF-AB atuem em uma lógica fragmentada e destoante do apoio matricial, e que não permita a existência de relações de colaboração e o desenvolvimento de práticas colaborativas.

REFERÊNCIAS

1. ANJOS, Karla Ferraz dos et al. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. *Saúde em Debate*, v. 37, p. 672-680, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Abr. 2019.
2. ARAUJO NETO, João Dutra de. et al. Aspectos restritivos à integralidade nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: o olhar dos stakeholders. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 28, p. e280417, 2019.
3. ARRUDA, Gisele Maria Melo Soares et. al . O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*, Botucatu , v. 22, supl. 1, p. 1309-1323, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000501309&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 dez. 2019.
4. BARROS, Juliana de Oliveira et. al. Matrix support strategies: the experience of two family health support Centers (NASFs) in São Paulo, Brazil. *Ciencia & saude coletiva*, v. 20, n. 9, p. 2847-2856, 2015.
5. BISPO JUNIOR, José Patrício; MOREIRA, Diane Costa. Cuidado colaborativo entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes apoiadas. *Physis*, Rio de Janeiro , v. 28, n. 3, e280310, 2018 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000300605&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 fev. 2020.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Caderno de Atenção Básica n. 27).
7. BRASIL. Ministério da Saúde (Org.). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 236 p.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html >. Acesso em: 29 abr. 2019.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Caderno de Atenção Básica n. 39).

10. BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. População residente segundo região de saúde. 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?novapop/cnv/popbr.def>>. Acesso em: 14 abr. 2020.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N°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). Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 29 abr. 2019.
12. CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 18, p. 983-995, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s141432832014000500983&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em 18 out. 2019. CECILIO, L.C.O. Micropolítica e hospital: elementos teóricos. [Tese de livre docência]. São Paulo. Universidade Federal de São Paulo. 2007.
13. CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.
14. CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Abr. 2020.
15. D'AMOUR, Danielle et al. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical framework. *Journal of Interprofessional Care*, v. 19, n.1, p.116-31, 2005.
16. D'AMOUR, Danielle et al. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, v. 8, n. 188, 2008.
17. DURRIVE, Louis; SCHWARTZ, Yves. Glossário da Ergologia. Laboreal, 2008; 4(1): 23-28.-
18. DURRIVE, Louis. A atividade humana, simultaneamente intelectual e vital: esclarecimentos complementares de Pierre Pastré e Yves Schwartz. *Trab. educ. saúde* (Online), Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 47-67, 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Jan. 2020.
19. LEMOS, Ana Silvia Pavani. *Saberes, Experiências e Aprendizagens: Análise dos Percursos Formativos de Profissionais de Saúde da Estratégia Saúde da Família a*

- partir da Ergologia*. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, 2016.
20. LIMA, Luiz Augusto Normanha. O Método da Pesquisa Qualitativa do Fenômeno Situado. Uma criação do educador brasileiro Joel Martins, seguida pela Professora Maria Aparecida Vigianni Bicudo. As análises: Idiográfica e Nomotética. Atas – Investigação Qualitativa em Educação, v. 1, 2016. Disponível em: <<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/640/629>>. Acesso em: 06 jan. 2020.
 21. LIMA, J. V. C. et al. Produção de Coletivos. In: MERHY, E. E. (Org.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis editora, 2016, p. 390-393.
 22. MACHADO, Dana Karine de Sousa; CAMATTA, Marcio Wagner. Support matrix as a tool for coordination between mental health and primary health care. *Cadernos de Saúde Coletiva*, v. 21, n. 2, p. 224-32, Rio de Janeiro, 2013.
 23. MARTINS, Joel; BICUDO, Maria Aparecida Viggiani. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Centauro; 2005.
 24. MATTOS, R.A. *Os sentidos da integralidade: uma reflexão a cerca dos valores que merecem ser defendidos*. In: Pinheiro R e Mattos RA, organizadores. Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001. p.39-64.
 25. NOGUEIRA, Iara Sescon; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi. Educação Permanente em Saúde na atenção ao idoso: dificuldades e facilidades do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, p. e20180028-e20180028, 2018.
 26. NOGUEIRA, Louise Cordeiro Borba. *(Des) envolver pessoas no trabalho: reflexões sobre estratégias de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sob o ponto de vista da atividade nas ações em “gestão de pessoas” no serviço público federal*. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, 2012.
 27. OLIVEIRA, Kátia Santos de; BADUY, Rossana Staevie; MELCHIOR, Regina. O encontro entre Núcleo de Apoio à Saúde da Família e as equipes de Saúde da Família: a produção de um coletivo cuidador. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, e290403, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312019000400601&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 dez. 2020.
 28. OMS- Organização Mundial da Saúde. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva: OMS; 2010. Disponível em: http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/. Acesso em 03 dez 2019.

29. PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloíse Fernandes. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, p. 1525-1534, 2018.
30. PEDUZZI, Marina. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Trabalho, educação e saúde*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 75-91, Mar. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462003000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 Jan. 2020.
31. PREVIATO, Giselle Fernanda; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi. Communication in the dialogical perspective of collaborative interprofessional practice in Primary Health Care. *Interface (Botucatu)*, v.22, n. 2, p. 1535-47, 2018.
32. PREVIATO, Giselle Fernanda; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi. Retratos da prática interprofissional colaborativa nas equipes da atenção primária à saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 39, e2017-0132, 2018. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100431&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 Jan. 2020.
33. SCHERER, Magda Duarte dos Anjos et al. Cursos de especialização em Saúde da Família: o que muda no trabalho com a formação?. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 691-702, Set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000300691&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 Jan. 2020.
34. SCHWARTZ, Yves. Entrevista: Yves Schwartz. In: *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 4, n. 2, 2006. p. 457-466.
35. SCHWARTZ, Yves. Os ingredientes da competência: Um exercício necessário para uma questão insolúvel. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 19, n. 65, p. 101-140, Dez. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73301998000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 Jan. 2020.
36. SCHWARTZ, Yves; DUC, Marcelle; DURRIVE, Louis. O homem, o mercado e a cidade. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.). *Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói: EdUFF, 2007. 247-275 p.
37. SCHWARTZ, Yves. Reflexão em torno de um exemplo de trabalho operário. In: SCHWARTZ, Yves.; DURRIVE, Louis. (Org.). *Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói, EdUFF, 2007a, 37-46 p.
38. SCHWARTZ, Yves. Uso de si e competência. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.). *Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói: EdUFF, 2007b. 207-223 p.
39. SANT'ANNA, Suze Rosa; HENNINGTON, Élide Azevedo. Promoção da saúde e redução das vulnerabilidades: estratégia de produção de saberes e (trans)formação do trabalho em saúde com base na Ergologia. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 14, n. 32, p. 207-215, Mar. 2010. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 Jan. 2020.

40. SANTOS, Eduarda Motta; SILVA, Enio Rodrigues da. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) em uma Unidade de Saúde da Família em Porto Seguro: uma atividade de trabalho em debate. *Ergologia*, n. 21, Mai. 2019. Disponível em: http://www.ergologia.org/uploads/1/1/4/6/11469955/art1santos_da_silva.pdf. Acesso em: 13 jan. 2020.
41. SOUSA, Claudete Francisco de; MUNIZ, Hélder Pordeus. O desafio das competências no serviço público: contribuições teóricas. *Estud. pesqui. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 205-224, jan. 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812017000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 jan. 2020.
42. TRINQUET, Pierre. Trabalho e Educação: o método ergológico. *Revista HISTEDBR*, Campinas, v. 10, n. número especial, p. 93-113, ago. 2010.

5.3 ARTIGO 3 - NÚCLEOS AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA E AS PRÁTICAS COLABORATIVAS PARA O CUIDADO INTEGRAL

Este artigo responde ao último objetivo específico desta pesquisa, que é interpretar as práticas colaborativas desenvolvidas pelas equipes de NASF-AB.

NÚCLEOS AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA E AS PRÁTICAS COLABORATIVAS PARA O CUIDADO INTEGRAL

FAMILY HEALTH AND PRIMARY HEALTH CARE EXPANDED SUPPORT CENTER AND COLLABORATIVE PRACTICES FOR INTEGRAL CARE

Daiene Aparecida Alves Mazza¹

 <https://orcid.org/0000-0002-0011-8944>

Brígida Gimenez Carvalho¹

 <https://orcid.org/0000-0003-3850-870X>

Marselle Nobre de Carvalho¹

 <https://orcid.org/0000-0001-7338-5448>

¹Universidade Estadual de Londrina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Londrina, Paraná, Brasil. <daifisiouel@yahoo.com.br>

RESUMO:

A integração entre as equipes de referência e o NASF-AB deve ser baseada na comunicação e nas práticas colaborativas, de modo a desenvolver uma postura proativa para atuar em uma lógica diferenciada daquela pautada no encaminhamento do usuário, tradicionalmente instituída nos serviços de saúde. Esse artigo teve como objetivo interpretar as práticas colaborativas desenvolvidas pelas equipes de NASF-AB em três municípios que integram a 16ª Regional de Saúde de Apucarana, Paraná. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, de abordagem qualitativa e natureza compreensiva. O caminho metodológico percorrido contemplou a definição dos locais e participantes da pesquisa; observação participante; e entrevista semiestruturada, realizados no período de maio a agosto de 2019. Esta pesquisa revelou que os profissionais do NASF-AB conseguiam desenvolver práticas colaborativas em seu cotidiano de trabalho, as quais se manifestavam no contexto dos atendimentos individuais, das visitas domiciliares, no planejamento e execução de atividades coletivas e na articulação com a rede de serviços. A interpretação dessas práticas permitiu identificar elementos como a existência de objetivos comuns, foco nos usuários, o estabelecimento de vínculo, o reconhecimento da interdependência entre os membros da equipe, o direcionamento e apoio da gestão e espaços instituídos de discussão, os quais são fundamentais para a colaboração. As práticas colaborativas desenvolvidas pelos profissionais do NASF-AB foram produtos das renormalizações de seu trabalho prescrito, sendo, os trabalhadores, protagonistas do processo de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária à saúde; Equipe Multiprofissional; Relações interprofissionais; Sistema Único de Saúde; Ergologia; NASF.

ABSTRACT:

The integration between the reference teams and the NASF-AB must be based on communication and collaborative practices, in order to develop a proactive stance to act in a logic different from that based on the referral of the user, traditionally instituted in health services. This article aimed to interpret the collaborative practices developed by the NASF-AB teams in three municipalities that are part of the 16th Health Regional of Apucarana, Paraná. This is a descriptive exploratory study, with a qualitative approach and a comprehensive nature. The methodological path followed covered the definition of the research sites and participants; participant observation; and semi-structured interview, carried out from May to August 2019. This research revealed that NASF-AB professionals were able to develop collaborative practices in their daily work, which were manifested in the context of individual care, home visits, planning and execution of collective activities and in articulation with the network. The interpretation of these practices allowed the identification of elements such as the existence of common objectives, focus on users, the establishment of bonds, the recognition of interdependence among team members, the direction and support of management and instituted spaces for discussion, which are fundamental for collaboration. The collaborative practices developed by NASF-AB professionals were products of the renormalizations of their prescribed work, with workers being protagonists in the work process.

KEY WORDS: Primary Health Care; Patient Care Team ; Interprofessional Relations; Unified Health System; Ergology; NASF.

INTRODUÇÃO

No período marcado pela expansão do SUS, o Ministério da Saúde (MS) criou em 2008 o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo de ampliar capacidade de resposta à maior parte das demandas de saúde da população na atenção básica e contribuir para a oferta de um cuidado integral à população (BRASIL 2014; CAMPOS et.al., 2014, ARAÚJO NETO et.al.,2019).

Entre 2008 e 2013, as categorias profissionais que compõem o NASF apresentaram crescimento superior aos enfermeiros, médicos e cirurgiões dentistas. Algumas profissões cresceram taxas acima de 90%, como é o caso dos professores/profissionais de educação física, fisioterapeutas, nutricionistas e terapeutas ocupacionais (CARVALHO et. al, 2016).

Em 2017, o NASF passou a ser denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), apoiando além das Equipes Saúde da Família, também as equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2017).

Preconiza-se que a organização do processo de trabalho do NASF-AB seja sustentada sobre o referencial de apoio matricial, por relação colaborativa com os profissionais da equipe de referência, baseada na comunicação e nas práticas colaborativas e com foco direcionado às ações pedagógicas e assistenciais. Com isso os profissionais devem desenvolver uma postura proativa para atuar em uma lógica diferenciada daquela pautada no encaminhamento do usuário, tradicionalmente instituída nos serviços de saúde (BRASIL, 2009; BRASIL 2014).

Apesar da proposta do apoio matricial possuir uma característica democratizante, pautada na lógica da cogestão e do apoio para as relações interprofissionais (CAMPOS et al., 2014), estudos desvelaram fatores que interferem na integração entre essas equipes, como a presença de dinâmicas de trabalho e organização distintas entre NASF-AB e equipes de referência (LANCMAN; BARROS, 2011; LANCMAN et.al., 2013; BELETTINI; TUON, 2013; BARROS et.al., 2015) e dificuldade de compreensão do trabalho do NASF-AB REIS; VIEIRA, 2013; (RIBEIRO RODRIGUEZ, 2010; VANNUCCHI; CARNEIRO JUNIOR, 2012; MATUDA et.al., 2015; PATROCÍNIO et. al., 2015; BISPO JUNIOR; MOREIRA, 2018; NOGUEIRA; BALDISSERA, 2018), influenciando, assim, o processo de trabalho dessas equipes.

Não obstante, o atual arranjo dos NASF tem dificultado o desenvolvimento de práticas colaborativas, impondo-se como desafios a ênfase no trabalho ambulatorial, a existência de conflitos entre NASF-AB e equipe de referência, com fragilização do vínculo e redução do desempenho entre ambas as equipes (ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013).

A colaboração prevê a existência de comunicação efetiva e disposição dos profissionais em contribuir com o trabalho de seus pares, podendo ocorrer tanto nas equipes quanto ser ampliada para a rede de atenção à saúde. Assim, a prática colaborativa tem como eixo fundamental a atenção centrada no usuário, apoiando-se em suas necessidades de saúde, para além das relações entre os profissionais (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

A análise das práticas colaborativas desenvolvidas pelas equipes contribui na identificação de elementos para subsidiar o planejamento de ações no campo da gestão do trabalho em saúde, contribuindo para o fortalecimento do NASF-AB, das gestões municipais e da Atenção Primária à Saúde.

Esse artigo teve como objetivo interpretar as práticas colaborativas desenvolvidas pelas equipes de NASF-AB em municípios que integram a 16ª Regional de Saúde de Apucarana, da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná.

PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, de natureza compreensiva, realizado em três municípios da 16ª Regional de Saúde de Apucarana, Paraná. Todos os participantes da pesquisa são profissionais que integram as equipes NASF-AB em três municípios, denominados pelas letras A, B e C. O caminho metodológico percorrido para este estudo contemplou a definição dos locais e participantes da pesquisa; observação participante; e entrevista semiestruturada.

Para a definição dos locais e participantes da pesquisa foram realizados questionamentos junto a informante-chave. Buscou-se identificar equipes NASF-AB da região que realizavam práticas de forma integrada entre si, com as equipes de referência e com a rede de atenção à saúde, que possuíam espaços para discussão de processos de trabalho e educação permanente, e que recebiam apoio dos gestores.

O município A, com população de 2.901 habitantes de acordo com o último censo (BRASIL, 2015), possui uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e uma equipe NASF-AB modalidade 3, composta por uma nutricionista, uma fisioterapeuta, uma psicóloga e uma assistente social. Esta última por estar de licença na ocasião da obtenção de dados, não participou desse estudo. Nesta UBS atuam dois enfermeiros, que também exercem o papel de coordenador geral da unidade e coordenador do NASF-AB.

O município B possui uma população de 9.705 habitantes (BRASIL, 2015), e dispõe de três Unidades Básicas de Saúde, com três equipes de Estratégia Saúde da Família. A implantação do NASF-AB, classificado como modalidade 2, integrando um profissional de educação física, três psicólogos, um assistente social e um nutricionista.

O município C apresenta uma população de 130.430 habitantes (BRASIL, 2015), e atualmente possui 28 UBS, seis Unidades de Apoio e um total de 41 equipes de Estratégia Saúde da Família, divididos em quatro quadrantes. O município conta com três equipes de NASF-AB modalidade 1, compostas por profissionais de educação física, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos, perfazendo um total de 13 profissionais. Cada equipe NASF-AB se responsabiliza por sete a oito UBS, e possui uma agenda itinerante, rodiziando entre as diversas unidades. Foi realizado questionamento junto ao coordenador do NASF-AB deste município para definição de qual equipe NASF-AB faria parte da pesquisa, sendo selecionada aquela que, sob a perspectiva do gestor, mais se destacava em seu processo de trabalho.

Dez profissionais do NASF-AB integraram o estudo, sendo três do município A, quatro do município B e três do município C.

Em seguida, foi realizada a observação participante das atividades realizadas pelas equipes de NASF-AB selecionadas, no período de junho a julho de 2019, durante uma semana de funcionamento de cada Equipe NASF-AB, totalizando 52 horas e 30 minutos de observação. Esta foi guiada por um roteiro semiestruturado, contemplando as atividades realizadas pelos profissionais e as tecnologias utilizadas, norteado pelos documentos ministeriais e referenciais das práticas colaborativas.

Realizou-se também uma entrevista individual com cada um dos 10 profissionais dos NASF-AB selecionados, orientada por um roteiro semiestruturado contendo questões relacionadas a às práticas colaborativas desenvolvidas. O roteiro foi testado anteriormente com profissionais do NASF-AB que não integravam as equipes analisadas, por meio de uma entrevista piloto. As entrevistas foram realizadas no período de julho a agosto de 2019, e os entrevistados foram identificados como E1, E2, E3... E10. A caracterização dos participantes foi norteada por uma ficha de avaliação padronizada para este estudo.

Para análise de dados foi utilizado o método de análise de discurso proposto por Martins e Bicudo (2005), que abrangeu dois momentos. O primeiro consistiu na análise individual ou ideográfica, “realizada em cada um dos discursos, através de esquemas de ideogramas de significação” (LIMA, 2016, p.539). As unidades de significação foram extraídas e interpretadas, e, posteriormente, foi realizada a convergência daquelas que possuíam a mesma interpretação dentro do discurso do entrevistado. O segundo momento correspondeu à análise nomotética, que consiste na compreensão e articulação dos diversos casos individuais, em algo mais geral, procurando-se, a partir das unidades de significados interpretadas dos discursos individuais, as divergências, as convergências e as individualidades presentes. Desta forma baseou-se nas interpretações gerais para a construção das categorias de análise (MARTINS; BICUDO, 2005; LIMA, 2016), que são: práticas colaborativas desenvolvidas pelos profissionais do NASF-AB no contexto dos atendimentos individuais, das visitas domiciliares, no planejamento e execução de atividades coletivas e na articulação com a rede.

Esta pesquisa respeitou os preceitos contidos na Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012) do Conselho Nacional de Saúde, referente às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, e foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em

Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da instituição em que os autores estão vinculados, sob o parecer nº 3.093.051.

TECENDO ALGUNS CONCEITOS SOBRE COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL, PRÁTICAS COLABORATIVAS INTERPROFISSIONAIS E ERGOLOGIA

A prática colaborativa se efetiva no trabalho conjunto entre profissionais de saúde de diferentes núcleos profissionais e usuários, família e comunidade, com vistas a melhorar a qualidade do cuidado em saúde (OMS, 2010).

De acordo com Morgan, Pullon e McKinlay (2015), a observação direta da prática colaborativa no cotidiano do trabalho possibilita identificar elementos da colaboração que não são demonstrados de modo evidente mediante o relato dos trabalhadores, auxiliando para melhor compreensão da colaboração interprofissional e do trabalho em equipe na atenção primária.

Após um estudo sobre a colaboração interprofissional em um serviço de atenção primária à saúde, D'Amour et.al. (2008), desenvolveram um modelo que pode ser usado para analisar a colaboração em sistemas complexos e que apresentam formas heterogêneas de interação entre os diversos sujeitos. Tal modelo está fundamentado na proposição de que os profissionais atuam coletivamente buscando melhorar a qualidade do cuidado aos usuários, mas, concomitantemente, possuem interesses singulares e querem manter um grau de autonomia e independência, demonstrando-se adequada à análise do trabalho de Apoio Matricial (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2018). Sugere, assim, que a colaboração pode ser analisada em quatro dimensões, que estão inter-relacionadas.

As duas primeiras dimensões envolvem relacionamentos entre indivíduos, e se referem a: 1) Objetivos e visão compartilhados, que consistem na existência de objetivos comuns e sua apropriação pela equipe, o reconhecimento de motivos divergentes e parcerias, e a diversidade de definições e expectativas em relação à colaboração; e 2) Internalização, que está relacionada à conscientização dos profissionais sobre suas interdependências e à importância de gerenciá-las, e que se traduz em um sentimento de pertencimento, conhecimento dos valores e disciplina de cada um e confiança mútua.

As outras duas dimensões envolvem o cenário organizacional, que influencia a ação coletiva, assim expressas: 3) Formalização, ou estruturação do atendimento, que se refere à

existência e utilização de procedimentos documentados, o que contribui para esclarecer expectativas e responsabilidades; e 4) Governança, ou seja, as funções de liderança que dão suporte à colaboração. Ela orienta e apoia os profissionais na realização de inovações relacionadas às práticas colaborativas interprofissionais.

A interação entre essas quatro dimensões é capaz de apreender os processos inerentes à colaboração. Torna-se importante destacar, entretanto, que esses processos estão sujeitos à influência de fatores externos e estruturais, como recursos, restrições financeiras e políticas, e que devem ser levados em consideração como determinantes dos processos colaborativos (D'AMOUR et.al., 2008).

Além deste referencial, utilizou-se de forma complementar as premissas da ergologia. Esta aborda o trabalho sob a perspectiva do trabalhador e na relação em que este estabelece com o meio em que está implicado, possibilitando uma análise para além do trabalho prescrito e a compreensão das práticas colaborativas desenvolvidas pelos NASF-AB de forma mais ampliada. A ergologia busca o conhecimento das várias disciplinas para estabelecer uma relação entre o mundo dos conceitos e a experiência que é produzida pelos trabalhadores. Para a ergologia, há singularidades no trabalho realizado pelo trabalhador, imbricado por seus valores, experiências anteriores e conhecimentos adquiridos ao longo de sua vida, interpondo-se uma lacuna entre o trabalho prescrito (pensado e determinado teoricamente) e o trabalho real (que foi efetivamente realizado). (DURRIVE; JACQUES, 2007; SCHWARTZ, 2007a).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando os dez profissionais do NASF-AB que integraram o estudo, oito eram do sexo feminino. Em relação ao núcleo profissional, três participantes eram nutricionistas, um era assistente social, dois fisioterapeutas, dois psicólogos, e dois profissionais de educação física. Quanto à formação profissional, sete trabalhadores possuíam pós-graduação, sendo que seis participaram de algum curso para atuação em saúde coletiva e/ou NASF-AB.

Quanto à carga horária de trabalho, seis profissionais realizam 20 horas semanais, e os demais atuavam por 40 horas, semanalmente. No que se refere ao vínculo empregatício, oito eram concursados e dois contratados por prestação de serviços, como pessoa jurídica. Além disso, oito trabalhadores possuíam entre um a cinco anos de atuação no NASF-AB, e dois possuíam tempo de trabalho de até um ano nessas equipes.

A tabela 1 apresenta os dados referentes à caracterização das equipes de NASF-AB, considerando individualmente cada equipe analisada.

Tabela 1 – Caracterização das Equipes NASF-AB, 2020.

	Município A NASF-AB 3 N	Município B NASF-AB 2 N	Município C NASF-AB 1 N
Sexo			
Feminino	3	3	2
Masculino		1	1
Carga horária semanal de trabalho			
40h		2	2
20h	3	2	1
Categoria profissional			
Assistente social	-	1	-
Fisioterapeuta	1		1
Nutricionista	1	1	1
Profissional de Educação Física		1	1
Psicólogo	1	1	
Tempo de atuação no NASF-AB			
< 1ano	-	2	-
De 1 a 5 anos	3	2	3
Vínculo empregatício			
Concursado	1	4	3
Contrato por prestação de serviços	2	-	
Escolaridade			
Graduação	2	1	-
Especialização	1	3	3
Curso para atuação em saúde coletiva e/ou NASF-AB			
Sim*	1	2	3
Não**	2	2	-

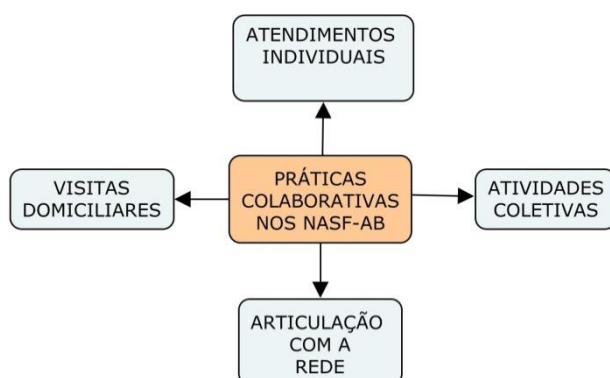
Fonte: os autores, 2020.

* Realizou curso de qualificação para atuação em saúde coletiva e/ou NASF-AB após a entrada no NASF-AB

** Não possui curso de qualificação para atuação em saúde coletiva e/ou NASF-AB

Este estudo revelou que os profissionais do NASF-AB conseguiam desenvolver práticas colaborativas em seu cotidiano de trabalho, as quais se manifestavam no contexto dos atendimentos individuais, das visitas domiciliares, no planejamento e execução de atividades coletivas e na articulação com a rede (figura 1).

Figura 1 – Contextos em que as práticas colaborativas se manifestavam nas equipes NASF-AB.



Fonte: Os autores, 2020.

Atividades Individuais e Visitas Domiciliares

Os trabalhadores dos três municípios analisados apresentavam uma relação de interação, tanto entre si quanto com a equipe de referência, acionando outros profissionais para discussão de casos, sempre que percebiam essa necessidade:

Ontem eu atendi um paciente, mas identifiquei outro problema com outra pessoa da família. Então eu já cheguei e já comentei com o assistente social o que é que estava acontecendo, e ele já deu a sugestão do que poderia estar sendo feito para ajudar essa pessoa (E7).

Com pessoal aqui desta UBS eu tenho bastante contato. Então quando eles precisam que faça um atendimento ou uma visita, eles conversam com antecedência. Depois eu consigo ter um contato tranquilo com o enfermeiro para discutir o que foi feito ou algum atendimento. Com a médica também é a mesma situação: dependendo do caso do paciente que eu atendo eu também já vou falar com ela, ou sobre o encaminhamento que ela passou e que às vezes eu fiquei com alguma dúvida, ou o retorno da avaliação que eu fiz daquele paciente que ela me encaminhou... Daí eu também tenho contato com ela e consigo conversar tranquilamente (E8).

Os trechos acima indicam a existência de vínculo estabelecido entre os profissionais e o reconhecimento da interdependência entre os membros da equipe para a condução de determinados casos. Isso implica que os trabalhadores tenham conhecimento da atuação de cada categoria profissional e estabeleçam uma relação de confiança que lhes permitam compartilhar as responsabilidades inerentes aos usuários. Esses elementos são essenciais para

um trabalho colaborativo, e estão contemplados na dimensão de colaboração “internalização”, proposta por D’Amour et.al (2008).

Diversos estudos revelaram que o vínculo, o comprometimento, o interesse e a atitude acolhedora frente às solicitações da equipe contribuíram para o processo de trabalho do NASF-AB (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010; REIS; VIEIRA, 2013; LEITE; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2014; MATUDA et.al., 2015; NOGUEIRA; BALDISSERA, 2018).

A possibilidade de discussão de casos entre os profissionais apoiadores e destes com a equipe de referência no cotidiano do processo de trabalho condiz com a lógica de apoio matricial, égide da atuação do NASF-AB.

Para Barros et.al. (2015), matriciar requer a troca de saberes e informações, possibilitando o ajuste de expectativas e a pactuação de decisões. A apropriação dessa proposta implica disponibilidade, confiança e colaboração, além do estabelecimento de relações horizontalizadas entre os profissionais, elementos que puderam ser observados nas equipes analisadas por este estudo.

No município B, a maioria dos profissionais do NASF-AB possuía espaço físico exclusivo para sua atuação, deslocando-se para o território sempre que necessário. Considerando tal realidade, com a finalidade de facilitar a troca de informações, ampliar interação entre os trabalhadores e reduzir a fragmentação do cuidado, foram pactuados mecanismos de comunicação entre os apoiadores e as equipes de referência, através de telefone celular (ligação e *watts app*).

Ela [comunicação com a equipe de referência] não tem uma hora para acontecer. Então a hora que a gente precisa, a gente entra em contato pelo celular, ou vai até lá, ou eles vem até a gente (E6).

No cotidiano do trabalho, há problemas, situações e variabilidades que excedem os protocolos, normas e técnicas, e que necessitam ser geridas pelo trabalhador para o cumprimento de seus objetivos (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007b). Assim, para dar conta das demandas impostas pelo cotidiano e garantir a integração entre ambas as equipes diante de uma realidade em que os profissionais do NASF-AB encontram-se alocados em um espaço diferente da equipe de referência, os trabalhadores se posicionaram, realizaram micro escolhas e renormalizações, estabelecendo entre si alternativas para a manutenção de uma comunicação efetiva entre ambas as equipes.

Neste mesmo município, os profissionais do NASF-AB se sentiam parte integrante das equipes de referência, acessando-as sempre que precisam. Da mesma forma, de acordo com os entrevistados, os trabalhadores da equipe de referência possuíam livre acesso aos profissionais apoiadores e à estrutura instalada do NASF-AB:

A gente os procura [equipe de referência] regularmente quando há necessidade, e eles também nos procuram. Aqui [estrutura física do NASF-AB] é um espaço aberto, até onde eu vejo. Assim eu fico feliz quando eles chegam, sentam né, porque eu sempre falo que o espaço é nosso, da mesma forma que a gente chega à UBS e quer sentar. Não é porque eu "estou visitando a sua unidade": é minha unidade também! A gente também faz parte daquilo (E4).

De modo semelhante, o estudo de Silva et.al. (2017) apontou que dispositivos capazes de garantir o acesso da equipe de referência ao NASF facilitaram a organização do trabalho, sendo o telefone pessoal dos trabalhadores o principal meio pelo qual a equipe de referência acionava estes profissionais diante de situações imprevistas. Dessa forma, tais recursos tecnológicos podem facilitar a interação entre ambas as equipes, e contribuir para um trabalho mais colaborativo (ARRUDA; MOREIRA, 2018).

As falas indicam a presença de um sentimento de pertencimento por parte dos profissionais do NASF-AB em relação à equipe de referência, traduzido pela percepção de uma comunicação fluida, livre acesso e interação entre ambas as equipes, apesar do NASF-AB estar alocado em estrutura física exclusiva. Tal realidade mostrou-se diferente ao exposto por Bispo Júnior e Moreira (2018), que verificaram em seu estudo que a equipe de referência, por não se sentir apoiada, desconsiderava o NASF-AB como pertencente à equipe, o que interferia nos sentimentos de interdependência e pertença inerentes à dimensão da internalização (D'AMOUR et.al., 2008).

Nos municípios A e B, os profissionais do NASF-AB relataram que conseguiam realizar atividades compartilhadas em sua rotina de trabalho, e reconheceram a importância desse elemento, uma vez que “*essa técnica fortalece a equipe, e dá o resultado melhor para o paciente (E4)*”.

Os atendimentos aconteciam tanto entre os profissionais do NASF-AB, quanto destes com a equipe de referência. Geralmente a tomada de decisões a respeito da realização das atividades compartilhadas era pactuada no âmbito da reunião de matriciamento, mas também ocorria no cotidiano do trabalho, sempre que essa necessidade era identificada pelos membros da equipe:

Então eu já tive vários casos que foi preciso o atendimento da psicóloga, então foi feito esse compartilhamento de trabalho. Eu acho muito importante, a gente evita muitas situações graves. E a gente oferece um aprendizado e qualidade de vida para gestante (E1).

A gente já combinou no matriciamento que quando for um paciente que precisa tanto da nutrição como também quando é um problema social, então a gente já combina eu e a nutricionista para fazermos juntas essa visita. Ou é um problema psicológico também, então a psicóloga já vai junto (E4).

Eu também vou à visita junto com o enfermeiro quando a gente percebe que precisa, eu vou junto com o técnico de enfermagem que às vezes vai fazer um curativo... Semana passada mesmo eu fui junto com os técnicos, para ver como é que estava a ferida do paciente. Para ver se precisava aumentar a suplementação para melhorar essa ferida (E7).

De acordo com D'Amour et.al. (2005), a crescente complexidade de problemas de saúde exige conhecimento, contribuições e participação de cada um dos profissionais da equipe. Assim, a colaboração exige que os trabalhadores de saúde sejam interdependentes em detrimento de uma atuação autônoma, a partir de um desejo comum de atender às necessidades do usuário. Isso nos remete ao conceito de clínica ampliada, na medida em que aponta para a perspectiva da transformação da atenção individual, que possibilita que outros aspectos do sujeito possam ser compreendidos e trabalhados pelos profissionais de saúde (CUNHA, 2004).

Nesse sentido, mediante a proposta da ampliação da clínica, Cunha e Campos (2011) conceituam a atuação dos profissionais em relação ao seu campo e núcleo de conhecimento. Assim, o núcleo é entendido como identidade profissional, práticas e tarefas peculiares a cada profissão, e o campo abriga saberes, práticas e responsabilidades comuns a todos os profissionais de saúde, espaço de interseção entre as áreas, que permite o entrelaçamento das ações.

A interação entre os profissionais, tendo como foco o cuidado do usuário, aponta para uma perspectiva ampliada do cuidado à saúde, que se refere à integração das ações de promoção, prevenção, recuperação da saúde e reabilitação, englobando as articulações interprofissionais e entre os diversos atores da rede de atenção à saúde. Além disso, contempla atendimento aos usuários em todas as suas necessidades, sem reducionismo às dimensões de patologia e fisiologia. (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016, p. 909).

Agreli, Peduzzi e Silva (2016), a partir das contribuições da literatura nacional e internacional, descreveram os elementos da atenção centrada no paciente e sua relação com a prática interprofissional colaborativa na atenção primária à saúde. Essas autoras identificaram um consenso na literatura científica em torno de três elementos da atenção centrada no paciente:

[...] perspectiva ampliada do cuidado à saúde, que coloca a necessidade do reconhecimento e resposta integral às necessidades de saúde de usuário, família e comunidade; participação do paciente no cuidado, que remete à necessidade de empoderamento e apoio para o autocuidado e autonomia; e relação profissional e paciente, que contempla a expressão da subjetividade dos partícipes enquanto sujeitos dotados de autonomia (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016, p. 909).

A utilização da reunião de matriciamento para discussão das demandas e definição conjunta da necessidade de se realizar atividades compartilhadas é uma importante ferramenta de formalização, permitindo a troca de informações, o estabelecimento de acordos e a negociação da forma como as responsabilidades serão compartilhadas. Além disso, a existência de espaços formais e periódicos de discussão está relacionada à governança enquanto dimensão de colaboração, uma vez que favorece o diálogo, a participação dos profissionais e a construção de vínculo entre eles, oportunizando-se elencar a melhor conduta para a resolução de cada caso (D'AMOUR et.al., 2008).

A realização de atividades compartilhadas entre os profissionais do NASF-AB no município C era dificultada por estes possuírem horários de trabalho distintos em cada UBS:

A gente não consegue fazer visita compartilhada porque a gente não tá junto na unidade no mesmo horário, por falta de sala, por falta de espaço (E8).

Quando precisa de alguma visita, por exemplo, "visita fisioterapêutica e visita da nutricionista", se nós duas estivermos na unidade no mesmo dia, a gente acaba fazendo juntas. Mas se não, não. Uma vai e depois a outra vai (E9).

As diretrizes ministeriais preconizam a realização de atividades compartilhadas como parte do processo de trabalho do NASF-AB (BRASIL, 2014), promovendo a troca de saberes e práticas, na tentativa de romper com o modelo centrado nas ações disciplinares e fragmentadas. Entretanto, verifica-se nas falas acima que há uma lacuna entre o trabalho prescrito (pensado e determinado teoricamente pelas diretrizes que norteiam o NASF-AB) e o trabalho real (que foi efetivamente realizado), influenciado pelo contexto em que os profissionais do NASF-AB do município C estão inseridos (2007a).

A partir de uma análise pautada na perspectiva da ergologia, sabe-se que, para existir como ser singular, vivo, e em função das lacunas face às inúmeras variabilidades e imprevistos que se apresentam, o trabalhador tentará reinterpretar as normas que lhe são propostas (DURRIVE; SCHWARTZ, 2008). Para isso, realiza escolhas, de acordo com seus saberes, experiências, valores e história, renormalizando o trabalho prescrito.

Dessa forma, “o trabalho real é o resultado das renormalizações, e não da estrita aplicação e execução das normas. Ou melhor, é a execução das normas através das renormalizações” (SCHWARTZ, 2006, p. 462), verificados, neste estudo, pela presença dos profissionais do NASF-AB nas UBSs em dias não coincidentes devido à falta de estrutura física, limitando a realização de atividades compartilhadas, que são preconizadas pelas diretrizes que regem tais equipes.

Apesar disso, nessa mesma equipe, os profissionais do NASF-AB pactuavam em seu cotidiano avaliações da evolução de usuários encaminhados a atividades coletivas específicas, permitindo verificar se os objetivos traçados inicialmente estavam sendo alcançados, monitorar a resolutividade dos casos, bem como repensar outras formas de intervenção. Assim, o profissional de educação física realizava uma avaliação mensal individual dos participantes do grupo de atividade física, discutindo, posteriormente, os resultados com a fisioterapeuta:

Sempre que ela [fisioterapeuta] encaminha [usuários para o grupo de atividade física], ela pergunta como que está sendo a evolução, como que o paciente está se sentindo. A avaliação deles é mensal, faz a anamnese deles certinho e se tiver algum problema que não deu resolutividade eu converso novamente com a fisioterapeuta e aí ela encaminha para alguma Clínica ou consulta médica se for o caso (E10).

Denota-se, nesse sentido, a importância do estabelecimento da avaliação como atividade específica como processo de crítica e reflexão, com a capacidade de promover a reorientação de práticas, na medida em que auxilia na tomada de decisões a partir de seus resultados, subsidiando a negociação para repactuação de condutas ou a sua manutenção (BRASIL, 2014).

Além disso, tais excertos podem ser associados aos processos colaborativos em sua dimensão “visão e objetivos compartilhados” (D’AMOUR et.al., 2008), relacionados à existência de objetivos comuns entre os dois profissionais do NASF-AB (fisioterapeuta e

profissional de educação física), com o estabelecimento de parcerias entre eles, tendo como foco as orientações e cuidados centrados nos usuários.

Atividades Coletivas

De modo geral, os profissionais do NASF-AB dos três municípios analisados relataram o desenvolvimento de atividades coletivas compartilhadas com a equipe de referência, as quais eram planejadas em conjunto durante as reuniões de equipe. Essas iniciativas, em sua maioria, se manifestavam nas ações e campanhas induzidas pela agenda positiva do MS:

A gente faz reunião para discutir coisas funcionais dos grupos, o que a gente pretende fazer, ou alguma campanha específica que tem. Por exemplo: setembro amarelo, o outubro rosa... que são campanhas maiores, aí a gente tenta elaborar algumas atividades em conjunto (E2).

Sempre em datas como outubro rosa, novembro azul, setembro amarelo, a gente sempre faz alguma coisa junto [NASF-AB e equipe de referência]. Sempre é feito na campanha de vacinação também. Tem pesagem do Bolsa Família, sempre. O PSE a gente sempre faz juntos também (E7).

Junto com as equipes, dentro dos eventos, nós fazemos algumas ações. Então nós conversamos, dependendo do tema, como vai se trabalhar, para a gente poder atuar junto (E10).

Apesar de tais atividades coletivas envolverem a interação dos profissionais NASF-AB e da equipe de referência no seu planejamento e execução, eram norteadas por uma agenda estabelecida pelo nível federal, de maneira verticalizada, e muitas vezes destoante das necessidades da população.

Para o desenvolvimento de um trabalho colaborativo, a promoção de um cuidado centrado nas necessidades dos usuários deve constituir o objetivo primordial entre os membros da equipe (D'AMOUR et.al., 2008). Além disso, diretrizes como integralidade, qualidade da assistência, equidade e participação social precisam se operacionalizar em ações coletivas centradas no desenvolvimento do ser humano e na promoção da saúde (MÂNGIA; LANCMAN, 2008).

Nesse sentido, torna-se fundamental a direcionalidade e o suporte por parte da gestão local para o desenvolvimento de atividades colaborativas pautadas nas demandas de cada

território, uma vez que os gestores devem negociar as atividades prioritárias e avaliar a interação entre o NASF-AB e as equipes de referência (BRASIL, 2009).

Torna-se importante destacar, no município B, a iniciativa dos profissionais do NASF-AB de desenvolver alternativas aos grupos específicos geralmente requeridos pela gestão e repensar a lógica de cuidado hegemônica no que se refere às atividades coletivas, deslocando o foco da atenção para as necessidades do usuário:

A gente tinha aqui demanda de hipertenso, diabético sobrepeso e obesidade. Então a gente trabalhava com grupos pontuais: grupo de diabético, reuniões de hipertensos, grupo de emagrecimento ou grupo de sobrepeso e obesidade. E então, principalmente eu tenho que dar o mérito a nutricionista, ela falou assim: “ah, mas a gente não tá muito na doença, ao invés de pensar o foco na saúde”? E aí a gente se desafiou nas reuniões de matriciamento, discutindo com as equipes falamos: acabou vamos unificar alguns grupos nas unidades. Mas vamos trabalhar o quê: grupo de qualidade de vida. Dentro na atividade coletiva existem as particularidades? Existem eu vou ter o paciente diabético vou ter o hipertenso eu vou ter o paciente obeso. Mas aí o tratamento dele o atendimento dele o acompanhamento dele vai ser diferenciado. Então a gente mudou a lógica e nessa lógica a discussão foi junto com as equipes (E4).

Ao tomarem a iniciativa de se tecer mudanças na lógica do cuidado, antes focado na doença, para um modelo centrado no usuário, os profissionais exerceram um papel de liderança colaborativa, compartilhada entre os membros da equipe, envolvendo a participação de todos nos diálogos e tomada de decisões a respeito da nova configuração dos grupos (D'AMOUR et.al., 2008).

Em uma abordagem ergológica, a gestão excede a dimensão macropolítica e a prescrição de atividades e tarefas, envolvendo escolhas e valores que norteiam a tomada de decisões pelos trabalhadores no cotidiano. Portanto, para alcançar mudanças no modelo assistencial “há necessidade da construção de um processo de corresponsabilização entre profissionais, usuários e gestores na definição e realização da atenção à saúde, em que se incluem a gestão e o controle social” (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009, p.722).

Para a ergologia, toda situação de trabalho é mais ou menos transformadora ou há uma tentativa de transformação. Assim, para Schwartz e Durrive (2007) “a ideia de atividade é sempre um “fazer de outra forma”, um “trabalhar de outra forma”” (p.35). O trabalhador é assim, considerado o protagonista do processo de trabalho.

Nesse sentido, interpreta-se, a partir da fala de E4, que o trabalhador procurou relacionar os conhecimentos prévios, como os saberes científicos, as normativas e prescrições, referente aos saberes constituídos, e o que a situação de trabalho exigia (mudança na lógica do cuidado), considerando as experiências provenientes da vida e do trabalho, ou seja, o contexto da prática (saberes instituídos) (SCHWARTZ, 1998; DURRIVE, 2011; LEMOS, 2016) e se posicionou diante das normas com as quais se deparava (a realização de grupos focados na doença), fazendo escolhas e renormalizações, de modo a atingir os objetivos impostos pela atividade do trabalho (cuidado centrado no usuário) (SCHWARTZ, 2007b; SCHWARTZ, 1998).

Articulação com a Rede intra e intersetorial

Este estudo identificou a existência de colaboração interprofissional manifestada através da articulação entre o NASF-AB com a rede intra e intersetorial. Em alguns momentos, essa interação acontecia mediada pela equipe de referência:

Aqui no município a gente consegue se articular muito bem [com a rede]. Principalmente com pessoal da Educação e com o pessoal da Assistência Social. E querendo ou não são as três maiores secretarias do município (E4).

Eu faço a estratificação do paciente que vem para psicologia, e quando dá alto risco esse paciente precisa de um atendimento psiquiátrico. Então o que é que a gente faz? Passa para a enfermeira e ela faz esse agendamento no CAPS, ou onde for necessário. Tanto que quando é estratificado alto risco às vezes acontece de a pessoa começar o tratamento na semana que vem. Então é ágil (E6).

Destaca-se, no contexto do município A, o desenvolvimento de um projeto intersetorial entre as nutricionistas do NASF-AB e da educação, intitulado “Crescer saudável”, a partir da alta demanda de crianças com sobrepeso e desnutrição identificada nos Centros Municipais de Educação Infantil (CMEI) e escolas do município.

Durante a observação de campo, presenciou-se uma reunião para a pactuação dessas intervenções, em que participaram as duas profissionais nutricionistas, a coordenação do NASF-AB, a secretária de educação e a secretária de saúde do município. Notou-se, nesta ocasião, que as pactuações envolveram a formalização dos processos de colaboração

(D'AMOUR, 2008) através do registro e esclarecimento das responsabilidades de cada ator envolvido no projeto.

Percebeu-se também que os gestores presentes apoiavam e auxiliavam no direcionamento das atividades a serem desenvolvidas (contribuindo, por exemplo, para a definição do período e duração de cada intervenção, o estabelecimento de horários alternativos de trabalho para os profissionais, uma vez que um dos eixos requeria a atuação dos mesmos em horários noturnos, e de que modo o projeto poderia ser inserido no projeto político pedagógico da escola), o que define a dimensão de colaboração referente à governança (D'AMOUR et.al., 2008).

No município A evidenciou-se a existência de reuniões periódicas envolvendo o NASF-AB e a rede de atenção à saúde:

A gente começou a fazer essa reunião de rede o ano passado. Eu e a assistente social achamos que era importante ter. Por que às vezes o conselho vinha aqui, a gente ia lá. Aí a gente decidiu assim: “não, então vamos fazer uma reunião intersetorial. E aí a gente pode repassar os casos, discutir alguma coisa que a gente tá planejando fazer”. E a gente faz uma vez por mês, entre a assistência social, o conselho tutelar, a saúde, e a gente convida o pessoal do posto de cima também. E as escolas: a creche, a escola municipal e o colégio (E2).

Geralmente, a presença do NASF-AB ocorria através da representação da categoria profissional que possui maior afinidade com os temas a serem abordados nas discussões. De acordo com os entrevistados, essas reuniões contribuíam para a integração entre os serviços e maior resposta às demandas apresentadas pelo território, além de possibilitar o planejamento de ações articuladas entre os serviços.

De modo similar, o estudo de Sousa et.al. (2017) revelou que as reuniões de articulação de redes ajudaram no conhecimento interpessoal dos profissionais das diferentes equipes, melhorando a integração entre os trabalhadores de diversos serviços, criando espaços para a comunicação e favorecendo a troca de informações e o ajuste e compartilhamento de estratégias terapêuticas.

Nesse sentido, outros autores apontaram que a presença de uma comunicação efetiva entre os profissionais do NASF-AB, equipes de referência e outros trabalhadores da rede intra e intersetorial demonstrou ser um fator importante para o processo de trabalho e o planejamento das ações conjuntas entre esses atores (HORI; NASCIMENTO, 2014;

BARROS et.al., 2015; SILVA et.al., 2017; NOGUEIRA; BALDISSERA, 2018), contribuindo para um trabalho mais colaborativo e pautado nas necessidades dos usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados dessa pesquisa demonstraram o desenvolvimento de práticas colaborativas na rotina dos profissionais das equipes NASF-AB, tanto entre si quanto com a equipe de referência, expressas nos atendimentos individuais, nas visitas domiciliares, no planejamento e execução de atividades coletivas e na articulação com a rede intra e intersetorial.

De modo geral, a interpretação das práticas realizadas pelo NASF-AB permitiu identificar elementos como a existência de objetivos comuns, foco nos usuários, o estabelecimento de vínculo e o reconhecimento da interdependência entre os membros da equipe, o direcionamento e apoio da gestão, e espaços instituídos de discussão, os quais são fundamentais para a colaboração.

Pontua-se que o desenvolvimento de práticas colaborativas se mostrou favorecida nos municípios de pequeno porte, que integram equipes NASF-AB modalidade 2 e 3, provavelmente por estas apoiarem um número menor de equipes de referência e pelos profissionais apoiadores estarem alocados cotidianamente no mesmo espaço físico, contribuindo para a interação entre os trabalhadores e o fortalecimento do vínculo. No município de grande porte, a realização de práticas colaborativas se mostrou dificultada pelos profissionais do NASF-AB possuírem horários de trabalho distintos em cada UBS.

Torna-se importante enfatizar a apropriação do apoio matricial pelo NASF-AB e equipes de referência, manifestada pela existência de discussão de casos e tomada de decisões conjuntas entre ambas às equipes, atreladas à disponibilidade, confiança, colaboração e estabelecimento de relações horizontalizadas entre os profissionais.

Foi possível verificar que, em determinadas situações, as práticas colaborativas desenvolvidas pelos profissionais do NASF-AB foram produtos das renormalizações de seu trabalho prescrito, sendo, os trabalhadores, protagonistas do processo de trabalho.

Ressalta-se que este estudo explorou a potência do trabalhador, de modo a desenvolver práticas colaborativas considerando suas singularidades e o contexto em que estão inseridos.

Nesse sentido, questiona-se os possíveis desdobramentos da nova política de financiamento da Atenção Primária à Saúde, instituída pelo programa Previner Brasil em

novembro de 2019 (BRASIL, 2019), para a lógica de apoio matricial preconizada para o NASF-AB. A proposição estabelece autonomia aos gestores para o arranjo da composição das “equipes multiprofissionais”, as quais deixam de estar vinculadas ao modelo “NASF”. Além disso, não há especificações quanto ao processo de trabalho de tais equipes, o que poderá favorecer que os profissionais do NASF-AB atuem em uma lógica fragmentada, com implicações negativas para a existência de relações de colaboração e o desenvolvimento de práticas colaborativas.

REFERÊNCIAS

1. AGRELI, Heloíse Fernandes; PEDUZZI, Marina; SILVA, Mariana Charantola. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 905-916, Dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000400905&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 jan. 2020.
2. ARAUJO NETO, João Dutra de. et al. Aspectos restritivos à integralidade nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: o olhar dos stakeholders. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 28, p. e280417, 2019.
3. ARAUJO, Eliezer Magno Diógenes; GALIMBERTTI, Percy Antonio. A colaboração interprofissional na estratégia saúde da família. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v. 25, n. 2, p. 461-468.
4. ARRUDA, Liziene de Souza; MOREIRA, Carlos Otávio Fiúza. Colaboração interprofissional: um estudo de caso sobre os profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ), Brasil. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 199-210, Mar. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000100199&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 fev. 2020.
5. ARRUDA, Gisele Maria Melo Soares et. al. O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 22, supl. 1, p. 1309-1323, 2018b. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000501309&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 dez. 2019.
6. BARROS, Juliana de Oliveira et. al. Matrix support strategies: the experience of two family health support Centers (NASFs) in São Paulo, Brazil. *Ciencia & saude coletiva*, v. 20, n. 9, p. 2847-2856, 2015.

7. BELETTINI, Nathiele Plácido; TUON, Lisiane. Fisioterapeutas integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do Estado de Santa Catarina: competências e desafios. *Fisioterapia Brasil*, v. 14, n. 6, 2016.
8. BISPO JÚNIOR, José Patrício; MOREIRA, Diane Costa. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: concepções, implicações e desafios para o apoio matricial. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 16, n. 2, p. 683-702, 2018.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N°154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 29 abr. 2019.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. (Caderno de Atenção Básica n. 27).
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Caderno de Atenção Básica n. 39).
12. BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. População residente segundo região de saúde. 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?novapop/cnv/popbr.def>>. Acesso em: 14 abr. 2020.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N°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). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 29 abr. 2019.
14. CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 983-995, 2014.
15. CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 18, p. 983-995, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832014000500983&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 18 out. 2019. CECILIO, L.C.O. Micropolítica e hospital: elementos teóricos. [Tese de livre docência]. São Paulo. Universidade Federal de São Paulo. 2007.
16. CARVALHO, Marselle Nobre de et al. Expansão e diversificação da força de trabalho de nível superior nas Unidades Básicas de Saúde no Brasil, 2008 - 2013. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 154-162, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

- 11042016000200154&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 abr. 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610912>.
17. CUNHA, Gustavo Tenório. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. 2004. 182p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2004.
18. CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, Dec. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013>.
19. D'AMOUR, Danielle et al. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical framework. *Journal of Interprofessional Care*, v. 19, n.1, p.116-31, 2005.
20. D'AMOUR, Danielle et al. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, v. 8, n. 188, 2008.
21. DURRIVE, Louis. JACQUES, Anne Marie. O formador ergológico ou “Ergoformador”: uma introdução à ergoformação. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.). *Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói: EdUFF, 2007. 297-309 p.
22. DURRIVE, Louis. A atividade humana, simultaneamente intelectual e vital: esclarecimentos complementares de Pierre Pastré e Yves Schwartz. *Trab. educ. saúde* (Online), Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 47-67, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Jan. 2020.
23. HORI, Alice Ayako; NASCIMENTO, Andréia de Fátima. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), *Brasil. Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, p. 3561-3571, 2014.
24. LANCMAN, Selma et al. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, v. 47, p. 968-975, 2013.
25. LANCMAN, Selma; BARROS, Juliana Oliveira. Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 22, n. 3, p. 263-269, 2011.
26. LEMOS, Ana Silvia Pavani. *Saberes, Experiências e Aprendizagens: Análise dos Percursos Formativos de Profissionais de Saúde da Estratégia Saúde da Família a partir da Ergologia*. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, 2016.

27. MÂNGIA, E.F.; LANCMAN, S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*; São Paulo, v.19, n.2, ago. 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14030>>. Acesso em: 13 mar 2020.
28. MATUDA, Caroline Guinoza et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, p. 2511-2521, 2015.
29. MORGAN, Sonya; PULLON, Susan; MCKINLAY, Eileen. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. *International Journal of Nursing Studies*. Jul, 2015, v.52, n.7, p. 1217-30
30. NASCIMENTO, Débora DG; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O mundo da Saúde*, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010.
31. NOGUEIRA, Iara Sescon; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi. Educação Permanente em Saúde na atenção ao idoso: dificuldades e facilidades do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, p. e20180028-e20180028, 2018.
32. OMS- Organização Mundial da Saúde. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva: OMS; 2010. Disponível em: http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/. Acesso em 03 dez 2019.
33. PATROCÍNIO, Shirley Soares da Silva Marins et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e implementação em municípios do Rio de Janeiro. *Saúde em Debate*, v. 39, p. 105-119, 2015.
34. REEVES, Scott et.al. Interprofessional teamwork: key concepts and issues. In: *Interprofessional teamwork for health and social care*. Barr H, editor, 2010b, p.52-69.
35. REIS, Fernanda; VIEIRA, Ana Cléa Veras Camurça. Perspectivas dos terapeutas ocupacionais sobre sua inserção nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Fortaleza, CE/Insertion of occupational therapists in the support centers for family health of Fortaleza. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 21, n. 2, 2013.
36. RIBEIRO RODRIGUEZ, Michelline. Análise histórica da trajetória do profissional do fisioterapeuta até sua inserção nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). *Comun. ciênc. saúde*, p. [261-266], 2011.
37. SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise; SCHWARTZ, Yves. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo , v. 43, n. 4, p. 721-725, Aug. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 mar. 2020.

38. SCHWARTZ, Yves. Reflexão em torno de um exemplo de trabalho operário. In: SCHWARTZ, Yves.; DURRIVE, Louis. (Org.). *Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói, EdUFF, 2007a, 37-46 p.
39. SCHWARTZ, Yves. Uso de si e competência. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.). *Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói, EdUFF, 2007b. 207-223 p.
40. SCHWARTZ, Yves. Os ingredientes da competência: Um exercício necessário para uma questão insolúvel. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 19, n. 65, p. 101-140, Dez. 1998. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73301998000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 Jan. 2020.
41. SCHWARTZ, Yves. DURRIVE, Louis. Trabalho e Ergologia. In: SCHWARTZ, Yves.; DURRIVE, Louis. (Org.). *Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói: EdUFF, 2007a. 25-36 p.
42. SILVA, Isabelle Cristina Borba da et al. Processo de trabalho entre a Equipe de Atenção Básica e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 12, n. 39, p. 1-10, 2017.
43. SOUSA, Fabiana de Oliveira Silva et al. O papel do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na coordenação assistencial da Atenção Básica: limites e possibilidades. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1075-1089, Dec. 2017. Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000401075&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 mar.
44. VANNUCCHI, Ana Maria Cortez; CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo. Modelos tecnoassistenciais e atuação do psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde, Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 22, p. 963-982, 2012.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo constitui um convite à reflexão a respeito dos elementos estruturantes das práticas colaborativas desenvolvidas no processo de trabalho das equipes NASF-AB para o cuidado integral.

Verificou-se que aspectos macro e micropolíticos estão presentes de modo conjunto e indissociável no cotidiano de atuação do NASF-AB, sendo que fatores referentes à infraestrutura, gestão do trabalho, formação para o SUS, relação entre as equipes e características dos profissionais influenciam a organização e o processo de trabalho do NASF-AB. A presença de uma comunicação efetiva entre estes profissionais, equipes de referência e outros trabalhadores da rede intra e intersetorial demonstrou ser um fator importante para o planejamento das ações conjuntas entre esses atores.

O espaço de apoio matricial, por sua vez, possibilitou aos trabalhadores o desenvolvimento de elementos essenciais para a colaboração, como respeito mútuo, comunicação aberta e escuta de diversos pontos de vista, e o estabelecimento de consenso, tendo como essência o cuidado do usuário. Além disso, o matriciamento extrapolou o trabalho prescrito e adquiriu singulares configurações, influenciado pelos saberes, valores e experiências dos trabalhadores.

Torna-se importante enfatizar que a existência de espaço para apoio matricial, seja este formal ou informal, mesmo diante dos subsídios de uma norma antecedente, não implica que o encontro colaborativo entre os profissionais aconteça. O componente primordial nesse processo é o trabalhador e sua capacidade de combinar dialeticamente os diversos ingredientes necessários para o “agir em competência”, tendo em vista um objetivo comum.

De modo geral, identificou-se o desenvolvimento de práticas colaborativas na rotina dos profissionais das equipes NASF-AB analisadas, tanto entre si quanto com a equipe de referência, expressas nos atendimentos individuais, nas visitas domiciliares, no planejamento e execução de atividades coletivas e na articulação com a rede. A interpretação das práticas realizadas pelo NASF-AB permitiu identificar elementos como a existência de objetivos comuns, foco nos usuários, o estabelecimento de vínculo e o reconhecimento da interdependência entre os membros da equipe, o direcionamento e apoio da gestão, e espaços instituídos de discussão, os quais são fundamentais para a colaboração.

Pontua-se que a operacionalização do apoio matricial e o desenvolvimento de práticas colaborativas mostrou-se favorecida nos municípios de pequeno porte, que integram equipes NASF-AB modalidade 2 e 3, provavelmente por estas apoiarem um número menor de equipes

de referência e pelo fato dos profissionais apoiadores estarem alocados cotidianamente no mesmo espaço físico, contribuindo para a interação entre os trabalhadores e o fortalecimento do vínculo. Além disso, nesses locais, a maior proximidade da gestão com os profissionais demonstrou exercer influência positiva para a instituição de espaços formais de discussão, com a participação ativa desses atores no processo.

Foi possível verificar que, em determinadas situações, as práticas colaborativas desenvolvidas pelos profissionais do NASF-AB foram produtos das renormalizações de seu trabalho prescrito, sendo, os trabalhadores, protagonistas do processo de trabalho.

Este estudo identificou como elementos estruturantes das práticas colaborativas desenvolvidas pelos profissionais do NASF-AB o estabelecimento de vínculo entre os trabalhadores; o reconhecimento dos trabalhadores de sua interdependência para com os demais membros da equipe; o direcionamento e apoio da gestão; a existência de espaços de discussão (formais e informais) sobre o trabalho; trabalhadores protagonistas de seu processo de trabalho com capacidade de renormalizá-lo conforme a situação vivenciada.

Apointa-se que, na *Scoping review* realizada em uma das etapas desta dissertação, os artigos em sua maioria abordaram aspectos referentes aos desafios e fragilidades do processo de trabalho do NASF-AB, encontrando-se, como lacuna de pesquisa, trabalhos que explorassem as potencialidades do trabalho dessas equipes, a qual foi suprida por essa dissertação. Nesse sentido, este estudo explorou a potência do trabalhador, de modo a desenvolver práticas colaborativas considerando suas singularidades e o contexto em que estão inseridos.

Não obstante, por mais que o trabalhador tenha a potência para realizar renormalizações, a fim de desempenhar sua tarefa, é necessário que o mesmo relacione os saberes constituídos e o que a situação de trabalho exige, considerando suas experiências e o contexto da prática. Nesse sentido, quando as normas antecedentes não favorecem a prática colaborativa, o trabalhador pode se afastar de uma atuação centrada nas necessidades da população.

Nesse sentido, receia-se que a nova política de financiamento da Atenção Primária à Saúde, instituída pelo programa Previner Brasil em novembro de 2019 (BRASIL, 2019), possa afetar a lógica de apoio matricial preconizada para o NASF-AB. A proposição tem como um dos norteadores o repasse dos recursos federais para os municípios mediante o número de pessoas cadastradas em cada equipe saúde da família ou equipes de atenção primária, bem como por desempenho dessas equipes em indicadores selecionados, não havendo mais

financiamento específico para as equipes NASF-AB. Em adição, a composição das equipes não estará mais vinculada ao modelo “NASF”, sendo que os gestores passarão a ter autonomia no arranjo das denominadas “equipes multiprofissionais”. Uma vez que não há especificações de como deverá ocorrer processo de tais equipes a partir de então, poderá favorecer que os profissionais do NASF-AB atuem em uma lógica fragmentada e destoante do apoio matricial, e que não permita a existência de relações de colaboração e o desenvolvimento de práticas colaborativas.

Diante dessa conjuntura, aposta-se nos saberes investidos do trabalhador, considerando suas singularidades produzidas a partir das experiências vivenciadas no âmbito da colaboração, como forma de resistir e, se necessário, renormalizar as atividades orientadas pelos possíveis desdobramentos do Previne Brasil.

Para a pesquisadora, este estudo permitiu suprir sua motivação inicial de compreender os elementos que permeiam as práticas colaborativas nas equipes NASF-AB, representando um aprimoramento de sua atuação enquanto profissional de saúde e servidora pública municipal.

Para o meio acadêmico, a pesquisa pode contribuir com a produção de conhecimentos sobre o tema abordado. Esses resultados podem subsidiar o planejamento de ações no campo da gestão do trabalho em saúde, contribuindo para o fortalecimento do NASF-AB, das gestões municipais e da Atenção Primária à Saúde.

E para a rede de serviços de saúde, o estudo pode auxiliar a reflexão a respeito de estratégias para o desenvolvimento de práticas colaborativas no contexto de atuação dos NASF-AB.

Embora este trabalho ofereça contribuições para a temática de estudo, também apresenta limitações. Uma delas se refere ao fato de a pesquisa ter sido realizada com poucas equipes de NASF-AB, circunscritas em uma região de saúde. Também se reconhece como limitação o fato de terem sido analisadas equipes NASF-AB com maior integração interprofissional, segundo informante chave, o que permite inferir que os resultados não devem ser aplicados a todas as equipes NASF.

Sugere-se a realização de estudos futuros que incorporem a influência das gestões dos serviços de saúde para o desenvolvimento de práticas colaborativas pelos profissionais do NASF-AB, bem como analisem o processo de trabalho dessas equipes frente à conjuntura da implantação da nova política de financiamento da AB.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva. *Nota Abrasco sobre as propostas de mudança na PNAB em Saúde*. 29 de setembro de 2019. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/nota-abrasco-sobre-as-propostas-de-mudanca-na-politica-nacional-de-atencao-basica-em-saude/43010/>>. Acesso em: 20 out 2019.
- AGRELI, Heloíse Fernandes; PEDUZZI, Marina; SILVA, Mariana Charantola. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 905-916, Dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000400905&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 Jan. 2020.
- ANJOS, Karla Ferraz dos et al. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. *Saúde em Debate*, v. 37, p. 672-680, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Abr. 2019.
- ARAÚJO NETO, João Dutra de. et al. Aspectos restritivos à integralidade nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: o olhar dos stakeholders. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 28, p. e280417, 2019.
- ARAÚJO, Eliezer Magno Diógenes; GALIMBERTTI, Percy Antonio. A colaboração interprofissional na estratégia saúde da família. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v. 25, n. 2, p. 461-468.
- ARRUDA, Gisele Maria Melo Soares et. al. O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 22, supl. 1, p. 1309-1323, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000501309&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 dez. 2019.
- BARROS, Juliana de Oliveira et al. Matrix support strategies: the experience of two family health support Centers (NASFs) in São Paulo, Brazil. *Ciencia & saude coletiva*, v. 20, n. 9, p. 2847-2856, 2015.
- BELETTINI, Nathiele Plácido; TUON, Lisiane. Fisioterapeutas integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do Estado de Santa Catarina: competências e desafios. *Fisioterapia Brasil*, v. 14, n. 6, 2016.
- BISPO JUNIOR, José Patrício; MOREIRA, Diane Costa. Cuidado colaborativo entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes apoiadas. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, e280310, 2018a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000300605&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 fev. 2020.
- BISPO JÚNIOR, José Patrício; MOREIRA, Diane Costa. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: concepções, implicações e desafios para o apoio matricial. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 16, n. 2, p. 683-702, 2018b.

BISPO JÚNIOR, José Patrício; MOREIRA, Diane Costa. 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*, v. 33, p. e00108116, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000905010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, 10 de outubro de 1996. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 15 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N°154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 29 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. (Caderno de Atenção Básica n. 27).

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. Brasília, DF, 2009b. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 26 set 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 29 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde (Org.). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 236 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html>. Acesso em: 29 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. População residente segundo região de saúde. 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poppr.def>>. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 548, de 04 de abril de 2013. Define o valor de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidade 1, 2 e 3. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0548_04_04_2013.html>. Acesso em: 29 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Caderno de Atenção Básica n. 39).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº2.436, 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). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 29 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. População residente segundo região de saúde. 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?novapop/cnv/popbr.def>>. Acesso em: 14 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária. 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. Nov. 2019. Disponível em :< <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>>. Acesso em: 18 mar. 2019.

BROCARDI, Deniclar et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 130-144, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500130&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 Mar. 2019.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 18, p. 983-995, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832014000500983&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 18 out. 2019. CECILIO, L.C.O. Micropolítica e hospital: elementos teóricos. [Tese de livre docência]. São Paulo. Universidade Federal de São Paulo. 2007.

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Abr. 2020.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE (CIHC). A National Interprofessional Competence Framework. Vancouver: CIHC; 2010.

CARVALHO, Marselle Nobre de et al. Expansão e diversificação da força de trabalho de nível superior nas Unidades Básicas de Saúde no Brasil, 2008 - 2013. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 154-162, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000200154&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 abr. 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610912>.

CORREIA, Patrícia Caroline Iacabo; GOULART, Patrícia Martins; FURTADO, Juarez Pereira. A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Saúde em Debate*, v. 41, p. 345-359, 2017.

COSTA, Belisa Souza; COSTA, Sueli de Souza; CINTRA, Cinthya Leonis Dias. Os possíveis impactos da reforma da legislação trabalhista na saúde do trabalhador. *Rev. bras. med. trab*, v. 16, n. 1, p. 109-117, 2018.

COSTA, Dayane Aparecida Silva et al. Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 2018. Disponível em:<https://http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832018005013102&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 27 set 2019.

D'AMOUR, Danielle et. al. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*. n.1, p. 116 – 131, mai 2005. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16096150>>. Acesso em: 07 nov 2019.

D'AMOUR, Danielle et. al. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 2008. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18803881>>. Acesso em: 03 jan. 2020.

DA SILVA, Isabelle Cristina Borba et al. Processo de trabalho entre a Equipe de Atenção Básica e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 12, n. 39, p. 1-10, 2017.

DOMINGOS, Carolina Milena et al. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 19, p. 1221-1232, 2015. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000401221&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 27 set 2019.

DURRIVE, Louis. JACQUES, Anne Marie. O formador ergológico ou “Ergoformador”: uma introdução à ergoformação. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.). *Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói: EdUFF, 2007. 297-309 p.

DURRIVE, Louis; SCHWARTZ, Yves. *Glossário da Ergologia*. Laboreal, 2008; 4(1): 23-28

DURRIVE, Louis. A atividade humana, simultaneamente intelectual e vital: esclarecimentos complementares de Pierre Pastré e Yves Schwartz. *Trab. educ. saúde (Online)*, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 47-67, 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Jan. 2020.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 57p.

GONÇALVES, Rita Maria de Abreu et al. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 40, n. 131, p. 59-74, 2015.

FALCI, Denise Mourão; BELISÁRIO, Soraya Almeida. A inserção do profissional de educação física na atenção primária à saúde e os desafios em sua formação. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 17, p. 885-899, 2013.

FLICK, Uwe. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3ª edição. Porto Alegre. Artmed, 2009.

HOLZ, Edvalter Becker; BIANCO, Mônica de Fátima. Ergologia: uma abordagem possível para os estudos organizacionais sobre trabalho. *Cad. EBAPE.BR*, Rio de Janeiro, v. 12, n. esp, p. 494-512, Ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512014000700008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jan. 2020.

HORI, Alice Ayako; NASCIMENTO, Andréia de Fátima. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, p. 3561-3571, 2014.

JOAZEIRO, Edna Maria Goulart; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. Trabalho coletivo e transmissão de saberes na saúde: desafios da assistência e da formação. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*. 2012. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1129>. Acesso em: 09 jan. 2020.

LANCMAN, Selma et al. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, v. 47, p. 968-975, 2013.

LANCMAN, Selma; BARROS, Juliana Oliveira. Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 22, n. 3, p. 263-269, 2011.

LEITE, Denise Fernandes; NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 24, p. 507-525, 2014.

LEMOS, Ana Silvia Pavani. *Saberes, Experiências e Aprendizagens: Análise dos Percursos Formativos de Profissionais de Saúde da Estratégia Saúde da Família a partir da Ergologia*. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, 2016.

LEVAC, Danielle; COLQUHOUN, Heather; O'BRIEN, Kelly K. Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation science*, v. 5, n. 1, p. 69, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20854677>>. Acesso em: 09 Mai 2019.

LIMA, Luiz Augusto Normanha. O Método da Pesquisa Qualitativa do Fenômeno Situado. Uma criação do educador brasileiro Joel Martins, seguida pela Professora Maria Aparecida Vigianni Bicudo. As análises: Idiográfica e Nomotética. Atas – Investigação Qualitativa em Educação, v. 1, 2016. Disponível em: <<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/640/629>>. Acesso em: 06 jan. 2020.

LIMA, J. V. C. et al. Produção de Coletivos. In: MERHY, E. E. (Org.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis editora, 2016, p. 390-393.

MACHADO, Dana Karine de Sousa; CAMATTA, Marcio Wagner. Support matrix as a tool for coordination between mental health and primary health care. *Cadernos de Saúde Coletiva*, v. 21, n. 2, p. 224-32, Rio de Janeiro, 2013.

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 14, p. 593-606, 2010.

MARTINS, Joel; BICUDO, Maria Aparecida Viggiani. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Centauro; 2005.

MATTOS, Ruben Araújo de. *Os sentidos da integralidade: uma reflexão a cerca dos valores que merecem ser defendidos*. In: Pinheiro, Roseni e Mattos, Ruben Araújo, organizadores. Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001. p.39-64.

MATUDA, Caroline Guinoza et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, p. 2511-2521, 2015.

MELO, Eduardo Alves et al. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): problematizando alguns desafios. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 328-340, 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Técnicas em pesquisa. In: O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec/ Abrasco, 2010. Cap. 10, p.261-297.

MORGAN, Sonya; PULLON, Susan; MCKINLAY, Eileen. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. *International Journal of Nursing Studies*. Jul, 2015, v.52, n.7, p. 1217-30

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 11-24, 2018.

MOURA, Renata Heller de,; LUZIO, Cristina Amélia. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. Botucatu. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. Dez 2014. 18(1):957-970.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000500957&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Mai 2019.

NASCIMENTO, Débora DG; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O mundo da Saúde*, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010.

NOGUEIRA, Louise Cordeiro Borba. *(Des) envolver pessoas no trabalho: reflexões sobre estratégias de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sob o ponto de vista da atividade nas ações em “gestão de pessoas” no serviço público federal*. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, 2012.

NOGUEIRA, Iara Sescon; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi. Educação Permanente em Saúde na atenção ao idoso: dificuldades e facilidades do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, p. e20180028-e20180028, 2018.

OAPS – Observatório de Análises Políticas em Saúde. Centro de Documentação Análise Política em Saúde. Atenção Primária à saúde: mudanças ascendem alerta. Boletim – Projeto de análise política no Brasil (2013-2017). Ano 4. Edição n.24. Julho/agosto 2019. Disponível em:< <https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletim/edicao/24/>>. Acesso em: 18 out 2019.

OLIVEIRA, Isabel Fernandes et al. A atuação do psicólogo nos NASF: Desafios e perspectivas na atenção básica. *Temas em Psicologia*, v. 25, n. 1, p. 291-304, 2017.

OLIVEIRA, Kátia Santos de; BADUY, Rossana Staevie; MELCHIOR, Regina. O encontro entre Núcleo de Apoio à Saúde da Família e as equipes de Saúde da Família: a produção de um coletivo cuidador. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, e290403, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312019000400601&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 dez. 2020.

OMS- Organização Mundial da Saúde. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva: OMS; 2010. Disponível em: http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/. Acesso em 03 dez 2019.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan./mar. 2014, p.15-35.

PATROCÍNIO, Shirley Soares da Silva Marins et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e implementação em municípios do Rio de Janeiro. *Saúde em Debate*, v. 39, p. 105-119, 2015.

PEDUZZI, Marina. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Trabalho, educação e saúde*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 75-91, Mar. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462003000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 Jan. 2020.

Peduzzi, Marina et.al. Trabalho em equipe sob a perspectiva interprofissional. *PROENF Gestão*. 2012; 1(3): 9-39.

PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloíse Fernandes. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, p. 1525-1534, 2018.

PREVIATO, Giselle Fernanda; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi. Communication in the dialogical perspective of collaborative interprofessional practice in Primary Health Care. *Interface (Botucatu)*, v.22, n. 2, p. 1535-47, 2018.

PREVIATO, Giselle Fernanda; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi. Retratos da prática interprofissional colaborativa nas equipes da atenção primária à saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 39, e2017-0132, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100431&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 Jan. 2020.

REEVES, Scott et.al. A conceptual framework for interprofessional teamwork. In: *Interprofessional teamwork for health and social care*. Barr H, editor, 2010a, p.70-89.

REEVES, Scott et.al. Interprofessional teamwork: key concepts and issues. In: *Interprofessional teamwork for health and social care*. Barr H, editor, 2010b, p.52-69.

REIS, Fernanda; VIEIRA, Ana Cléa Veras Camurça. Perspectivas dos terapeutas ocupacionais sobre sua inserção nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Fortaleza, CE/Insertion of occupational therapists in the support centers for family health of Fortaleza. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 21, n. 2, 2013.

RIBEIRO RODRIGUEZ, Micheline. Análise histórica da trajetória do profissional do fisioterapeuta até sua inserção nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). *Comun. ciênc. saúde*, p. [261-266], 2011.

SANT'ANNA, Suze Rosa; HENNINGTON, Élide Azevedo. Promoção da saúde e redução das vulnerabilidades: estratégia de produção de saberes e (trans)formação do trabalho em saúde com base na Ergologia. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 14, n. 32, p. 207-215, Mar. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 Jan. 2020.

SANTOS, Eduarda Motta; SILVA, Enio Rodrigues da. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) em uma Unidade de Saúde da Família em Porto Seguro: uma atividade de trabalho em debate. *Ergologia*, n. 21, Mai. 2019. Disponível em: http://www.ergologia.org/uploads/1/1/4/6/11469955/art1santos_da_silva.pdf. Acesso em: 13 jan. 2020.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos et al. Cursos de especialização em Saúde da Família: o que muda no trabalho com a formação?. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 691-702, Set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000300691&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 Jan. 2020.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise; SCHWARTZ, Yves. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo , v. 43, n. 4, p. 721-725, Aug. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 mar. 2020.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise; SCHWARTZ, Yves. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo , v. 43, n. 4, p. 721-725, Ago. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Jan. 2020.

SCHWARTZ, Yves. Entrevista: Yves Schwartz. In: Trabalho, Educação e Saúde, v. 4, n. 2, 2006. p. 457-466.

SCHWARTZ, Yves. Reflexão em torno de um exemplo de trabalho operário. In: SCHWARTZ, Yves.; DURRIVE, Louis. (Org.). *Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói, EdUFF, 2007a, 37-46 p.

SCHWARTZ, Yves. Uso de si e competência. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.). *Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói, EdUFF, 2007b. 207-223 p.

SCHWARTZ, Yves. Concepções da formação profissional e dupla antecipação. Trabalho & Educação, Belo Horizonte, v.22, n.3, p.17-33, set./dez.2013. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/trabedu/article/view/9220/6636>. Acesso em: 9 jan. 2020.

SCHWARTZ, Yves. Os ingredientes da competência: Um exercício necessário para uma questão insolúvel. Educação & Sociedade, Campinas , v. 19, n. 65, p. 101-140, Dez. 1998 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73301998000400004&lng=en&nrm=iso> . Acesso em 02 Jan. 2020.

SCHWARTZ, Yves. DURRIVE, Louis. Trabalho e Ergologia. In: SCHWARTZ, Yves.; DURRIVE, Louis. (Org.). *Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói: EdUFF, 2007a. 25-36 p.

SCHWARTZ, Yves. DURRIVE, Louis. Técnicas e competências. In: SCHWARTZ, Yves.; DURRIVE, Louis. (Org.). *Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói: EdUFF, 2007b. 85-102 p.

SCHWARTZ, Yves; DUC, Marcelle; DURRIVE, Louis. Trabalho e uso de si. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.). Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói: EdUFF, 2007a. 191-206 p.

SCHWARTZ, Yves; DUC, Marcelle; DURRIVE, Louis. O homem, o mercado e a cidade. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.). *Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói: EdUFF, 2007b. 247-275 p.

- SOUSA, Claudete Francisco de; MUNIZ, Hélder Pordeus. O desafio das competências no serviço público: contribuições teóricas. *Estud. pesqui. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 205-224, jan. 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812017000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 jan. 2020.
- SOUSA, Maria Fátima; A reforma sanitária brasileira e o sistema único de saúde. *Tempus, actas de saúde coletiva*. Brasília, v. 8 n.1, p.11-16, mar., 2014.
- SAMPAIO, JULIANA et al. Núcleo de apoio à saúde da família: refletindo sobre as acepções emergentes da prática. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 17, n. 1, p. 47-54, 2013.
- SANT'ANNA, Suze Rosa; HENNINGTON, Élide Azevedo. Promoção da saúde e redução das vulnerabilidades: estratégia de produção de saberes e (trans)formação do trabalho em saúde com base na Ergologia. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 14, n. 32, p. 207-215, Mar. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 Jan. 2020.
- SANTOS, Eduarda Motta; SILVA, Enio Rodrigues da. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) em uma Unidade de Saúde da Família em Porto Seguro: uma atividade de trabalho em debate. *Ergologia*, n. 21, Mai. 2019. Disponível em: http://www.ergologia.org/uploads/1/1/4/6/11469955/art1santos_da_silva.pdf. Acesso em: 13 jan. 2020.
- PARARNÁ. Secretaria Estadual de Saúde. Regionais da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná: 16ª Regional de Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2768>>. Acesso em: 20 jan. 2020.
- SOUZA, Márcio Costa et al. Fisioterapia e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: conhecimento, ferramentas e desafios. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, p. 176, 2013.
- TRINQUET, Pierre. Trabalho e Educação: o método ergológico. *Revista HISTEDBR*, Campinas, v. 10, n. número especial, p. 93-113, ago. 2010
- VANNUCCHI, Ana Maria Cortez; CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo. Modelos tecnoassistenciais e atuação do psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde, Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 22, p. 963-982, 201

APÊNDICES

APÊNDICE A**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS
SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE****TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA.**

Londrina, 16 de maio de 2019.

À **Secretaria Municipal de Saúde do Município de Novo Itacolomi, Pr**
Ilmo Sr **Armando Aparecido Impocetto de Sá**

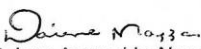
Estamos realizando uma pesquisa intitulada: “**Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica e as práticas colaborativas para o Cuidado Integral**”, sob orientação da professora Brígida Gimenez Carvalho, nos municípios de abrangência da 16ª Regional de Saúde de Apucarana, da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

O objetivo desse estudo é o de analisar as práticas colaborativas adotadas pelas equipes de NASF-AB (Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica) para o cuidado integral na Atenção Primária à Saúde. A obtenção de dados será realizada a partir de três etapas: seleção das equipes de Nasf-AB que participarão do estudo; observação participante das atividades realizadas pelas equipes Nasf-AB selecionadas; e por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado direcionado aos profissionais destas Equipes Nasf-AB.

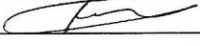
Para tanto, solicitamos a autorização de V.Sª, para que a mestranda Daiene Aparecida Alves Mazza, aluna regularmente matriculada no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, possa realizar a pesquisa no município de Novo Itacolomi.

Pela participação no estudo, a Instituição e os sujeitos da pesquisa não se responsabilizarão por quaisquer ônus, bem como não será ofertado qualquer bônus. Esclaremos que os dados da pesquisa são para objetivo único de estudo. Os sujeitos da pesquisa terão participação voluntária e/ou poderão retirar seu consentimento a qualquer momento.

Atenciosamente


Daiene Aparecida Alves Mazza
Pós-graduanda em Saúde Coletiva

Ciente e de acordo:

Secretário de Saúde do Município de Novo Itacolomi
Data: 16 / 05 / 2019.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA.

Londrina, 16 de maio de 2019.

**À Secretaria Municipal de Saúde do Município de Mauá da Serra, Pr
Ilma Sra Viviane Granado Barreira da Silva**

Estamos realizando uma pesquisa intitulada: “**Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica e as práticas colaborativas para o Cuidado Integral**”, sob orientação da professora Brígida Gimenez Carvalho, nos municípios de abrangência da 16ª Regional de Saúde de Apucarana, da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

O objetivo desse estudo é o de analisar as práticas colaborativas adotadas pelas equipes de NASF-AB (Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica) para o cuidado integral na Atenção Primária à Saúde. A obtenção de dados será realizada a partir de três etapas: seleção das equipes de Nasf-AB que participarão do estudo; observação participante das atividades realizadas pelas equipes Nasf-AB selecionadas; e por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado direcionado aos profissionais destas Equipes Nasf-AB.

Para tanto, solicitamos a autorização de V.Sª, para que a mestranda Daiene Aparecida Alves Mazza, aluna regularmente matriculada no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, possa realizar a pesquisa no município de Mauá da Serra.

Pela participação no estudo, a Instituição e os sujeitos da pesquisa não se responsabilizarão por quaisquer ônus, bem como não será ofertado qualquer bônus. Esclaremos que os dados da pesquisa são para objetivo único de estudo. Os sujeitos da pesquisa terão participação voluntária e/ou poderão retirar seu consentimento a qualquer momento.

Atenciosamente

Daiene Aparecida Alves Mazza
Pós-graduanda em Saúde Coletiva

Ciente e de acordo:

Secretaria de Saúde do Município de Mauá da Serra

Data: 16/05/19

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA.

Londrina, 09 de julho de 2019.

À Secretaria Municipal de Saúde do Município de Apucarana, Pr
Ilmo Sr Roberto Kaneta

Estamos realizando uma pesquisa intitulada: “Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica e as práticas colaborativas para o Cuidado Integral”, sob orientação da professora Brígida Gimenez Carvalho, nos municípios de abrangência da 16ª Regional de Saúde de Apucarana, da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

O objetivo desse estudo é o de analisar as práticas colaborativas adotadas pelas equipes de NASF-AB (Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica) para o cuidado integral na Atenção Primária à Saúde. A obtenção de dados será realizada a partir de três etapas: seleção das equipes de Nasf-AB que participarão do estudo; observação participante das atividades realizadas pelas equipes Nasf-AB selecionadas; e por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado direcionado aos profissionais destas Equipes Nasf-AB.


Para tanto, solicitamos a autorização de V.Sª, para que a mestranda Daiene Aparecida Alves Mazza, aluna regularmente matriculada no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, possa realizar a pesquisa no município de Apucarana.

Pela participação no estudo, a Instituição e os sujeitos da pesquisa não se responsabilizarão por quaisquer ônus, bem como não será ofertado qualquer bônus. Esclaremos que os dados da pesquisa são para objetivo único de estudo. Os sujeitos da pesquisa terão participação voluntária e/ou poderão retirar seu consentimento a qualquer momento.

Atenciosamente

Daiene Aparecida Alves Mazza
Pós-graduanda em Saúde Coletiva

Ciente e de acordo:
Secretário de Saúde do Município de Apucarana

Data: 12 / 07 / 19. 
Roberto Kaneta
Diretor Presidente Intermunicipal

APÊNDICE B

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE OBSERVAÇÃO

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE OBSERVAÇÃO.

Londrina, 22 de maio de 2019.

Ao (à) Coordenador (a) do Nasf-AB do Município de Mauá da Serra
Ilmo(a) Sr (a)


Estamos realizando uma pesquisa intitulada: **“Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica e as práticas colaborativas para o cuidado integral”**, nos municípios de abrangência da 16ª Regional de Saúde de Apucarana, da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

O objetivo desse estudo é o de analisar as práticas colaborativas adotadas pelas equipes de NASF-AB (Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica) para o cuidado integral na Atenção Primária à Saúde.

Para tanto, solicitamos a autorização de V.Sª, para que a mestrandia Daiene Aparecida Alves Mazza, aluna regularmente matriculada no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, possa realizar o acompanhamento das ações desenvolvidas pela equipe Nasf-AB no seu ambiente de trabalho. As observações realizadas serão anotadas pelo pesquisador em um diário de campo e servirá apenas para estudos, e não será exposto o nome dos profissionais envolvidos nas atividades.

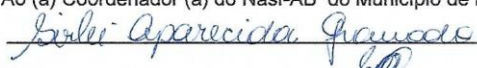
Pela participação no estudo, a Instituição e os sujeitos da pesquisa não se responsabilizarão por quaisquer ônus, bem como não será ofertado qualquer bônus. Esclaremos que os dados da pesquisa são para objetivo único de estudo. Os sujeitos da pesquisa terão participação voluntária e/ou poderão retirar seu consentimento a qualquer momento.


Atenciosamente


Daiene Aparecida Alves Mazza
Pesquisadora

Ciente e de acordo:

Ao (à) Coordenador (a) do Nasf-AB do Município de Mauá da Serra





Data: 22/05/19.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE OBSERVAÇÃO.

Londrina, 22 de maio de 2019.

Ao (à) Coordenador (a) do Nasf-AB do Município de Novo Itacolomi

Ilmo(a) Sr (a)


Estamos realizando uma pesquisa intitulada: **“Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica e as práticas colaborativas para o cuidado integral”**, nos municípios de abrangência da 16ª Regional de Saúde de Apucarana, da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

O objetivo desse estudo é o de analisar as práticas colaborativas adotadas pelas equipes de NASF-AB (Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica) para o cuidado integral na Atenção Primária à Saúde.

Para tanto, solicitamos a autorização de V.Sª, para que a mestrande Daiene Aparecida Alves Mazza, aluna regularmente matriculada no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, possa realizar o acompanhamento das ações desenvolvidas pela equipe Nasf-AB no seu ambiente de trabalho. As observações realizadas serão anotadas pelo pesquisador em um diário de campo e servirá apenas para estudos, e não será exposto o nome dos profissionais envolvidos nas atividades.

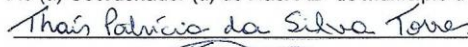
Pela participação no estudo, a Instituição e os sujeitos da pesquisa não se responsabilizarão por quaisquer ônus, bem como não será ofertado qualquer bônus. Esclaremos que os dados da pesquisa são para objetivo único de estudo. Os sujeitos da pesquisa terão participação voluntária e/ou poderão retirar seu consentimento a qualquer momento.


Atenciosamente


Daiene Aparecida Alves Mazza
Pesquisadora

Ciente e de acordo:

Ao (à) Coordenador (a) do Nasf-AB do Município de Novo Itacolomi





Data: 25/06/2019

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE OBSERVAÇÃO.

Londrina, 09 de julho de 2019.

Ao (à) Coordenador (a) do Nasf-AB do Município de Apucarana

Ilmo(a) Sr (a)


Estamos realizando uma pesquisa intitulada: **“Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica e as práticas colaborativas para o cuidado integral”**, nos municípios de abrangência da 16ª Regional de Saúde de Apucarana, da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

O objetivo desse estudo é o de analisar as práticas colaborativas adotadas pelas equipes de NASF-AB (Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica) para o cuidado integral na Atenção Primária à Saúde.

Para tanto, solicitamos a autorização de V.Sª, para que a mestrandia Daiene Aparecida Alves Mazza, aluna regularmente matriculada no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, possa realizar o acompanhamento das ações desenvolvidas pela equipe Nasf-AB no seu ambiente de trabalho. As observações realizadas serão anotadas pelo pesquisador em um diário de campo e servirá apenas para estudos, e não será exposto o nome dos profissionais envolvidos nas atividades.

Pela participação no estudo, a Instituição e os sujeitos da pesquisa não se responsabilizarão por quaisquer ônus, bem como não será ofertado qualquer bônus. Esclaremos que os dados da pesquisa são para objetivo único de estudo. Os sujeitos da pesquisa terão participação voluntária e/ou poderão retirar seu consentimento a qualquer momento.

Atenciosamente


Daiene Aparecida Alves Mazza
Pesquisadora

Ciente e de acordo:

Ao (à) Coordenador (a) do Nasf-AB do Município de Apucarana

MARCELO VIANA DE CASTRO
Marcelo Viana de Castro

Data: 11/07/19.

APÊNDICE C

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DO COTIDIANO DE TRABALHO DAS EQUIPES NASF-AB

Registro da observação em um diário de campo

1. Observar como a agenda de trabalho está estruturada e como ela é utilizada:
 - Observar quantos períodos os profissionais tem de agenda individual e quantos períodos de agenda coletiva
 - Observar que profissionais gerenciam os agendamentos, e de que forma
 - Observar como os profissionais realizam os agendamentos, e se os mesmo são articulados entre os membros da equipe NASF-AB e equipe de referência (se há comunicação com o profissional do NASF antes de realizar o agendamento)
 - Observar o local onde a agenda está alocada, e se é de acesso a outros membros da equipe
 - Identificar a presença de práticas colaborativas para o cuidado integral
2. Observar de que forma ocorre a comunicação e a interação entre a equipe NASF-AB e a equipe de referência:
 - Acompanhar e observar a condução de diversas ações (coletivas ou individuais; específicas ou compartilhadas; visitas domiciliares; reuniões de equipe; entre outras) em uma semana típica de trabalho da equipe NASF-AB
 - Observar se as ações são realizadas conjuntamente entre NASF-AB e equipe de referência, e como se dá a articulação entre as duas equipes ao longo das atividades.
 - Observar se existem mecanismos para facilitar a comunicação entre profissionais do NASF e equipes vinculadas
 - Observar se há momentos para discussão de casos, planejamento e avaliação conjunta das ações, e como ocorrem.
 - Observar em que espaços ocorre a interação: reuniões formais, espaços informais (cozinha, corredor, um atendimento conjunto);
 - Identificar qual ação/atividade motiva a interação;
 - Observar se há uma liderança que predomina na comunicação
 - Observar se tem uma pessoa que predomina na organização do processo de trabalho do NASF ou se é um processo mais democrático

3. Observar as atividades realizadas pelas equipes NASF-AB, em uma semana típica:
- Observar se os profissionais do NASF-AB utilizam ferramentas tecnológicas para a prática do apoio (Apoio matricial, projeto terapêutico singular, projeto de saúde no território, pactuação do apoio, clínica ampliada, ferramentas como genograma, ecomapa e outros), de que forma, e em quais situações.
 - Observar em que espaços as atividades são realizadas (recursos utilizados, acolhimento e interação dos profissionais com os usuários)
 - Observar se são executadas ações de educação em saúde e de que forma (verificar se as relações são dialógicas ou verticalizadas, e se a abordagem é problematizadora).
 - Observar se são realizadas reuniões de equipe entre os profissionais do NASF-AB, e destes com a equipe de referência, e como (profissionais presentes, o que é discutido, de que forma são conduzidas as discussões, como se dá a interação entre os profissionais)
 - Observar se as ações desenvolvidas pela NASF-AB são discutidas com as equipes de referência, e se há corresponsabilidade pelo cuidado
 - Observar se há e como são realizadas as atividades técnico pedagógicas (atores envolvidos, de que forma são planejadas e executadas)
 - Observar se ocorre avaliação e monitoramento das ações realizadas (de que forma e por quem)
 - Observar a postura dos profissionais diante do trabalho em equipe
 - Identificar se há estratégias inovadoras no planejamento ou condução das ações clínico-assistenciais e técnico-pedagógicas.

APÊNDICE D

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO

1. **Como se dá a relação entre os profissionais da Equipe NASF-AB?**

(Existe reunião de equipe NASF? Com que frequência e como ela acontece, que assuntos são discutidos? As ações são planejadas ou executadas em conjunto? Cada profissional tem conhecimento das ações realizadas pelos demais, incluindo atividades coletivas, atendimentos individuais, visitas domiciliares, entre outros? Os profissionais do NASF entendem a atuação de cada categoria profissional de acordo com seu núcleo de saber? Que atividades são compartilhadas entre os profissionais do NASF e de que forma?)

E a relação do NASF-AB com a equipe de referência?

(A equipe de referência entende como deve ser o processo de trabalho do NASF? Tem conhecimento sobre a atuação do NASF, suas atribuições na equipe e as atividades que são realizadas? O trabalho é articulado? As ações são planejadas e/ou executadas em conjunto? Quais e de que forma? Em que espaços ocorre a interação? Como ocorre a comunicação entre profissionais do NASF e equipes vinculadas?).

2. **Como é realizada a elaboração das agendas de trabalho da Equipe NASF-AB?**

(Quem participa de sua elaboração? Que elementos fazem parte da agenda? Cada profissional do NASF possui uma agenda individual ou esta é compartilhada por todos? Que profissionais têm acesso à agenda? Em que local fica a agenda?)

3. **Quais são as atividades realizadas pelo NASF-AB? Descreva como essas atividades foram planejadas e são desenvolvidas**

(O que motivou sua realização/por que foram pensadas? Quais atores participaram do planejamento e da execução? Onde acontece? É voltada para que público?)

4. **Fale-me sobre como acontece o apoio matricial.**
(É verificado apoio matricial no cotidiano das equipes? Em que espaços? Há reuniões de matriciamento? Como acontece e com que frequência? Que profissionais participam? Há articulação com a rede?).

5. **Como é a relação da gestão com o NASF-AB (coordenação do NASF, secretário de saúde, prefeito)?**
(Há apoio por parte da gestão para o desenvolvimento do trabalho? De que forma? A gestão é participativa na equipe? Como? Os profissionais sentem que suas opiniões são ouvidas e participam da tomada das decisões sobre os processos de trabalho? Há suporte para a realização de processos formativos, educação permanente, espaços de encontro como reuniões de equipe e matriciamento?)

6. **Quais ferramentas ou estratégias a sua equipe NASF-AB utiliza na tentativa de ofertar um Cuidado integral aos usuários e famílias?** (realizam atividades compartilhadas entre os profissionais do NASF? Realizam atividades compartilhadas com a ESF? Há articulação com a rede intra e intersetorial? Utilizam ferramentas tecnológicas do NASF (PTS, PST, clínica ampliada, pactuação do apoio, apoio matricial), realizam atividades de educação em saúde, educação permanente, educação continuada?)

7. **Existe colaboração no trabalho do NASF?** Como ele se manifesta?

APÊNDICE E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“NÚCLEOS AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA: ESTRATÉGIAS INOVADORAS PARA A QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa **“Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica: Estratégias Inovadoras para a Qualificação do Cuidado”**, a ser realizada nos municípios integrantes da 16ª Regional de Saúde de Apucarana, da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. O objetivo da pesquisa é “analisar as práticas inovadoras adotadas pelas equipes de NASF-AB (Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica) para o cuidado integral na Atenção Primária à Saúde.”. Sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: (1): através da observação, pela pesquisadora, das atividades realizadas pela equipe de NASF-AB, tais como reuniões de apoio matricial e de equipe, atividades terapêuticas ou educativas, reuniões com outros setores, entre outras, durante uma semana típica de trabalho da Equipe NASF-AB. Nesta etapa, também será realizada a verificação e análise das agendas dos profissionais do NASF-AB; e (2) por meio de uma entrevista, contendo perguntas abertas relacionadas a estratégia utilizada pelos profissionais do NASF-AB para que o trabalho se aproxime do preconizado pelas diretrizes ministeriais. A entrevista será gravada mediante sua autorização. Caso não aceite a gravação, suas informações serão anotadas manualmente pelo pesquisador.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo o (a) senhor (a): recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Destacamos que as gravações obtidas durante a coleta de dados serão destruídas após o seu uso.

Esclarecemos ainda, que o(a) senhor(a) não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios esperados são de contribuir com a identificação de estratégias adotadas pelas equipes de NASF-AB que contribuem para qualificar o cuidado na APS, auxiliando para o direcionamento do processo de trabalho de outras equipes de NASF-AB, refletindo em maior qualidade e resolubilidade do cuidado prestado a população. .

Quanto aos riscos, informamos que a participação no presente estudo poderá causar para os envolvidos riscos como exposição pessoal, levando ao afloramento de sentimentos, emoções e anseios.

Vale destacar que todos os cuidados serão tomados para reduzir tais riscos, sendo permitida a expressão das reações, bem como a interrupção da entrevista mediante solicitação de qualquer um dos participantes, sem que isso cause danos ou ônus à pessoa. No entanto, caso ocorra algum tipo de desconforto, o participante será prontamente atendido e amparado pelo pesquisador.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar: Daiene Aparecida Alves Mazza, Rua José Jorge, 691, Apucarana – PR, fone (43) 999256384; Brígida Gimenez Carvalho, Rua Chile n. 43, Londrina – PR, fone (43) 99966597, ou Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao Laboratório Escola (LABESC), no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao (à) senhor(a). Além da assinatura nos campos específicos pelo pesquisador e por você, solicitamos que sejam rubricadas todas as folhas deste documento. Isto deve ser feito por ambos de tal forma a garantir o acesso ao documento completo.

Londrina, ___ de _____ de 2019.

Brígida Gimenez Carvalho
Coordenadora da Pesquisa

Eu, _____, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura: _____

Data: ___/___/___

Obs.: TCLE conforme normas da Resolução 466/2012 de 12 de dezembro de 2012.

APÊNDICE F**FICHA PARA CARACTERIZAÇÃO DO NASF-AB**

Nome: _____

DN: ___/___/___ Idade: _____ Sexo: _____

Categoria profissional: _____ Carga horária de trabalho: _____

Município onde atua: _____

Escolaridade

- graduação
 especialização
 mestrado
 doutorado
 pós-doutorado

Tempo de atuação no NASF-AB

- até 1 ano
 > 1 a 5 anos
 > 5 a 10 anos
 > 10 a 20 anos
 > 20 anos

Realizou algum curso de qualificação específico para atuação em saúde coletiva e/ou NASF-AB?

 sim

Qual(is)? _____

 não

Vínculo empregatício: _____

Modalidade de NASF-AB em que atua:

- NASF 1
 NASF 2
 NASF 3

Número de Equipes NASF-AB no município: _____

Categorias profissionais integrantes no NASF-AB no município:

APÊNDICE G**DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA DE INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE****DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA DE INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE**

Apucarana, 20 de novembro de 2018.

Ilma. Sra. Profa. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
Coordenadora do CEP/UEL

Senhora Coordenadora,

Declaramos que nós da 16ª Regional de Saúde de Apucarana da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa "**Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica: Estratégias Inovadoras para a Qualificação do Cuidado**" sob a responsabilidade de **Daiene Aparecida Alves Mazza e Brígida Gimenez Carvalho**, nas nossas dependências, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, até o seu final em fevereiro de 2020.

Estamos cientes que as unidades de análise da pesquisa serão os trabalhadores de saúde que compõem as Equipes de Núcleos Ampliados à Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) nos municípios de abrangência da 16ª Regional de Saúde de Apucarana que forem selecionados e os projetos de implantação das Equipes de Nasf-AB em cada município investigado, bem como de que o presente trabalho deve seguir a Resolução 466/2012 do CNS e complementares.

Atenciosamente,


Marcia Cristina Krempel
Diretora da 16ª RS

APÊNDICE H
TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Autorização para coleta de dados

Londrina, 20 de novembro de 2018.

Ilmo(a) Sr ROBERTO KANETA
Presidente do CRESEMS da 16ª RS, PR

Prezado Senhor:

Estamos realizando uma pesquisa intitulada: “**Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica: Estratégias Inovadoras para a Qualificação do Cuidado**”, nos municípios da nos municípios de abrangência da 16ª Regional de Saúde de Apucarana, da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

O objetivo desse estudo é o de analisar as práticas inovadoras adotadas pelas equipes de NASF-AB (Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica) para o cuidado integral na Atenção Primária à Saúde. A obtenção de dados será realizada a partir de três etapas: seleção das equipes de Nasf-AB que participarão do estudo; observação participante das atividades realizadas pelas equipes Nasf-AB selecionadas; e por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado direcionado aos profissionais destas Equipes Nasf-AB.

Para tanto, solicitamos a autorização de V.Sª, para que a mestranda Daiene Aparecida Alves Mazza, aluna regularmente matriculada no Proqramama de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, possa realizar a pesquisa em municípios integrantes da 16ª Regional de Saúde de Apucarana.

Atenciosamente

Brígida Gimenez Carvalho
Orientadora da Pesquisa

Ciente e de acordo:

Presidente do CRESEMS da 16ª RS

Data: 29/11/18.



Roberto Kaneta
Diretor Presidente Interino

ANEXO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITE DE ÉTICA E PESQUISA



Comitê de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: NÚCLEOS AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA: ESTRATÉGIAS INOVADORAS PARA A QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO

Pesquisador: Daiene Aparecida Alves Mazza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 04456918.1.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.093.051

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo qualitativo observacional, vinculado ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, que será realizado em municípios da 16ª Regional de Saúde de Apucarana. Os participantes da pesquisa serão os trabalhadores de saúde que compõem as Equipes dos Núcleos Ampliados à Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) nos municípios investigados. Os dados serão coletados em de três etapas: seleção das equipes de Nasf-AB que participarão do estudo, através de questionamentos junto a informantes-chave, observação dos participante e por meio de um roteiro de entrevista semi-estruturado. Entre os informantes-chave estarão os coordenadores da atenção primária da 16ª Regional de Saúde de Apucarana e os coordenadores de Nasf-AB dos municípios afins. As informações relatadas pelos informantes-chave serão checadas com o auxílio dos mesmos, norteadas por referenciais que contemplam as características e as práticas do cuidado integral, com o intuito de auxiliar na identificação das equipes Nasf-AB que dispõem de práticas inovadoras para o cuidado integral na APS. Para subsidiar esta etapa, poderá ser realizada a análise dos projetos de implantação do Nasf-AB. Após esta fase, serão selecionadas as equipes de Nasf-AB, que constituirão os sujeitos deste estudo. Será solicitado aos secretários de saúde dos municípios aos quais pertencem as equipes de Nasf-AB selecionadas a assinatura de um termo de autorização para a realização da pesquisa. Para apreensão do processo de trabalho, será empregada a observação participante das atividades realizadas pelas equipes de Nasf-AB selecionadas, tais como reuniões de apoio matricial e de equipe, atividades terapêuticas ou

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



Centro de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 3.093.051

educativas, reuniões com outros setores, entre outras, durante uma semana típica de funcionamento da Equipe Nasf-AB. Nesta etapa, também será realizada a verificação das agendas de trabalho dos profissionais do Nasf-AB, no intuito de verificar como os elementos constituintes das agendas estão dispostos no cotidiano do trabalho. A observação será guiada por um roteiro semi-estruturado, contemplando as atividades realizadas pelos profissionais e as tecnologias utilizadas, norteado pelos documentos ministeriais e referenciais do cuidado integral. Os dados das observações, incluindo falas e expressões de outros profissionais e de usuários, serão organizados em diário de campo, favorecendo, assim, a descrição de fatos, impressões e conversas informais. O roteiro de entrevista semi-estruturado será direcionado aos profissionais das Equipes Nasf-AB selecionadas nas etapas anteriores, contendo perguntas abertas relacionadas a práticas inovadoras que esses sujeitos utilizam para a organização de seu processo de trabalho, visando o cuidado integral na APS. A hipótese do estudo é que as equipes de Nasf-AB selecionadas apresentam estratégias e práticas inovadoras para o cuidado integral, capazes de potencializar seu processo de trabalho. Tais práticas estão relacionadas à construção compartilhada da agenda de trabalho, integração com a equipe de referência, realização das ações individuais e coletivas, e aplicação das ferramentas tecnológicas, podendo auxiliar no direcionamento do processo de trabalho de outras equipes e contribuir para o fortalecimento dos Nasf-AB e para a qualificação do cuidado prestado

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar as práticas inovadoras adotadas pelas equipes de NASF-AB para o cuidado integral na APS.

Objetivo Secundário:

. Identificar as equipes de Nasf-AB cuja prática aponte avanços em relação a organização do processo de trabalho; Descrever o processo de trabalho das equipes Nasf-AB selecionadas. . Analisar as estratégias utilizadas pelas equipes Nasf-AB para a organização do processo de trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora os riscos para a participação no estudo será a exposição pessoal, levando ao afloramento de sentimentos, emoções e anseios, porém todos os cuidados serão tomados para reduzir tais riscos, sendo permitida a expressão das reações, bem como a interrupção da entrevista mediante solicitação de qualquer um dos participantes, sem que isso cause danos ou ônus à pessoa. Caso ocorra algum tipo de desconforto, o participante será prontamente atendido e

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 3.093.051

amparado pelo pesquisador. Os benefícios esperados serão a identificação de estratégias adotadas pelas equipes de NASF-AB que contribuem para a garantia e fortalecimento do cuidado na APS, auxiliando para o direcionamento do processo de trabalho de outras equipes de Nasf-AB, e refletindo em maior qualidade e resolubilidade do cuidado prestado a população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou Folha de rosto devidamente assinada pela coordenadora do Programa de pós Graduação em Saúde Coletiva, orçamento detalhado com financiamento próprio e cronograma adequado. O TCLE foi apresentado em forma de convite. Apresentou autorização da 16ª regional de Saúde e do CRESEMS (Conselho Regional dos Secretários Municipais de Saúde).

Recomendações:

Substituir o termo "sujeitos da pesquisa" por participante da pesquisa conforme recomendação da Portaria nº 466, de 12 de Dezembro de 2012.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador (a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade imprimi-lo para apresentação aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Coordenação CEP/UEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1269132.pdf	04/12/2018 20:44:28		Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	04/12/2018 20:43:10	Daiene Aparecida Alves Mazza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaocresems.pdf	04/12/2018 20:38:36	Daiene Aparecida Alves Mazza	Aceito

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Conselho de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 3.093.051

Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaodeconcordanciaassinada.pdf	03/12/2018 00:53:59	Daiene Aparecida Alves Mazza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	03/12/2018 00:50:29	Daiene Aparecida Alves Mazza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_final.doc	03/12/2018 00:50:13	Daiene Aparecida Alves Mazza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 18 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Clisia M. Carreira
(Coordenador(a))

Endereço: LABESC - Sala 14
Bairro: Campus Universitário
UF: PR Município: LONDRINA
Telefone: (43)3371-5455 CEP: 86.057-970
E-mail: cep268@uel.br