



Práticas colaborativas em núcleos ampliados de saúde da família e atenção básica

Collaborative practices in expanded family health and primary health care centers

Daiene Aparecida Alves Mazza¹, Brígida Gimenez Carvalho², Marselle Nobre de Carvalho³, Fernanda de Freitas Mendonça⁴

¹ Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina (PR), Brasil; ² Doutora em Ciências pelo Programa de Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Professora associada da Universidade Estadual de Londrina (UEL), no Departamento de Saúde Coletiva, Londrina (PR), Brasil; ³ Doutorado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade de Brasília. Professora Adjunta (nível B) do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina (PR), Brasil; ⁴ Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Professora da Universidade Estadual de Londrina (UEL), no Departamento de Saúde Coletiva, Londrina (PR), Brasil.

***Autor correspondente:** Daiene Aparecida Alves Mazza. E-mail: daifisiouel@yahoo.com.br

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar as práticas colaborativas desenvolvidas pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) em três municípios de uma região de saúde do norte do Paraná. Trata-se de um estudo exploratório, de abordagem qualitativa. A metodologia contemplou a definição dos locais e participantes da pesquisa, observação participante e entrevista semiestruturada, realizadas no período de maio a agosto de 2019. Esta pesquisa revelou que os profissionais do NASF-AB desenvolviam práticas colaborativas em seu cotidiano de trabalho. Nesta prática, identificaram-se elementos como existência de objetivos comuns, foco nos usuários, estabelecimento de vínculo, reconhecimento da interdependência entre os membros da equipe. O apoio da gestão e a existência de espaços instituídos de discussão foram fundamentais para a colaboração. As práticas colaborativas desenvolvidas pelo NASF-AB foram produtos de como os trabalhadores reinterpretam as normas vigentes, sendo protagonistas de seu processo de trabalho.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Equipe multiprofissional. Relações interprofissionais. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the collaborative practices developed by the Extended Family Health and Primary Care Nucleus (NASF-AB) in three municipalities in a health region in Northern Paraná. This is an exploratory study, with a qualitative approach. The methodology included the definition of the locations and participants of the research, participant observation and semi-structured interview, carried out from May to August 2019. This research revealed that NASF-AB professionals developed collaborative practices in their daily work. In this practice, elements such as: existence of common objectives, focus on users, establishment of bonds, recognition of interdependence among team members were identified. Management support and the existence of established spaces for discussion were essential for collaboration. The collaborative practices developed by NASF-AB were products of how workers reinterpret the current rules, being protagonists in their work process.

Keywords: Primary health care. Patient care team. Interprofessional relations. Unified health system.

Recebido em Novembro 23, 2020
Aceito em Janeiro 20, 2021

INTRODUÇÃO

No período marcado pela expansão do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS) criou, em 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Essa criação teve o objetivo de ampliar a capacidade de resposta à maior parte das demandas de saúde da população na Atenção Primária em Saúde (APS) e contribuir para a oferta do cuidado integral à população^{1,2}.

A criação do NASF resultou na ampliação e diversificação da força de trabalho na APS, historicamente centrada no médico, enfermeira e cirurgião-dentista. Entre 2008 e 2013, algumas categorias profissionais que praticamente inexistiam na APS - como é o caso de profissionais de educação física e terapeutas ocupacionais, ou outras que já existiam, mas sem grande expressão, como fisioterapeutas, farmacêuticos e nutricionistas - passaram a compor uma equipe de saúde e cresceram taxas superiores a 70%³. 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 APS⁴.

Preconiza-se que a organização do processo de trabalho do NASF-AB seja pautada no referencial do apoio matricial, por relação colaborativa com os profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF) e/ou da atenção básica, baseada na comunicação e nas práticas colaborativas e com foco em ações pedagógicas e assistenciais. 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 outros serviços que compõem a rede de atenção à saúde, definida, neste artigo, como “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde”⁵. 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 profissionais⁶.

Sobre a prática colaborativa, o presente estudo utilizou como referencial teórico as contribuições de D’Amour et.al.⁷, que desenvolveram um modelo organizado em quatro dimensões que são inter-relacionadas e que pode ser usado para analisar a colaboração em sistemas complexos, com formas heterogêneas de interação entre os diversos sujeitos. Tal modelo está fundamentado na proposição de que os profissionais atuam coletivamente a fim de melhorar a qualidade do cuidado aos usuários, mas, concomitantemente, possuem interesses singulares e querem manter um grau de autonomia e independência.

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; 2) internalização, que está relacionada à conscientização dos profissionais sobre suas interdependências e à importância de gerenciá-las, traduz-se 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; 4) governança que se refere às 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 - que devem ser levados em consideração como determinantes dos processos colaborativos⁸.

Apesar de a proposta do apoio matricial possuir uma característica colaborativa, pautada na lógica da cogestão e do apoio para as relações interprofissionais², estudos nacionais desvelam fatores que interferem na integração entre essas equipes, tais como as dinâmicas e formas de organização do trabalho distintas, diferentes exigências de produtividade, demandas distintas de atendimento populacional, diferentes prioridades de ação entre NASF-AB e ESF, e dificuldade de compreensão do trabalho do NASF-AB por parte de integrantes de ambas as equipes^{9,10}. Ademais, estudos internacionais, voltados à investigação do trabalho interprofissional, também relatam desafios relativos à colaboração entre os trabalhadores, citam a dificuldade de comunicação, processos de formação que

não estimulam a integração com diferentes cursos de graduação e aspectos relacionados à dificuldade de compartilhar o espaço de trabalho^{11,12}.

Deste modo, verifica-se que os estudos apresentados apontam desafios e fragilidades do processo de trabalho do NASF, encontrando-se, como lacuna de pesquisa, estudos que explorem as potencialidades do trabalho dessas equipes. 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 APS. Diante disso, esse artigo teve como objetivo analisar as práticas colaborativas desenvolvidas pelas equipes de NASF-AB em municípios que integram a 16ª Regional de Saúde, da macrorregião Norte do Paraná.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, realizado em três municípios da 16ª Regional de Saúde da macrorregião Norte do Paraná. Todos os participantes da pesquisa eram profissionais que integravam 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 uma informante-chave, representada pela coordenadora da Atenção Primária da 16ª Regional de Saúde de Apucarana, a qual possuía conhecimento

do trabalho das equipes NASF-AB nos municípios integrantes dessa região de saúde. Buscou-se identificar equipes de NASF-AB da região que, na visão da coordenadora, mais se destacavam em seu processo de trabalho por realizarem práticas de forma integrada.

O município A, com população de 2.844 habitantes¹³, possuía uma Unidade Básica de Saúde (UBS), uma equipe de ESF 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, atuavam dois enfermeiros, que também exerciam o papel de coordenador geral da unidade e coordenador do NASF-AB.

O município B possuía uma população de 10.601 habitantes¹³ e dispunha de três UBS, com três ESF. O NASF-AB, classificado como modalidade 2, era constituído por um profissional de educação física, três psicólogos, um assistente social e um nutricionista.

O município C apresentava uma população de 134.996 habitantes¹³ e possuía 28 UBS, seis Unidades de Apoio e 41 ESF, divididos em quatro quadrantes. O município contava com três equipes de NASF-AB modalidade 1, compostas por profissionais de educação física, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos, com quatro trabalhadores, em média, por equipe, totalizando 13 profissionais. Cada equipe NASF-AB se responsabilizava por sete a oito UBS e possuía 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.

Diante disso, 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. A observação foi realizada por um das autoras que atua como preceptora da residência de saúde da família e, portanto, conhece o cotidiano dos processos de trabalho das ESF e NASF-AB. Além disso, foi guiada por um roteiro semiestruturado, contemplando a observação sobre o uso de ferramentas tecnológicas pelos profissionais do NASF-AB para a prática do apoio; se são executadas ações de educação em saúde; reuniões de equipe entre os profissionais do NASF-AB, e destes com a ESF; se as ações desenvolvidas pelo NASF-AB são discutidas com as ESF e se há corresponsabilidade pelo cuidado; se ocorre avaliação e monitoramento das ações realizadas; a postura dos profissionais diante do trabalho em equipe e se há estratégias inovadoras no planejamento ou condução das ações clínico-assistenciais e técnico-pedagógicas. A elaboração do roteiro foi norteadas pelos documentos ministeriais¹ e referenciais das práticas colaborativas^{2,6,7}. 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.

Realizou-se também uma entrevista individual com cada um dos dez profissionais dos NASF-AB selecionados, orientada por um roteiro semiestruturado contendo as seguintes questões: Como se dá a relação entre os profissionais do NASF-AB e destes com a ESF? Como é realizada a elaboração das agendas de trabalho da equipe NASF-AB? Como são planejadas e realizadas as atividades pelo NASF-AB? Como é a relação da gestão com o NASF-AB (coordenação, secretário, prefeito)? Quais ferramentas são utilizadas na tentativa de ofertar o cuidado integral aos usuários e às famílias? Existe colaboração no trabalho do NASF? Como ele se manifesta?

O roteiro foi testado anteriormente com profissionais do NASF-AB que não integravam as equipes analisadas. As entrevistas foram realizadas no período de julho a agosto de 2019, e os entrevistados foram identificados como E1, E2, E3... E10.

Para análise de dados, foi utilizado o método de análise de discurso proposto por Martins e Bicudo¹⁴, que abrangeu dois momentos. O primeiro consistiu na análise individual ou ideográfica, realizada em cada um dos discursos. As unidades de significação foram extraídas, interpretadas e, em seguida, realizadas as convergências daquelas que possuíam a mesma interpretação no discurso do entrevistado. O segundo momento correspondeu à análise nomotética, que consistiu na compreensão e articulação dos diversos casos individuais em algo mais geral, procurando-se as divergências, as convergências e as individualidades presentes. Desta forma, baseou-se nas interpretações gerais para a construção das categorias de análise¹⁴.

Esta pesquisa respeitou os preceitos contidos na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde¹⁵, e foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição em que os autores estão vinculados, sob o parecer nº 3.093.051.

RESULTADOS

Dos dez profissionais do NASF-AB que integraram o estudo, três participantes eram nutricionistas, um assistente social, duas 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.

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 de atenção intra e intersetorial, que se constituem em categorias de análise, detalhadas a seguir.

ATIVIDADES INDIVIDUAIS E VISITAS DOMICILIARES

Os trabalhadores dos três municípios analisados apresentavam uma relação de interação e colaboração, tanto entre si quanto com a ESF, 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 cheguei e comentei com o assistente social o que é que estava acontecendo, e ele deu a sugestão do que poderia ser 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 (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, conforme evidenciado na observação participante das atividades realizadas por profissionais do NASF-AB.

Acompanhei uma visita domiciliar realizada pela nutricionista, a partir de um caso discutido com a ACS. Após realizar o atendimento, a profissional retornou à UBS e conversou com a auxiliar de enfermagem sobre a necessidade da troca da sonda uretral, e também solicitou o acompanhamento deste caso pela psicóloga do NASF. Em um segundo momento, já na sala do NASF, a nutricionista comentou com o assistente

social a respeito de um caso, e os dois profissionais combinaram uma visita domiciliar compartilhada para o período da tarde. [...] Chegaram à sala do NASF a ACS da equipe e a profissional de educação física. As duas iniciaram, então, uma conversa a respeito da necessidade de tratamento odontológico para um usuário, e comentaram que, de acordo com a nutricionista, esta mesma criança precisava ganhar peso (Nota de observação - município B).

No cotidiano do trabalho, há problemas, situações e variabilidades que excedem os protocolos, normas, técnicas e que necessitam ser geridas pelo trabalhador para o cumprimento de seus objetivos. 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. Assim, para dar conta das demandas impostas pelo cotidiano e garantir a integração entre ambas as equipes, os trabalhadores se posicionaram, realizaram micro escolhas e estabeleceram entre si alternativas para a manutenção de uma comunicação efetiva e de um trabalho mais colaborativo. 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 ESF, através de telefone celular (ligação e Whatsapp).

Ela [comunicação com a ESF] 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 vêm até a gente (E6).

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

A gente os procura [ESF] regularmente quando há necessidade, e eles também nos procuram. [...] 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).

As falas indicam a presença de um sentimento de pertencimento por parte dos profissionais do NASF-AB em relação à ESF, traduzido pela percepção de uma comunicação fluída, livre acesso e interação entre ambas as equipes, apesar do NASF-AB estar alocado em estrutura física exclusiva.

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 ESF. 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.

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 (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... (E7).

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. Ela permite a troca de informações, o estabelecimento de acordos e a negociação da forma como as responsabilidades serão compartilhadas.

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).

Mesmo com condições que não favoreciam o trabalho interprofissional, os profissionais dessa mesma equipe 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.

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)

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.

ATIVIDADES COLETIVAS

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

Sempre em datas como outubro rosa, novembro azul, setembro amarelo, a gente sempre faz alguma coisa junto [NASF-AB e ESF]. Sempre é feito na campanha de vacinação também. Tem pesagem do Bolsa Família, sempre. O PSE [Programa Saúde na Escola] 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 ESF no seu planejamento e execução, durante a observação de uma reunião de matriciamento, na qual houve a discussão para a realização de uma destas ações, verificou-se que eram norteadas por uma agenda estabelecida pelo nível federal, de maneira verticalizada e muitas vezes destoante das necessidades da população.

Torna-se importante destacar, no município B, a iniciativa dos profissionais do NASF-AB de desenvolver alternativas aos grupos específicos geralmente requeridos pela gestão.

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 da 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).

Os profissionais, ao tomarem a iniciativa de tecer mudanças na configuração das práticas coletivas, foram capazes de alterar a lógica de cuidado, antes focado na doença, para o modelo com o foco nas necessidades dos usuários.

ARTICULAÇÃO COM A REDE INTRA E INTERSETORIAL

A existência de colaboração interprofissional também se manifestou por meio 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 (E4).*

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”. O projeto ocorre a partir da alta demanda de crianças com sobrepeso e desnutrição identificadas 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 e as secretárias de educação e de saúde do município. Notou-se, nesta ocasião, que as pactuações envolveram a formalização dos processos de colaboração por intermédio do registro e esclarecimento das responsabilidades de cada ator envolvido no projeto.

Percebeu-se também que os gestores presentes apoiaram e auxiliaram 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 requer a atuação dos mesmos em horários noturnos, e de que modo este poderia ser inserido no projeto político pedagógico da escola.

No município A, evidenciou-se a existência de reuniões periódicas envolvendo o NASF-AB e a rede intersetorial.

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 por meio da representação da categoria profissional que possui maior afinidade com os temas a serem abordados nas discussões. De acordo com os entrevistados, essas reuniões contribuem para a integração entre os serviços e com possibilidade de responder de forma oportuna às demandas apresentadas pelo território, além de possibilitar o planejamento de ações articuladas entre os serviços.

DISCUSSÃO

Este estudo demonstrou o desenvolvimento de práticas colaborativas pelos profissionais do NASF-AB. Eles permearam as quatro dimensões de colaboração propostas pelo modelo de

D'Amour et.al.⁷, em diferentes contextos de atuação das equipes analisadas.

Os resultados evidenciaram a presença de vínculo e interdependência entre os trabalhadores do NASF-AB e destes com a ESF, por meio da discussão de casos entre os profissionais, principalmente quando a atuação estava relacionada às atividades individuais e visitas domiciliares. Esses elementos são essenciais para um trabalho colaborativo e estão contemplados na dimensão de colaboração “internalização”, proposta por D'Amour et.al.⁷.

Estudos revelam 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^{9,10}. Estudo de revisão sistemática apresentou que as práticas colaborativas são favorecidas em equipes cujos profissionais possuem visão e objetivos compartilhados e se sentem parte dela¹⁶.

Isso também foi apontado em pesquisa realizada por Bispo Júnior e Moreira¹⁷, em que a ESF, por não se sentir apoiada pelos profissionais do NASF-AB, desconsideravam-nos como pertencentes à equipe. A maneira como acontece a relação entre as ESF e NASF-AB, tanto nas atividades individuais quanto nas coletivas realizadas de forma compartilhada, tem a capacidade de interferir nos sentimentos de interdependência e pertença inerentes à dimensão da internalização⁷.

A existência de espaços formais e periódicos de discussão entre o NASF-AB

e a ESF 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 caso⁷. A possibilidade de discussão de casos entre os profissionais apoiadores e destes com a ESF no cotidiano do processo de trabalho condiz com a lógica de apoio matricial, egi de da atuação do NASF-AB. Para Barros et.al.⁸, 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, em que os profissionais do NASF-AB possuíam espaço físico exclusivo para sua atuação, foram pactuados mecanismos de comunicação com a ESF. Essa iniciativa se relaciona à dimensão de colaboração “Governança”, uma vez que dão suporte à inovação no sentido de garantir o diálogo e o vínculo entre os profissionais⁷.

De modo semelhante, o estudo de Silva et.al.¹⁸ apontou que dispositivos capazes de garantir o acesso da ESF ao NASF facilitaram a organização do trabalho, sendo o telefone pessoal dos trabalhadores o principal meio pelo qual a ESF 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 colaborativo¹⁹.

As diretrizes ministeriais preconizam a realização de atividades compartilhadas como parte do processo de trabalho do NASF-AB¹, promovendo a troca de saberes e práticas, na tentativa de romper com o modelo centrado nas ações disciplinares e fragmentadas. Os entrevistados dos municípios A e B relataram o desenvolvimento de atividades compartilhadas em sua rotina de trabalho. Entretanto, no município C, os profissionais relataram dificuldades para realizar atividades compartilhadas, verificando-se uma lacuna entre o trabalho previsto nas normatizações que norteiam o NASF-AB e o trabalho efetivamente realizado, influenciado pelo contexto em que os profissionais do NASF-AB no município C estão inseridos.

Estudo de revisão sobre os fatores macro e micropolíticos que influenciavam o trabalho do NASF aponta que a ausência de infraestrutura adequada, relacionada à disponibilização de espaço físico para a atuação dos profissionais do NASF, assim como a oferta insuficiente de recursos materiais, interferem negativamente para o trabalho interprofissional²⁰, realidade encontrada especialmente no município C.

Seaton et. al.¹¹ destacam que a atuação dos profissionais da APS em um mesmo espaço físico pode oferecer maiores oportunidades para colaboração interprofissional. De acordo com D’Amour

et.al.⁷, 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 saúde²¹, demonstrado, neste estudo, pela utilização de reuniões de matriciamento para a discussão conjunta das demandas e das condutas a serem realizadas a partir da necessidade dos usuários, bem como pela realização de atividades compartilhadas entre os profissionais do NASF-AB e destes com a ESF

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. Assim, a prática colaborativa tem como eixo fundamental a atenção centrada no usuário, apoiando-se em suas necessidades de saúde, sem reducionismo às dimensões de patologia e fisiologia²².

No município C, eram realizadas avaliações periódicas da evolução de usuários encaminhados a atividades coletivas específicas. Denota-se, nesse sentido, a importância do estabelecimento da avaliação como atividade específica de um processo de reflexão crítica, com 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 a repactuação de condutas ou a sua manutenção¹. Esses resultados podem ser associados aos processos colaborativos na dimensão “visão e objetivos compartilhados”⁷, relacionados à existência de objetivos comuns entre esses 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.

Estudo de revisão sistemática, produzido por Mulvale et. al.¹⁶, sugere que as equipes interprofissionais de APS que possuem visão e objetivos compartilhados têm maiores oportunidades de melhorar a colaboração, independentemente do contexto organizacional ou político em que operam.

Os entrevistados do presente estudo referiram o desenvolvimento de atividades coletivas planejadas e executadas em conjunto com a ESF no âmbito da reunião de matriciamento. Em sua maioria, essas atividades são associadas a campanhas propostas pelo nível federal e muitas vezes destoam das demandas locais. 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 equipe⁷.

Ainda em relação às atividades coletivas, este estudo identificou, no município B, a reorganização destas ações pelo NASF-AB em conjunto com a ESF, deslocando o foco da atenção para as necessidades do usuário. Assim, os profissionais, ao tomarem a iniciativa de tecer mudanças na lógica do cuidado, antes focado na doença, para um modelo centrado no usuário, exerceram 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 grupos⁷.

Este estudo apontou a existência de articulação entre o NASF-AB e os demais serviços que integram a rede intra e intersetorial. De modo similar, o estudo de Sousa et.al.²³ 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.

Reeves et. al.²⁴ apontam que, embora o trabalho em equipe tenha sido a conceituação dominante nas últimas duas décadas para designar a efetiva prática

interprofissional, o trabalho em rede é uma conceituação importante adicional para esta prática. Neste sentido, o trabalho colaborativo em rede pode ser muito eficaz para os usuários, especialmente no contexto da atenção básica na qual o trabalho clínico é, em geral, previsível, relativamente não complexo e não urgente.

Outros autores também destacam que a presença de uma comunicação efetiva - entre os profissionais do NASF-AB, ESF 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^{8,9,18}.

Estudos evidenciam que a colaboração interprofissional resulta em melhorias organizacionais e em benefícios ao atendimento do paciente em diferentes serviços de saúde²⁵, particularmente aqueles com necessidades complexas¹⁶, contribuindo para um trabalho mais colaborativo e pautado nas necessidades dos usuários.

No município A, durante uma reunião para pactuação a respeito do desenvolvimento de um projeto intersetorial - entre as nutricionistas do NASF-AB e da educação, a coordenação do NASF-AB e as secretárias de educação e de saúde do município - observou-se o apoio da gestão para o planejamento e a organização da ação, o que define a dimensão de colaboração referente à governança⁷.

O comprometimento do gestor local em relação ao apoio matricial e ao NASF é

determinante para o trabalho interprofissional das equipes^{9,26}, o que foi confirmado nos resultados desta pesquisa, referentes à articulação entre NASF-AB e a rede intersetorial envolvendo os gestores da saúde e da educação no município A. 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 ESF²⁷.

CONCLUSÃO

Ao analisar as práticas colaborativas desenvolvidas pelas equipes de NASF-AB em municípios que integram a 16ª Regional de Saúde, verificou-se que as mesmas ocorrem no cotidiano do trabalho das equipes NASF-AB, tanto entre si quanto com a ESF. Tais práticas foram expressas nos atendimentos individuais, nas visitas domiciliares, no planejamento e na execução de atividades coletivas desenvolvidas intra e intersetorialmente.

A interpretação das práticas realizadas pelo NASF-AB permitiu analisar que as práticas colaborativas se manifestam nas quatro dimensões propostas por D'Amour: objetivos e visão compartilhados, internalização, formalização e governança. A existência de objetivos e visões compartilhadas com foco nos usuários foi evidenciada em práticas envolvendo a tomada de decisões conjuntas

entre os profissionais, tendo como foco as orientações e cuidados centrados nos usuários. Nos momentos em que eram realizadas as discussões de casos, foi possível identificar a presença de vínculo e a apropriação do apoio matricial pelos trabalhadores, atrelada à disponibilidade, confiança, colaboração, estabelecimento de relações horizontalizadas e interdependência entre os profissionais do NASF-AB e destes com a equipe de referência, caracterizando a dimensão da internalização.

A dimensão da governança foi constatada pelo apoio e direcionamento da gestão, bem como a existência de espaços instituídos de discussão, elementos que se mostraram fundamentais para a colaboração interprofissional. Já a dimensão da formalização foi expressa pela operacionalização das reuniões de matriciamento, permitindo a troca de informações, o estabelecimento de negociações e o registro e esclarecimento das responsabilidades de cada ator envolvido em determinada ação.

Pontua-se que o desenvolvimento de práticas colaborativas se mostrou mais favorecida nos municípios de pequeno porte, que integram equipes NASF-AB modalidade 2 e 3. Isso se deve provavelmente por apoiarem um número menor de ESF 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 possuem horários de trabalho distintos em cada UBS.

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. Foi possível verificar que, em determinadas situações, as práticas colaborativas desenvolvidas pelos profissionais do NASF-AB foram renormalizadas, de acordo com o contexto e a infraestrutura disponível, sendo os trabalhadores, protagonistas de seu processo de trabalho.

Conclui-se que este estudo elucida elementos determinantes para que a prática colaborativa ocorra entre os profissionais do NASF-AB e ESF no contexto da APS. Destaca-se que a prática colaborativa é uma importante condição para que a APS cumpra seu papel de atender integralmente os usuários e população do território, articulando ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica n 39. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 10 Jul 2019]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab_39.pdf.
2. Campos GWS, Figueiredo MD, Pereira Júnior N, Castro CP. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface (Botucatu, Online)*. 2014 [acesso em 2020 jan 14]; 18(Supl 1): 983-995. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000500983&script=sci_abstract&tlng=pt.
3. Carvalho MN, Costa EMOD, Sakai MH, Gil CRR, Leite SN. Expansão e diversificação da força de trabalho de nível superior nas Unidades Básicas de Saúde no Brasil, 2008 - 2013. *Saúde debate (Online)*. 2016 jun [Acesso em 23 abr 2020]; 40(109): 154-162. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000200154&lng=en. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610912>.
4. 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). *Diário Oficial da União, Brasília, 22 set 2017. Seção 1, p. 68.*
5. Brasil. Ministério da saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial União, Brasília, 29 jun 2011. p. 1.*
6. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na

- prática interprofissional colaborativa. Interface (Botucatu, Online). 2016 dez [acesso em 2020 jan 14]; 20(59): 905-916. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000400905&lng=en. Epub 13 mai 2016. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0511>.
7. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, Martín-Rodríguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. BMC Health Serv Res (Online). 2008; 8:188.
 8. Barros JO, Gonçalves RMA, Kaltner RP, LS. Matrix support strategies: the experience of two Family Health Support Centers (NASFs) in São Paulo, Brazil. Ciênc. saúde coletiva (Online). 2015 set [acesso em 2019 dez 01]; 20(9): 2847-2856. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000902847&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.12232014>.
 9. Matuda CG, Pinto NRS, Martins CL, Frazão P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. Ciênc. saúde coletiva (Online). 2015 [acesso em 2020 jan 14]; 20(8): 2511-2521. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000802511&script=sci_abstract&tlng=pt.
 10. Nogueira IS, Baldissera VDA. Educação Permanente em Saúde na atenção ao idoso: dificuldades e facilidades do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Esc. Anna Nery (Online). 2018 [acesso em 2020 jan 14]; 22 (2): e20180028. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452018000200211&script=sci_arttext&tlng=pt.
 11. Seaton J, Jones A, Johnston C, Francis K. Allied health professionals' perceptions of interprofessional collaboration in primary health care: an integrative review. J Interprof Care. 2020; 1-12. Epub 16 abr 2020.
 12. Schot E, Tummers L, Noordegraaf M. Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. J Interprof Care. 2020; 34 (3):332-342.
 13. Brasil. Ministério da saúde. População residente segundo região de saúde. 2019 [acesso em 2020 ago 12]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poptpr.def>.
 14. Martins J, Bicudo, MAG. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo (SP): Centauro; 2005.
 15. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Diário Oficial da União. 12 dez. 2012 (acesso em 13 jun. 2019). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
 16. Mulvale G, Embrett M, Razavi, SD. 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. BMC Fam Pract. 2016;17 (1): 83.

17. Bispo Júnior JP, Moreira DC. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: concepções, implicações e desafios para o apoio matricial. *Trab educ saúde*. 2018; 16(2):683-702.0
18. Silva ICB, Silva LAB, Lima RSA, Rodrigues JA, Valença AMG, Sampaio J. Processo de trabalho entre a Equipe de Atenção Básica e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev bras med fam comunidade*. 2017; 12(39): 1-10.
19. Arruda LS, Moreira COF. 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, Online)*. 2018 mar [Acesso em 2020 fev 12]; 22(64): 199-210. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000100199&lng=en. Epub June 12, 2017. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0613>.
20. Mazza DAA, Carvalho BG, Carvalho MN, Mendonça FF. Aspectos macro e micropolíticos na organização do trabalho no NASF: o que a produção científica revela?. *Physis [Internet]*. 2020 jan [Acesso em 2021 Jan 07]; 30(4): e300405. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312020000400602&lng=pt. Epub Dez 14, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312020300405>.
21. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2004. 182 p.
22. Peduzzi M; Agreli, HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface comun. saúde educ*. 2018; 22:1525-1534.
23. Sousa FOS, Albuquerque PC, Nascimento CMB, Albuquerque LC, Lira AC. O papel do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na coordenação assistencial da Atenção Básica: limites e possibilidades. *Saúde debate (Online)*. 2017 dez [Acesso em 13 mar 2019]; 41(115): 1075-1089. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000401075&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711507>.
24. Reeves S, Xyrichis A, Zwarenstein M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *J Interprof Care*. 2018; 32(1):1-3.
25. Gilles I, Filiattaz SS, Berchtold P, Peytremann-Bridevaux I. Financial Barriers Decrease Benefits of Interprofessional Collaboration within Integrated Care Programs: Results of a Nationwide Survey. *Int J Integr Care*. 2020; 20(1).
26. Patrocínio SSSM, Machado CV, Fausto, MCR. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e implementação em municípios do Rio de Janeiro. *Saúde debate (Online)*. 2015 [Acesso em 13 mar 2019]; 39:105-119. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000500105&script=sci_abstract&lng=pt.

27. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica n 27. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [acesso em 10 Jul 2019]. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf.