

Equipes multiprofissionais: compreensões acerca dos processos de trabalho na Estratégia de Saúde da Família

Multiprofessional teams: understandings about work processes in the Family Health Strategy

Equipos multiprofesionales: comprensión de los procesos de trabajo en la Estrategia de Salud Familiar

Recebido: 27/05/2021 | Revisado: 17/05/2021 | Aceito: 04/06/2021 | Publicado: 18/06/2021

Karine da Silva Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7278-2484>
Universidade Federal do Ceará, Brasil
E-mail: kariineoliveira01@gmail.com

Normanda de Almeida Cavalcante Leal

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0241-2709>
Universidade Federal do Ceará, Brasil
E-mail: normandaleal@hotmail.com

Fernanda Maria Magalhães Silveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5841-9398>
Centro Universitário Internacional UNINTER, Brasil
E-mail: fe_phb@hotmail.com

Carulina Cardoso Batista

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9935-1796>
Universidade Federal do Piauí, Brasil
E-mail: carulina_c@hotmail.com

Larissa Carvalho Ribeiro de Sá Lustosa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2062-0648>
Universidade Federal do Piauí, Brasil
E-mail: larissacarvalho100@hotmail.com

Maria Auxiliadora Resende Sampaio

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2947-9874>
Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia, Brasil
E-mail: auxi_sampaio@hotmail.com

Lysrayane Kerullen David Barroso

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6550-6342>
Universidade Federal do Ceará, Brasil
E-mail: lysrayane@outlook.com

Raquel Leite Vasconcelos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6447-4537>
Faculdade Venda Nova do Imigrante, Brasil
E-mail: raquelleitefisio@hotmail.com

Yaranara Linhares Aragão

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8919-4566>
Universidade Federal do Ceará, Brasil
E-mail: yaranaralinhaires@hotmail.com

Sarah Carvalho Félix

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7050-5918>
Faculdades Integradas do Brasil, Brasil
E-mail: sarahcfelix@hotmail.com

Liduína Joyce Prado Linhares

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1799-7276>
Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia, Brasil
E-mail: liduinajoyce@gmail.com

Maria Liliane Freitas Mororó

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7725-0938>
Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia, Brasil
E-mail: lilianejx@hotmail.com

Jeferson de Lima Costa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9360-5911>
Universidade Federal do Ceará, Brasil
E-mail: jefersondelimacosta@hotmail.com

Letícia Maria Alves Araújo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0301-0397>
Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia, Brasil
E-mail: letaraujo@outlook.com

Sílvia Silanne Ximenes Aragão

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3055-3234>
Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia, Brasil
E-mail: silanny_ximenes@hotmail.com

Resumo

As equipes multiprofissionais na Estratégia Saúde da Família (ESF) ainda encontram desafios para a consolidação do fazer, sendo necessário conhecê-las, aproximando-se da dinâmica de atividades destas equipes. Assim, objetivou-se compreender o processo de trabalho do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) atuantes na ESF em um município do nordeste brasileiro. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa realizado em um município do estado do Ceará, Nordeste, Brasil, no período de fevereiro a julho de 2018. Participaram do estudo sete profissionais pertencentes às equipes de NASF-AB e RMS. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e grupos focais para obtenção dos dados, que foram analisados e organizados em duas categorias temáticas: integração e atuação multiprofissionais e envolvimento da gestão municipal nas atividades multiprofissionais. Muitos desencontros ainda emergem no cotidiano dos profissionais das equipes de referência e multiprofissionais, repercutindo na organização e efetividade dos processos de atenção à saúde e de gestão desse trabalho. Apesar disso, o trabalho em equipe é visto como bastante positivo pelos participantes para a prática efetiva do apoio matricial.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Equipe interdisciplinar de saúde; Gestão em saúde.

Abstract

The multiprofessional teams in the Family Health Strategy (FHS) still face challenges to consolidate their work, being necessary to know them, approaching the dynamics of activities of these teams. Thus, the objective was to understand the work process of the Extended Family Health and Primary Care Center (EFHPCC) and the Multiprofessional Health Residency (MHR) working in the FHS in a municipality in northeastern Brazil. This is an exploratory-descriptive study with a qualitative approach conducted in a municipality in the state of Ceará, Northeast, Brazil, from February to July 2018. Seven professionals from the EFHPCC and MHR teams participated in the study. Semi-structured interviews and focus groups were conducted to obtain the data, which were analyzed and organized into two thematic categories: multiprofessional integration and performance and municipal management involvement in multiprofessional activities. Many mismatches still emerge in the daily lives of professionals of reference and multiprofessional teams, affecting the organization and effectiveness of health care processes and management of this work. Nevertheless, teamwork is seen as quite positive by participants for the effective practice of matrix support.

Keywords: Primary health care; Interdisciplinary health team; Health management.

Resumen

Los equipos multiprofesionales en la Estrategia Salud de la Familia (ESF) aún enfrentan desafíos para la consolidación del hacer, siendo necesario conocerlos, acercándose a la dinámica de actividades de estos equipos. Así, el objetivo fue comprender el proceso de trabajo del Núcleo Extendido de Salud de la Familia y Atención Primaria (NASF-AP) y la Residencia Multiprofesional en Salud (RMS) que trabajan en la ESF en un municipio del noreste de Brasil. Se trata de un estudio exploratorio-descriptivo con abordaje cualitativo realizado en un municipio del estado de Ceará, Nordeste, Brasil, de febrero a julio de 2018. Participaron del estudio siete profesionales pertenecientes a los equipos NASF-AB y RMS. Para la obtención de los datos se realizaron entrevistas semiestructuradas y grupos focales, que fueron analizados y organizados en dos categorías temáticas: integración multiprofesional y actuación e implicación de la gestión municipal en actividades multiprofesionales. Aún surgen muchos desajustes en el día a día de los profesionales de los equipos de referencia y multiprofesionales, con repercusiones en la organización y eficacia de los procesos asistenciales y de gestión de este trabajo. A pesar de esto, el trabajo en equipo es visto como muy positivo por los participantes para la práctica efectiva del soporte matricial.

Palabras clave: Atención primaria de salud; Equipo de salud interdisciplinario; Manejo de la salud.

1. Introdução

Dentre as iniciativas com potencial de intervir sobre a complexidade do processo saúde-doença-cuidado, destaca-se a implantação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), enquanto equipe com proposta de atuação sobre uma ampla e diversa faixa de fatores que influenciam diretamente o viver com qualidade, entre eles o social, o ambiental, o cultural e o econômico (Brasil, 2008).

O NASF-AB (anteriormente chamado NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família) foi criado pela Portaria 154/GM do Ministério da Saúde de 24/01/2008, com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica (AB), bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família (ESF) na rede de serviços e o processo de

territorialização e regionalização (Vieira, Kuduavski & Bodek, 2018). Com a portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, publicada no Diário Oficial da União, além da mudança na nomenclatura, o NASF-AB ganhou alterações em suas diretrizes funcionais e orçamentárias, passando a atuar de maneira integrada, oferecendo suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família e da AB (Cunha & Campos, 2011).

Podem compor os NASF-AB as seguintes categorias: médico acupunturista, assistente social, profissional/professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista/obstetra, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra, terapeuta ocupacional, médico geriatra, médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou ainda graduado diretamente em uma dessas áreas conforme normativa vigente. O trabalho apresenta-se com base nos princípios da integralidade e da interdisciplinaridade, o que o diferencia de outros programas até então implantados (Reis, et al., 2016).

Aproximando-se das propostas do NASF-AB e incluindo neste contexto a formação de profissionais com competências para atuar na AB, sob a lógica da educação permanente que contempla a colaboração interprofissional, a integralidade e a intersetorialidade, foram instituídos os programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS). A RMS, com ênfase em Saúde da Família, consiste em uma modalidade de pós-graduação *lato sensu* que visa preparar profissionais das diversas áreas da saúde para trabalhar em equipe multidisciplinar na ESF, implementando a formação de profissionais com conhecimentos, habilidade e atitudes para atuar na atenção de indivíduos e famílias em seu ambiente familiar e social (Nascimento & Oliveira, 2007).

A atuação das equipes de NASF-AB e RMS estão diretamente ligadas às atividades das equipes de saúde da família, tendo como base a realidade territorial e organizam-se, essencialmente, no apoio matricial, intervenções específicas com os usuários, famílias e/ou profissionais de saúde, e ações de prevenção, promoção, proteção, recuperação e reabilitação. Apoiar-se, então, na integralidade do cuidado, no território vivo e transformador da realidade e das práticas, na educação popular em saúde, na interdisciplinaridade, na participação social, na articulação intersetorial, na educação permanente em saúde, na humanização e na promoção da saúde (Nascimento & Oliveira, 2010a).

Dentre os desafios presentes na atuação destas equipes multiprofissionais na ESF sobressai a ausência de um percurso histórico de formação e capacitação para a atenção primária que contribua com a impressão de mais qualidade aos serviços de saúde, transformando a cultura organizacional no SUS, distanciando-se do modelo biomédico e aproximando-se das prerrogativas da saúde coletiva e promoção da saúde, onde se valoriza a qualidade da assistência, a resolutividade na atenção básica e a avaliação de ações sob vertentes qualitativas (Nascimento & Oliveira, 2007).

No Ceará, a instituição da RMS ganhou apoio dos NASF-AB, potencializando assim a possibilidade de integração ensino-trabalho-cidadania, transformando as práticas profissionais existentes, refletidas no processo de trabalho, reconstruindo-o constantemente (Nascimento & Oliveira, 2010b).

Considerando a recente implantação da RMS em associação com o NASF-AB no município cenário da pesquisa e a escassez de produção científica sobre a integração e organização do processo de trabalho destas equipes como importante ferramenta na perspectiva da clínica ampliada, demonstra-se a necessidade de refletir sobre este processo, compreendendo de que forma as propostas ministeriais são apreendidas pelos profissionais no cotidiano de suas ações e no território junto à população, a fim de que se possa alinhar o conceito teórico e as premissas das políticas públicas com a aplicação prática. Compreender o processo de trabalho do NASF-AB e da RMS tende a somar reflexões sobre a AB, permitindo conhecer potencialidades a serem preservadas e desafios a serem enfrentados. Diante deste panorama, objetivou-se compreender o processo de trabalho das equipes de NASF-AB e RMS em um município do nordeste brasileiro.

2. Metodologia

Pesquisa com abordagem qualitativa e caráter exploratório-descritivo, realizada em um município cearense, região do Nordeste do Brasil, de fevereiro a julho de 2018. O desenho metodológico adotado é apropriado, ainda, na investigação de temas pouco investigados, ofertando uma visão geral do fenômeno, tal qual a proposta deste estudo (Siqueira-Batista, Gomes & Albuquerque, 2013; Gil, 2010).

Participaram da pesquisa quatro profissionais de uma equipe de NASF-AB modalidade I atuante no município supracitado, responsáveis pela cobertura de nove equipes de Saúde da Família, sendo sete localizadas na zona urbana e duas na zona rural do município. Participaram também três profissionais da equipe de RMS, que durante o período encontrava-se em formação pelo Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS) da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE). A equipe de residentes assistia à três equipes de saúde da família, localizadas na zona urbana. Este programa tem o propósito de formar lideranças técnicas, científicas e políticas para atuar nos serviços públicos de saúde, qualificando as ações de promoção, proteção, reabilitação e recuperação da saúde (Oliveira, 2010).

Juntas, as duas equipes perfaziam a totalidade do apoio matricial na ESF do município, visando atender às necessidades de saúde da população, em âmbito individual e coletivo, através de ações que ampliassem a assistência e o repertório da AB, bem como seu acesso. Todos os participantes encontravam-se em pleno desempenho de suas atividades durante o período de realização do estudo.

Para a coleta de dados, inicialmente foram realizadas entrevistas semiestruturadas com cada profissional, conduzidas em ambiente reservado, de forma individual, após o primeiro contato e apresentação da proposta do estudo, seus objetivos, bem como consentimento prévio de cada participante. Foi realizado agendamento prévio de momento oportuno conforme disponibilidade de cada profissional. As entrevistas foram gravadas em áudio digital para garantir o acesso permanente às respostas, por parte dos pesquisadores, quando necessário. Para condução das entrevistas foi estruturado um roteiro com questões norteadoras sobre a organização e diretrizes que orientam estas estratégias, elaborado pelos pesquisadores.

Em seguida, a fim de elucidar os achados das entrevistas, foram realizados dois grupos focais, um com cada equipe multiprofissional, separadamente, conduzido sob roteiro prévio elaborado pelos pesquisadores. O uso do grupo focal possibilita obter opiniões de grupos populacionais específicos de forma rápida, fácil e prática, sendo, portanto, condizente com o objetivo de esclarecer e complementar as informações obtidas por meio das entrevistas.

Para a análise, os dados oriundos das entrevistas e grupos focais foram organizados em categorias temáticas, segundo orientações de Flick (2009), os temas que compuseram as categorias temáticas e os conteúdos das mensagens foram analisados de acordo com o contexto no qual foram produzidos, à luz dos conceitos teóricos, que serviram de alicerce para interpretação e discussão dos dados da pesquisa.

Assegurou-se a autonomia dos profissionais e o desejo voluntário em colaborar com o estudo por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), firmando o compromisso com a pesquisa e registrando as orientações recebidas quanto ao propósito do estudo e seu delineamento, resguardando o direito do profissional de desistir de sua participação quando e se achasse necessário.

Para garantir o sigilo e confidencialidade dos participantes foi atribuído um código a cada um dos profissionais, representado pela letra P (referente à profissional), seguida do número da entrevista.

Preocupou-se em atender os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme recomendações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e sob autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará através do parecer nº 1.386.581. A pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

3. Resultados

As equipes de NASF-AB e RMS eram compostas em sua maioria por mulheres, na faixa etária entre 25 e 44 anos de idade. Os discursos dos profissionais foram organizados nas duas categorias temáticas apresentadas a seguir.

Integração e atuação multiprofissionais

As falas a seguir destacam o desafio encontrado pelas equipes multiprofissionais na realização das atividades coletivas em saúde junto à população do município. Estes também citam as principais atividades realizadas:

A gente tenta trabalhar grupo, que é um pouco difícil. Mas ainda é muita consulta individual, muita. Tem trabalhos intersetoriais, de educação em saúde em outras secretarias, mas, infelizmente, ainda tem muito atendimento individual. (P1)

Faço visitas, grupo não. Grupo não porque eu sou um pouco desacreditado dessas ações. A gente marca com 50 [pessoas], vai só 30, depois vai só 20, depois só 10. O que eu mais faço é visita domiciliar. (P2)

O que eu faço basicamente é atendimento ambulatorial no posto e visita domiciliar, quando necessário. Praticamente isso. Grupo nenhum que eu propus fazer no posto deu certo. Às vezes eu sou chamada para dar palestras. (P3)

Os discursos revelaram ainda a deficiência de integração entre as equipes de NASF-AB e RMS, bem como a ausência da participação dos profissionais da ESF nas atividades relatadas.

Não existe uma equipe. É cada um no seu lugar atendendo e acabou. Não existe interação de profissionais ou discussão a respeito de um paciente, não existe uma troca. (P6)

Não existe esse costume de reunião em equipe. A equipe só pára uma vez ao mês para repassar informações. Mas assim, para a equipe sentar e discutir os problemas, ver o que está necessitando, o que foi urgente, o que apareceu de mais grave que possa ser trabalhado, não existe. (P7)

Envolvimento da gestão municipal nas atividades multiprofissionais

Nesta categoria observou-se a percepção dos profissionais acerca da participação da gestão municipal junto à execução das propostas e atividades.

A gente trabalha muito assim, sem muito contato com a coordenação, principalmente porque já mudaram umas três vezes. Ela não dá aquela atenção toda voltada ao NASF, quando tem a necessidade é que a gente se reúne com ela, mas é mais difícil. (P1)

No momento eu não tenho conhecimento de quem é a coordenadora, porque a rotatividade delas é muito grande. Eu acho que o município primeiramente não entende como é a proposta e pelo fato dele não entender ele não executa da maneira correta. Eu acho que falta alguma coisa pro município estar fazendo uma gestão correta dessa equipe, que não acontece. (P5)

A partir dos diálogos, evidenciou-se que a maioria dos participantes considerou os gestores ausentes ou distantes no processo de trabalho das equipes, fato este influenciado por diversos fatores como a rotatividade de coordenadores (diretos), ausência de políticas, planos de cargos e carreiras, ausência de reuniões de planejamento, monitoramento, avaliação e outros. A

ausência de uma coordenação atuante junto aos profissionais é destacada também se reconhecendo a necessidade de um gestor comprometido e capacitado, de forma a fornecer o devido apoio e suporte às equipes, conforme seguem as falas abaixo:

A gente não tem nem coordenador. Então uma equipe que não tem coordenação, como é que isso funciona? (P5)

Ter um coordenador e não ser capacitado também não ia mudar nada. Só ter uma pessoa por ter, só para dizer que ela é coordenadora para ocupar o cargo não ia mudar nada não. (P6)

4. Discussão

Acerca dos discursos dos participantes na primeira categoria, embora reconheçam a necessidade de fortalecimento das ações de prevenção e promoção da saúde, elucida-se a prevalência da realização de atendimentos individuais e visitas domiciliares, revelando a manifestação de práticas quantitativas e assistenciais em detrimento de ações de grupo com foco na cor-responsabilização e no autocuidado. A sobreposição destas atividades é compreendida pelos profissionais como produto de um conjunto complexo de influências políticas, sociais e culturais relacionadas ao processo saúde-doença-cuidado no município, produzindo reflexos negativos sobre a atuação das equipes no município.

Esta categoria demonstrou o descompasso existente entre as propostas ministeriais para atuação de equipes multiprofissionais em saúde e o fazer dos profissionais na prática da realidade territorial em questão, comprometendo o potencial de transformar as práticas e produzir saúde de modo efetivo, ético e com qualidade (Formiga & Ribeiro, 2012).

O predomínio de ações curativistas revela a necessidade dos profissionais incorporarem, no cotidiano do seu processo de trabalho, a compreensão de uma atenção básica mais ampliada, integrando, assim, a promoção, a prevenção e o manejo das condições de saúde que considerem os determinantes sociais, as singularidades pessoais e da comunidade e o contexto de vulnerabilidades (Mângia & Lancman, 2008).

Desvela-se ainda o desafio de atrelar teoria à prática, materializando as políticas e pesquisas nas ações concretas de cuidado. Nesta conjuntura, a residência multiprofissional busca transformar a lógica biologicista ainda presente na formação em saúde e com reflexos diretos no trabalho em saúde, contribuindo para a estruturação de um novo modo de pensar e conhecer capaz de compreender os objetos em seu contexto, sua complexidade (Furtado, 2007).

Para a realização de atividades coletivas em saúde junto à comunidade, aos profissionais das equipes multiprofissionais e das equipes de referência há o imperativo de superar o modelo tradicional de educação, ao fazer uso de metodologias ativas e participativas de ensino-aprendizagem, adequadas à necessidade da população e pensadas a partir de um processo cíclico, conjunto e adequado de diagnóstico de necessidades, planejamento das ações, implementação efetiva e avaliação com identificação de potencialidades a serem preservadas e obstáculos a serem enfrentados em um novo ciclo (Cardoso, et al., 2007).

Ambos os programas multiprofissionais em saúde possuem o potencial de fortalecer a implementação de ações de promoção da saúde na atenção básica, pois, em um âmbito geral, defendem a utilização de metodologias ativas, tendo como eixo estruturante a educação permanente, a integralidade do cuidado e os saberes interdisciplinares (Sampaio, et al, 2012).

Quanto às atividades assistenciais como atendimentos individuais e visitas domiciliares, pode-se remodelá-las, fortalecendo o apoio matricial, com a ampliação dos cenários e a construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes da equipe de referência e outros especialistas que oferecem o apoio matricial. A ampliação de cenários consiste em disponibilizar um cardápio de atividades que variam desde um atendimento conjunto entre profissionais de serviços diferentes, participação em discussões de projetos terapêuticos, discussões de temas prevalentes, análise de estratégias para lidar com a demanda reprimida, análise de encaminhamento até a simples disposição para contato telefônico para discutir urgências e/ou seguimentos (Silva, Oliveira & Sampaio, 2011).

As equipes multiprofissionais em saúde precisam construir parcerias intra e inter-equipes, desenvolver trabalhos coletivos e práticas compartilhadas em seu espaço de trabalho, construindo-se simultaneamente e assim formando sua identidade.

Para tanto, uma análise mais profunda do trabalho em equipe deve contemplar duas dimensões do processo de trabalho em grupos: a ação produtiva e a interação social. Sendo assim, para além das técnicas e ações objetivas desenvolvidas por um ou vários profissionais, existem fatores de comunicação e das relações pessoais usuários-famílias-profissionais que interferem no resultado final. Deste modo, a prática da comunicação entre os sujeitos envolvidos citados é um dos fatores organizadores do trabalho em equipe, sendo instrumento de viabilização dos objetivos almejados ao se desenvolver uma atuação multiprofissional. Tal interação é tão importante quanto o fazer instrumental das categorias profissionais, sendo a comunicação uma atitude prioritária para alcançar o sucesso de uma ação e garantir a colaboração interprofissional (Nascimento & Oliveira, 2010b).

Os modelos de colaboração interprofissional determinam impacto sobre o paciente, a equipe (saúde mental e satisfação no trabalho), a organização dos serviços (efetividade e processo de trabalho) e sobre o sistema de saúde como um todo, à medida que, sendo implantado de forma ampla, pode diminuir os custos, qualificar a atenção e aumentar as respostas à necessidade da população (Battel-Kirk & Barry, 2013).

A interação e a integração, propostas pelo ideal de equipe multiprofissional, exige dos profissionais importantes mudanças em suas posturas diante das relações e das práticas. Normalmente esse processo é construído no dia-a-dia e determina muitas tensões, embates e conflitos. É o exercício de compartilhamento de trabalho que fortalece e torna mais tranquila essa relação. A obtenção da integralidade como resultado desse modelo de trabalho é processual e depende da disponibilidade de cada indivíduo em sair de seu conforto e reaprender no trabalho compartilhado dia após dia (Domingos, Nunes & Carvalho, 2015).

Sobre a segunda categoria temática, acerca da participação da gestão municipal nos processos de trabalho em saúde, ambas as equipes relataram ausência de um processo participativo e construtivo. Conforme observado, os profissionais sentem a necessidade de um assessoramento e apoio efetivo como forma de co-responsabilização, bem como necessidade de comprometimento por parte dos gestores. A responsabilização pela gestão do trabalho de equipes como as do NASF-AB, por exemplo, com toda a autonomia que este pressupõe, pareceu não ser suficiente para construir um senso de compromisso compartilhado.

Na gestão de alguns serviços em saúde observa-se ainda a valorização dos processos de trabalho com foco quantitativo em sobreposição ao qualitativo. Neste contexto, predominam contratos entre gestores-trabalhadores-serviços com ênfase na dimensão quantitativa, que compreende número de consultas e procedimentos por período de trabalho, por exemplo. São raros os contratos com base em encargos sobre a população assistida no território que valorizem atividades de referência e contra-referência entre os serviços da rede de saúde, como por exemplo, a co-responsabilização de um serviço de oncologia com a Unidade Básica de Saúde (UBS) que iniciou o rastreamento e detecção de um nódulo. Deste modo, há uma tendência em fragmentar a clínica e limitar o potencial de atuação das equipes multiprofissionais em saúde (Dimenstein, et al., 2009).

Em um panorama político de fortalecimento da Política Nacional de Humanização e da atenção à saúde na rede de serviços da AB, acolher, responsabilizar e criar vínculos não pode ser restringido ao fazer da ESF nas UBS's, e sim devendo permear todo o sistema, os demais níveis de assistência, bem como todas as ações de gerência e gestão, construindo um modelo técnico-assistencial de política em defesa da vida individual e coletiva (Campos & Domitti, 2007).

Sob a perspectiva da Política Nacional de Educação Permanente, as equipes de NASF-AB e RMS reconhecem ser fundamental que trabalhadores e gestores participem das discussões sobre as necessidades sociais e de saúde concretas no

trabalho, desde diagnóstico de situação e demandas da população até construção coletiva de propostas para melhor gerir e organizar os processos de trabalho (Teixeira, et al., 2014).

Assim, os profissionais esperam dos gestores a capacidade de integrar-se e integrar as equipes na realização das atividades e desta forma fortalecer um ambiente saudável para o trabalho, criando elos de confiança e reduzindo conflitos. Faz-se essencial a presença de gestores em saúde que, diante de uma situação conflituosa, demonstrem uma conduta coerente, sejam atuantes, flexíveis e adotem estratégias de cogestão participativa para administrar o processo de trabalho das equipes (Silva, et al., 2016).

5. Considerações Finais

A proposta de trabalho do NASF-AB e da RMS apresenta-se como uma importante estratégia no âmbito da Atenção Primária no sentido de promover uma verdadeira atenção integral. Porém, esta iniciativa de integração e ampliação das ações ainda está enfrentando um processo de inserção recente no município cenário da pesquisa. Além disso, a própria ESF ainda encontra inúmeros entraves em sua efetivação enquanto organizadora das redes de atenção à saúde. Por isso, muitos desencontros ainda emergem no cotidiano dos profissionais das equipes de referência e multiprofissionais, repercutindo na organização e efetividade dos processos de atenção à saúde e de gestão desse trabalho.

O processo de trabalho dos profissionais também ainda se mantém em uma lógica de atuação pautada na noção biomédica de saúde, de atenção individual e especializada. O desenho desse cenário já esclarece muito das dificuldades enfrentadas no dia a dia dessas equipes. A fragmentação das ações corrobora com essa ideia de afastamento do NASF do contexto geral da ESF, por exemplo, caracterizando esses núcleos como equipes que ficam entre a Atenção Primária e a Atenção Secundária à Saúde e, nessa crise de identidade, nada fazem. Esse contexto determina grandes dificuldades para a constituição de práticas interativas que colaborem com a integralidade da atenção.

Apesar de todas essas questões, o trabalho em equipe e a proposta de atuação de ambas as equipes multiprofissionais em saúde são elencados como bastante positivos pelos seus componentes. Um dos frutos desta análise foi a possibilidade de descobrir que a mudança no modelo assistencial e a adesão ao trabalho em equipe multiprofissional não são suficientes quando adotados isoladamente. É preciso que se estabeleçam mudanças mais sólidas e conjuntas capazes de gerar transformações nestes e em outros níveis da gestão e da atenção à saúde.

É válido ressaltar também a necessidade de estratégias inovadoras de educação permanente para a qualificação dos gestores e incentivos aos profissionais das equipes, estratégias essas capazes de capacitar todos os trabalhadores para lidar com as demandas e organizar o trabalho da forma mais efetiva para atender às necessidades. Ou seja, faz-se imprescindível a viabilização de espaços de reflexão e avaliação sobre o processo de trabalho para reconstruir as possibilidades de intervenção de cada categoria.

Acredita-se que a realização de mais estudos envolvendo profissionais das equipes de referência, gestores e a população na coleta de informações sobre os processos de trabalho na ESF com a inclusão do NASF-AB e da RMS podem fornecer subsídios para pesquisas futuras com uma visão mais ampliada da situação, ao incluir outros pontos de vista para a interpretação da inserção desses núcleos e da institucionalização da prática do apoio matricial e também o fortalecimento da intersetorialidade, com políticas públicas mais efetivas.

Referências

Battel-Kirk, B. & Barry, M. M. (2013). Developing competency-based accreditation for health promotion in Europe. *Revista de Medicina*, 92(2), 87-96.

Brasil. Ministério da Saúde. (2008). Portaria n° 154, de 24 de janeiro de 2008: *Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF*. Seção 1, p.38-42. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de mar. 2008.

- Campos, G.W. S. & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 399-407.
- Cardoso, J. P., Vilela, A. B. A., Souza, N. R., Vasconcelos, C. C. O. & Caricchio, G. M. N. (2007). Formação interdisciplinar: efetivando propostas de promoção da saúde no SUS. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, 20(4), 252-258.
- Cunha, G. T. & Campos, G. W. S. (2011). Apoio matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde e Sociedade*, 20(4), 961-970.
- Dimenstein, M., Severo, A. K., Brito, M., Pimenta, A. L., Medeiros, V. & Bezerra, E. (2009). O Apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, 18(1), 63-74.
- Domingos, C. M., Nunes, E. F. P. A. & Carvalho, B. G. (2015). Potencialidades da residência multiprofissional em saúde da família: o olhar do trabalhador de saúde. *Interface-Comunicação, Saúde e Educação*, 19(55), 1221-1232.
- Flick, U. (2009) *Desenho da pesquisa qualitativa*. Artmed.
- Formiga, N. F. B. & Ribeiro, K. S. Q. S. (2012). Inserção do Fisioterapeuta na Atenção Básica: uma Analogia entre Experiências Acadêmicas e a Proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 16(2), 113-122.
- Furtado, J. P. (2007). Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface-Comunicação, Saúde e Educação*, 11(22), 239-255.
- Gil, A. C. (2010). *Como elaborar projetos de pesquisa*. (5a ed.), Atlas.
- Mângia, E. F. & Lancman, S. (2008). Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 19(2).
- Nascimento, D. D. G. & Oliveira, M. A. C. (2007). A política de formação de profissionais da saúde para o SUS: considerações sobre a residência multiprofissional em saúde da família. *REME- Revista Mineira de Enfermagem*, 10(4): 435-439.
- Nascimento, D. D. G. & Oliveira, M. A. C. (2010a). Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O Mundo da Saúde*, 34(1), 92-96.
- Nascimento, D. D. G. & Oliveira, M. A. C. (2010b). Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*, 19(4), 814-827.
- Oliveira, M. M. (2010). *Como fazer pesquisa qualitativa*. (3a ed.), Vozes.
- Reis, M. L., Medeiros, M., Pacheco, L. R. & Caixeta, C. C. (2016). Avaliação do trabalho multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Texto Contexto-Enfermagem*, 24(1): 1-9.
- Sampaio, J., Sousa, C. S. M., Marcolino, E. C., Magalhães, F. C., Souza, F., Rocha, A. M. O., Neto, A. A. S. & Sobrinho, G. D. O. (2012). O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 16(3), 317-324.
- Silva, C. T., Terra, M. G., Kruse, M. H. L. & Xavier, S. M. S. (2016). Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. *Texto Contexto-Enfermagem*. 25(1):1-9.
- Silva, D. R., Oliveira, L. C. & Sampaio, J. L. F. (2011). O processo de territorialização da residência multiprofissional em saúde da família/comunidade, Fortaleza, Ceará, Brasil. *Revista Geográfica de América Central*, Número Especial EGAL: 1-17.
- Siqueira-Batista, R., Gomes, A. P. & Albuquerque, V. S. (2013). Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à(s) lógica(s) do capitalismo tardio? *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(1), 159-170.
- Teixeira, M. B., Casanova, A., Oliveira, C. C. M., Enstgrom, E. M. & Bodstein, R. C. A. (2014). Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saúde em Debate*, 38(especial): 52-68.
- Vieira, J. E. A., Kuduavski, M. M. L. & Bodek, F. M. (2018). Perfil acadêmico de fisioterapeutas atuantes nos NASF-AB dos municípios da região metropolitana de Curitiba. *Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia*. 5(10).