SANDRA ABREU GHILARDI

**Processo de trabalho das equipes de saúde da família com o núcleo de apoio à
saúde da família: aspectos facilitadores e limitantes**

São Paulo
2018

SANDRA ABREU GHILARDI

**Processo de trabalho das equipes de saúde da família com o núcleo de apoio à
saúde da família: aspectos facilitadores e limitantes**

Versão Corrigida

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Programa Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde, para obter o título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Profº. Dr. Antônio Carlos Frias

São Paulo

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Ghilardi, Sandra Abreu.

Processo de trabalho das equipes de saúde da família com o núcleo de apoio à saúde da família: aspectos facilitadores e limitantes / Sandra Abreu Ghilardi; orientador: Antônio Carlos Frias -- São Paulo, 2018.

142 p.: 30 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Programa de Pós-Graduação Interunidades em Formação Interdisciplinar em Ciências da Saúde. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão corrigida

1. Saúde da família. 2. Assistência à saúde. 3. Atenção primária à saúde. I. Frias, Antônio Carlos. II. Título.

Ghilardi SA. Processo de trabalho das equipes de saúde da família com o núcleo de apoio à saúde da família: aspectos facilitadores e limitantes. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, programa Interunidades, para obter o título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovado em: 19 / 03 / 2018

Banca Examinadora

Prof(a).Dr(a).Simone Rennó Junqueira

Instituição: Faculdade de Odontologia da USP

Julgamento: Aprovada

Prof(a).Dr(a).Julie Silvia Martins

Instituição: Casa de Saúde Santa Marcelina

Julgamento: Aprovada

Prof(a). Dr(a).Érika Miti Yasui

Instituição: Universidade de Guarulhos

Julgamento: Aprovada

AGRADECIMENTOS

A minha família: ao meu pai Ricardo, por todo amor, paciência, compreensão e incentivo durante o tempo do mestrado; a minha mãe Sônia Maria (in memoriam) por todos os infinitos e preciosos ensinamentos deixados os quais carrego comigo e que direcionam minha caminhada na vida; a minha irmã Daniella que não me deixou esmorecer sendo minha amiga e cúmplice nessa caminhada.

Ao Prof. Dr. Antônio Carlos Frias, meu orientador, mestre e amigo, que sempre acreditou no meu potencial e me incentivou a seguir nessa jornada.

Às professoras: Dra. Julie Silvia Martins e Dra. Simone Rennó Junqueira, minha eterna gratidão por toda colaboração.

Às minhas amigas - irmãs Fabiola e Gisele, que estiveram presentes em todas as etapas desse trabalho, me ajudando e incentivando com muito otimismo, amor e amizade... muito obrigada.

A todos os professores do mestrado que abrilhantaram as aulas com tanta riqueza de conhecimento.

Aos colegas de mestrado, pela oportunidade de troca de conhecimento e pela amizade de todos.

Aos profissionais de saúde participantes desta pesquisa, pelas contribuições e disponibilidade e a Organização Social Atenção Primária à Saúde – APS Santa Marcelina pela oportunidade de realização da pesquisa, meu muito obrigado a todos.

*Ninguém nasce feito, é experimentando-nos
no mundo que nós nos fazemos*

Paulo Freire

RESUMO

Ghilardi SA. Processo de trabalho das equipes de saúde da família com o núcleo de apoio à saúde da família: aspectos facilitadores e limitantes [mestrado profissional]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2018. Versão Corrigida.

A atuação das Equipes de Saúde na Atenção Primária em Saúde, estruturam suas ações à população disponibilizando como ferramentas de trabalho o Matriciamento e o Projeto Terapêutico Singular (PTS), para melhorar a produção do cuidado através de uma relação horizontalizada, compartilhada e colaborativa. Este estudo tem como objetivo identificar os pontos facilitadores e limitantes do processo de trabalho entre as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio a Saúde das Famílias (NASF) em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) pertencentes à Atenção Primária à Saúde – APS Santa Marcelina, na região da zona Leste de São Paulo e comparar as diferenças na forma e organização de trabalho entre as equipes. Trata-se de um estudo qualitativo cujos dados foram coletados através de grupos focais e entrevistas individuais, e foram analisados e apresentados pela técnica de análise de conteúdo de Bardin que permitiu observar as características pessoais para o trabalho como: afinidade, conhecimento técnico, compartilhamento do trabalho, confiança e confiabilidade, convivência pessoal e profissional, disponibilidade, perfil individual/ envolvimento e participação / interesse, valorização e vínculo, quanto às características estruturais para o trabalho como atualização, estrutura de trabalho, interação, organização do trabalho, trabalho em equipe e absenteísmo, que representam as diferenças, as facilidades ou as limitações do trabalho dentro do contexto do trabalho em equipe. Assim sendo, foi possível concluir que a presença fixa do NASF na Unidade facilita a prática do trabalho compartilhado entre as equipes tanto nas características pessoais como estruturais de trabalho, na perspectiva da transdisciplinariedade de saberes e da integralidade do cuidado em saúde.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família. Cuidado em saúde. Integralidade Organização de serviço.

ABSTRACT

Ghilardi SA. Work process of the family health teams with the family health support center: facilitating and limiting aspects [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2018. Versão Corrigida.

The work of the Health Teams in Primary Health Care, structure their actions to the population making available as work tools the “Specialist Orientation” and the Singular Therapeutic Project (STP), to improve the production of care through a horizontal relationship, shared and collaborative. This study aims to identify the facilitating and limiting points of the work process between the Family Health Strategy (FHS) and the Family Health Support Center (FHSC) teams in two Basic Health Units (BHU) belonging to Attention Primary Health Care – (APHC) Santa Marcelina, in the eastern region of São Paulo and compare the differences in the form and work organization among the teams. This was a qualitative study whose data were collected through focus groups and individual interviews, and were analyzed and presented by the Bardin content analysis technique that allowed observing the personal characteristics for the work such as: affinity, technical knowledge, work, trust and reliability, personal and professional coexistence, availability, individual profile / involvement and participation / concern, valuation and bonding, as well as the structural characteristics for work such as updating, work structure, interaction, work organization, teamwork and absenteeism, which represent the differences, facilities or limitations of work within the context of teamwork. So it was possible to conclude that the fixed presence of the FHSC in the Unit facilitates the practice of the work shared among the teams in both the personal and structural characteristics of work, in the perspective of the transdisciplinarity of knowledge and the integrality of health care.

Keywords: Family Health Strategy. Health Care. Integrality. Service Organization.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMA	Atenção Médico Ambulatorial
AME	Atenção Médico Ambulatorial de Especialidade
APS	Atenção Primária a Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPS	Centro Atenção Psicossocial
CBO	Código brasileiro de Ocupação
CD	Cirurgião-Dentista
CER	Centro de Especialização em Recuperação
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EAD	Ensino a Distância
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atendimento Domiciliar
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
MAC	Medicinas Alternativas e Complementares
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NIR	Núcleo Integrado de Reabilitação
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde

PIC	Práticas Integrativas e Complementares (PIC).
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde as Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RN	Recém-Nascido
SADT	Serviços de Apoio Diagnostico Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
USF	Unidade de Saúde da Família
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1	SUS	15
2.2	Atenção Primária	16
2.3	Estratégia de Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família	19
2.4	Clínica Ampliada	23
2.5	Trabalho em Equipe - Interdisciplinaridade	24
2.6	Matriciamento	27
2.7	Acolhimento	28
2.8	Projeto Terapêutico Singular	29
3	OBJETIVO	32
3.1	Objetivo Geral	32
3.2	Objetivo Secundário	32
4.1	Natureza do Estudo	33
4.2	Cenário do Estudo	33
4.3	Sujeitos da Pesquisa	34
4.4	Critério de Inclusão	35
4.5	Coleta de Dados	36
4.6	Análise de dados	40
4.7	Aspectos éticos	42
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
5.1	Características pessoais para trabalho	44
5.1.1	Afinidade Pessoal/Equipe	44
5.1.2	Conhecimento Técnico	46
5.1.3	Compartilhamento do trabalho	48
5.1.4	Confiança /Confiabilidade	52
5.1.5	Convivência pessoal e profissional	54
5.1.6	Disponibilidade	56
5.1.7	Valorização	59
5.1.8	Vínculo	62
5.1.9	Perfil Individual / Envolvimento e participação / Interesse	66

5.2	Características estruturais para o trabalho	76
5.2.1	Atualização	77
5.2.2	Estrutura de trabalho	78
5.2.3	Interação	91
5.2.4	Organização do Trabalho.....	96
5.2.5	Trabalho em Equipe.....	107
5.2.6	Absenteísmo	111
5.3	Projeto Educacional: Produto/Encarte.....	114
6	CONCLUSÃO	119
	REFERÊNCIAS.....	123
	APÊNDICES	130
	ANEXOS	136

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) corresponde aos serviços de primeiro contato entre paciente e serviços de saúde com objetivo de cobrir as afecções e condições mais comuns e resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população (Giovanella; Mendonça, 2008).

Por essa razão, tem fundamental importância na organização das Redes de Atenção à Saúde, por ser a porta de entrada e centro de comunicação da rede. Não raro, organiza-se de forma vertical, ou seja, hierárquica, transferindo responsabilidades quando apresenta baixo índice de resolutividade, gerando uma desresponsabilização sobre as pessoas que procuram o cuidado.

Assim, visando um processo de trabalho mais horizontalizado, surgem estratégias para aproximar os níveis de atenção e os equipamentos de saúde, que propiciem uma maior interação entre os níveis especializados e melhor resolutividade na APS (Araújo; Gonçalves, 2015).

Entre as propostas implementadas na construção do sistema de saúde nacional, foi a partir da década de noventa que políticas públicas se uniram em torno da reorganização da atenção básica em saúde, orientada, principalmente, pelo Programa de Saúde da Família, atualmente denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF). Neste cenário, os profissionais da saúde necessitam integrar as dimensões biopsicossociais para o cuidado dos indivíduos, famílias e comunidades com novos modos de agir e de interagir com a prática, a fim de responder às necessidades de saúde das pessoas em suas diferentes dimensões (Ferreira et al., 2009; Gonçalves et al., 2015).

Este cenário nos leva ao desenvolvimento de ações inovadoras, onde o trabalho dos profissionais envolvidos é pouco conhecido e se caracteriza por uma série de incertezas e de variações, tanto no aspecto das condições de trabalho como na diferença no modo de organizar os serviços.

No contexto de ampliar a ESF, em 2008 o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando a rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações, as quais devem ser constituídas por uma equipe multiprofissional. Esta deve atuar conjuntamente com as equipes de saúde da família para compartilhar e apoiar as práticas em saúde, estabelecendo uma atuação intersetorial, com ações interdisciplinares, educação permanente, noção de território, integralidade, participação social, educação popular, promoção da saúde e humanização, o que vem caracterizar um grande avanço da saúde pública (Bonaldi; Ribeiro, 2014).

Entre as formas de organização do processo de trabalho do NASF tem-se o apoio matricial e o projeto terapêutico singular (PTS) que complementam o processo de trabalho da equipe de referência, gerando um suporte assistencial para a produção de uma ação clínica direta ao usuário, bem como, uma ação de apoio educativo para e com toda a equipe.

Assim, a abordagem integral dos indivíduos/famílias é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares e, dessa maneira, pode-se obter um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença (Araújo; Rocha, 2007).

A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos. O acolhimento teria o objetivo de ampliar o acesso dos usuários ao serviço, humanizar o atendimento e funcionar como dispositivo para a reorganização do processo de trabalho (Takemoto; Silva, 2007).

Assim, a saúde da população é que passa a orientar a estruturação da formação dos profissionais da saúde, os quais devem estar aptos para intervir na realidade dos indivíduos ajudando na transformação dos mesmos.

Em uma equipe multiprofissional a articulação refere-se à recomposição de processos de trabalhos distintos e, portanto, à consideração de conexões e interfaces existentes entre as intervenções técnicas peculiares de cada área profissional (Ciampone; Peduzzi, 2000).

É preciso observar, também, como os diversos profissionais interagem entre si e se essa interação possibilita a construção de um projeto que seja compartilhado por todos (Silva, 2005).

O que se espera que aconteça na Estratégia Saúde da Família é que os profissionais sejam estimulados a atuar de forma interdisciplinar, multiprofissional, com responsabilidade integral sobre a população, para a utilização de práticas de saúde inovadoras e com propostas compartilhadas de trabalho.

No entanto, o caminho para construção de práticas compartilhadas de trabalho, bem como as ações de saúde, é árduo e inclui solidariedade, envolvimento, cooperação, articulação de ações e confiança que devem ser bem estabelecidas entre os todos os profissionais responsáveis pelo cuidado em saúde.

Assim, iremos buscar esclarecer nesta pesquisa se as relações de trabalho entre as equipes de ESF e NASF podem sofrer influência ou serem facilitadas pela presença fixa do NASF em uma única Unidade, pois a aproximação e a interação entre os vários profissionais através de um contato diário na Unidade pode ser um fator facilitador do compartilhamento das ações e do cuidado em saúde, além de poder ser relevante para melhoria das relações pessoais e profissionais intra e entre equipes nas Unidades.

Desta forma, o presente trabalho busca identificar os pontos facilitadores e limitantes do processo de trabalho entre equipes da ESF e do NASF, em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pertencentes à Prefeitura Municipal de São Paulo, sob gestão da APS Santa Marcelina localizada na região da zona Leste de São Paulo e também, pretende comparar as diferenças de trabalho entre as equipes NASF que atuam nestes dois serviços, uma vez que a forma de atuação das equipes é diferenciada nestas duas unidades. O foco da atenção se dá na perspectiva da interdisciplinaridade de saberes e a integralidade do cuidado.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 SUS

As bases do sistema atual de saúde no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), foi dada pela VIII Conferência Nacional de Saúde no ano de 1986. As discussões dessa conferência formalizaram as propostas do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), que buscavam mudanças como o direito universal à saúde, o acesso igualitário, a descentralização e a ampla participação popular. Assim, foi produzido um relatório que subsidiou de forma decisiva a Constituição Federal de 1988 nos assuntos de Saúde (Paulus Júnior; Cordoni Júnior, 2006).

O SUS, apesar de ter sido definido na Constituição de 1988, só foi regulamentado em 1990 através das Leis Federais 8.080/90 e 8.142/90 as quais estabelecem novas bases legais para seu desenvolvimento e através da Norma Operacional Básica (NOB 01/96), editada pelo MS, que estabelece as normas operacionais para o funcionamento do SUS (Narvai; Frazão, 2008).

O SUS está assentado em princípios doutrinários (Universalidade, Integralidade, Equidade, Direito à Informação) que conferem ampla legitimidade ao sistema e também em diretrizes organizativas que visa garantir racionalidade ao seu funcionamento, (Regionalização, Hierarquização dos Serviços, Participação Comunitária e integração de ações e recursos). Todos os princípios e doutrinas estão incorporados ao texto constitucional e as leis ordinárias que a regulamentam

O principal objetivo do SUS é formular e implementar a política nacional de saúde visando melhorar as condições de vida da população, prevenir agravos à saúde e garantir acesso equitativo a todos os serviços ofertados como garantia de uma atenção integral e para isso, o SUS oferta ações de promoção, de prevenção e assistências à população. Os serviços básicos de atenção estão sob a responsabilidade dos municípios, organizadas por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidade de Saúde da Família (USF) onde se encontram as Equipes de Saúde da Família (eSF). Os serviços de ambulatorios especializados e a rede hospitalar de média e alta complexidade completam a rede do SUS. Embora toda essa

gama de oferta de serviços, ainda encontramos problemas quanto à qualidade da atenção que é ofertada a população em algumas unidades e dificuldades na integração dos serviços, o que prejudica a integralidade do cuidado e gera repercussões negativas quanto à legitimidade do sistema.

Encontramos grandes desafios no SUS, mas, o maior deles está relacionado às mudanças na organização dos serviços e das práticas de cuidado em todos os níveis de atenção. Há necessidade de mudanças políticas e no processo de gestão que visam assegurar uma atenção de qualidade para as necessidades de saúde da população, deixando para trás a herança de práticas sanitárias tradicionais centradas no modelo curativo, nos hospitais, nos médicos, e ainda voltados à especialização e as práticas assistenciais (Vasconcelos; Pasche, 2008).

2.2 Atenção Primária

A Atenção Primária à Saúde (APS) corresponde aos serviços de primeiro contato entre paciente e serviços de saúde com objetivo de cobrir as afecções e condições mais comuns e resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população.

O marco histórico da APS é a Conferência Internacional sobre a Atenção Primária em Saúde, organizada pela organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), realizada em 1978, em Alma Ata no Cazaquistão, na União Soviética.

Pela Conferência de Alma Ata, a Atenção Primária à Saúde, passa a ser abrangente e é entendida como uma atenção essencial a saúde que deve ser fundada em tecnologias apropriadas e custo-efetivas, com garantia de acesso e de plena participação de pessoas e famílias da comunidade (Giovanella; Mendonça, 2008).

No Brasil, a proposição de atenção primária à saúde entrou na pauta da agenda brasileira na década de 1970 para responder as distintas demandas do ponto de vista da cobertura populacional e da reorientação dos gastos públicos, interiorização dos serviços de saúde, hierarquização e regionalização de atenção médica da época.

Entre as várias estratégias empregadas, no ano de 1985, as Ações Integradas de Saúde (AIS), proposta de organização de serviços básicos nos municípios com base em convênios entre as três esferas de governo, estimularam a integração das instituições de atenção à saúde (Ministério da Saúde, Inamps, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde) na definição de uma ação unificada em nível local. Além disso, propiciou importante ampliação da cobertura de serviços básicos de saúde com a criação de unidades municipais de saúde em grande parte dos municípios brasileiros.

No início, da década de 1990, o Ministério da Saúde formula o Programa de Saúde da Família (PSF) que tinha característica de uma Atenção Primária Seletiva (APS seletiva), porque era um programa focalizado em populações muito pobres com cesta restrita de serviços e baixa articulação com o restante da rede assistencial.

Posteriormente a adoção da Saúde da Família como estratégia na NOB SUS 01/96 deu a APS um caráter mais abrangente, como modelo de atenção básica do SUS o qual deve ser articulada aos demais níveis e orientar a reestruturação do sistema.

Desta forma, como também relata Giovanella e Mendonça (2008), a concepção de atenção primária da Estratégia de Saúde da Família encerra mudanças na organização do modelo assistencial porque preconiza equipe de caráter multiprofissional que trabalha com definição de território de abrangência, adstrição da clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área.

Em 2006, o Ministério da Saúde edita a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) através da portaria ministerial 648/GM de 28 de março, ampliando a concepção da atenção básica ao incorporar os atributos da atenção primária à saúde abrangente, colocando-a como porta de entrada preferencial do SUS e ponto de partida para estruturação dos sistemas locais de saúde. Também é revista a função das unidades básicas de saúde (UBS), considerando as diferentes modalidades segundo o modelo de atenção predominante, UBS com ou sem PSF, e também é

proposto uniformizar o processo de trabalho da equipe multiprofissional e legitimar a expansão do processo de educação permanente dos profissionais da atenção básica, além de reconhecer a Saúde da Família como modelo substituto e de reorganização da atenção básica (Giovanella; Mendonça, 2008).

A Lei 8080/90 que regulamenta o SUS ampliou a concepção de saúde e considerou como fatores determinantes da mesma, a forma de acesso da população aos bens e serviços essenciais para qualidade de vida. Desta maneira os serviços passaram a ser organizados de forma regionalizados e hierarquizados em níveis de complexidades crescentes, a saber: atenção primária, secundária, terciária e quaternária (Bonaldi; Ribeiro, 2014).

A atenção primária refere-se ao atendimento nas UBS e ESF, com a presença de profissionais generalistas e com pequeno aparato tecnológico; atenção secundária refere-se a centros de especialidades e Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) com equipamentos e profissionais mais especializados e atenção terciária refere-se ao atendimento hospitalar, especialistas e equipamentos de alta complexidade (Solla; Chioro, 2008).

Já o conceito de atenção quaternária é novo e refere-se a técnicas e práticas qualificadas e personalizadas do cuidado como, por exemplo, a prevenção de hipermedicalização, e refere-se também ao uso de técnicas alternativas como acupuntura ou homeopatias, as chamadas Medicinas Alternativas e Complementares (MAC) ou Práticas Integrativas e Complementares (PIC) (Tesse, 2012).

A Atenção Primária à Saúde (APS) passa a ser responsável por ordenar o cuidado da saúde dos indivíduos, famílias e comunidade e é considerada a porta de entrada do sistema. Esse nível de atenção, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) deve entender os sujeitos em sua singularidade e complexidade, compreendendo seu contexto sociocultural para direcionar um olhar mais integral aos vários fatores que comprometem as possibilidades de uma vida saudável (Bonaldi; Ribeiro, 2014).

A APS pode ser compreendida como uma tendência de inverter a priorização das ações de saúde desintegrada, curativa e centrada no médico, para uma abordagem preventiva e promocional, integrada com os demais níveis de atenção

(secundário e terciário) através de uma construção coletiva com outros profissionais de melhores condições de saúde (Starfield, 2002; Andrade et al., 2008).

No Brasil, a implantação de uma atenção primária abrangente ainda contrapõe as constantes pressões, principalmente de caráter operacional a uma atenção primária focalizada e seletiva.

A reorganização do sistema de saúde brasileiro voltado a uma atenção primária à saúde mais abrangente, condutora de um processo de atenção com boa integração de rede de serviços, nos direciona a uma perspectiva de redução de desigualdades sociais e regionais no acesso e utilização de serviços de saúde e contribui para efetivar o direito à saúde em nosso país (Giovanella; Mendonça, 2008).

2.3 Estratégia de Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surgiu como uma política prioritária do Estado brasileiro, dentro de um contexto rico de influências institucionais como a evolução do SUS, as experiências inovadoras de atenção à saúde, o perfil epidemiológico brasileiro com muitas desigualdades e a pressão política internacional diante da popularidade da APS.

Dentro desse contexto, a ESF conseguiu aumentar o acesso à atenção primária da população brasileira (universalidade de acesso), consolidou o processo de municipalização e facilitou o processo de regionalização (descentralização política e administrativa) entre os municípios adjacentes, além de coordenar a integralidade da assistência à saúde e organizar a participação popular das comunidades, processos estes embasados nos princípios doutrinários do SUS. Portanto, a ESF resultou de um processo lento e contínuo de tensões com o modelo hegemônico tecnicista, hospitalocêntrico e medicalocêntrico de assistência à saúde (Andrade et al., 2008).

A ESF é exemplo de um trabalho de uma equipe multiprofissional, que surgiu em 1994 como proposta do Ministério da Saúde para a reestruturação dos serviços de saúde com o compromisso de prestar assistência integral à população, na unidade

de saúde e no domicílio, de acordo com as necessidades das quais essa população precise ou esteja exposta.

A ESF é composta no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e os agentes comunitários de saúde e, quando da presença da equipe bucal, poder ser Tipo I- composta por um cirurgião-dentista (CD) e um auxiliar de saúde bucal (ASB) ou então ser do Tipo II- um cirurgião-dentista (CD), um auxiliar de saúde bucal (ASB) e um técnico em saúde bucal (TSB) os quais devem prestar assistência à comunidade através de uma abordagem interdisciplinar (Oliveira; Spiri, 2006).

Cada equipe de ESF é responsável por uma área onde residem entre 600 a 1000 famílias e com limite máximo de 4000 habitantes que passam a ter corresponsabilidade no cuidado à saúde. Através da ESF, aproxima-se da saúde das famílias e com isso melhora a qualidade de vida da população (Brasil, 2010)

Assim, a ESF pode ser considerada um modelo coletivo de atenção primária, construído no âmbito de um sistema de saúde público e universal e de grande relevância uma vez que o impacto da ESF na saúde dos usuários do SUS, depende da integração entre as várias redes de atenção à saúde.

O perfil epidemiológico do Brasil antes da disseminação da ESF era de profundas desigualdades regionais, doenças infecto-contagiosas, além da falta de comprometimento político com as ações de promoção de saúde. Neste contexto, a ESF surgia como proposta de centralizar nas áreas de risco, as ações primárias de saúde e expandir o acesso aos serviços de APS para superação das iniquidades de acesso à saúde.

Andrade et al. (2008), acreditam que no Brasil, o SUS poderá ser um sistema de saúde baseado na APS, como o que vem ocorrendo na ESF, considerando-se seus princípios doutrinários e organizativos, assim como os componentes que determinam a implantação da ESF, por caracterizarem os valores propostos de um sistema baseado em APS. Tudo isto, graças à prioridade que vem sendo dada pelo SUS no Brasil entre entes federados brasileiros sejam da União, dos estados e dos municípios para efetivação da ESF.

Integrada com as equipes de Saúde da Família temos os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) criado pelo Ministério da Saúde mediante Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações.

O NASF não é porta de entrada do sistema de saúde para o usuário mas apoio às equipes de ESF e através de um conjunto de profissionais de áreas de conhecimento distintos, compartilham práticas em saúde no território de responsabilidade das equipes de ESF (Brasil, 2010).

Atualmente regulamentados pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, o NASF configura-se como equipe multiprofissional que atua de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde.

Esta atuação integrada permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares, permite a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde.

Poderão compor os NASF as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO): 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 sanitaria. Ou seja, um profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduada diretamente em uma dessas áreas citadas (Brasil, 2008).

Com a publicação da Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012, o Ministério da Saúde criou uma terceira modalidade de conformação de equipe: o NASF 3,

abrindo a possibilidade de qualquer município do Brasil faça implantação de equipes NASF, desde que tenha ao menos uma equipe de Saúde da Família.

Desta forma, o NASF passa a ter as seguintes modalidades: NASF 1, que pode apoiar entre cinco Equipes de Saúde da Família (eSF) e/ou equipes da Atenção Básica (AB), por exemplo população de rua ou ribeirinha; NASF 2, apoio a três e quatro eSF e/ou AB e NASF 3 que apoia entre uma e duas eSF e /ou AB, sendo todas essas equipes direcionadas a populações específicas. Estas modalidades também se diferem quanto ao número de profissionais na composição das equipes (Gonçalves et al., 2015).

A composição de cada equipe NASF é definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos, das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas (Brasil, 2008).

O NASF deve atuar de forma integrada com as eSF porque ele não é porta de entrada do sistema de saúde e para tal, utiliza como estratégia de trabalho o apoio matricial, a clínica ampliada, o projeto terapêutico singular (PTS) e o projeto de saúde no território (PST).

O apoio matricial é a principal estratégia utilizada pelo NASF e tem como objetivo assegurar a retaguarda especializada às equipes de saúde da família, o que pode ocorrer através da assistência em saúde especializada individual, oferecida em situações clínicas complexas diante acordo entre equipes (NASF e eSF) ou através do apoio técnico pedagógico que os profissionais NASF desenvolvem com as eSFs que consiste em uma ação de troca de saberes e experiências entre as equipes a partir de um caso clínico específico ou alguma questão teórica de interesse e necessidades comuns (Gonçalves et al., 2015).

A organização do trabalho do NASF tem como foco o território, o atendimento interdisciplinar e compartilhado com troca de saber, capacitação e responsabilidade mútua e todas essas experiências podem ocorrer através de diversas metodologias como discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações, atendimentos conjunto, entre outros.

O apoio matricial e o compartilhamento de responsabilidades são aspectos centrais da missão do NASF e a integralidade é a principal diretriz praticada, pois

amplia o horizonte de intervenções sobre problemas (Brasil, 2010). A proposta do NASF é ainda bastante nova e pioneira no Brasil e o trabalho ainda está em processo de consolidação (Gonçalves et al., 2015).

2.4 Clínica Ampliada

A Clínica Ampliada surge como ferramenta de articulação e inclusão de diferentes enfoques e disciplinas, lembrando que o trabalho em saúde possui três enfoques; o biomédico, o social e o psicológico, e que há uma tendência a se valorizar um ou outro problema bem como, algum tipo de solução o que muitas vezes ocorre de forma excludente. Em alguns momentos e em situação singular, poderá ocorrer a necessidade de escolhas de um tema ou enfoque, porém, isso não representa a negação de outros enfoques e possibilidades de ação (Brasil, 2009). A clínica individual ou coletiva ampliada deve reconhecer nos sujeitos não somente o que ele apresenta de igual no diagnóstico, mas principalmente o que se destaca de diferente, de singular o que nele pode ser expresso por sinais e sintomas de modo particular e isto pode levar a uma intervenção mais pactuada e com variedade de possibilidade de ação e participação dos usuários. Isso tudo exige do profissional de saúde um exame permanente dos próprios valores porque muitas vezes o que pode ser bom e correto para o profissional, pode não ser para o usuário, podendo ainda estar contribuindo de forma negativa para o seu adoecimento. Assim, o compromisso ético com o usuário deve levá-lo a enfrentar ou ao menos perceber as influências e causas externas do seu adoecimento (Carvalho; Cunha, 2008).

Na saúde coletiva, ampliar e compartilhar a clínica implica na construção de processos de saúde entre serviços e comunidade, de forma participativa conjunta e negociada. Um exemplo é a Política Nacional de combate à AIDS que ao procurar os movimentos sociais (sujeitos coletivos) como parceiros de luta no combate à doença, substituíram as campanhas baseadas no medo por campanhas instrutivas, que apostam na vida e na autonomia das pessoas.

Na clínica ampliada, não se desvaloriza nenhuma abordagem disciplinar, ao contrário, procura-se integrá-la para garantir um manejo mais eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que necessariamente é transdisciplinar, e, portanto, multiprofissional. Cria-se um contexto favorável para se falar de sentimentos relacionados a temas e atividades não restritas a doença ou ao núcleo profissional. Assim, para clínica ampliada é importante saber além do que o sujeito apresenta de igual, o que ele apresenta de diferente, de singular, incluindo os sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo (Brasil, 2009).

Dentre os novos instrumentos utilizados na clínica ampliada na busca por resultados mais eficientes, temos a escuta, o vínculo e afeto, o diálogo e a informação.

A clínica ampliada além de gerar autonomia nos indivíduos, também tem a capacidade de equilibrar e combater a doença em prol da vida porque propõe aos profissionais ajudarem as pessoas a encontrar saída frente a uma situação imposta por certos limites de saúde. Algumas pessoas enxergam sozinhas a solução, mas outras necessitam de algum tipo de ajuda para entender que a doença ou sofrimento, muitas vezes continuam a existir, mas podem gerar novas possibilidades de vida (Carvalho; Cunha, 2008).

Portanto, para efetivação da clínica ampliada se faz necessário transformar no cotidiano o modo de fazer e pensar saúde, saindo de um processo de alienação para experimentar novas formas de organizar as instituições de saúde, superando práticas tradicionais e administrativas que reduzem os profissionais a recursos humanos e instrumentos prestadores de serviços.

2.5 Trabalho em Equipe - Interdisciplinaridade

Segundo Ciampone e Peduzzi (2000) há uma diferença significativa entre trabalho em grupo e trabalho em equipe. Um grupo, é formado por conjunto de pessoas que se reúnem num determinado espaço e lugar, com objetivo em comum, contudo não há a formação de vínculo entre as pessoas. O vínculo pressupõe um

processo de comunicação entre seus integrantes e implica na existência de um emissor, um receptor, uma codificação e decodificação de mensagens.

Já na equipe, há uma relação recíproca entre trabalho e interação, tornando - se assim uma prática em que a comunicação entre os profissionais faz parte do exercício cotidiano do trabalho e os agentes operam a articulação das intervenções técnicas por meio da mediação simbólica da linguagem.

Desta maneira, hão de serem consideradas duas dimensões inerentes ao trabalho em equipe: articulação das ações e a interação dos profissionais.

Sabendo que o trabalho em saúde desde a década de setenta tende a ser individualizado e fragmentado, preconiza-se o trabalho em equipe como alternativa de recomposição dos trabalhos especializados na direção da integralidade.

Entende-se que as equipes são construídas no transcorrer do processo coletivo de trabalho e têm uma plasticidade, podendo variar sua composição, duração e dinâmica de trabalho em função de maior eficácia e efetividade dos cuidados e da qualidade da prestação de serviço (Peduzzi et al., 2009).

Na atualidade há um consenso em torno do trabalho em equipe, mas ainda persiste e predomina a noção de que trabalho em equipe se restringe a coexistência de vários profissionais no mesmo espaço físico e mesma clientela, porém sem interação na busca de assegurar integralidade da atenção à saúde.

A ideia de equipe de saúde tem respaldo na atenção integral ao paciente, levando-se em contas os aspectos preventivos, curativos e de reabilitação, que deveriam ser contemplados a partir dos conceitos de processo saúde-doença, de história natural das doenças e da estratégia de integração, contudo, continua centralizada no trabalho médico, onde os demais trabalhos especializados se agregam.

Segundo Ferreira et al. (2009), ao olharmos os diferentes modos de relacionamento do trabalho multiprofissional, constataremos que as relações profissionais ocorrem através de diferentes interações disciplinares e estão estabelecidas nos seguintes níveis de agrupamento: multidisciplinaridade; pluridisciplinaridade; interdisciplinaridade; transdisciplinaridade.

O trabalho multidisciplinar traz várias disciplinas propostas simultaneamente, sem deixar transparecer diretamente as relações entre elas, no caso temos vários profissionais reunidos, trabalhando isoladamente, onde a ausência de uma articulação não representa a ausência de relação entre os profissionais.

Na pluridisciplinaridade ocorre a justaposição das várias disciplinas, geralmente nos mesmos níveis hierárquicos e agrupados de forma que apareçam as relações entre elas; onde há cooperação sem coordenação, ou seja, a cooperação não é automática, mas se estabelece contatos entre os profissionais.

Em contrapartida, temos na interdisciplinaridade, um grupo de disciplinas conexas e definidas em um nível hierárquico imediatamente superior - o que introduz a noção de finalidade - onde há dois níveis e objetivos múltiplos com a coordenação advinda de nível superior. Citamos como exemplo, uma equipe formada por pediatra, psiquiatra, psicólogo, assistente social e enfermeira, onde o que prevalece é o saber médico, cabendo a coordenação e tomada de decisão a estes profissionais.

E, na transdisciplinaridade, a coordenação de todas as disciplinas é interdisciplinar, centra-se em um sistema de níveis e objetivos múltiplos, com sistemas comuns. Assim para se caracterizar transdisciplinar é preciso que todos os profissionais estejam reciprocamente situados em sua área de origem e na área de cada um dos demais colegas.

O trabalho multiprofissional com caráter transdisciplinar exige humildade e disponibilidade, onde cada profissional descubra interesse e curiosidade pela área do colega, pois é em suma um movimento de reconhecimento de posições diferentes em relação a um mesmo objeto, tornando-se um desafio para os membros da equipe, não permitindo a centralização de poder e sim a uma ajuda recíproca das dificuldades, com a exposição de ferramentas de trabalho, de teorias, entendimento dos casos e claro, a própria exposição.

2.6 Matriciamento

O Matriciamento é uma estratégia que busca a interação entre diferentes profissionais e disciplinas que compõem a atenção em saúde, constituindo um novo arranjo organizacional do sistema de saúde para gestão do trabalho. A equipe de apoio NASF é composta por trabalhadores de várias profissões de saúde, sem contato direto com o usuário e que oferecem suporte assistencial e técnico-pedagógico a uma ou mais Equipe de Referência e atua como referência para o cuidado em saúde de um determinado grupo de pessoas, por exemplo, a Equipe de Saúde da Família com área delimitada de abrangência de uma determinada população.

Assim, o matriciamento ou apoio matricial se realiza primeiro através de suporte assistencial que se realiza através de uma ação clínica direta aos usuários de forma compartilhada entre os profissionais das equipes de referência e os da equipe de apoio que buscam conjuntamente a melhor condução terapêutica no caso, pois os profissionais APS conhecem muito sobre a pessoa, a família e o território e os profissionais de apoio, trazem conhecimentos próprios de sua especialidade, e segundo através de suporte técnico-pedagógico que produz uma ação de apoio educativo com e para a equipe os quais podem e devem se misturar em diversos momentos.

Através das discussões de caso e temas exerce-se a dimensão técnico-pedagógica de forma a compartilhar conhecimento de uma área específica com a equipe de referência para que esta possa lidar e possa fazer deste conhecimento um conhecimento comum a todos (Brasil, 2010; Araújo; Gonçalves, 2015).

O Matriciamento pode ser realizado entre os vários profissionais que compõem a equipe de Atenção Primária (ESF ou UBS tradicionais). Também pode ser realizado com o NASF que desempenha importante papel na articulação das redes de atenção à saúde e na ampliação das possibilidades e ofertas de cuidado das equipes de ESF e com outros profissionais das Redes de Atenção à Saúde como exemplo dos CAPS- Centro de Atenção Psicossocial ou equipes de atenção domiciliar do território (EMAD) para pacientes restritos à domicílio.

A reunião de equipe e a discussão de casos é uma das ferramentas mais comuns do matriciamento, pois nesse momento os vários profissionais com saberes distintos, constroem uma compreensão do processo saúde–doença-cuidado, e atingem uma visão mais ampliada e integral da situação para construção de projetos terapêuticos. A confidencialidade não pode ser esquecida nas discussões assim como a possibilidade de escuta e fala de todos os envolvidos e o levantamento de como os casos atingem os profissionais de saúde.

Portanto, a transformação da realidade de trabalho de equipes interdisciplinares e da relação com as pessoas e comunidades, encontra no matriciamento um importante aliado. É importante para o desenvolvimento do apoio matricial na APS, a facilitação de espaços de treinamento e de educação permanente, de forma conjunta entre os profissionais das equipes da APS e de apoio, com participação efetiva dos gestores nesse processo uma vez que cuidados compartilhados envolvem mudanças no processo de trabalho de todos os profissionais participantes (Araújo, Gonçalves, 2015).

2.7 Acolhimento

O acolhimento que se vem realizando ao longo da história e ainda é exercido nos dias de hoje, está voltado à realização de triagens na lógica biomédica, com ausência de trabalho em equipe e apenas a garantia de acesso aos serviços de saúde, sem, contudo garantir a qualidade do cuidado, o que faz perdurar um modelo técnico-assistencial voltado à produção de procedimentos, mesmo a frente de uma prática clínica em processo de degradação (Carvalho; Cunha, 2008).

Desde a década de 1990 vem se utilizando o arranjo Acolhimento/Porta de Entrada em várias instituições, com o objetivo de garantir o acesso dos usuários ao serviço e ao mesmo tempo desencadear processos que direcionem as mudanças nos modelos assistenciais e de gestão existentes. A função dessa nova Porta é responder de forma criativa aos problemas que aparecem, garantindo o acesso, a boa qualidade do atendimento e priorizando os casos mais necessitados ou seja resolvendo ao máximo todos os problemas que surjam e assegurando o encaminhamento destes

quando necessário. Desta forma tem-se conseguido diminuir a demanda reprimida na rede básica, evitando-se filas, reclamações e queixas da população (Carvalho; Cunha, 2008).

O acolhimento visa à melhoria das relações dos serviços de saúde com os usuários. Está baseada também em um direito constitucional dos indivíduos que é o direito de acesso aos serviços de saúde, onde a APS é a porta de entrada do serviço.

Desta forma, a proposta de acolhimento no Brasil sugere formas de atenção à demanda espontânea que não significa maior acesso as consultas e sim, um elo entre as necessidades do usuário e as várias possibilidades de cuidado.

Assim, o acolhimento passa a ser mais que uma triagem qualificada ou escuta interessada e passa a ser um conjunto formado por: atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas, que visam ampliar a capacidade da equipe de saúde em responder as demandas dos usuários, diminuindo a centralidade das consultas médicas e melhor utilização do potencial dos demais profissionais.

Implica em integração horizontal e vertical no sistema de saúde, criando mecanismos que permitem identificar e acionar os recursos que são necessários para responder de forma adequada cada problema identificado (Solla, 2005).

2.8 Projeto Terapêutico Singular

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) são propostas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, resultado de uma discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário, normalmente dedicado a situações mais complexas. Utiliza-se o tema singular ao invés de individual como também é conhecido, pois pode ser feito para grupos ou famílias e não só individualmente, além de reafirmar que o projeto busca a singularidade, ou seja, a diferença como elemento central de articulação (lembrando que diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e diminuir as diferenças como no caso dos hipertensos, diabéticos, etc.) (Brasil, 2009).

Os projetos terapêuticos singulares conseguem dimensionar a resposta das pessoas frente às suas necessidades de saúde e por isso é muito importante que a clínica compreenda o processo saúde-doença de forma ampliada diante do sofrimento, agravo ou doença vivenciada por estes sujeitos através de um tratamento integral e de projetos terapêuticos específicos que ajudam a entender as implicações de saúde dos usuários (Carvalho; Cunha, 2008).

O PTS é, portanto, a reunião de toda uma equipe onde todas as opiniões são importantes, pois ajudam a entender o sujeito que demanda algum cuidado em saúde, bem como, definir as propostas de ação. A reunião de equipe é um espaço para diálogo, onde todos têm direito à voz e opinião e não apenas um lugar para distribuição de tarefas. Deve-se criar um clima fraterno, com troca de opiniões, inclusive críticas, associado à objetividade nas reuniões, mas, isso exige um aprendizado de todas as partes. As discussões para construção e acompanhamento do PTS também são excelentes oportunidades para a valorização dos trabalhadores da equipe de saúde.

Outra utilidade dos encontros de PTS é o matriciamento com outros especialistas e à medida que a equipe percebe seus limites e dificuldades, condição essa de aprendizado e superação, pode pedir ajuda, sendo portanto, um potente espaço de formação permanente. Mas, para que as reuniões funcionem, é necessário construir um clima favorável ao diálogo, onde todos aprendam a falar e ouvir, inclusive críticas. É preciso que tenha um clima de liberdade que permita pensar “o novo” onde sentimentos e pensamentos possam ser livremente expressados (Brasil, 2009).

Para realização do PTS precisamos identificar as necessidades e demandas do usuário, avaliar a vulnerabilidade direcionando o olhar para os fatores de riscos que as pessoas enfrentam, assim como, os fatores de proteção que poderão ser potencializados. Para auxiliar nesse processo podemos usar instrumentos gráficos como Genograma e Ecomapa (Araújo; Gonçalves, 2015).

Acredita-se que através do PTS a pessoa tenha a capacidade de mudar sua relação com a vida e com a própria saúde e a equipe pode abrir-se para o novo e imprevisível para lidar com as ansiedades que essa proposta traz e em situações de igualdade enxergar as diferenças e em situações de pouco fazer, encontrar muito trabalho, mas, deve lembrar que somente o usuário ou coletivo é que dirá aonde quer ir, negociando ou rejeitando as ofertas da equipe de saúde (Brasil, 2009).

Projeto de Saúde no Território

O PST é uma estratégia das equipes ESF e NASF, com o objetivo de desenvolver ações efetivas para produção de saúde em um determinado território e através da articulação de serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais como investimento na qualidade de vida e autonomia dos sujeitos e comunidade.

Inicia-se pela identificação da área e/ou população vulnerável ou em risco e posteriormente elabora-se um entendimento mais detalhado da situação ou necessidade de saúde o que é realizado sobre responsabilidade da equipe da saúde, ou seja da ESF com apoio do NASF.

O PST deve estar embasado na promoção de saúde, na participação social e na intersetorialidade, existência de demanda e espaços de discussão para análise e estabelecimento de estratégias de ação e pactuação de responsabilidades entre equipes, comunidade, lideranças locais, membros políticos entre outros.

Assim PST catalisa ações locais buscando melhorar a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade do território (Brasil, 2010).

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

Identificar e apresentar os pontos facilitadores e limitantes no processo de trabalho entre as equipes de referência da Estratégia Saúde da Família e as equipes de apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, em duas Unidades Básicas de Saúde da zona Leste do município de São Paulo, na perspectiva da transdisciplinaridade de saberes e da integralidade do cuidado.

3.2 Objetivo Secundário

- Apontar diferenças no processo de trabalho realizado entre as equipes, tendo em vista que uma equipe do NASF trabalha e apoia apenas uma UBS e outra equipe do NASF trabalha e apoia mais de uma UBS.
- Oferecer à APS Santa Marcelina subsídios para potencializar o processo de trabalho entre as equipes.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Natureza do Estudo

Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo , conduzida por quatro grupos focais e três entrevistas individuais . A pesquisa qualitativa, tem como características gerais compreender um fenômeno em profundidade e para isso, realiza descrições, análises e interpretações de caráter subjetivo, por isso é mais descritiva e o investigador é o instrumento principal. É uma pesquisa de caráter mais participativo e menos controlável, pois os elementos da pesquisa podem orientar o caminho da pesquisa, mediante interação com o pesquisador (Alvântara; Vesce, 2008).

4.2 Cenário do Estudo

A coleta de dados foi realizada através de quatro grupos focais e três entrevistas individuais em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de São Paulo que se encontram sob a gestão da APS Santa Marcelina.

A Casa de Saúde Santa Marcelina em 2001 participou da implantação da Organização Social (OS), primeiro na zona leste e depois nas regiões norte e sul. A instituição teve importante papel na reorganização da Atenção Básica, ao fazer parceria com a Secretaria Municipal de Saúde para as subprefeituras de Cidades Tiradentes, Ermelindo Matarazzo, Guaianases, Itaquera, Itaim Paulista , São Miguel e São Matheus.

A Organização Social modernizou os processos gerenciais da rede de saúde, proporcionando maior agilidade e melhoria na prestação de serviços. Sua denominação é feita com base na legislação Municipal (Lei nº 14.132 – Decreto nº 47012), que atende aos princípios do SUS: legalidade, impessoalidade, moralidade e economicidade, além de suas diretrizes, o que garante atendimento preconizado pelo Sistema à população.

Em 1996 o Programa de Saúde da Família foi implantado na zona leste de São Paulo em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde e no ano de 2001 com a Secretaria Municipal de Saúde. As 255 equipes de ESF estão sob orientação da APS Santa Marcelina sendo 56 pertencentes à região do Itaim e as outras estão distribuídas nas demais subprefeituras. Cada equipe é responsável por 600 a 1000 famílias em média.

A Microrregião do Itaim Paulista, sede de interesse da pesquisa conta com os serviços de 11 Unidades Básicas de Saúde com Estratégia Saúde da Família (UBS com ESF); 04 Atendimento Médico Ambulatorial (AMA); 01 Atendimento Médico Ambulatorial de Especialidades (AME); 01 Núcleo Integrado de Reabilitação (NIR); 01 Centro de Apoio Psicossocial (CAPS); 08 Equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) sendo 2 Fixas e 6 Móveis; 01 Residência Terapêutica.

As duas Unidades Básicas de Saúde/UBS com ESF e NASF que participaram da pesquisa, funcionam das 7hs às 17hs diariamente.

Uma delas (UBS A) é composta por 6 equipes de ESF, 1 equipes de saúde bucal Tipo I com 1 cirurgião–dentista (CD) e uma auxiliar de saúde bucal (ASB) e uma equipes de apoio (NASF) chamada fixa por trabalhar em uma única Unidade Básica de Saúde.

A outra (UBS B) possui 5 equipes de ESF e 1 bucal e também é apoiada por uma equipe NASF, chamada móvel porque apoia mais de uma Unidade Básica de Saúde

4.3 Sujeitos da Pesquisa

Os participantes da pesquisa são os profissionais que desempenham suas atividades na atenção básica, sob gestão da Organização Social APS Santa Marcelina, localizada na zona leste da cidade de São Paulo, especificamente os profissionais das duas equipes do NASF que fazem apoio matricial nas UBS com ESF, as respectivas gerentes dessas duas unidades e a Coordenadora do NASF da região.

Considerando que existem 6 equipes de saúde da família na UBS A e outras 5 equipes na UBS B, por sorteio simples (aleatório) foi selecionado duas equipes de ESF, uma de cada UBS para participar da pesquisa. Cada equipe de ESF selecionada era composta, por 9 profissionais cada, totalizando 18 profissionais e as equipes do NASF era composta por 6 profissionais cada, totalizando 12 profissionais.

Portanto, considerando as 2 gerentes mais 1 Coordenadora foi selecionado para esta pesquisa uma amostra com número total de 33 integrantes.

A participação na pesquisa ocorreu através de uma abordagem inicial via fone entre a pesquisadora, os gerentes das Unidades e a Coordenadora NASF.

Posteriormente, foi marcado dia e hora para que a pesquisadora fosse até as duas Unidades para esclarecer sobre a realização da pesquisa e levar os Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para serem encaminhados, lidos e assinados por todos os participantes da pesquisa. Neste mesmo dia foi realizado o sorteio das equipes de ESF, ficando sorteada a equipe 1 da UBS A e a equipe 3 da UBS B para participar da pesquisa. O dia e o horário para a realização dos grupos e entrevistas, também foram combinados e agendados com bastante antecedência pelas gerentes.

4.4 Critério de Inclusão

Para participar da pesquisa os profissionais das ESF deveriam fazer parte das equipes de saúde da família sorteadas e os profissionais do NASF deveriam ser aqueles que dão apoio às equipes de saúde da família.

Além destes profissionais, foram entrevistados o Coordenador do NASF e os gerentes das unidades.

4.5 Coleta de Dados

Para a realização da coleta de dados foi realizada uma visita técnica prévia nas Unidades de estudo com o objetivo de se aproximar e de conhecer o funcionamento e a dinâmica de trabalho dos profissionais da ESF e do NASF, para entender como o serviço se organizava a partir das reuniões das equipes, visando uma maior aproximação com o tema da pesquisa.

O interesse em participar das reuniões decorreu do objetivo a ser perseguido no projeto de pesquisa do mestrado profissional, que pretendia aprofundar a discussão sobre o matriciamento/ PTS como ferramenta de trabalho que direcionam as novas formas de atuação na atenção básica, com a finalidade de integrar os profissionais e as ações de cuidado para melhorar a produção em saúde.

Assim, foram realizadas três visitas, em três Unidades de Saúde distintas e pertencente à Organização Social APS Santa Marcelina e a partir da participação em reuniões intra e entre equipe da ESF e do NASF foi possível desenvolver e direcionar o projeto de pesquisa de forma adequado à realidade do serviço e de acordo com o tema e o objetivo da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada em três dias. No primeiro dia, foi realizado o grupo focal com a equipe NASF da UBS A e a entrevista individual com a Coordenadora NASF na UBS B. No segundo dia, foi realizado os grupos focais com as equipes de ESF e NASF da UBS B. No terceiro dia foi realizado o grupo focal com a equipe de ESF da UBS A e as entrevistas individuais com as gerentes das duas Unidades .

Toda a condução dos grupos focais e das entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora. As pesquisas foram realizadas em salas das respectivas Unidades de trabalho, nos períodos da manhã e tarde e de acordo com a disponibilidade local e dos colaboradores, mediante prévia combinação dos horários entre o pesquisador e os participantes para que não houvesse interferência na rotina de trabalho das equipes, das gerentes e da coordenadora.

Grupos Focais

Para a coleta de dados das equipes de ESF e do NASF, foi eleita a técnica do grupo focal que foi escolhida por representar uma técnica de coleta de dados que, a partir de uma interação grupal, possibilita uma ampla problematização sobre o tema pesquisado e que busca resposta pertinente à questão investigada (Backes et al., 2011). Para o grupo focal foi utilizado um roteiro semiestruturado, composto por questões abertas, para que os participantes tivessem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto (Apêndice A).

Foram realizados quatro grupos focais, um para cada equipe convidada, e, antes do início de cada grupo, foram esclarecidas às dúvidas e a proposta de estudo aos participantes, e assim, obtido o consentimento para a pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido–TCLE, iniciou-se a coleta de dados dos grupos focais (Apêndice C).

O primeiro grupo focal foi realizado no período da manhã, no primeiro dia da pesquisa, com a equipe de NASF da UBS A que chamaremos de NASFf (NASF fixo). No primeiro momento do grupo focal foi identificadas as equipes segundo roteiro proposto que é composta por 6 profissionais: psicóloga, educadora física, fisioterapeuta, fonoaudióloga, nutricionista e terapeuta ocupacional. A equipe NASF atual está junta há 1 ano, desde a chegada da última integrante. Os demais profissionais trabalham entre 2 a 4 anos na equipe. Dos 6 integrantes da equipe, participaram deste grupo focal apenas 3 profissionais pois os demais integrantes só trabalham no período da tarde ou tinham compromisso fora da Unidade naquela dia.

Após as devidas identificações, iniciou-se a investigação segundo roteiro proposto. Os participantes no início do grupo focal se apresentaram um pouco tímidos, mas após a primeira fala, os demais membros acabaram fazendo suas contribuições, complementando as falas dos colegas e enriquecendo a pesquisa. As discussões no grupo teve duração média de 50 minutos.

O segundo grupo focal também ocorreu no período da manhã, no segundo dia da pesquisa, com a equipe 3 sorteada da ESF da UBS B a qual chamaremos de ESFm (ESF móvel). A equipe também foi identificada em um primeiro momento e conta com 9 integrantes: 1 médica, 1 enfermeira, 2 auxiliares de enfermagem e 5

agentes comunitários de saúde (ACS) e tem em média 1000 famílias cadastradas. Os integrantes da equipe de ESF trabalham juntos na atual composição há 6 meses, com a chegada da última integrante, e os demais estão na equipe com uma variação de tempo entre eles de 6 meses a 10 anos. Dos 9 integrantes da equipe, participaram 6 profissionais, pois os demais integrantes estavam em rotina de trabalho.

Posteriormente foram direcionadas as perguntas iniciais da investigação para que comesçassem as discussões. Estas tiveram uma duração média de 60 minutos e os participantes após se sentirem seguros no decorrer das discussões, fizeram ricas trocas e contribuições a pesquisa.

O terceiro grupo focal ocorreu no segundo dia da pesquisa, no período da tarde, e foi com a equipe de NASF da UBS B que chamaremos de NASFm (NASF móvel) por apoiar duas Unidades. Seguiram os mesmos padrões anteriores, ou seja, identificação inicial da equipe que conta com 6 profissionais: assistente social, psicóloga, nutricionista, fonoaudióloga, educador físico e fisioterapeuta para posterior investigação. O NASF também tem uma grande variação de tempo de trabalho juntos, entre 7 meses a 7 anos mas, a atual composição da equipe é de 7 meses com a chegada da última integrante. Dos 6 profissionais integrantes da equipe, participaram 4 sendo que os outros tiveram compromissos pessoais e de trabalho. As discussões tiveram uma duração média de 60 minutos e os participantes expuseram suas opiniões e idéias sobre o assunto, também contribuindo com a pesquisa.

O quarto e último grupo focal ocorreu no terceiro dia da pesquisa, no período da manhã com a equipe 1 sorteada da ESF da UBS A, que será chamada de ESFf (ESF fixa) por pertencer a uma equipe de apoio que trabalha fixa na Unidade. A equipe de ESF tem cadastrada em média, 1000 famílias. Após identificação da equipe, que é composta por 1 médica, 1 enfermeira, 2 auxiliares de enfermagem e 5 agentes comunitários de saúde (ACS), seguiu-se a investigação da pesquisa. Os integrantes da equipe da ESF trabalham juntos na atual composição há 2 anos. Dos 9 integrantes da equipe, participaram 7 e os demais estavam em atendimento clínico.

As discussões também duraram em média 60 minutos e os participantes após o receio inicial do encontro, se dispuseram a contribuir e o fizeram de forma muito efetiva.

Entrevistas individuais

Para os gerentes das Unidades e para a Coordenadora NAFS, a coleta de dados foi obtida por meio de entrevistas individuais, através de um roteiro semi-estruturado, semelhante ao do grupo focal e com questões norteadoras sobre o tema pesquisado (Apêndice B).

Para esses participantes optou-se por esse método, para que as entrevistas individuais agregassem informações, idéias e opiniões, colaborando com as discussões da pesquisa sem, contudo, interferir ou influenciar nas discussões dos profissionais participantes dos grupos focais, caso houvesse a presença dos gerentes e da coordenação nesses grupos. Além disso, a entrevista individual permitiu uma maior liberdade aos três participantes, para que expressassem suas idéias diante do tema proposto.

A entrevista com a Coordenadora NASF (CN) ocorreu no primeiro dia da pesquisa, no período da manhã na UBS B em um consultório médico, onde não havia atendimento naquele dia. Após a explicação sobre o tema da pesquisa e assinatura do TCLE, foi realizada a identificação da profissional, que relatou que já trabalha há 12 anos na ESF e como psicóloga NASF há 2 anos. No cargo de coordenadora NASF está há 2 meses, cobrindo uma licença maternidade. Posterior a identificação, foi dada sequência à entrevista com perguntas semiabertas que permitiram a exposição de idéias sobre o tema pesquisado sem, contudo, sair do roteiro previamente elaborado. A entrevista teve duração média de 30 minutos onde foi possível abordar todos os temas investigados e de forma bem tranquila.

Em relação à gerente da UBS A que chamaremos de Gf (gerente fixa) a entrevista ocorreu no período da manhã do terceiro dia da pesquisa, na própria Unidade, e na sala da gerente. Também foi explicado o intuito da pesquisa e sanada as dúvidas. Após assinar o TCLE, iniciou-se a identificação da gerente que relatou que trabalhava em hospital e que trabalha na Unidade há 2 meses e está há 10 anos na atenção básica. Prosseguiu-se então a entrevista que teve duração média de 25 minutos onde foi possível abordar todos os temas propostos.

Por último ocorreu à entrevista com a gerente da UBS B que será chamada de Gm (gerente móvel) por conduzir uma Unidade com um NASF que apoia 2 UBSs. A entrevista ocorreu no último dia da pesquisa, no período da manhã, também na sala da gerente e na própria Unidade de trabalho. A gerente trabalha na Unidade há 1 ano e meio. Após assinar o TCLE, iniciou-se a entrevista, que teve duração média de 45 minutos onde foi possível a reflexão e a exposição de opiniões, que foram de encontro ao objetivo da pesquisa (Apêndice D).

Na coleta de dados todas as discussões durante as três entrevistas e os quatro grupos focais foram gravados e filmadas com auxílio de um gravador portátil à pilha, um celular e um Tablet, com o objetivo de ampliar o registro e aprimorar a compreensão da narrativa e posterior transcrição (Belei et al., 2008).

4.6 Análise de dados

Após a coleta de dados, foi realizada a transcrição dos quatro grupos focais e das três entrevistas individuais que levaram aproximadamente 3 meses por se tratar de um material muito extenso e muito rico em informação para a pesquisa. Após essas transcrições foi adotada para esta etapa da pesquisa, a análise de conteúdo de Bardin (Bardin, 2011), técnica esta que pode ser definida “como um conjunto de instrumentos metodológicos, em constante aperfeiçoamento, que se presta a analisar diferentes fontes de conteúdos (verbais ou não- verbais)” (Silva; Fossá, 2015. p. 3)

Na análise de Bardin, deverá ser considerada as palavras e seus significados, o contexto em que as idéias foram colocadas, a consistência interna, a frequência e a extensão dos comentários, a especificidade das respostas e a importância de identificar grandes idéias (Oliveira et al., 2007).

Todos os discursos foram analisados de forma sistemática, tendo como base todas as três etapas que compõem a análise de Bardin (2011) e que estão organizadas em pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, interferência e interpretação (Oliveira et al., 2007; Bardin, 2011; Silva; Fossá, 2015).

Na primeira etapa que é pré-análise, houve toda a organização dos discursos que surgiram visando buscar de forma sistemática e objetiva, as idéias iniciais para um desenvolvimento preciso da pesquisa. Para isso, iniciou-se com uma leitura flutuante de todo o material, para que houvesse uma melhor aproximação com os discursos que seriam analisados. Em sequência, houve a definição do “*corpus*” de análise, ou seja, a escolha e definição dos discursos que seriam analisados, levando em consideração os 4 critérios necessários para organização desse material. Quanto ao critério de exaustividade foram considerado todos os elementos desse *corpus* (discurso dos profissionais do grupo focal e das entrevistas individuais), sem excluir da pesquisa qualquer informação, seja por qual motivo for, para que desta forma, fosse possível esclarecer o contexto da relação de trabalho existente entre as equipes de ESF e NASF. A seleção e o número de participantes da pesquisa, respeitou o critério de representatividade, considerando-se o objetivo da pesquisa.

Em relação ao critério de homogeneidade, a escolha dos participantes da pesquisa obedeciam critérios precisos de escolha, pois todos os profissionais selecionados trabalhavam na atenção básica, em uma UBS com ESF e em uma mesma Instituição, o que garantiu que a análise de dados fosse compatível com o objetivo da pesquisa. E quanto ao critério de pertinência ao estudo, foi identificado nas discussões, que se apresentavam em concordância com o tema da pesquisa.

A segunda etapa da pesquisa é a exploração do material, é a parte que se refere à análise do texto de forma sistemática (Bardin, 2011; Minayo, 2014). O texto final, resultado da união do discurso dos quatro grupos focais e das três entrevistas individuais foram divididos em unidades de registro embasadas nos temas dominantes dos discursos os quais posteriormente, através de uma nova classificação deram origem as categorias iniciais da análise de conteúdo. As categoria iniciais, foram novamente agrupadas tematicamente dando origem as categorias intermediárias e destas surgiram as categorias finais, assim, esses recortes permitiram inferências que possibilitaram a compreensão dos discursos e/ou ressignificação destes, junto a mensagem primeira (Fossá, 2003; Silva; Fossá, 2015).

A terceira e última etapa da pesquisa é o tratamento dos resultados, inferências e a interpretação, que são as categorias que foram utilizadas como unidades de análise, visando ressaltar as informações obtidas (Bardin, 2011; Minayo, 2014). Nesta fase, procurou-se captar todos os conteúdos manifestos ou latentes dos discursos (grupos focais e entrevistas) para que através das justaposições das inúmeras categorias encontradas em cada análise e considerando tanto os aspectos semelhantes como os diferentes, pudesse ser realizada a análise comparativa das categorias (Fossá, 2003; Silva; Fossa, 2015).

A validação das categorias encontrada pela análise de conteúdo desta pesquisa, não foi possível de se realizar, pela dificuldade de reunir todos os participantes em um único encontro.

4.7 Aspectos éticos

Este estudo foi realizado de acordo com a Resolução CNS 466 de 12/12/2012 tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP) em 24/03/2017 sob o número 1.981.748 (Anexo A) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS/SP) em 28/04/2017 sob o número 2.037.728 (Anexo B).

Para este estudo, na data de 30/11/2016 foi emitido o parecer sob o número 003/2016 da Coordenação da Atenção Primária à Saúde – APS Santa Marcelina Núcleo Técnico de Ensino e Pesquisa, autorizando a realização da pesquisa (Anexo C).

Os participantes da pesquisa receberam informações do propósito da pesquisa e mediante aceitação, assinaram o Termo Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e a partir desse momento, iniciou-se a realização dos grupos focais e das entrevistas individuais (Apêndice C e Apêndice D).

Diante da realização da pesquisa com a utilização de um roteiro semi-estruturado, a possibilidade de risco aos participantes é mínima, podendo ocorrer pontualmente uma perturbação nas atividades de trabalho, contornáveis através da escolha do melhor momento por parte dos participantes para participar dos grupos focais e das entrevistas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após as transcrições das entrevistas, foi feita uma leitura flutuante em todo o material escrito, com a finalidade de destacar possíveis elementos chaves, então identificados como categorias iniciais, que qualificassem o conteúdo das perguntas. Importava também, nesse momento, perceber semelhanças e divergências entre os grupos de profissionais, assim como a frequência e a tônica com que esses elementos chaves apareciam nos discursos.

Na sequência, foram propostas as categorias finais, cujos conceitos implicados, relatos dos participantes e diálogo com a literatura compuseram a análise. Os resultados estão apresentados em duas dimensões, a primeira relacionada às características pessoais para o trabalho e a segunda dependente de características estruturais para o trabalho.

- Características pessoais para o trabalho
- Características estruturais para o trabalho

5.1 Características pessoais para trabalho

5.1.1 Afinidade Pessoal/Equipe

O relacionamento no trabalho é muito complexo porque envolve laços afetivos, laços de amizade, laços profissionais e laços de afinidades que são direcionadas por atitudes recíprocas entre as pessoas. Na prática profissional é observado relacionamentos pouco harmoniosos, onde aparecem as diferenças pessoais e que exigem da gerência, competências através de ferramentas úteis para resolução dessas diferenças, buscando fortalecer os fatores facilitadores e levando a construção coletiva de equipe o que é muito relevante para o trabalho em saúde (Corradi et al., 2008).

Segundo a ESFm, a pouca afinidade entre os profissionais pode gerar complicações nas relações de trabalho, fazendo com que processos de trabalho como matriciamentos ou reuniões de equipe fiquem estagnados quer sejam por motivos pessoais como intransigência pessoal ou não credibilidade em algum profissional que não deixa as reuniões evoluírem ou também por motivos profissionais, como dificuldade de compartilhamento dos casos, o que acarreta uma perda de tempo nas reuniões e demora de resposta ao paciente como foi citado:

É que a gente teve uma mudança de alguns profissionais do NASF, então nós tínhamos muita afinidade com os outros e agora com alguns dos novos, eu vou falar por mim, eu já me adaptei perfeitamente, mas tem alguns ainda que eu sinto uma... , não sei explicar o que eu sinto, parece que não quer entrar no caso. Ontem mesmo a gente teve reunião, eu senti um pouco isso, ficamos demorando muito pra fazer um PTS, e a gente já estava falando e, mesmo assim, parece que não ia (ESFm).

Para o trabalho interdisciplinar, há necessidade de se saber lidar com as incertezas, de receber e fazer crítica e também para tomada de decisão de forma compartilhada, contudo, quando pensamos que ainda hoje, os padrões dominantes nos ambientes de trabalho são de concorrência, as pessoas acabam criando reações de desconfiança como forma de defesa e se apegam a seu núcleo de especialidade, o que interfere na interação interdisciplinar entre as equipes (Campos; Domitti, 2007).

Embora a categoria afinidade não ter sido citada por todos os grupos, foi observado durante a pesquisa que quando houve uma maior afinidade e proximidade entre os profissionais ou as equipes, os processos de trabalho e a reprodução de resultados foram mais eficientes e isto pôde ser observado na relação de trabalho entre as equipes de ESFf eNASFf, onde os profissionais trabalham de forma harmoniosa, com afetividade e afinidade, contudo, não foi observado esta mesma relação de trabalho entre as equipes de ESFm e o NASFm, havendo interferência significativa e muito forte nos processos de trabalho, quando a ausência de afinidade entre elas se fez presente, necessitando de ajustes constantes dos líderes das equipes e da gerência. Desta forma, ficou claro que desajustes nos processos de trabalho intra ou entre as equipes podem sofrer influência da ausência de afinidade entre os profissionais ou das equipes e dificultar a relação de trabalho, sendo

condições que podem estar relacionadas a fatores como a mudança de um profissional, a falta de adaptação ao trabalho de equipe ou a dificuldade de relacionamento com o outro, gerando resultados menos promissores aos usuários.

Já para as equipes ESFf e NASFf, a afinidade se apresenta como uma constante na relação de trabalho, pois a equipe está junta diariamente, o que vem a ser um fator facilitador para os processos de trabalho conjunto entre as equipes.

5.1.2 Conhecimento Técnico

O conhecimento torna as ações nos planos organizacional e individuais inteligentes, eficazes e eficientes, tornando-se assim um excelente recurso de uma organização também para as instituições de saúde, estimulando a criação de produtos e serviços inovadores, mas, contudo, excelentes em termos de flexibilidade, complexidade e criatividade (Rocha et al., 2012). Desta maneira, quanto mais conhecimento adquirimos, maiores serão as possibilidades de tomar decisões seguras e eficientes para realização de ações individuais ou em equipe, além de ampliar a chance de resultados mais promissores para os processos de trabalho em saúde.

Para a ESFm é importante ter conhecimento para se poder conseguir trazer boas propostas para a equipe, para ajudar nas discussões dos casos e na qualidade do trabalho que será desenvolvido pelas equipes. Além disso, considera que a equipe NASF tem muita noção de prioridade dos casos de risco e de vulnerabilidade, o que facilita o compartilhamento do trabalho entre as equipes.

Eles têm bastante noção de prioridade, isso ajuda muito. Então, quando a gente começa a discutir, já vem o: “não, isso é mais importante, então vamos terminar, deixa o outro caso para depois” (ESFm).

Eles tem bastante noção de prioridade, de risco, de vulnerabilidade, então eu acho que isso é bem legal mesmo, é um facilitador...(ESFm).

O NASFf destaca que as equipes de ESF são muito boas, dedicadas e apropriadas do trabalho delas, o que facilita o trabalho de parceria junto a equipe NASF.

Eu acho que algumas equipes são muito bem apropriadas do trabalho deles e isso ajuda o nosso. Então, se eles são dedicados ao trabalho deles, a gente consegue ter uma parceria melhor. E as equipes aqui são muito boas (NASFf).

O NASFf gostaria que houvesse mais investimento em Educação Permanente como forma não só de conhecimento, mas principalmente, como suporte para equipe que muitas vezes se depara com situações que necessitam de um preceptor ou de um supervisionamento mais próximo. A educação permanente deve ser entendida como uma aprendizagem–trabalho e a partir dela, os profissionais podem mudar a forma de cuidar, de educar, de tratar e de acompanhar a saúde dos pacientes, mas, para isto se faz necessário também mudar a forma de como ensinar e aprender (Oliveira, 2007).

Porque o que a gente percebe é que poderia tá sendo investido mais nessa parte de educação permanente mesmo do NASF, a gente percebe assim que a Coordenadora ela tenta trazer alguns temas de formação mas, vamos pegar um exemplo: um médico que quer fazer um matriciamento, ele tem um preceptor daquela área, ele chama o preceptor médico que vem e matricia. O NASF não tem nenhum preceptor, nenhum representante. O que tem é de comum acordo entre a própria categoria..(NASFf).

Para o demais grupos, a categoria conhecimento técnico não foi tão relevante, ficando destacado na fala dos participantes que tanto para relação de trabalho intra equipes como a relação entre equipes as facilidades e as limitações do trabalho envolvem além do conhecimento técnico outros fatores de maior relevância que serão destacados nas demais categorias.

5.1.3 Compartilhamento do trabalho

O trabalho compartilhado é um recurso que visa ampliar a atuação dos profissionais para os casos clínicos mais complexos na direção de outras áreas do conhecimento (Matuda et al., 2015).

Além disso, é através da interdisciplinaridade do cuidado que os vários olhares dos profissionais se cruzam, para uma troca de saberes e o compartilhamento de estratégias de trabalho que busquem uma assistência ampliada e que possibilite o cuidado do sujeito como um todo e de forma integral (Schneider et al., 2009).

O compartilhamento do trabalho foi uma categoria unânime, destacada nas falas de todos os grupos focais durante a pesquisa, sendo que para a ESF, para Gf e para CN é um fator muito relevante para o trabalho em equipe, sendo uma ferramenta muito utilizada durante o matriciamento pelas equipes.

Para a Gf, a importância do compartilhamento do trabalho da equipe nuclear em conjunto com a ESF reflete em uma resposta mais ampliada das questões não só de saúde mas, de toda questão social e psicológica que envolve o cuidado com o indivíduo. Além disso, também é um reflexo de maturidade e de entendimento pela equipe de ESF da importância do papel do NASF, onde uma simples orientação de conduta terapêutica de um paciente passa a ser entendida como cuidado ou início do tratamento.

Sim, eles têm essa maturidade de entender qual o papel do NASF porque às vezes também a equipe pode entender, ah!!....., eu tô com problema e o fisioterapeuta vai precisar ir lá..... Não, eles têm o entendimento que se eles, de repente, receberem uma orientação, que aquela senhora pode subir e descer escada para fazer um exercício com bolinha..... já é um cuidado, o início de um tratamento (Gf).

Em relação à equipe, Andrade et al.(2012), defende que apesar das diferentes formações profissionais, é necessário alto grau de articulação e compartilhamento de ações no âmbito da unidade de saúde, mas principalmente, a interdisciplinaridade no processo de trabalho e na capacidade de cuidado de toda a equipe, tanto em termos dos profissionais da ESF como os do NASF.

Além disso, a Gf destaca que pelo fato do cuidado com o paciente ser muito complexo há necessidade de uma rede de pessoas e ações para dar conta de todo esse cuidado, onde muitas vezes um profissional sozinho, um olhar pontual, não vai dar conta de todo o contexto, por isso a importância do compartilhamento e da realização de ações em equipe para um bom atendimento ao usuário.

Então você vê como o ser humano é complexo e às vezes por um problema dele eu tenho que ter toda essa articulação e lógico, se tem tempo, se for alguma coisa que tem que ser imediata à gente atende antes (Gf).

Quando a equipe ESF entende e apoia o NASF, o serviço flui muito melhor segundo CN, as discussões se tornam mais ricas as visitas domiciliares são mais integradas, o que facilita no compartilhamento de trabalho entre as equipes. A troca de profissionais nas equipes de ESF muitas vezes é uma situação que limita esse compartilhamento, pois desestrutura a equipe, sendo necessário retomar, explicar tudo novamente para o novo integrante, rediscutir e alinhar processos de trabalho intra e entre equipes para que não ocorra interferência no trabalho e para que as ações ocorram da melhor maneira.

A gente percebe isso quando há mudança de profissional, quando a gente vê que os profissionais já estão há certo tempo, um ano, um ano e pouco, eles já conseguem se entender mais, mas teve mudanças de enfermeiro, mudanças de médico, a gente vê que se desestrutura tudo, às vezes o médico não entende o papel do NASF, a enfermeira não entende, daí a gente tem todo aquele papel de explicar (CN).

Outra posição apontada por CN diz respeito à presença fixa do NASF na Unidade, o que pode facilitar o compartilhamento do trabalho, uma vez que a equipe de ESF se sente melhor apoiada, e o NASF se sente mais integrado à equipe de ESF.

Eu tô na Estratégia, há 12 anos mas, enquanto psicóloga NASF 2 anos, e eu percebo assim.. ...acho até que de forma nítida o quanto às vezes o NASF tá mais integrado, mais fixo numa Unidade, ele consegue, essa questão que eu falei de pertencimento, e isso faz uma muita diferença, porque a equipe se sente apoiada por ele por estar lá diariamente e ele se sente parte e dentro de todos os processos (CN).

Para ESFf, um bom compartilhamento do trabalho é refletido no matriciamento entre as equipes através de uma linguagem muito simples e acessível, onde qualquer dúvida pode ser sanada durante o processo. A pró- atividade das equipes NASF é muito relatada no discurso de ESFf a qual pode ser evidenciada na efetiva participação e no compartilhamento através de divisões de tarefas e papéis nem sempre pertencentes ao próprio NASF.

Isso, elas (NASF) são pró- ativas. Uma coisa que elas poderiam dizer: “Não, você liga, você faz o relatório”, ... que ela tá só me matriciando no caso. (ESFf).

Não,..... tem um apoio mesmo! (ESFf).

Às vezes, tem hora que eu olho e falo, “gente, preciso de ajuda!”. Então, elas falam, “não, pode deixar! Esse aqui eu ligo, e esse papel você faz!” (ESFf).

O grupo ESFf aponta que as profissionais NASF parecem ser uma só, porque todas são matriciadas e tem conhecimento, além de serem muito dinâmicas pois qualquer uma pode ajudar de forma igual, não há diferença.

Para o NASFf, o fato de trabalhar diariamente na Unidade não é o fator principal de aproximação, o que ajuda no compartilhamento do trabalho é entre outros fatores, o trabalho com uma dupla de referência NASF para cada equipe de ESF o que torna as equipes muito próximas, pois a agenda do NASF é pautada na agenda da ESF o que facilita o compartilhamento e a proximidade entre as equipes. Ainda há pequenas dificuldades com a área médica quanto ao entendimento do NASF como equipe de apoio e que vem sendo trabalhada para evitar o direcionamento dos usuário para consulta NASF de especialidade.

Acho que o fator principal é o trabalho de dupla de referência porque a gente consegue montar a agenda conforme a agenda deles, então isso nos aproxima muito mais, porque a gente tá sempre junto. Então o que eu faço é no mesmo horário que ele faz então eu acho que é o melhor jeito que tem de se aproximar (NASFf).

Já o NASFm, relata que as dificuldades do compartilhamento de trabalho existem tanto para o NASF como para a ESF e está relacionada ao engessamento do trabalho, uma vez que há pouco tempo de trabalho na Unidade e existe muita burocracia, restringindo o compartilhamento e a divisão de ações de saúde entre as equipes, pois sozinho, não se consegue dar conta de todos os processos de trabalho.

Para ESFm, a grande barreira encontrada no compartilhamento do trabalho está diretamente relacionada ao fato do profissional não estar bem matriciado, ter pouco conhecimento do trabalho em equipe, destoar dos demais integrantes, o que pode gerar dificuldades nos trabalhos compartilhados, interferir na qualidade e no resultado final do trabalho entre as equipes.

Depende de quem tá aqui representando o NASF na nossa reunião, porque as alternativas, o que a gente coloca de proposta para intervenção de um paciente, ela também vem do NASF. Não é só a Estratégia. Se essa pessoa, não tem um conhecimento bom... ela não consegue trazer boas propostas (ESFm).

Para Gm, o compartilhamento do trabalho envolve fatores como compreensão da função de cada equipe de ESF e NASF, da maturidade dos líderes das equipes para apontar as dificuldades e alinhar as equipes e também da necessidade de se conseguir adequar às questões do tempo escasso e da agenda limitada para os processos de trabalho compartilhados entre as equipes.

Então nem sempre você consegue identificar essa dificuldade da rotina diária de trabalho entre ESF e NASF. Eu acho que sempre precisa conseguir ter uma maturidade das lideranças..... daí vou colocar o NASF como uma liderança, dessa equipe multi junto a essa enfermeira, de trazer talvez não em reunião, talvez sim em reunião, depende da demanda, essa questão que eu vou dividir.... e de trazer quais são as dificuldades..... olha essa dupla de NASF, esse profissional de NASF que tá entrando, ele tem sentido dificuldade porque tá faltando isso, tá faltando isso, tá faltando isso (Gm).

Desta forma fica notório nos discursos que o compartilhamento do trabalho pode sofrer influência da presença fixa do NASF nas Unidades, pois está relacionado diretamente a uma maior ou menor aproximação intra e entre as equipes o que poderá resultar em respostas mais ou menos promissoras às necessidades de saúde dos usuários.

5.1.4 Confiança /Confiabilidade

A confiança é considerada um fator relevante para o sucesso de qualquer relação, seja ela pessoal ou profissional. Para que o trabalho em equipe seja de confiança é necessário que haja uma transparência nessa relação onde as informações disponíveis possam ser compartilhadas por todos, evitando-se a quebra dessa confiança, caso contrário ocorrerá conflitos o que poderá prejudicar e comprometer o trabalho entre as equipes (Valentim; Kruehl, 2007).

Para ESFm, a confiança entre os profissionais e as equipes é boa, mas pontualmente, quando se depara com profissionais pouco confiantes no trabalho que é realizado pela equipe ou algum membro desta, esta confiança fica abalada e cria

um desconforto geral na equipe. Desta forma, esse desconforto interfere na relação de trabalho dos profissionais envolvidos e da própria equipe, pois estes acabam se sentindo desvalorizados e desacreditados, o que acarreta uma ruptura dessa confiança entre as equipes e ocasiona o travamento dos processos de trabalho.

Eu sinto que parece que não tá acreditando no que a gente tá falando (ESFm).

É, foi uma questão do profissional não da equipe, porque a equipe, eu não tenho nada o que falar sobre a equipe, nem da equipe nova, mas tem profissional que eu vejo que ainda não acredita muito se for uma ACS que falar ou uma auxiliar, e eu vi que pra fazer um PTS meio que deu uma enrolada e não saiu o PTS por inteiro (ESFm).

A ESFf destaca que a confiança ajuda tanto no trabalho entre as equipes como na relação com o usuário. Muitas vezes há necessidade de se compartilhar ações no caso de pacientes muito resistentes e a confiança do usuário na equipe ou no profissional facilita essa aproximação e favorece o resultado do trabalho. A ESFf também destaca que é muito grande a confiança existente entre a equipe de ESF e que na ausência de qualquer membro desta, reuniões e matriciamentos acontecem normalmente, não havendo dependência exclusiva de uma ou outra pessoa para o andamento dos processos de trabalho. A mesma relação de confiança existe com a equipe do NASFf, pois permite que a equipe de ESFf se sinta fortalecida e segura para executar as ações de cuidado após o matriciamento recebido.

A cooperação no trabalho entre as equipes pode ser potencializado e ocorrer em bases mais fortes quando a relação entre os profissionais ultrapassar a confiança (Valentim; Kruehl, 2007). Esta afirmação reafirma o que foi revelado na fala abaixo:

E a filha começou a abandonar ela, deixar de lado, porque a mãe é resistente. Aí, a equipe NASF foi fazer a visita, foi acolher o caso; depois chamou a filha e mostrou a importância dela, independente da mãe ser resistente, ela tem que assumir o papel dela... e a partir daí ela tomou conta da parte da medicação, assim, essa parte que ela é muito esquecida... Então, isso já facilitou até o nosso trabalho também... porque às vezes a gente chegava lá, ela tinha perdido a receita, tinha que renovar, às vezes era complicado; e a filha entendeu através da orientação delas – a importância que ela tem (ESFf).

Nestes dois discursos entre as equipes de ESF das Unidades pesquisadas, ficou evidente que toda relação de trabalho necessita de confiança mútua entre os profissionais, seja ela intra ou entre as equipes, caso contrário, poderá representar uma barreira nessa relação de trabalho e gerar instabilidades e dificuldades nos processos de trabalho os quais poderão refletir negativamente no cuidado em saúde.

A confiança se apresentou como uma categoria que pouca influência exerce sobre a questão da presença fixa ou não do NASF na Unidade, embora apresente uma forte influência no resultado do trabalho coletivo, como o que ocorre entre o NASF e a ESF. Para o demais grupos a categoria confiança não foi relevante.

5.1.5 Convivência pessoal e profissional

A relação interpessoal é uma ferramenta muito importante quando se deseja obter sucesso nas organização de trabalho e nas relações humanas. É através dessa relacionamento interpessoal que ocorrem as trocas de experiências e de sentimentos entre ambas as partes e que podem levar a um convívio muito harmonioso no trabalho. Nas empresas, os relacionamentos interpessoais sofrem influência direta da maneira de pensar, de ser e de agir das pessoas, pois para uma boa convivência com colegas e superiores no trabalho, é necessário que os interesses pessoais sejam conciliados com os interesses e objetivos da organização (Cardozo; Silva, 2014).

Para ESFm a convivência pessoal e profissional com o NASF é boa, próxima e os profissionais estão sempre prontos para ajudar, para atender e orientar quando necessário. Pela convivência entre os profissionais e pelo tempo de atuação na Unidade, os processos de trabalho também ficam facilitados, pois já se conhece os pacientes, tem mais propriedade dos casos, pode ocorrer uma conversa prévia se necessário antes das reuniões, o que também facilita as discussões com o NASF, como citado abaixo:

Eu acho que é boa a relação com o NASF, e a proximidade também, sempre quando a gente tem uma demanda, eles tão sempre prontos pra ajudar, pra atender e orientar. Eu acho bom (ESFm).

Eu cheguei em 2009, então era um ano só de NASF na Unidade, quando eu cheguei de lá pra cá muita coisa mudou, então, o modelo que a gente trabalha hoje, a relação melhorou muito, melhorou de entender o papel do outro, tanto da ESF em relação ao NASF quanto do NASF em relação à ESF. Eu acho que ainda acontece algumas divergências, algumas falhas, quando a gente vai para os processos mais individuais (ESFm).

Para ESFf a convivência com a equipe NASF também é tranquila e consideram os profissionais bem acessíveis sendo que a proximidade entre as equipes melhorou depois que o NASF se fixou na Unidade e a equipe de ESF reafirma essa boa convivência quando fala que não quer dividir a equipe do NASF com ninguém.

Não, de jeito nenhum!!!! (risos) não queremos dividir o NASF com ninguém!!! (muitos risos)(ESFf).

Mesmo porque a gente já tem frutos dessa relação, né? Seria um caos se falassem: “O NASF agora só duas vezes por semana na UBS”. Como assim?! A gente ia fazer passeata!!! (ESFf).

A Gf também reafirma que a convivência entre as equipes é boa e a acessibilidade é fácil, fatores estes que são facilitados pela presença fixa do NASF na Unidade, aproximando as equipes.

Quando a gente tem a equipe assim mais de perto como é aqui, é mais fácil né, da gente tá retomando os casos. Quando o NASF não fica diretamente, eu acho que às vezes tem um pouquinho de dificuldade, mas aqui não, eles têm entendimento (Gf).

Através de um bom relacionamento interpessoal ocorre a melhoria do ambiente de trabalho, aumenta a motivação dos profissionais e facilita os resultados das equipes, ou seja, um bom relacionamento interpessoal é ferramenta essencial para o sucesso das organizações e das relações humanas (Cardozo; Silva, 2014).

Assim, a convivência pessoal e profissional deve ser a melhor possível o que pode ser verificado na convivência intra equipes NASF e ESF. Além disso, como citado pela Gf e ESFf a presença diária do NASF na Unidade também pode ser um facilitador desta relação.

Já o NASFm, pontua a dificuldade encontrada na convivência pessoal quando ocorre a necessidade de alertar algum profissional sobre uma falha ocorrida. Nem todos conseguem olhar a situação como um toque, um alerta, mas, encaram a situação com dificuldade, olham “torto” e acabam provocando uma cisão nas equipes, mesmo que o fato ocorrido tenha sido colocado da forma mais profissional e tranquila possível.

Sabe-se que uma equipe não é fruto apenas de uma boa convivência profissional ou pessoal em um mesmo estabelecimento de saúde mas deve ser entendida e construída como uma estrutura em permanente processo de desestruturação e re-estruturação (Fortuna et al., 2005).

E o quanto, às vezes, é difícil, porque é assim, ... quando você vai falar o erro do outro... eu sei que a gente também tem essa dificuldade em equipe... né, entre a gente. Quando você vai dar um toque pro outro, não é bem-vindo... aí, você faz uma cisão na Estratégia, e a gente tá passando por isso agora (NASFm).

Desta forma, como aponta o discurso do NASFm, a convivência intra ou entre equipes pode sofrer influência da forma como cada profissional consegue lidar com emoções, críticas e sentimentos nas relações de trabalho, tornando-se um limitador na relação tanto intra como entre equipes, além de poder interferir nos processos de trabalho entre elas. Para os demais grupos esta categoria não foi relevante.

5.1.6 Disponibilidade

Segundo Fortuna et al, 2005, quando há disponibilidade de trabalho entre as equipes, a possibilidade de construção e de crescimento da relação de trabalho entre elas aumenta significativamente.

Segundo relato da ESFf o acesso com a equipe NASF é tranquilo, a equipe é bem disponível e quando a ESF precisa, ela vai até a sala do NASF para conversar ou até mesmo no corredor da Unidade, se necessário.

Às vezes, acontecem grupos, elas também participam. Quando a gente precisa, sempre... ou vai à sala ou conversa no corredor (ESFf).

Sim, tranquilo. Já aconteceu inúmeras vezes de estar, às vezes, com o paciente e falar: “eu preciso de apoio”, e não é reunião, não estava programado... mas as meninas falam: “não, a gente tira alguém do grupo”, e vem, participa, ajuda no acolhimento. Elas são bem participativas e auxiliam quando possível(ESFf).

A equipe de ESFm também considera a equipe NASF bem disponível e se sentem à vontade com elas para pedir matriciamento ou pedir auxílio. Tudo que é solicitado pela equipe de ESF à equipe NASF, se consegue uma devolutiva, sempre tem uma resposta que às vezes é na hora ou no máximo na próxima semana. O que muitas vezes pode atrapalhar uma maior aproximação entre as equipes pode estar relacionado ao tempo de trabalho do NASF na Unidade que é só três vezes na semana e aí em alguns momentos, essa disponibilidade fica comprometida, mas fora isso a relação de trabalho é considerada boa.

Eu me sinto bastante à vontade com eles, da gente conversar sobre questões mais exatas, assim como de paciente, pedir auxílio, pedir matriciamento, super à vontade eles estão bem disponíveis mesmo, e tudo que a gente pede eles trazem a devolutiva, pode não ter na hora, mas na semana seguinte a gente consegue ter essa resposta, esse é meu ponto de vista, se as meninas quiserem acrescentar alguma coisa (ESFm).

Para CN a presença diária do NASF na Unidade representa uma maior disponibilidade segundo a visão do paciente e eles vão direto à sala do NASF solicitar ou pedir auxílio. Já para o NASFm, esta disponibilidade é menor porque não estão todos os dias, mas, sabem a rotina de cada profissional NASF e acabam gerando uma demanda excessiva naquele dia. Independentemente de um caso ou outro, as

equipes procuram sempre orientar e explicar ao usuário a função do NASF, que é apoio e que o trabalho não é de especialidade.

O NASF não é porta de entrada do serviço de saúde e seus processos de trabalho acontecem a partir do compartilhamento de ações entre o NASF e a ESF, contudo, quando diante de situações clínicas muito complexas, as equipes em consonância, fazem o encaminhamento para assistência especializada (Gonçalves et al., 2015).

Sim, é uma coisa que a gente sempre fala, principalmente porque quando têm as duas Unidades, a gente fala....ah!.... tem as atividades, tem os grupos, o NASF tá como apoio, a gente tenta trazer essa visão tanto para os profissionais quanto para a população durante as atividades.... mas tem, tem essa procura, é uma coisa nítida quando tá lá fixa, o paciente tem essa percepção (CN).

Para Gm, as equipes de NASF e ESF não demonstram muita flexibilidade para adequar horários e tempos de consultas ou reuniões que são comprometidas por motivos não previstos em agenda. A Gm não vê a preocupação ou a disponibilidade das equipes em adequar esse tempo ou o horário que foi comprometido e refazer esse agendamento. Segundo a Gm, não existe esse movimento em ambos os lados.

Ah!!! , eu tenho um bloqueio de agenda que vai impactar nas minhas compartilhadas, mas, como vou negociar isso com aquela equipe que eu vou ter a perda..... eu não negocio e, não tem o olhar também.

Ah você não vai tá, olha, a gente vai tá marcando uma compartilhada mas esse dia é NASFÃO, então esse dia não vai acontecer porque quando eu monto a agenda, é a mesma coisa para Estratégia.

Para a Estratégia também entender que alguma compartilhada vai ser comprometida eu faço esse movimento.

Não faz.... não existe esse movimento de ambos os lados (Gm).

O grupo NASFm destaca a disponibilidade como uma característica positiva da equipe, pois sempre que se faz necessário os profissionais trocam de sala ou mudam atividades para ajudar e se solidarizar com o colega de equipe que precise.

Eu acho que assim, isso é uma característica da nossa equipe, que a gente se reinventa. Então, assim, deu um problema, uma troca com a outra a sala,às vezes, você não gosta muito, porque estava mais confortável, mas você vê que seu colega precisa ou então, vê que não deu certo, muda-se a atividade, acho que isso a gente tem (NASFm).

Foi possível observar nos discursos dos grupos focais que a disponibilidade é uma característica presente tanto na relação intra como entre equipes podendo sofrer influência como relata a ESFm quando o NASF não trabalha fixo na Unidade, pois proporcionalmente a disponibilidade acaba sendo menor.

Já para a Gm, a disponibilidade fica aquém do esperado tanto da equipe da ESF como do NASF porque as mesmas ainda encontram muita dificuldade em adequar o tempo e o horário para os reagendamentos dos casos de pacientes de risco.

Desta forma, foi observado nos discursos que a disponibilidade dos profissionais embora não relatada de forma direta em todos os grupos, pode sofrer influência da presença diária do NASF na Unidade, o que poderá limitar a relação dos profissionais e os processos de trabalho das equipes. Para o NASFf e Gf a categoria disponibilidade não foi relevante.

5.1.7 Valorização

Para que ocorra uma relação interdisciplinar entre os profissionais, é necessário atitude de respeito, de tolerância, de reconhecimento da importância de cada profissão, de humildade, de respeito às diferenças étnicas, de liderança, de empatia entre outras. Assim, com a prática destas atitudes haverá uma maior interdisciplinaridade entre as profissões e tratamentos mais eficazes (Veras, 2007).

Para a equipe de ESFf, a categoria valorização aparece como um elemento de reconhecimento do trabalho da equipe do NASF na USB e a importância da equipe para o trabalho conjunto entre elas, tanto que a ESF não mais consegue se imaginar sem os profissionais NASF diariamente na Unidade de tão relevante e imprescindível que é o trabalho realizado por eles. A ESF destaca que a equipe aproveita mesmo a presença deles fixa na Unidade porque é um compartilhamento, uma troca, que dá tão certo e é tão boa que eles se sentem completos. E ainda acrescentam que é muito bom o que elas fazem e que a presença delas diariamente é fundamental. A equipe de ESFf também destaca que os usuários também reconhecem o trabalho do NASF e para a equipe de ESF é muito bom receber essa devolutiva dos usuários pois representam os frutos colhidos dessa boa relação entre as equipes.

Eu estou prestando atenção, porque eu não me lembro de ter discutido sobre o NASF! De ter feito isso aqui, que tá acontecendo hoje! E eu estou percebendo a importância do NASF (ESFf).

Para a equipe NASFf é importante o reconhecimento e valorização do trabalho do NASF pela ESF porque as equipes trabalham muito juntas e tem um bom relacionamento sendo que quando necessário, é solicitado o apoio do NASF pela ESF e isto, nem sempre ocorre em outras UBS que muitas vezes não gostam de trabalhar em conjunto com o NASF como relatada abaixo:

Acho que o ponto positivo também é que a Estratégia reconhece o nosso trabalho, ela dá importância, eles vem sempre solicitar o apoio, ao contrário de algumas UBS que a gente sabe que não tem esse relacionamento. Que tem algumas que não gostam de trabalhar muito em conjunto com o NASF, mas aqui a realidade nossa é outra. A gente trabalha muito junto (NASFf).

Já o NASFm destaca e valoriza os profissionais da ESF como bons, capacitados e que em uma discussão em equipe, são capazes de identificar e indicar soluções para as questões em debate, mas, há pequenas exceções de profissionais que por questões de convívio ou perfil podem dificultar o bom andamento da relação entre as equipes.

Um ponto positivo também, eu vejo que é assim, são profissionais capacitados, os profissionais são bons e, às vezes, a gente discute muito que as questões são mais de convivência, dificuldades de entendimento, mas a gente tem profissionais que são capacitados no serviço. Não é aquela coisa: “ah, eu não sei fazer!”... não! Você tem bons profissionais; às vezes falta ritmo, o querer.

Mas, são profissionais que, numa discussão, eles conseguem, identificam...eles têm conhecimento técnico...e isso é muito bom dentro de uma equipe, você não lida com pessoas que não têm conhecimento.

Então, você tem profissionais bons! Mas às vezes não incorpora realmente o trabalho, não gostam (NASFm).

Já a ESFm valoriza o atual momento de trabalho que é vivido entre as equipes, embora reconhecendo a necessidade de ainda ter que alinhar e aparar muita coisa para melhorar ainda mais o trabalho entre as equipes, mas ainda assim, consideram que hoje é o melhor momento que estão vivendo.

E eu venho da série histórica, nossa, não da pra comparar o que a gente faz hoje com o que fazia nove anos atrás, não da pra comparar; foi questão de vir aparando, aparando, aparando, ainda tem muita coisa pra aparar do lado de lá, do nosso lado, mas é o melhor momento que nós já vivemos, acho que é o momento que a gente tá vivendo agora (ESFm).

A composição da equipe, as competências individuais de cada colaborador, bem como o domínio dos processos de trabalho, além de ser um facilitador para o trabalho em equipes, são competências valorizadas pela Gm, pois representam o domínio dos processos específicos.

Eu acho que a composição da equipe que a gente tem, ela é um ponto facilitador do trabalho entre as equipes, as competências individuais que cada colaborador tem, eu acho que também é importante.... a gente tem colaborador que tem destaque realmente de articulação, de ir, de fazer, de execução mesmo, de ter um entendimento e o domínio mesmo do processo específico (Gm).

A categoria valorização foi destacada pelos grupos como um fator que vai muito além do simples reconhecimento da capacidade de trabalho que é realizada pelas equipes, mas sim, representa a importância da força conjunta das ações em saúde que são compartilhadas pelas equipes. Essa valorização e reconhecimento da importância desse trabalho conjunto, pode representar um facilitador do trabalho intra e entre equipes, resultado este não só do reconhecimento da capacidade técnica específico de cada profissional mas sim, da capacidade de articulação e de compartilhamento conjunto de idéias e ações que são executadas pela equipes em prol da integralidade do cuidado para o paciente. E este, também reconhece e valoriza todo esse cuidado a ele atribuído.

Nos relatos também foi possível verificar que a presença diária do NASF na Unidade pode ser um fator que pode facilitar a relação de trabalho intra e entre equipes pois através de uma maior proximidade, é possível identificar com mais clareza as muitas competências que são exercidas pelos profissionais da ESF e do NASF. Para as Gf e a CN não houve relevância o fator valorização.

5.1.8 Vínculo

Para o NASFm, toda vez que ocorre um problema entre as equipes no processo de trabalho com dificuldade de resolução, passa-se a ter um entrave nesta relação quer seja pela dificuldade de aceitação de uma crítica ou pela ausência de discussão sobre o problema. Desta forma, o vínculo se quebra e há necessidade de se reconstruir tudo novamente. Na equipe de ESF o vínculo já foi mais difícil no começo e agora está muito melhor, mas, por questões pontuais, o mesmo acaba não

acontecendo na relação com a equipe do NASF o que acaba gerando um entrave nas relações entre as equipes.

Segundo Fortuna et al. (2005) quando os integrantes das equipes se conhecem e se vinculam, eles acabam compreendendo as diferenças e se aceitam como relata a fala :

Porque entre a gente, por mais que a gente discorde não vai falar que aqui é tudo as mil maravilhas, porque a gente não é! Mas assim, por mais que a gente tenha as nossas questões, eu percebo que – mesmo que não concorde na hora ou alguém se estresse - tem certa reflexão, a pessoa reflete: “Será que eu fiz isso mesmo? ou, não sei se é porque a gente não tentou...”. A gente já teve um vínculo difícil, mas agora está muito melhor... a gente consegue ter isso. É difícil receber crítica, né? Não vou falar que não, eu não sou nenhuma santa mas, você ter a dificuldade para recebê-la, e a forma que você viabiliza, ou vai discutir alguma coisa... ou vai contratar algum serviço, acho que existem diferenças e isso pra mim é um entrave (NASFm).

Em relação ao paciente, a proximidade e o vínculo é um grande facilitador do trabalho na Unidade além do território e todo o recurso que este oferece. Para o NASFm, os usuários reconhecem na equipe do NASF uma forma de acolhimento que eles não encontram na ESF, como sendo de certa forma um facilitador do acesso ao serviço, o que muitas vezes pode ser uma via de mão dupla, e em alguns casos até dificultar o trabalho entre as equipes.

De acordo com Ramos e Lima (2003) o vínculo entre e usuários e serviço, pode ser favorecido pelo acolhimento através da facilidade de acesso ao serviço o que pode levar a um aumento da frequência de procura por atendimento e de utilização do serviço.

A comunidade é um facilitador, a gente tem uma proximidade! E eles reconhecem a equipe como forma de acolhimento que eles não encontram na Estratégia. Eu acho que a equipe é reconhecida como um facilitador do acesso ao serviço, o que acaba também sendo um dificultador em alguns momentos. É via de mão dupla! (NASFm).

Já a ESFf destaca a importância do vínculo entre as equipes e com o próprio usuário, pois em caso de uma visita domiciliar de urgência por exemplo, há facilidade de troca de agenda e compartilhamento do caso. E destacam também, que esse vínculo só é possível pela presença diária do NASF na Unidade, pois alguns profissionais já tiveram a experiência de trabalhar com um NASF que ficava apenas duas vezes na semana onde o vínculo era muito menor. Para Andrade et al. (2012) questões como o vínculo e inter-relação do profissional ou da equipe com o paciente/família poderão ser um facilitador da adesão do usuário ao tratamento e em consequência melhorar as respostas das necessidades de saúde do usuário.

Eu ia falar uma coisa também que, às vezes, eu vejo a facilidade dos usuários, dos pacientes no vínculo com o NASF. Por exemplo, “ah, o grupo hoje é fulana, mas, cadê Fulana!?”, Ah,..... ela tá ali”!

Então além do nosso vínculo, eu vejo o vínculo do paciente, porque eu tenho dezessete anos que eu trabalho aqui e eu também já peguei o NASF só duas vezes por semana e eu entendo isso, que o NASF presente eu posso ter um vínculo maior porque se eu preciso de uma VD de urgência, ele vai trocar a agenda dele e vai reprogramar para estar aqui com a gente, para atender minha necessidade primeiro, e assim, priorizar uma coisa a outra (ESFf).

A mesma opinião é compartilhada pelas gerentes das Unidades, que destacam que com a presença diária do NASF na Unidade, se teria muito mais sucesso, pois aumentaria o vínculo entre as equipes, diminuiria as situações conflituosas e melhoraria as relações de trabalho. Para gerente fixa, o vínculo é tudo.

Então eu não tenho dúvida que se o NASF tivesse vinculado a uma equipe multi para cada Unidade de Saúde, muito mais sucesso a gente teria, muito mais condição de atendimento individual, muito mais condições de vínculo à gente teria em relação ao trabalho (Gm).

Já a CN faz uma observação sobre o vínculo entre o NASF e o usuário e relata que em alguns momentos esse vínculo é entendido pelo usuários como uma especialidade facilitada quando da presença diária do NASF na Unidade, o que acaba gerando uma demanda direta para a equipe e que não é compatível com a função por ela realizadas.

É uma coisa que a gente sempre fala, principalmente quando têm as duas Unidades, a gente fala....ah!.... tem as atividades, tem os grupos, o NASF tá como apoio, a gente tenta trazer essa visão para os profissionais quanto para a população durante as atividades.... mas tem, tem essa procura.... é uma coisa nítida quando tá lá fixa, o paciente tem essa percepção, tem essa vinculação (CN).

A ESFm destaca que o vínculo melhorou muito entre as equipes e estreitou a relação de trabalho e o compartilhamento do paciente principalmente depois que houve alteração na organização do trabalho do NASF, onde cada dupla de referência passou há ficar seis meses nas reuniões de ESF para depois trocar os profissionais.

A dupla NASF fica seis meses na nossa reunião para poder rodar, então eles sabem dos nossos casos, não precisa ficar repetindo e isso estreitou bastante a relação, pois a gente compartilha de verdade o paciente. Então, a preocupação não é só nossa, eles pegaram um pouquinho para eles também, esse cuidado do paciente e eu acho que com esse modelo de trabalho melhorou bastante esse vínculo, essa relação (NASFf).

O NASFf considera que o rodízio realizado anualmente entre os profissionais NASF, fortalece o vínculo entre todos os participantes da equipe do NASF com todos da equipe da ESF porque melhora a proximidade entre todos os profissionais.

A gente rodizia anualmente, o que fortalece o vínculo de todos os participantes da equipe NASF, com todos os da Estratégia também (NASFf).

Na medida em que o vínculo entre as equipes começa a acontecer, seus integrantes passam a se aceitar, a entender as diferenças e semelhanças entre eles de forma mais completa, o que permite rodiziar papéis e trocar saberes, levando-os a se construírem como equipes. Além disso, o vínculo facilita a interação entre as equipes e melhora a colaboração entre elas, o que garante um compartilhamento de corresponsabilidade do cuidado em saúde entre as equipes de ESF e NASF (Fortuna et al., 2005).

A categoria vínculo verificada acima, foi citada em todos os grupos focais e pelos discursos apresentados foi possível identificar que o fator que mais poderá fortalecer este vínculo, principalmente intra e entre as equipes é a presença diária do NASF na Unidade pois desta forma as trocas e os compartilhamentos das ações de saúde e dos casos clínicos pelos profissionais ficam facilitados assim como as relações de trabalho entre as equipes.

5.1.9 Perfil Individual / Envolvimento e participação / Interesse

Como perfil individual, consideram-se os traços característicos das pessoas como liderança, relacionamento interprofissional, engajamento, tomada de decisão, dinamismo, flexibilidade, entre outros. Alguns desses comportamentos são naturais, mas podem ser adaptados se houver interesse, estímulo e apoio para tanto.

De acordo com Gm, o perfil individual é uma característica que pode exercer influência favorável ou não no trabalho das equipes, ficando evidente nas reuniões de equipe ou na própria condução de discussões em grupo, as quais na maioria das vezes, necessitam de mediações e de alinhamentos constantes para que possa ocorrer um bom relacionamento entre as equipes. Além disso, as dificuldades surgem porque muitas vezes o profissional tem um domínio muito bom para exercer o seu trabalho individualmente, mas, quando é necessário compartilhar saberes diferentes com outros profissionais ocorre às dificuldades, não há perfil para o trabalho multidisciplinar. Desta forma as características individuais se destacam e influenciam negativamente as reuniões de equipe e esta acaba não fluindo de forma tranquila. O

mesmo acontece para os profissionais que ao contrário, conseguem atrair os olhares, e sensibilizar as equipes. Assim o perfil individual de cada profissional pode ou não acarretar fragilidade ou fragmentação nas relações ou aproximações e interações no trabalho das equipes de ESF e NASF.

Eu posso ter muito domínio daquilo que eu tenho que executar individualmente quanto nutricionista, fisioterapeuta, mas a hora que eu preciso compartilhar isso com saberes diferentes do meu, isso gera sofrimento porque eu tenho características individuais que conforme eu tenho esse profissional nas reuniões de equipe, a reunião pode fluir de uma forma mais tranquila ou não. A relação entre a ESF e o NASF ainda é algo fragilizado e fragmentado e que depende do perfil individual de quem está naquele momento dentro da equipe (Gm).

Para ESFm, o perfil individual exerce influência sim nos processos de trabalho, principalmente na relação entre equipes a qual pode ficar abalada quando da presença de profissionais pouco inteirados ou apáticos às discussões, ou seja, quando apresentam características individuais muito diferentes dos demais membros da equipe. Assim, a convivência passa a sofrer influência dessas características individuais como, por exemplo, a personalidade, e impactam na rotina e nos processos de trabalho que passam a ficar mais morosos e muito repetitivos, o que cansa e atrapalha o andamento do trabalho entre as equipes e provoca situações desagradáveis e muitas vezes frustrantes para a equipe. Os profissionais que compõem as equipes são pessoas com especificidades próprias como visão do mundo, gênero, capacitação, formação, experiências pessoais e de vida, tempo de trabalho entre outras, as quais irão exercer influência sobre os processos de trabalho, podendo dificultar o trabalho em equipe, ao entendermos que estas características fazem parte do modo de agir de cada profissional (Araújo MBS, Rocha PM, 2007).

Eu acho que ainda acontecem algumas divergências, algumas falhas, quando a gente vai para os processos mais individuais, então, cada profissional tem uma característica e por mais que eles trabalhem em grupo as características pessoais ressaltam. Então, quando eu tenho um profissional que tem uma característica muito diferente da característica da nossa equipe, dentro da nossa reunião ou trocando essas discussões de caso,

a gente sente, porque a gente tá junto há bastante tempo e meio que já se entende, já criamos a nossa rotina, e aí isso impacta um pouco quando tem um profissional que tem mais dificuldade de entendimento, é mais moroso, fica muito repetitivo, isso é uma coisa que cansa um pouco (ESFm).

Já o NASFf ressalta apenas a necessidade de um maior envolvimento principalmente da área médica no trabalho junto às equipes, pois se sabe que a palavra do médico tem um peso muito significativo quando pensamos em uma orientação direta ou em conjunto ao paciente. Assim, na maioria das vezes, o perfil individual do profissional que atua nesse segmento pode exercer influência direta tanto para o paciente em relação ao cuidado a saúde quanto na própria relação profissional intra e entre equipes.

E aí, conta muito com os médicos porque a gente sabe que o médico orientando tem mais peso, então tem alguns médicos que tem nossa listinha de grupos, dá o convitinho, fala oh, você tá com o colesterol alterado, tem o grupo com as meninas do NASF para você participar, tal..... então tem alguns que abraçam mais esses convites e outros não (NASFf).

A avaliação do NASFm aponta uma dificuldade de trabalho em relação as solicitação das ações pelo gestor de cada UBS, pois o trabalho de apoio que é exercido por eles em duas Unidades da mesma Instituição, sofre influência do perfil individual desse gestor com postura e solicitações de trabalho muito diferentes e com exigências distintas para um mesmo processo de trabalho.

Assim, como foi falado, a gestão traz de uma forma; no jeito de cada uma, então, umas mais duras, outras não, segue o que a gestão quer. E isso é um pouco a diferença que a gente acaba tendo de uma UBS para outra. Por exemplo, às vezes, parece que – até é uma discussão entre a gente... – que você está em parceiros diferentes. Porque uma gestão solicita determinadas coisas; a outra, outras.

Aí você pensa: tudo bem! Se eu for procurar na atribuição... as duas seguem, só que uma exige de mais, outras de menos. A gente se vê, às vezes, um pouco perdido: “ah, não, hoje a gente esta aqui, funciona dessa forma” (NASFm).

Em relação às equipes de ESF, o NASFm também aponta que o perfil individual dos profissionais das equipes pode exercer influência na relação de trabalho entre elas, porque quando ocorre algum problema nas reuniões, alguns membros dessas equipes te escutam e têm criticidade sobre os problema procurando solucioná-lo, já outras, não conseguem nem discutir com reflexão e acaba acontecendo uma cisão entre as equipes.

A gente tem equipes (a meu ver) que – gostando ou não gostando, às vezes – tentam te escutar, têm criticidade..... e alguns membros da equipe é que acabam destoando um pouquinho, mas que... segue. E outras que não consegue ter uma discussão com reflexão, você não consegue trazer a crítica... E assim, você sabe que – se você trazer isso – você vai conseguir uma cisão (NASFm).

Para a CN o perfil individual de alguns profissionais, pode exercer influência na comunicação entre as equipes, porque pode limitar o diálogo entre elas. Para o desenvolvimento do trabalho em equipe, o diálogo é de fundamental importância, pois permite a escuta do outro por meio da comunicação, o que leva a uma prática comunicativa (Araújo; Rocha, 2007). A constante necessidade de alinhamento entre as equipes também pode ter influência do perfil individual de alguns profissionais pois interferem direta ou indiretamente nas questões relacionadas aos processos de trabalho entre as equipes.

Apesar da gente tá sempre alinhando o processo de trabalho, tem o fator individual e pessoal que as vezes interferem em algumas questões, daí eu acho que de um modo geral se o individual tivesse cada vez mais alinhado ao processo geral, as coisas correriam da melhor maneira (CN).

A categoria perfil individual não foi comentada em todos os grupos focais, tendo um ênfase maior nos discursos da ESF e da Gm. Contudo, foi possível observar nos discursos que o perfil individual mediante um trabalho em conjunto como o que ocorre entre as equipes de ESF e NASF pode exercer influências significativas nas relações intra e entre equipes, mesmo diante das variações de perfis existentes e que são

encontrados nos indivíduos. Assim, as relações intra e entre equipes e dos gestores das Unidades, podem sofrer prejuízo quando deparamos com equipes com profissionais com características pessoais muito distintas uns dos outros ou, com dificuldades de comunicação entre elas ou mesmo quando diante de solicitações de ações tão distintas entre os gestores de uma mesma Instituição. Porém, todas essas dificuldades que foram apontadas e que estão relacionadas à variedade de perfis como os resolutivos, os objetivos ou outros não deveriam interferir nas relações de trabalho entre as equipes, acarretar fragilidade ou fragmentação nessas relações, mas sim, ser um facilitador dessas relações melhorando as aproximações e as interações de trabalho das equipes de ESF e NASF e da gestão.

O engajamento que se espera dos profissionais aparece nos relatos também como envolvimento ou participação.

Para ESFf, a equipe do NASF é muito envolvida com as atividades da Unidade, participam da Campanha de Vacinação, dos grupos da ESF e também ajudam a orientar os moradores e familiares do território. Quando há eventos na Unidade, ajudam desde a organização até a realização de serviço manual como a confecções de convites.

Eu queria acrescentar que as meninas, elas nos ajudam nos eventos. Por exemplo; a gente tem festa junina! Aí, geralmente elas tomam a frente, porque nossa rotina também é estressante (ESFf).

A equipe ESFf acredita que todo esse envolvimento e participação só é possível porque a equipe NASF está presente todos os dias, caso contrário, não haveria todo esse envolvimento entre as equipes. Segundo a ESFf, o trabalho na ESF é prevenção e para tal é preciso promover a saúde e assim, acreditam que a equipe NASF, agrega bastante neste sentido.

Ah, a festa de fim de ano! Então, eu acredito que se elas não estão aqui todos os dias, não vai sobrar tempo, concorda... de ajudar numa festividade, e como o PSF é prevenção, é para prevenir, é preciso promover a saúde. Eu acho que elas agregam bastante nisso. Elas são muito participativas (ESFf).

Mesmo com uma demanda grande de casos clínicos (PTS), a equipe NASF está sempre muito envolvida e presente. A equipe de ESFf considera o NASF um suporte muito bom para a equipe de ESF e aproveitam dessa boa interação para favorecer ainda mais o trabalho em equipe. Também destacam que não sente diferença no trabalho dos vários profissionais NASF. Para a equipe da ESF, os profissionais do NASF parecem um só, não havendo nenhuma diferença entre eles.

Tem envolvimento com os casos, que eu acredito que é mais difícil até para elas, porque nós somos uma equipe e temos mil famílias aproximadamente, mas elas estão em seis equipes, e elas têm conhecimento dos casos, dos casos complexos.

E elas têm de saber separar, isso é equipe 1, isso é equipe 4, essa é equipe 6, porque elas não participam só da nossa reunião! Elas participam de todas, assim..... é até mais difícil pra elas, eu entendo assim.

Tem um número maior de demandas, porque aqui vamos supor que a gente tenha 50 casos complexos, se a gente multiplicar isso por 6, elas vão ter aí, 300 casos da Unidade que elas precisam gerenciar e elas estão bem, bem envolvidas (ESFf).

A equipe do NASFf entende que o envolvimento e a participação no trabalho entre as equipes NASF e ESF foi facilitado quando iniciou a demanda espontânea na Unidade e a equipe NASF começou a participar. Assim, no acolhimento o NASF passou a se apropriar dos casos da ESF o que veio facilitar a entender melhor a dinâmica do processo de trabalho da ESF. A presença diária na Unidade também facilita a aproximação com a ESF e fortalece os processos de trabalho porque as equipes acabam trabalhando muito juntas.

Assim, o que ajudou bastante, o que facilitou foi quando começaram a introduzir o acolhimento de demanda espontânea na UBS, porque aí a gente teve que fazer um rodízio com eles também, de participar desse acolhimento e aí nisso, a gente também começou a se apropriar de outros processos que não conhecia, então, a questão de vacina, a questão de curativo, a sala de papa, então, isso também nos ajudou porque até então a gente ia para as reuniões e só ficava focada nos casos de vulnerabilidade social, negligência e violência (NASFf).

Para ESFm o que pode interferir em uma boa relação de trabalho entre as equipes está relacionada a dificuldade de envolvimento de alguns profissionais da equipe do NASF, quer sejam por motivos pessoais ou mesmo profissionais, o que compromete os resultados e a qualidade final do trabalho entre as equipes. Nem todos os profissionais que atuam na área da saúde possuem formação ou mesmo experiência para trabalhar em equipe, exercer ações compartilhadas ou realizar atendimentos de grupo como o que é necessário entre as equipes de ESF e NASF (Gonçalves et al., 2015).

A ESF ou você ama e se envolve ou você não se envolve, então não vai conseguir, não vai fluir o trabalho, porque não tem como (ESFm).

Já a equipe do NASFm avalia que a dificuldade encontrada pela equipe está relacionada com algumas equipes de ESF que ficam muito aquém do esperado se fossemos pensar em envolvimento e participação entre elas. Existem algumas equipes e alguns profissionais pouco envolvidos no trabalho e desmotivados e que muitas vezes se fazem presentes pela necessidade de ter a presença de um técnico na reunião, mas que na verdade, não está inserido e não participa efetivamente, ou seja, não tem envolvimento e a reunião acaba não andando direito.

*Então, você tem profissionais bons! Mas às vezes não incorpora realmente o trabalho, não gosta né.
Tem bastante profissional desmotivado aqui que você percebe. Quando eu fui recebida aqui me falaram muito bem de uma, ela interagia, fazia uns apontamentos bem ... bem legais... aí, do nada, você vê a pessoa amuada, ela já não interage mais no grupo!
Ou senão, tem uma equipe aqui que – entre elas – o negócio tá difícil! Então, a reunião não anda.
E não é assim... o que foi falado é verdade! A gente tem ótimos profissionais, desde agente comunitário até médicos (NASFm).*

A Gm também faz referência a falta de envolvimento e participação de alguns profissionais NASF que deixam de olhar e de contribuir mais efetivamente nas reuniões de casos específicos de pacientes de risco, quer seja pela falta desse paciente na consulta agendada ou pela falta de envolvimento do próprio profissional NASF pelo caso. Para Gm é muito importante entender o papel do outro numa relação

de trabalho, de compartilhar dificuldades, de pensar em barreiras para melhorar as questões, enfim, de manter uma relação de tranquilidade entre as equipes, porque ao contrário, nada do que é planejado conseguirá ter sucesso.

Então, a hora que eu falo e aí o NASF também teria que usar ferramenta e buscas ativas para conseguir também dentro do mês ver os casos de risco (Gm).

Ok, não deu para eu ver junto com o NASF, mas, a Estratégia viu, o NASF viu, e na reunião de equipe a gente compartilha os horários e se possível claro que esse atendimento for compartilhado, muito mais rico ele será, mas, também eu acho que pensando no bebê específico de risco, falta esse olhar macro pra esse bebê de risco porque às vezes a gente tem colaborador NASF que entra na reunião e não contribui com aquele atendimento não tem aquele olhar. Talvez não venha tão preparado pra quem é, por exemplo, o “Lucas” e qual é o critério que esse “Lucas” tá nessa situação de risco (Gm).

Nesta categoria foi possível verificar que a presença diária do NASF na Unidade é um fator facilitador do trabalho entre e intra equipes como relatado pelas equipes de ESFf e o NASFf pois aumenta o envolvimento e a participação nos processos de trabalho entre elas porque as equipes acabam trabalhando muito juntas, caso contrário, toda essa proximidade seria bem menor.

Na Unidade onde o NASF trabalha de forma móvel, ou seja, apenas três vezes na semana, os profissionais da ESF e do NASF apontam que a dificuldade de envolvimento e participação das equipes está relacionada principalmente ao pouco envolvimento de alguns profissionais de ambas as equipes no trabalho, quer seja por motivos pessoais ou profissionais o que vem dificultar as reuniões e as relações de trabalho intra e entre equipe, sem, contudo, levar em discussão a competência profissional que é reconhecida em cada um. A mesma fala foi encontrada no discurso da Gm quando aponta a dificuldade de alguns profissionais NASF de se envolver e contribuir principalmente com os casos específicos de pacientes de risco da Unidade. Para Gf e CN esta categoria não foi relevante.

Segundo Iribarry (2003), para que possa ocorrer o trabalho transdisciplinar entre uma equipe é necessário que cada profissional tenha interesse pela área do seu colega, bem como curiosidade, o que conduz a uma familiarização das diferenças entre eles e das respectivas áreas de conhecimento. Desta forma, os discursos passam a ser compartilhados e legíveis, o que irá acontecer mediante a aproximação entre as disciplinas na direção das diferentes áreas do conhecimento.

O interesse do profissional segundo ESFm, é muito relevante para o trabalho intra e entre equipes. Além da capacidade técnica, há necessidade de um olhar, uma visão ampliada do processo de trabalho, principalmente na ESF. Para ESFm, a vivência é muito importante porque existem questões que podem dar certo para um determinado paciente e não dar certo para outro paciente, membro da mesma família, necessitando de ajustes e ou mudanças nas ações de saúde para se chegar a resposta para o paciente, e não ficando somente embasado em procedimento engessados como exemplifica a fala abaixo:

“Ela” não conseguiu ainda se adequar à Estratégia.

O que acontece é que “ela” não conseguiu abrir a visão para a vivência que a gente tem ali, das questões das famílias, das questões das pessoas que a gente enxerga....é uma outra realidade! Tem coisas que, às vezes, você vai fazer para um cadastrado, que dá super certo, mas talvez naquela mesma família tem um outro que não deu; então, você tem que mudar, é uma coisa que, às vezes, eu percebo muito, é que é engessado, sabe?!

Aquilo! Aquilo! Aquilo! Então, eu não consigo adequar as coisas....e, a Estratégia tem muita coisa que não dá pra ser assim, a gente tem que às vezes mudar... ver, ter outro tipo de visão das coisas (ESFm).

Assim, para a ESFm, o interesse deve sobrepor as dificuldades sejam elas profissionais ou pessoais, pois em Saúde Pública você tem que gostar, tem que querer fazer e se interessar, ao contrário, o trabalho não dará certo. A equipe de ESFm se preocupa muito com a falta de interesse e apatia de alguns profissionais dentro das equipes e procura buscar e identificar os problemas para não atingirem o usuário. Na equipe de ESFm há um interesse muito grande em conhecer os casos clínicos dos colegas, pois isso pode ajudar quando por exemplo na ausência de alguns dos membros da equipe.

A nossa equipe tem muito disso, graças a Deus, todas as auxiliares sabem todos os casos perfeitamente, se elas não foram à visita, a gente já comentou e elas já se interessaram para saber mais sobre o caso (ESFm).

Segundo a ESFf, a equipe NASF é muito participativa, auxilia a equipe de ESF, sempre quando solicitada e é muito interessada em ajudar.

Entre os profissionais da equipe de ESF o interesse é o mesmo e quando é o caso de algum integrante se afastar ou estar ausente, as reuniões e matriciamentos ocorrem normalmente porque todos procuram se inteirar dos casos clínicos de todos os pacientes da equipe e o trabalho segue normalmente. A equipe de ESF considera que o trabalho é em conjunto e único, não individualizado, por isso procuram se apropriar do trabalho de todos da equipe ou até mesmo de outra equipe se necessário, para poder levar os casos para frente.

Mesmo que o paciente não é meu, eu entro na reunião da minha colega da equipe 4 e discuto o caso. Falo assim: “Ó, eu tô com um paciente que eu acolhi, assim, assim”, e aí, se a equipe não conhece, ou se já conhece, aí acrescenta e já discute o caso com o NASF (ESFf).

Para a ESFf, o NASF é muito envolvido no trabalho e isto pode ser evidenciado no interesse da equipe em saber e acompanhar todos os casos complexos de todas as 6 equipes de ESF que elas apoiam. A divisão de trabalho entre elas também demonstram além da organização, o interesse dos profissionais NASF, sendo que elas parecem uma só porque todas sabem responder igualmente em qualquer caso ou matriciamento independentemente da área profissional.

É interessante que o NASFf, todas elas se tornam uma só, porque tem umas que ficam até tal horário e, tem paciente que não pode vir naquele horário. Aí, quem tá aqui até a tarde vai atender, vai acolher, então, todas elas se tornam uma só (ESFf).

Além disso, a ESFf, faz referência à preocupação e o interesse que o NASFf tem com os idosos do território, número este muito elevado e que muitas vezes, deixam de participar dos grupos pela distância porque o território é muito amplo, com casas largas e longe da Unidade. Assim, o NASF procura fazer as atividades no próprio território o que facilita a adesão e participação dos idosos no grupos como relatado:

O paciente para vir da minha área que é o extremo, que é o limite da minha equipe com a outra Unidade, o paciente tem que andar, mais ou menos, uns quinze a vinte minutos, andando normal. Se for um idoso, ele vai gastar uma hora, quarenta minutos para chegar à Unidade. Então, para ele é inviável vir, duas vezes por semana aqui, uma vez por semana. Então, o grupo sendo no Território facilita a adesão dos pacientes. Então, elas vão pro Território, não ficam amarrados só na Unidade (ESFf).

Nesta categoria foi possível verificar que para as duas equipes de ESF participantes da pesquisa, o fator interesse profissional é relevante e ajuda no bom desempenho intra e entre equipes pois facilita os ajustes das ações de saúde e dos processos de trabalho quando necessários pelas equipes, mediante aos interesse comuns entre elas pois conseguem sobrepor as dificuldades e as empatias em favorecimento a um trabalho conjunto, único e harmonioso e que busque responder as necessidades de saúde dos usuários. Assim, o interesse profissional passa a ser um facilitador nas relações de trabalho das equipes e que não sofre influência da presença fixa ou não do NASF na Unidade.

Esta categoria teve muito ênfase nos grupos de ESF móvel e fixo e não teve relevância para os demais grupos.

5.2 Características estruturais para o trabalho

5.2.1 Atualização

Para a realização de um bom cuidado em saúde, os profissionais devem garantir práticas integradas e contínuas com as demais instâncias do sistema de saúde, com possibilidades de pensar criticamente e de analisar os problemas da sociedade, buscando a solução para os mesmos, o que só se torna possível diante de profissionais capacitados e atualizados em suas funções (Peres; Ciampone, 2006).

Assim, para ESFf, a equipe NASF tem bastante conhecimento e procura ficar atualizada em relação às redes de serviços e de apoio onde se podem direcionar os pacientes. Elas trazem todas essas informações para a equipe de ESF e para a Unidade, o que vem colaborar com o trabalho de toda equipe. Também trazem atualização sobre a Legislação, o que mudou e o que pode ou não ser feito. Para ESFf, o NASF está sempre muito atualizado e sempre tem informação nova a qual é dividida com todos.

*Às vezes, tem uma legislação que era assim dois anos atrás, aí, mudou; elas estão inteiradas e falam “agora já pode fazer isso!”... tem abertura pra isso, então!
O tempo todo tem informação nova!
Não fica só pra elas (ESFf).*

A atualização das redes de serviço e a extensão da informação para todas as equipes de ESF, para gerência e para a própria UBS segundo a fala da ESFf é de fundamental importância para a relação de trabalho intra e entre as equipes e para o próprio serviço na Unidade, pois é um facilitador do trabalho entre elas, permitindo agilizar o direcionamento dos casos que necessitam de outras redes de serviço, tornando os processos de trabalho muito mais rápido e eficiente segundo as necessidades apresentadas pelo usuário. Para os demais grupos, a categoria atualização não foi relevante, porém é sabido que não existe trabalho estático, principalmente quando relacionado à saúde e por isso há necessidade permanente de sempre atualizar as mudanças ou mesmo, o surgimento de novas redes de cuidado a saúde.

Para Gf, a estrutura que é oferecida pela Instituição é muito importante para os profissionais, pois se trabalha com questões de valores e de missão do aprendizado. As Unidades recebem vídeos com orientações e os gerentes trabalham com a plataforma Ensino a Distancia (EAD) para fazer seus aprimoramentos. A previsão é que num futuro próximo todas as Unidades trabalhem em conjunto onde já está sendo investido. Também tem os alinhamentos, o resgate do papel técnico, mostrando onde o profissional é bom e onde ele tem que melhorar.

A gente tá sempre alinhando, resgatando papéis; papel técnico, seu papel aqui é esse, você é bom nisso, naquilo, mas, nos precisamos melhorar nisso, entende. Então normalmente tem essa visão (Gf).

5.2.2 Estrutura de trabalho

A estruturação de trabalho entre as equipes de ESF e NASF deve buscar criar espaços de discussão interna e externa, visando à busca por um aprendizado coletivo, com superação da lógica fragmentada em saúde em detrimento a construção de redes de atenção e cuidado com corresponsabilidade entre as equipes (Brasil, 2010).

Para NASFf, o fato da equipe NASF trabalhar em apenas uma Unidade ajuda na estruturação de trabalho das equipes e nos processo de construção da agenda entre elas.

A gente tem um alinhamento bom entre as equipes, mas o fator também de estar aqui no local, num local só, nos ajuda a ter esse processo de construção da agenda, porque se a gente tivesse, por exemplo, em duas Unidades, teríamos que dividir a nossa agenda em todas as Unidades, seria mais complicado (NASFf).

O que atrapalha, segundo o NASFf, é a forma como a relação de trabalho entre equipes e usuário se encontra estruturado pelo programa de ESF, pois muitos pacientes se acomodam, faltam a consultas porque sabem que serão remarcados ou atendidos no acolhimento, afinal são pacientes de risco e as equipes tem obrigação

de atender. Assim, a responsabilidade do cuidado sai do paciente e passa a ficar somente com a UBS e com os profissionais.

Ah!!! , então eu não vou hoje porque sei, lá, eu estou cansada, mas eu sei que vai ser remarcado depois. O PSF, ele é bom em alguns aspectos, mas, eu vejo muitas pessoas, muitos pacientes acomodados de saberem que ah, eu vou deixar pra lá, eu vou ser atendida depois, eu venho no acolhimento sou atendido, a minha consulta vai ser remarcada mesmo porque eles tem a obrigação de me acompanhar porque eu sou hipertensa ou diabético ou porque eu sou gestante. Então a responsabilidade acaba saindo do paciente e ficando só com a UBS muitas vezes, e isso é complicado (NASFf).

A localização do território e estrutura física da UBS onde o NASF trabalha fixo conta com espaço grande, sala de grupos e praça na frente da Unidade, sendo fatores que facilitam a estruturação do trabalho entre as equipes, pois o território é muito rico e as equipes procuram utilizar todos os espaços.

A estrutura física desta UBS é um facilitador fenomenal porque a gente tem esse espaço grande, tem a sala de grupos, tem uma praça na frente, tem muitos recursos do território e a gente faz grupos no território, então a gente brinca que aqui é um território rico e a gente tenta usar mesmo, não fica só aqui na UBS, tem grupos que é no território e da super certo, tem bastante adesão. Já que eles não vêm então vamos lá no território e, tem dado certo (NASFf).

Uma das dificuldades enfrentada pelo NASFm está relacionadas à estrutura de trabalho na Unidade, ou seja, pela falta de espaço e pelos muitos serviços que são oferecidos como ESF, NASF e Unidade de apoio. Você acaba ofertando tudo para o paciente mas não tem espaço, não tem sala para atender. Os espaços que se tem são espaços do território como a praça e que são muito utilizado pelas equipes.

A estrutura física da Unidade deve possuir condições mínimas para execução dos serviços prestados para que seja possível desenvolver uma assistência que vise ultrapassar o modelo biomédico em favorecimento a um cuidado integral do indivíduo o que só é viável, diante de espaços físicos compatíveis com os serviços prestados (Oliveira Junior et al., 2013).

Aqui nesta UBS, a gente tem muitos serviços, então, a gente tem pouco espaço: tem a Estratégia, a unidade de apoio e o NASF. Assim, a gente tem esta sala, hoje porque o psiquiatra não tá, no restante, a gente fica pulando nas salas que o médico está de folga e que é o dia em que eu não venho. E quando você tem aquele dia em que todo mundo está em atendimento e estão todos os médicos, é difícil. E, as sextas-feiras, tem um facilitador. Então, é assim. Gente, eu acho o máximo ter unidade de apoio à equipe... para a gente é até melhor ainda, porque se você tem um problema você conversa com o psiquiatra, você tira uma dúvida! Eu tenho a facilidade aqui na Unidade de ter uma troca com um psicólogo, porque ele está sozinho e eu estou sozinha na minha categoria e a gente tem uma troca, além de trocar com a equipe. Mas aí, você oferta tudo pro paciente, só que você não tem espaço pra atender esse paciente (NASFm).

A grande dificuldade está relacionada, segundo a ESFf, a pouca quantidade de consultórios para o atendimento. O NASF possui uma sala própria, mas ali não tem estrutura para o atendimento, porque ficam concentrado todo o estoque deles e os materiais para os grupos educativos, além de ser uma área de muito acesso de todos os profissionais NASF. Para a ESFf, a equipe do NASF deveria ter um consultório só para elas para poderem se organizar dentro de uma agenda de atendimento o que favoreceria o próprio paciente.

E eles não têm uma sala específica, eles têm a salinha deles NASF, mas ali não tem uma estrutura pra atendimento porque ali também está centralizado todo o estoque deles de material para grupos educativos, então, imagina você fazendo um acolhimento de saúde mental e de repente o profissional precisa entrar pra pegar uma caixa de brinquedo porque vai fazer um grupo lúdico! Não, não dá (ESFf).

Então, o espaço físico, eles teriam que ter um consultório só para eles, além da sala NASF, seria o mínimo para eles poderem se organizar dentro de uma agenda pra atendimento e assim eles teriam só uma sala para atendimento para não prejudicar o próprio paciente (ESFf).

Em contra partida, o espaço do território para grupos é excelente, é bem amplo, possui praças e parques onde são realizadas várias atividades de saúde.

Outra referência da ESFf sobre a estrutura de trabalho aponta as dificuldades que ocorrem quando chegam os casos de paciente que necessitam ser direcionados ao serviço de complexidade para dar continuidade ao tratamento, mas não consegue vaga, e isso acaba interrompendo ou adiando o processo de cuidado com aquele determinado paciente.

Quanto à estrutura da Unidade especificamente, a Gf acha um ambiente adequado porque possui um entorno bem grande o qual é utilizado pelas equipes.

Sim, a gente utiliza toda área, tem o clube escola e a área que a gente tem aqui, o entorno é bem grandinho, a gente tem o Viva Vida que a gente pode utilizar também o espaço deles, tem a sala de grupos. Eu acho um ambiente adequado (Gf).

A Gm considera também que a estrutura da Unidade é boa e que só seria justificável uma sala específica para o NASF se ele ficasse fixo na Unidade, pois se pensarmos em SUS ou em espaços no Serviço Público, sabemos que ele é escasso e que é necessário saber usar os recursos de uma forma adequada porque nunca teremos tudo.

O território ao redor da Unidade pode ser explorado, normalmente é explorado e, até eu saber, eu vou casar minha agenda de atendimento individual..... todo mundo ao mesmo tempo na agenda individual ou todo mundo agora em reunião ou todo mundo agora em grupo. Isso acho que faz parte de gestão de processo de trabalho pensando que a gente tem espaço no serviço de saúde escasso, comportando mais do que poderia comportar, o ideal seria a gente ter o espaço do NASF sim, se ele estivesse aqui todo dia ,como ele não está eu acho que não é necessário. Eu acho que precisa sim ter um compartilhamento e usar recursos de uma forma adequada, pois eu acho que na atenção básica e no SUS é o que a gente mais faz. Usar recurso de uma forma adequada, utilizar o que tem porque a gente nunca vai ter 100%. E, será que a gente precisa de tudo que a gente acha que precisa (Gm)?

O NASFf também faz referência sobre a influência na estruturação do trabalho estabelecida pelas diferentes Instituições, pois é sabido que cada um age e trabalha de uma forma, o que não fortalece as equipes NASF como categoria e acaba influenciando negativamente o trabalho de cada profissional, principalmente quando ocorre a troca das Instituições ou dos profissionais como foi mencionado no discurso abaixo:

Assim até essa questão do profissional, de conhecer essa questão do caderno, da clínica ampliada, a gente vem fazendo muitas discussões, no sentido que muito tem a ver com a questão da Instituição. Então, cada Instituição estabelece um modelo, age de uma forma, tem um formato de trabalhar e isso é ruim porque cada um se adapta de acordo com a realidade que a Instituição estabelece. E aí a gente viu em alguns contratos de gestão que alguns NASF têm metas para cumprir, outros é monitoramento, então isso também é ruim porque não fortalece enquanto categoria e acaba prejudicando em algumas situações (NASFf).

O NASFf também acredita que tem bons resultados no trabalho entre as equipes mas sente falta de trabalhar na parte da promoção de saúde, o que foi alterado pela mudança de gestão e da burocratização dos processos de trabalho nos últimos dois anos principalmente para a ESF o que influencia muito negativamente e atrapalha a estruturação do trabalho entre as equipes. Para o trabalho em equipe, se faz necessário uma prática pautada nos princípios de promoção de saúde, mediante não somente a incorporação de novos conhecimentos, mas também mudança na cultura e no compromisso com a gestão pública (Araújo e Rocha, 2007).

A gente tem bons resultados no trabalho entre equipes, mas, sentimos mais falta, principalmente nestes dois últimos anos, de trabalhar mais na frente da promoção, porque com essa mudança de gestão, contrato, meta, tal, burocratizou muito os processos e a gente brinca que se soubesse que na Saúde da Família era tanto papel, a gente não vinha. É muito papel administrativo, muita questão para a equipe de Estratégia dar conta de metas, números e aí acaba que o trabalho não fica tão bom como poderia ser e é uma coisa que atrapalha bastante o nosso trabalho. É uma questão de ter mais número do que qualidade (NASFf).

O NASFf gostaria que também houvesse mais investimento em Educação Permanente para as equipes, pois os profissionais vão se aprimorando uns com os outros. Além disso, também seria importante, para algumas situações ou casos pontuais uma supervisão técnica mais específica. A Educação Permanente é uma das competências citadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) como sendo uma responsabilidade dos profissionais de saúde em conjunto com as universidades e as políticas institucionais, onde fica estabelecida a necessidade de uma aprendizagem continua para os profissionais, tanto na sua formação quanto na prática do serviço em saúde. Entretanto, os profissionais de saúde ainda tentam mascarar essa ausência de Educação Permanente através de práticas com ênfase técnico-científica o que não condiz com as atuais políticas de saúde e de ensino (Peres; Ciampone, 2016).

Porque o que a gente percebe assim, é que poderia estar sendo investido mais nessa parte de educação permanente mesmo do NASF. A Coordenadora ela tenta trazer alguns temas de formação, mas, vamos pegar um exemplo: um médico que quer fazer um matriciamento, ele tem um preceptor daquela área, ele chama o preceptor médico que vem e matricula. O NASF não tem nenhum preceptor, nenhum representante, é de comum acordo com a própria categoria (NASFf).

O NASFm também entende que a equipe de ESF tem uma rotina muito severa devido a estrutura de trabalho e que muitas vezes não permite que o NASF possa apoiar as equipes pelas ações.

Eu entendo que tem uma rotina muito severa para a Estratégia e às vezes, o apoio, eles querem o quê? Que a gente assuma. E a gente não consegue realmente apoiar pelas ações que a gente tá preconizado em nosso caderno NASF (NASFm).

Para o NASFm o que mais atrapalha a ESF também é o tempo, os horários e a burocracia. É evidente que existem profissionais que conseguem ter certa agilidade nos processos de trabalho ou mesmo ter um olhar da clínica ampliada com queixa e conduta e chegar ao ponto esperado pelas equipes, mas é preciso saber administrar

essas situações para não ter reflexos negativos entre as equipes e com o próprio processo de trabalho.

Tem profissionais aqui... tem médicos que eles têm nossa, uma agilidade pra fazer acolhimento em quinze minutos, vinte, que eu fico boba! Mas, assim, não é todo mundo que tem essa facilidade! De chegar no ponto. E não é todo paciente que é tão acessível! Você pega o paciente que é usuário, tive paciente de ficar uma hora para conseguir um vínculo e conversar comigo; de fato, discutir o que estava acontecendo, então, assim, eu acho que horário, tempo e burocracia são coisas que atrapalham muito a Estratégia de Saúde à Família (NASFm).

O NASFm também tem consciência que atualmente pela mudança de gestão e de metas, não consegue mais ter domínio da própria agenda e acaba deixando falha nos processos de trabalho pois não consegue dar conta de tudo que é preconizado pelo caderno NASF. Ao pensar na evolução do NASF ao longo dos anos, a equipe se da conta que o que fazia de ações antes, parece utopia fazer nos dias de hoje, porque acaba tendo muita coisa para organizar num tempo tão curto de trabalho.

Eu acho que se a gente for pensar, por exemplo, quando ela falou assim: “Ah, mas a outra equipe conseguia... um outro momento... outra gestão eram outras metas... a gente conseguia administrar nossa agenda com as nossas atribuições!” Hoje, a gente não consegue ter esse domínio da nossa agenda. Então, se eu vou fazer uma ação no território, hoje impactou que eu não participei de uma comissão de prontuário... você entendeu... então, eu deixo uma falha... mas qual a importância dessa minha ação dentro do território? Se eu não fizer ...eu não tenho como fazer... E hoje eu não tenho domínio mais sobre a minha agenda, nesse sentido deixo um dia inteiro pra fazer a ação (NASFm).

Outra dificuldade apresentada pelo NASFm relacionada a estrutura de trabalho faz referência ao orientador de fluxo da Unidade que deveria ser mais específico nas informações aos usuários.

Eu acho que uma dificuldade, também, é a questão do orientador de fluxo porque muitas vezes é uma orientação inadequada ao usuário, e ele fica meio que à mercê, esperando uma boa alma aparecer no corredor, pra ser acolhido, então a orientação de quem acolhe deveria ser muito mais específica (NASFm).

Mas eu ainda acho que aqui... deu uma melhorada, porque na outra UBS a gente enfrenta mais dificuldade do que aqui porque lá as pessoas ficam, de fato, perambulando, sem saber a quem recorrer(NASFm).

O NASFm faz ainda uma reflexão final onde destaca a necessidade de repensar no trabalho do NASF, pois o que foi preconizado inicialmente pelo Ministério da Saúde já vem sofrendo mudanças no próprio Caderno NASF porque não dá para ter uma equipe tão rica de profissionais e não poder prestar atendimento seja por conta de programas ou de meta que ainda prevalecem.

Entre as mudanças apontadas, podemos destacar uma revisão na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Portaria nº 2.436 de 21/09/2017 do Ministério da Saúde e que tem como objetivo garantir o formato bem sucedido da Atenção Básica (AB) nos últimos anos desde a implementação das equipes de ESF que ajudaram a resolver as demandas da população e a partir daí, avançar em novas diretrizes para ampliar os atendimentos e reforçar as equipes de profissionais.

Entre as propostas apresentadas para organizar a Atenção Básica (AB) no SUS, relacionadas às equipes do NASF, fica estabelecido que estas passem a complementar não só as equipes de Saúde da Família, mas também as equipes da AB “tradicionais”, o que alteraria o nome das equipes para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e da Atenção Básica (Nasf-AB). O novo texto também propõe uma redução do número da população adscrita por equipe de AB e de Saúde da Família de 4000 para 2000 a 3500 pessoas dentro do território, com garantia dos princípios e diretrizes da AB e a incorporação dos Registros Eletrônicos em Saúde, entre outras mudanças (Brasil, 2017).

Eu acho que a gente vive ciclo, teve um ciclo que a gente iniciou com todo esse entendimento do NASF, que era o que preconizava, o que iniciou o programa do o Ministério e hoje, a gente vive um outro ciclo de novas demanda (NASFm).

Eu acho que as próprias organizações estão repensando o trabalho do NASF. Como que é ter profissionais numa equipe com tanto potencial, e a gente ter uma demanda, às vezes, reprimida por conta desse profissional ficar no apoio. E eu acho que o processo que nós estamos vivendo já é pra levar a equipe, o trabalho do NASF a ter um outro perfil de atendimento. Isso vai ser a médio, talvez à longo prazo, mas vai. Eu acho que tá mudando, já teve uma mudança no Caderno NASF e eu acho que isso vai acontecer. É uma evolução, não dá para você ter uma equipe tão rica de profissionais, com diversidade profissional e você ter um atendimento que você não pode prestar por conta de um programa, de uma meta ou que já está estipulado! Eu acho que isso está sendo revisto. Só que em contrapartida a gente ainda vive dentro dessa meta antiga onde a gente tem que dar conta de tudo! Então, seria muito mais fácil falar: “vocês vão tudo virar ambulatorial! Porta aberta - e quem bater na porta, vocês atendem !” Acho que a gente sofreria menos porque a gente se divide de uma forma desproporcional e a gente não dá conta, nem de uma coisa, nem de outra (NASFm).

Em relação a equipe NASF, a Gf acha que a composição da equipe está de acordo com as características da região, foi assertiva porque como tem muitos idosos, o Educador Físico a Fisioterapeuta trabalham bem a questão da mobilidade destes.

Tem os grupos que ajudam bastante o NASF, e eu acho isso um facilitador porque o NASF pode ser composto de várias maneiras, então, a composição dele também está adequada para a região. O educador físico e a fisioterapeuta facilita o trabalho porque aqui a gente tem uma quantidade grande de idosos, então dá para trabalhar essa questão da mobilidade (Gf).

Para completar, cita a importância que foi a criação do NASF na estruturação do trabalho como equipe de apoio multi para ajudar a ESF na articulação do cuidado dos pacientes.

É, eu tenho os dois parâmetros, a Estratégia antes do NASF e depois do NASF, então este vem agregar como eu te falei, pois as equipes entram em casas onde existem situações que jamais a gente pode imaginar e nessa hora a gente tem que contar com o apoio de uma equipe porque o próprio nome já fala é uma equipe de apoio, uma equipe multi de apoio e foi uma estratégia de quem criou esse NASF muito assertiva porque além do NASF, daqui a pouco, a gente vai precisar de mais uma outra equipe porque os problemas estão mudando, mas, eu acho que foi um ganho para atenção primária (Gf).

Já a Gm sugeriu que talvez seja necessário rever a Política Nacional em relação a vinculação do NASF nas Unidades, podendo existir um critério de avaliação do território através de questões epidemiológicas, estatísticas, de recursos do próprio território, área de invasão enfim, onde fosse possível determinar em qual território o NASF, deveria ficar fixo ou não. E isso tudo, pensando que cada vez mais hoje em dia, o número de pacientes SUS dependente vem aumentando, assim como o número de patologias graves, de saúde mental, de câncer e bebês e gestantes de alto risco. Além disso, deve-se pensar também em uma estrutura de trabalho que possua, por exemplo, alguns profissionais NASF com carga de 40 hs/semanais pois a população vem envelhecendo, com taxa de sobrevivência maior e que vai necessitar de mais cuidado.

E visto cada vez mais essa quantidade de paciente SUS dependente, cada vez mais o índice de comorbidades em patologias graves, saúde mental, câncer, problemas na gestação, nascimento de crianças com condições de risco, é muito fundamental isso, apesar dele não estar. Eu tenho aqui uma Unidade de 5 equipes e eu venho de uma Unidade que eu tinha 6 equipes, 7, então, não é um número tão diferente mas, talvez aqui eu acho que talvez pudesse ter um critério, até de avaliação do próprio território, que território é esse? Talvez tenha território que o NASF possa estar menos tempo, até por uma questão epidemiológica, uma questão estatística, onde está localizado esse território, que recurso esse território tem, se ele tem área de invasão ou se ele não tem, enfim. E aí a gente tem várias problemáticas dentro da Unidade, à gente tem área de invasão, a gente tem um córrego, a gente tem muitas coisas de comorbidade que talvez fosse digno de se rever na política nacional em relação à organização da vinculação do NASF nas equipes (Gm).

E para facilitar essa estruturação e agilizar o atendimento, a Gm acredita que se tivessem outras portas de acesso ao serviço que fossem mais rápidas para os casos mais diretos e que não exigem discussões, agilizaria muito a resolução.

E aí é onde eu acho que talvez se tivessem outras portas de acesso individual, talvez fosse melhor, como tem no CER (Centro Especializado em Recuperação). AVC (Acidente Cerebral Vascular) recente = CER, fratura= CER, não preciso discutir (Gm).

Também se faz necessário pensar em um protocolo do que é prioridade, pois quem elege o que é prioritário, é o profissional, não há um critério específico para isso, o que pode deixar o cuidado de muitos pacientes para depois.

Tempo adequado, não consigo aqui te dizer. Mas talvez, até se pensar agora aqui, refletindo com você, será que a gente não precisa ter questões tais e o tempo de resposta para o usuário tem que ser tanto para tal questão, não, é o meu olhar, É o olhar daquela equipe, e nós elegemos o que é prioritário, não tem um protocolo do que é prioritário, do que não é, ou até de que forma eu doso isso..... porque senão, uma dor no pé por exemplo, nunca vai ser prioritário, visto a característica que a gente tem da população (Gm).

Para a ESFm, se a equipe do NASF ficasse fixa na Unidade, provavelmente iria ter mais vagas e as devolutivas seriam mais rápidas. Também melhoraria muito estruturalmente na Unidade, se a carga horária dos profissionais NASF fosse de 40hs /semanais, pois quando o profissional só trabalha um período, fica difícil para a equipe de ESF ser matriciada por esse profissional ou tirar dúvidas simples, pois precisa esperar uma intermediação o que também leva a demora da devolutiva para o paciente.

A gente tem alguns profissionais do NASF que não têm contato, devido à reunião, eu posso até dar um exemplo: a gente tem muito contato com a psicóloga, casos de psicólogo a gente sabe; às vezes, na área a gente sabe orientar muita coisa. Agora a fisioterapeuta a gente já não tem contato, porque a reunião não é com a gente, só tem reunião dela à tarde, porque ela só trabalha à tarde.

Então a gente sente falta de ser matriciado por fisioterapeuta, entendeu?!

Às vezes a gente tem dúvidas que são simples, por exemplo, eu estava com uma dúvida esses dias de marcha de uma criança, uma coisa que ela poderia ter me falado ali na hora e eu teria resolvido, mas aí eu passo a dúvida pra equipe, e eu tenho que esperar eles entrarem em reunião pra eles repassarem a minha dúvida, para depois ela ter uma devolutiva, e se é coisa, por exemplo, de fonoaudióloga ela está aqui, ela já me fala na hora (ESFm).

A composição das equipes como número e categorias diferenciadas de profissionais pode dificultar em alguns momentos, a parceria entre as equipes para a realização de tarefas como também os processos relacionais entre elas, o que poderia ser facilitado segundo Gonçalves et al. (2015), com um maior investimento em comunicação e nas relações interpessoais entre as equipes, além do esclarecimento do papel de cada equipe e de como a cooperação entre elas pode facilitar a realização de ações compartilhadas.

Hoje a gente tem que assumir algumas ações, protocolos e a gente tem que estar na frente porque senão acontece a cobrança que também vem para nós. Então, é muito difícil! Porque é muita coisa.

É muita coisa, porque você tem que pensar nos processos do NASF que são administrativos, a gente dá conta da nossa produção, das nossas metas e, em contrapartida, a gente tem que também ter um papel de sensibilizador, motivador, do que eles precisam fazer... liderança em algumas coisas, liderar(NASFm).

Eu acho que é um desafio pra gente, porque é muita coisa, às vezes, a gente se perde realmente naquilo que a gente realmente precisa fazer, dar conta (NASFm).

Fatores como a interação e a convivência entre os profissionais das equipes podem ficar comprometidos pelo distanciamento físico intra e entre equipes pela estruturada de trabalho existente.

Para CN, as estruturas das Unidades onde tem o NASF fixam e o NASF móvel são as mesmas, pois a Instituição é a mesma, mas, podem sofrer influência da mudança de profissional na equipe, pois quanto mais tempo o profissional permanece

na equipe, melhor a relação de trabalho intra e entre eles. Na Unidade que tem o NASF fixo os profissionais já estão juntos entre um e dois anos, então a forma como ocorre à estruturação do trabalho é tranquila, com boa interação entre as equipes. Já na Unidade que o NASF fica duas vezes na semana, ou seja, é móvel, houve mudanças recentes e muitos profissionais resolveram sair e entrou muita gente nova, a maioria menos de um ano e todos vieram com suas histórias e experiências o que veio retardar o alinhamento entre a equipe, pois este não acontece da noite para o dia. Embora haja um introdutório que fale sobre a Atenção Primária a Saúde e de imersão no NASF para explicar um pouco a ideia de NASF para os profissionais novos, essa preparação é insuficiente para aproximar o profissional do trabalho e das equipes.

A equipe NASF fixa são equipes mais antigas, se eu não me engano, profissionais novos temos duas, que é a fonoaudióloga que está a menos de um ano e a terapeuta ocupacional também que é menos de um ano. O restante já está mais de dois anos junto.

Já o NASF móvel teve uma mudança recente também. A equipe anterior já estava há certo tempo, daí devido à reformulação que teve do NASF, alguns optaram ir para outras organizações, saíram e, da antiga aqui ficaram só dois, então entrou bastante gente nova. Nós temos profissionais que já eram de outros NASFs, profissionais que nunca trabalharam em NASF, profissionais do antigo NASF e então cada um vem com seu ponto de vista, sua história, com suas experiências e até alinhar, às vezes demora. E para os profissionais novos a gente tem um introdutório que fala sobre APS e de imersão no NASF que é para explicar um pouco essa ideia de NASF (CN).

Conforme observado nos relatos acima, a estrutura de trabalho foi considerada boa entre as duas equipes de ESF e as gerentes das Unidades. Já as equipes do NASF fazem referência às limitações da estrutura de trabalho nas Unidades. Embora o NASFf e a CN reconheçam que a presença fixa do NASF na Unidade favoreça a estruturação do trabalho entre as equipes por passarem um maior tempo juntas e poderem melhorar a relação de trabalho entre elas, o NASFf também destaca que a falta de alinhamento intra equipes NASF e dos processos de trabalho entre elas pode

ser um fator limitante desse trabalho diante da presença de profissionais pouco preparados para o trabalho multidisciplinar o que pode desestruturar o trabalho entre as equipes.

Para o NASFm fatores como o tempo, o horário, a burocracia as metas de trabalho e o pouco espaço na Unidade diante dos muitos serviços que são oferecidos a população, são fatores que atrapalham a estruturação de trabalho intra e entre as equipes e que também acaba sendo um limitador do trabalho entre elas. Para ESFf a ausência de sala de atendimento para o NASF e a dificuldade de vaga para os paciente que necessitam do serviço de alta complexidade para dar sequência ao cuidado são dificuldades encontradas na estrutura de trabalho das Unidades e que pode ser um limitante do trabalho entre as equipes.

Algumas sugestões são dadas por algumas equipes para melhorar a estrutura de trabalho entre ela, um maior investimento em promoção de saúde e educação permanente, como destaca o NASFf favorecendo os processos de trabalho intra e entre equipes além de aproximar o olhar para a clínica ampliada. Outra ideia vem da ESFm, que sugere que todos profissionais NASF façam uma jornada de 40 hs de trabalho semanais para que seja possível acontecer trocas profissionais mais eficientes, o que facilitaria as relações entre os vários profissionais envolvidos nas equipes. E o NASFm ressalta a necessidade de se rever os programas e metas estabelecidos pelas políticas públicas para que sejam melhor estruturados e que não se perca a riqueza de equipes e de profissionais envolvidos no cuidado multiprofissional em saúde. Portanto, a estrutura de trabalho tem influência sim no trabalho intra e entre equipes e pode ser facilitado quando da presença fixa do NASF na Unidade.

5.2.3 Interação

Nesta categoria vamos analisar a interação das equipes como forma de fortalecer a comunicação e o diálogo e facilitar a relação de trabalho entre as equipes em prol do cuidado integral do paciente, o que pode ocorrer pela prática conjunta de

ações de cuidado, como ocorre nas consultas compartilhadas, nos matriciamento, nos grupos, nas VD ou em reuniões de equipe.

A interação entre os profissional faz referência ao cuidado integral que ocorre através de práticas participativas e de relacionamentos mútuos e recíprocos entre as equipes, diferentemente das antigas relações tradicionais hierarquizadas (Matuda et al., 2015).

Segundo relato da equipe de ESFf a equipe do NASFf participa das reuniões de planejamento anual da equipe de ESFf, o que resulta em uma melhor interação entre elas, pois facilita o organização e preparação da agenda a qual passa a ser comum entre ambas as equipes.

Até mesmo quando o planejamento da equipe anual é feito, elas estão participando junto, então, interação no nosso planejamento anual, o que é positivo (ESFf).

A ESFf relata que os profissionais são bem inteirados e envolvidos com os casos clínicos e a ausência de um profissional, não impacta no processo de trabalho, pois qualquer outro profissional da equipe está apto a seguir normalmente com as reuniões ou matriciamentos, o que vem representar a boa interação das equipes.

O que acontece em reunião, todos nós ficamos sabendo. Se o caso é meu, e eu faltar, eu posso ver que qualquer uma delas vai ter conhecimento do caso e vai poder me ajudar, entendeu? Um dia se eu faltar, ou pegar uma licença médica ou férias não vai ter problema (ESFf).

Para a ESFm as reuniões e os matriciamentos facilitam a aproximação e interação entre os profissionais como citado:

A gente tem muito contato com um tipo de profissional, que a gente aprende muito nas reuniões, tem dia que é quase uma aula que eles nos dão; e outros profissionais que só participam das reuniões à tarde, e a gente não tem muito contato (ESFm).

Assim, entre as práticas que podem facilitar essa interação entre as equipes estão as reuniões e os matriciamentos entre ESF e NASF, ferramenta esta que possibilita reflexões sobre as práticas, troca de experiências, planejamento de ações das equipes além de estabelecer conexões entre os vários processos de trabalho existentes prevendo assim uma assistência à saúde planejada onde cada profissional pode contribuir com suas atribuições específicas, desfragmentando o foco médico curativo ou especializado (Kebian; Acioli, 2014).

A Gf destaca a importância do trabalho de interação das equipes, pois existem casos que se não fosse esse trabalho conjunto entre a equipe nuclear e a equipe de apoio, provavelmente ficaria muito limitado esse olhar multi da família ou indivíduo em questão, e para que aconteça essa interação, a presença diária da equipe NASF na Unidade pode ser um facilitador do trabalho para as equipes. A Gf também destaca que há uma interação muito boa entre as equipes de ESF e NASF, com o administrador, a farmácia e a odontologia, porque todos trabalham muito tempo juntos e não encontram dificuldades nesta interação.

Aqui é uma equipe muito boa no sentido de união, eles trabalham todos juntos, tanto o administrador, quanto a odonto, quanto às equipes, a farmácia, então, você vê que eles têm uma interação muito boa. É uma equipe que já trabalha junta há muito tempo, então, não tem essa dificuldade não (Gf).

Para NASFm, uma dificuldade de interação apontada pode estar relacionada em seguir rigorosamente os protocolos estabelecidos, sendo que existem casos que poderiam ser resolvidos mais rapidamente e devido a pouca interação entre alguns profissionais de algumas equipes de ESF levam às ações como cumprimento de protocolo e encaminhamento do paciente ao NASF para casos que poderiam muitas vezes, já ter sido solucionado entre a própria equipe de ESF. Assim, a equipe do NASFm considera a relação de trabalho entre ESF e NASF boa mas não efetiva.

Política de Gestão que são centradas em metas de produção podem interferir nas relações de interação entre os profissionais e no próprio trabalho colaborativos entre eles (Matuda et al., 2015).

Então assim, a gente vive uma dinâmica de embargo, tudo é por protocolo. Existem protocolos para encaminhamento de pacientes que não precisam passar por nós. Eles sabem. São protocolos que existem antes mesmo de eu estar aqui, deles estarem. Então, eles trazem o caso para discussão, sendo que esse paciente não deveria estar ali, é um procedimento que já deveria ter acontecido pela Estratégia: médico e enfermeira (NASFm).

Para CN, a interação entre as equipes de ESF e NASF também reflete em melhores atividades compartilhadas, sendo que quando se ainda se necessita do entendimento do que é clínica ampliada, de questões multidisciplinares, de uma visão ampliada do paciente e estes não estão tão evidentes, as questões de compartilhamento como, por exemplo, consultas compartilhadas, ficam visivelmente comprometidas. Embora o trabalho entre as equipes necessite da articulação de diferentes saberes e de práticas profissionais, ainda é possível verificar um distanciamento nesta relação tanto em atividades na UBS como fora dela, o que reflete a dificuldade de interação das equipes para a realização de práticas interdisciplinares (Kebian; Acioli, 2014).

A CN também relata que há uma limitação de diálogo entre ESF e NASF, o que pode estar relacionada há falta de interação entre as equipes ou a dificuldade de trabalhar com clínica ampliada, fato este muito mais perceptível entre as equipes de ESFm do que ESFf, levando em consideração que as equipes que trocam menos de profissionais tendem a estar mais fortalecidas e integradas.

Numa equipe onde a comunicação ocorre com ruídos ou interferências, a aprendizagem pode ficar paralisada, pois as trocas entre as equipes ficam comprometidas e não se consegue aprender com o outro. A comunicação pode representar um instrumento de crescimento e troca como também pode gerar ruídos, mal-entendidos e situações paralisantes nas equipes (Fortuna et al., 2005).

Uma diferença até nítida dentro do processo de trabalho que da para perceber é que o NASF junto com a ESF parecem que estão mais inteirados pois a Estratégia consegue entender um pouco mais o papel do NASF e ficar integrada com ele. Então, as atividades compartilhadas como consultas, grupos, VD, a gente não vê tanta dificuldade.

Entre o NASFm e a ESFm a gente percebe que tem alguma dificuldade nesse sentido, às vezes as equipes não entendem muito essa questão da clínica ampliada que o NASF faz, essa questão multidisciplinar, então a gente vê alguns entraves desses como dificuldades para consultas compartilhadas juntas e grupos (CN).

Já para a Gm há pouca interação da equipe NASF com a gestão, a qual não faz ideia do que ocorre nas várias reuniões que a equipe NASF participa e que podem ser, mesmo que pontualmente, de interesse para Unidade.

Eu não sei nem o que se discute em cada categoria porque eles têm reuniões de categoria, eles têm, vamos pensar na agenda agora..... reunião de categoria, reunião de NASFÃO e tem reunião aqui interna e reunião de planejamento (Gm).

De acordo com os relatos das equipes de ESF e da Gf a boa interação entre as equipes pode representar em uma melhor aproximação entre os profissionais onde as ações de saúde passam a ser mais inteiradas, pensadas em conjunto e melhor distribuídas entre as equipes. Esses grupos também destacam que a presença fixa do NASF na Unidade também pode ser um facilitador de toda essa interação, pois o tempo de trabalho juntos é bem maior.

Para o NASFm a relação de trabalho embora seja boa não é efetiva, pois há pouca interação entre as equipes, o que acarreta dificuldades no andamento dos processos de trabalho entre as equipes. Essa mesma dificuldade de interação, é apontada pela CN em relação às equipes de ESF e NASF móvel, o que reflete em uma maior dificuldade de trabalho em ações conjuntas entre as equipes.

A interação profissional visa melhorar o acesso e a qualidade dos serviços por meio de uma atenção a saúde mais abrangente e contínua através de práticas de cuidado compartilhados. Contudo, ainda existe uma visão de trabalho pouco integrado e individualizado por parte de alguns profissionais (Matuda et al., 2015).

Ainda segundo o NASFf o que falta, é um pouco de alinhamento intra NASF e também dos processos de trabalho que acabam não sendo tão eficazes, uma vez que nem mesmo o profissional NASF sabe ao certo qual é o seu papel e encontra dificuldade no trabalho de apoio matricial para as equipes.

Eu acho que às vezes falta um pouco de alinhamento entre as equipes NASF mesmo, porque se as equipes NASF estivessem fortalecidas o suficiente no papel delas, facilitaria o trabalho geral com todas as outras UBS.

Não diria padronizada, porque o Caderno do NASF trabalha com clínica ampliada, mas uma questão de alinhamento de processos. Não chega a ser uma padronização, mas um alinhamento do que o NASF trabalharia. Acho que às vezes falta do próprio profissional NASF o entendimento do que é o NASF. Qual é o papel do NASF?

Eu não estou falando específico desta equipe, estou falando no geral, que às vezes o profissional não é preparado mesmo para trabalhar nesta visão, de clínica ampliada, de apoio matricial, então, é uma dificuldade que tem no trabalho (NASFf).

A falta de inteiração entre a ESF e o NASF foi destaque na fala da Gm o que reflete a dificuldade na relação de trabalho encontrada entre eles.

Nesta categoria não houve referência ao trabalho intra equipe e para os demais grupos também não houve citação do tema.

5.2.4 Organização do Trabalho

A relação de trabalho entre as equipes de referência e apoio matricial amplia as possibilidades de trabalho clínico e sanitário, pois nenhum profissional isolado

poderá ser capaz de garantir uma abordagem integral do indivíduo e desta forma, o modo como os serviços se organizam e funcionam, deverão passar por modificações, o que pode gerar dificuldades ou obstáculos nessa nova reorganização do trabalho em saúde (Campos; Domitti, 2007).

Para Gm o trabalho entre as equipes de ESF e NASF é muito rico e importante e não dá para imaginar esse trabalho desvinculado um do outro, visto que as equipes trabalham em regiões de vulnerabilidade social, econômica e cultural. Desta forma, segundo Campos e Domitti, (2007) a composição das equipes de apoio, é de fundamental importância para ajudar as equipes de referência na condução dos problemas de saúde existentes, diante dos vários campos de conhecimento desses profissionais.

Contudo, a Gm considera que a organização do trabalho ainda está muito fragilizada entre as equipes porque considera o NASF ainda muito distante de alguns processos de trabalho como os bebês e gestantes de risco, onde a ESF sempre vai ter um olhar porque é protocolo do segmento de puericultura e precisa ser acompanhado mais de perto, o que não acontece com o NASF que não tem muito esse olhar e flexibilidade de agenda para acompanhar esses pacientes, o que seria de extrema importância, se pensasse em uma articulação multiprofissional e multidisciplinar para esses casos específicos.

Para a realização das atividades mais efetivas e eficientes de saúde no cotidiano da APS os profissionais elaboram um planejamento entre as equipes, contudo, isto não garante com precisão o que irá acontecer nem tampouco o cumprimento de metas, pois os instrumentos de trabalho podem não estar de acordo com a demanda real e nem os profissionais capacitados a lidar com tais instrumentos desde a sua criação até a exequibilidade (Andrade et al., 2012).

Eu acho que é de grande valia sim, o trabalho do NASF, exatamente por conta das características do território e a importância que tem quando eu tenho essa articulação multiprofissional e multidisciplinar em relação a casos muito específicos que a gente tem como paciente de tuberculose (TB), como acompanhamento de gestante de risco, como acompanhamento dos recém-nascidos de risco, e a gente tem uma dificuldade muito grande do acompanhamento do NASF

pelos bebês de alto risco, porque a gente entende que o NASF, independente dele estar inserido no atendimento específico como o Centro de Especialização em Reabilitação (CER), ele é meu, ele não deixou de ser do território desta Unidade, então eu entendo que a Estratégia e o NASF precisam olhar mensalmente para este bebê o que a Estratégia já faz porque tá dentro do protocolo do segmento de puericultura e o NASF ainda tá um pouco distante desse acompanhamento desses bebês de alto risco mais de perto (Gm).

De acordo com a visão de Gm, falta um pouco mais flexibilidade de regras e protocolos e organização de agendas do NASF, para que os processos de trabalho não fiquem engessados porque ao contrário tudo acaba ficando represado.

Então, será que sempre a gente precisa saber detalhadamente do contexto inteiro da família para tomar uma conduta em relação ao caso, porque às vezes tem coisas que são extremamente pontuais, então, a gente vive sempre em discussão porque você tem uma fila de espera para discussão com o NASF enorme e de repente, é um caso que eu poderia já ter resolvido com uma porta de entrada em um grupo como, por exemplo, as dores osteomusculares. E, se a dor estiver relacionada a um sofrimento mental ou algum desarranjo dentro do contexto familiar ok.

Mas será que eu não posso primeiro levar ele para uma avaliação e se eu identificar que esse usuário durante o desenvolvimento das atividades tem algo, eu faço a volta para a Estratégia?

Será que a porta precisa sempre ser a Estratégia do primeiro acolhimento? Será que onde eu tenho maiores demanda eu não posso, conforme o perfil, ter portas de entrada direto para esse olhar específico do NASF, multidisciplinar e quem eu entender que precisa de uma discussão, pra eu entender melhor esse contexto desse paciente, eu trago ele de volta para equipe numa devolutiva. Porque senão você tem tudo muito represado (Gm).

Os pacientes sempre aguardam uma devolutiva do seu caso, porém qualificar quem é prioridade também é um desafio para as equipes, mas, terá que acontecer cedo ou tarde.

Porque o usuário quando ele vem com a demanda dele, ou melhor, quando o ACS acolhe essa demanda do usuário no domicílio, ele tem uma expectativa de resposta, por mais que o ACS diga olha eu vou levar, a gente vai discutir na reunião de equipe, pode ser que a gente dê o retorno em uma, duas ou um mês, enfim não sei.

Porém, toda vez que o usuário vê esse ACS ele mesmo não verbalizando, ele olha pra ele com a expectativa da resposta. E aí eu vou dizer pra ele que a dor do pé dele é menos ou mais importante do que a dor do outro, ou a demanda do outro.

Para ele o pé dele é mais importante; então como dosar isso ou como qualificar o que é prioritário, é um desafio também porque a gente avalia casos e o ACS tem o contato com o indivíduo diretamente e para aquele indivíduo, a dor no pé é importante, mas talvez não esteja no contexto enquanto equipe então, ele é realmente desafiador (Gm).

Então para Gm, a maturidade da equipe NASF precisa ser desenvolvida para que as equipes não fiquem em sofrimento de não funcionalidade dos processos de trabalho.

Então eu acho que a maturidade da equipe do NASF é algo que precisa ser muito desenvolvida, porque a equipe acaba ficando em um sofrimento junto com as equipes de Estratégia por uma não funcionalidade tão adequada como deveria ser (Gm).

Se a equipe ESF não funciona, segundo observação do NASF, é necessário alinhar e para isto, a liderança da equipe tem que perceber essas dificuldades e trazer para o líder da outra equipe ou gestor para juntos buscarem a solução, mas nem sempre isso acontece e os processos de trabalho e alinhamentos ficam estagnados e não acontecem entre essas equipes.

Por outro lado, a equipe que não tem uma funcionalidade, que ela não tem uma organização que a meu ver depende da liderança da Estratégia na figura da enfermeira, o NASF, também não vem e não divide com essa equipe, essa falta de organização.

Então é algo que a gente vem tentando trabalhar muito aqui dentro, se a equipe não funciona, a gente precisa parar e alinhar. Mas como a gente para e alinha se a equipe NASF não compartilha ou com essa liderança a dificuldade que vem tendo, ou com o gestor para que a gente entre e faça uma avaliação junto à liderança (Gm).

A Gm considera que as lideranças das equipes são a chave da organização do trabalho, mas precisam estar atentas às fragilidades sejam elas de dificuldade de comunicação ou de relação entre as equipes e gestão, falta de alinhamento das equipes, gestão de tempo, de organização de agenda e processos de trabalho, enfim, para poder se pensar em estratégias de melhoria de trabalho. Para ela, é importante que os profissionais saibam lidar com as metas de trabalho também, porque elas sempre vão existir e significam acesso, então para que exista uma boa relação de trabalho entre as equipes, a organização dos processos de trabalho sejam eles agenda, carga horária ou metas são fundamentais.

A gente precisa amadurecer a nossa mentalidade para meta, porque na verdade ela traduz o acesso... Ela é um indicador quantitativo, mas também pode ser um olhar qualitativo. Eu acho que tudo parte de organização dos processos de trabalho e de maturidade das equipes ... que para mim são dois pontos essenciais; Organização de processos que envolve agenda, essa distribuição de carga horária, essa meta....(Gm).

Para o NASFf, a organização do trabalho entre as equipes foi facilitada porque quando o NASF chegou na Unidade, todos os profissionais eram novos e a partir daí começou a se estruturar a parceria com a ESF e juntas, as equipes foram se adequando, os matriciamentos começaram a acontecer e ficou mais fácil para organizar o trabalho entre as equipes. A participação do NASF no acolhimento da demanda espontânea também ajudou na organização do trabalho e na aproximação pois cada equipe passou a se apropriar dos processos de trabalho da outra equipe.

Segundo Fortuna et al. (2005), quanto mais às equipes vão convivendo umas com as outras, mais sentimentos de pertencimento elas vão desenvolvendo e este sentimento de pertencimento, vai se constituindo aos poucos, ele não ocorre por si só.

Quando a gente chegou, um outro fator que ajudou foi porque a equipe NASF era inteira nova e nisso foi se construindo essa relação aos poucos, o que colaborou bastante e a gente foi fazendo tudo do nosso jeito, então não tinha um modo de seguir. Todas tínhamos o pensamento no Caderno do NASF que nos dirige, então foi muito mais fácil organizar essa questão de trabalho mesmo, em equipe. E, a equipe NASF fortalecida, consegue matricular melhor a equipe de Estratégia (NASFf).

Para o NASFf, a equipe de ESF é bem organizada, já trabalham há muito tempo na Unidade e isso ajuda muito nos processos de trabalho entre elas.

Eu acho que algumas equipes são muito bem apropriadas do trabalho deles e isso ajuda o nosso. Então, se eles são dedicados ao trabalho deles, a gente consegue ter uma parceria melhor. E as equipes aqui são muito boas (NASFf).

São bem organizadas, a grande maioria das enfermeiras está muito tempo aqui nessa UBS, então elas são muito bem organizadas, e isso ajuda bastante no processo de trabalho (NASFf).

O NASFf também se preocupa em sensibilizar os usuários a participarem dos grupos na Unidade, pois a maior adesão é dos idosos por também ser o maior número no território, e para isso procuram organizar formatos diferentes de grupo que atraiam as crianças, os adolescentes e os adultos porque a maioria dos usuários, vem pra Unidade em busca de remédio e consulta o que já é cultural, por isso a necessidade de se educar constantemente.

É educar constantemente. É difícil paciente vir aqui mesmo e sair daqui com a prescrição de um grupo educativo, sem levar uma medicação ou algum pedido de exame, mas, é um processo constante (NASFf).

O NASFf também faz um trabalho de orientação aos pacientes em conjunto com a ESF de qual é a função do NASF na Unidade, ou seja, que ele é apoio, que nem sempre vai ser a primeira especialidade que vai atender o seu caso.

Essa questão que não é a primeira especialidade que vai atender o usuário a gente já alinhou aqui..... Então uma demanda de saúde mental não é a psicóloga que vai fazer o primeiro atendimento, pode ser a educadora física ou pode ser qualquer uma de nós (NASFf).

Para ESFm, a organização do trabalho ocorre da seguinte maneira: a equipe de ESF tem reuniões com o NASF duas vezes na semana e reunião mensal só com a ESF uma vez no mês, onde já fica pré estabelecido quais os casos que serão discutidos com NASF. A dupla de referência NASF fica seis meses com cada equipe de ESF. A equipe considera que as reuniões entre ESF e NASF duas vezes na semana está ótima, apenas o tempo de trabalho da equipe NASF na Unidade é que é pouco principalmente para se trabalhar com os pacientes, porque o cuidado não é pontual e resolutivo, ele é de continuidade. Os grupos também são muito cheios porque são concentrados em dois dias apenas.

Eu acho que duas vezes por semana a reunião é ideal mesmo! A gente não tem demanda tão reprimida, tão grande. Mas depois o tempo que eles precisam para trabalhar com o paciente é pouco! Porque não é uma vez, não é resolutivo, é de continuidade; então o que a gente vê são os grupos muito cheios, porque são concentrados em poucos dias (ESFm).

Outra dificuldade apontada pela ESFm fala sobre os profissionais que trabalham apenas um período o que acarreta a demora na devolutiva, pois a organização do trabalho é de acordo com a disponibilidade de horário daquele profissional.

Então às vezes o cadastrado tem uma dúvida sobre aquela área, a gente já fica meio assim “ai, vou ter que passar em reunião”? Os que estão aqui, a gente tem contato direto, algumas coisas a gente até sabe orientar mas esses que ficam à tarde, eu acho que deveria ter alguma mudança (ESFm).

A ESFm também acredita que se o NASF ficasse fixo na Unidade, haveria uma melhora da relação de trabalho entre as equipes e facilitaria a resolução dos casos mais simples, por exemplo com uma simples orientação, porque há muita dificuldade para novos agendamento.

A necessidade de alinhamento das equipes ainda é uma questão muito presente nas equipes e a gerente procura ajudar ao máximo para que não destoe tanto, e mesmo assim ainda há muitas dificuldades para organizar o trabalho entre as equipes, seja por questões pessoais (falta de entrosamento/amadurecimento) ou profissionais (reunião só com técnico presente).

Para o NASFm a organização do trabalho está muito relacionada com a gestão e com o que cada gestor define na Unidade. Desta forma, o NASF acaba enfrentando dificuldade de se organizar porque cada equipe de ESF tem uma organização própria e o NASF precisa se adequar a cada equipes para que as discussões, os processos de trabalho e as condutas possam acontecer. De um modo geral os profissionais tendem a trabalhar de modo isolado e com autonomia profissional, contudo a clínica ampliada trouxe a visão da interdisciplinaridade do cuidado e necessita de uma integração e organização dos métodos de trabalho entre as equipe e gestores, onde possa ser reconhecida a complexidade e a variabilidade dos vários fatores e recursos que envolvem cada caso específico, seja ele individual ou coletivo (Campos; Domitti, 2007).

As equipes estão procurando trabalhar nestas fragilidades, mas mesmo assim, o NASFm considera que a maior dificuldade está relacionada ao fato do NASF ter que responder por processos de trabalho que não são deles, de assumir algumas ações e protocolos para que a cobrança não recaia sobre eles também. Segundo o NASFm é muita coisa para administrar e muitas vezes, é impossível dar conta de tudo ou seja, além de ter as próprias atribuições, muitas vezes precisa fazer o papel de sensibilizador da equipe ESF como se fosse uma liderança.

Para o NASFm, é importante que a equipe de ESF consiga organizar melhor o tempo de trabalho e se organizar também, ao contrário, os processos de trabalho e as ações de saúde em conjunto não acontecem, ficam enxertadas. Além disso, ela acredita que se a equipe NASF respondesse por uma única Unidade, os processos de trabalho seriam mais organizados e as ações mais eficazes, além disso, o NASF estaria mais presente e participaria das discussões e decisões entre as equipes. As formas de organização e estratégias de trabalho do NASF no Brasil, ainda são muito recentes e inovadoras, sendo os processos de trabalho ainda pouco sistematizados, contando com documentos norteadores com orientações gerais das atribuições do NASF e de sua inserção na atenção primária, mas, ainda em processo de formação e que devido ao seu ineditismo, necessitam de novos estudos sobre o tema (Gonçalves et al., 2015).

*A gente fica fora, sim, dos processos de trabalho e se nós estivéssemos aqui respondendo por uma única Unidade, lógico!, as ações seriam muito mais, acho que eficazes no sentido de participação.
E organizadas, de nós estarmos presentes nas discussões.
Então, tudo o que a gente faz é meio que, né, enxertado!
(NASFm).*

Para a ESFf, a organização do trabalho entre a equipe de ESF e NASF ocorre da seguinte maneira: a equipe de ESF se reúne com o NASF duas vezes na semana, às terças e quintas-feiras. A equipe NASF trabalha com uma dupla de referência para cada equipe de ESF fazendo um rodízio a cada seis, e a organização é considerada muito boa pela ESFf, pois facilita os processos de trabalho entre as equipes.

Acho que a gente só dá conta do trabalho por conta da organização do processo de trabalho e porque a gente tem muito, muito conhecimento dos casos (ESFf).

A ESFf faz referência a importância de se orientar bem o usuário de como ocorre a organização de trabalho entre a ESF e o NASF na Unidade, porque assim o usuário já chega informado de como funciona o matriciamento, como serão as

reuniões com a equipe e que ele também não será atendido por especialidade. No começo quando o NASF chegou à Unidade era mais complicado, mas agora, os usuários já têm esse entendimento, já estão mais esclarecidos, o que diminuiu até a própria expectativa deles. Outra forma de se organizar o trabalho na Unidade é utilizar os espaços externos através de grupos no próprio território ou praças, o que vem atrair ainda mais a adesão dos usuários.

A gente tem de mostrar para a população o trabalho do NASF, né? Porque quando a gente faz a visita e a pessoa quer um psicólogo, você tem de explicar o trabalho deles para quando eles chegarem aqui, não terem uma expectativa diferente! Então, é lá na consulta, na visita, que a gente tem que orientar e falar até aonde eles podem ir, para a pessoa chegar aqui já ciente. Porque se você não falar isso, quando chegar aqui, é frustração, porque estão esperando uma consulta individual, de consultório!

Aí a gente fala: “não, é um grupo, são várias pessoas, vão conversar... e a partir daí, vai direcionar, se for necessário...” e daí eles já chegam com essa consciência.

Antes não, quando eles chegavam aqui a expectativa era outra! “Ah, tem psicólogo”, “Tem psicólogo!”, “Ah, tem fisio?”, “Tem!”. Então, eles acham que vão chegar e já vão fazer fisioterapia, entendeu? Agora, como já está mais esclarecido, está mais fácil o trabalho com eles... mas no começo foi difícil!!! Porque a expectativa deles era outra (ESF).

Para CN, a organização do trabalho entre as equipes está relacionada com a logística da agenda, pois se o NASF trabalha fixo numa Unidade, fica mais fácil essa articulação, mas também quando a ESF entende a importância de estar junto com o NASF, também se consegue organizar melhor o trabalho. E fica claro também para CN que a organização de alguns processos de trabalho como a devolução dos casos para o paciente também podem ficar facilitados com a presença fixa do NASF na Unidade, mas que sempre se procura não fazer essa diferenciação entre as equipes por ser fixa ou não.

Existe a logística de agenda, mas, eu também percebo que quando a Estratégia percebe a importância do NASF estar junto, ela consegue se organizar com a presença do NASF porque a gente tem experiências em outras equipes em que a Estratégia faz questão de modificar às vezes a agenda para que seus grupos tenham algumas ações em grupo apoiada com o NASF (CN).

A Gf considera que de um modo geral, a devolutiva para os pacientes são rápidas e podem variar de uma semana a quinze dias, dependendo da demanda ou necessidade de outras articulações como o Conselho Tutelar por exemplo. Mas no geral, a organização do trabalho entre as equipes NASF e ESF é boa e elas sempre agem de imediato nos casos que aparecem da Unidade.

Nesta categoria, a organização do trabalho parece sofrer influências significativas da presença fixa do NASF na Unidade, pois segundo a fala da CN, do NASFm e da ESFm, isso poderia ser um facilitador das relações entre equipes pela maior proximidade e possibilidades de articulações mais efetivas entre elas. O NASFf também atribui a presença fixa como um dos facilitadores da organização do trabalho em equipes sem contudo deixar de considerar que o fato de todos os profissionais da ESF e do NASF estarem juntos desde a chegada do NASF na Unidade, também teve um peso muito relevante para toda essa organização dos processos de trabalho intra e entre equipes. O NASFm por trabalhar em duas Unidades, ainda não conseguiu alinhar e organizar o trabalho entre as equipes e aponta como limitador as equipes de ESF com suas organizações próprias e a forma de gestão de cada Unidade. A forma como está organizado o trabalho entre a ESFm e ESFf são iguais, contudo a primeira ainda encontra muitas dificuldades na relação entre equipes o que já não acontece com a ESFf, onde a relação de trabalho intra e entre equipes se apresenta com muita parceria entre os profissionais. A visão das gerentes está em conformidade com o relato da ESF e do NASF das respectivas Unidades quando a Gf afirma que a organização de trabalho intra e entre equipes é muito boa e a Gm descreve há necessidade de melhorar o trabalho intra e entre equipes, pois este ainda se encontra muito fragilizada.

5.2.5 Trabalho em Equipe

Ao falar em trabalho em equipe, significa falar de pessoas em relações com possibilidades de conflito que não serão necessariamente negativos, ruins ou algo a ser evitados, mas que são inerentes as relações a partir dos quais possibilitam crescimento quando forem trabalhados. O trabalho em equipe não nasce pronto mas, se forma no fazer do dia a dia e para isso precisa ser analisado, pois passa por dificuldades, paralisações, satisfações entre outros ou seja é um processo de idas e vindas em múltiplas direções (Fortuna et al., 2005).

Para a ESFf o trabalho em equipe se reflete no próprio cuidado com os pacientes pois se consegue após o matriciamento entre as equipes, identificar com maior clareza as proposta e as ações que serão realizadas, pois o matriciamento ajuda a ampliar o olhar, fortalece e da segurança para a equipe de ESF. A equipe relata que pontualmente pode contar com a ajuda de profissionais de outra equipe de ESF no casos de um cuidado específico, o que fortalece ainda mais o trabalho entre elas na Unidade.

Eu tive um caso assim, uma criança diabética que a mãe foi morar em outro território; então, o agente comunitário de outra equipe nos dá o apoio, na entrega da convocativa, por exemplo; na busca de informações; aí ele vem, participa da nossa reunião, traz a informação que ele tem (ESFf).

A ESFf se sente bem apropriado da função do NASF na Unidade o que facilita o trabalho em equipe porque assim, consegue orientar bem o usuário sobre a função da equipe NASF e de como são realizadas as ações em conjunto com a ESF, desmitificando a característica de especialidade do NASF para um trabalho em equipe multiprofissional.

Num primeiro momento, quando eles procuram a unidade, eles querem: “o fisioterapeuta”, “a nutricionista”, “a psicóloga”... que é a busca maior, e a mais solicitada é a psicóloga! Mas,... como eu acredito que a maioria de nós já estamos bem apropriados em relação à função do NASF, então, existe esse diálogo antes com o paciente, por que... “olha, aqui na nossa unidade, nós trabalhamos da seguinte maneira; é uma equipe multiprofissional que trabalha através do matriciamento” Então, o paciente, ele sai daqui entendendo que ele vai passar por uma educadora física, por uma questão psicológica, por exemplo. Ele vem com essa expectativa, mas tudo é questão de orientação (ESFf).

A ESFf além de valorizar o trabalho no NASF, se sentem completos com a presença da equipe na Unidade, pois consideram que trabalham dentro do que é a proposta de trabalho entre NASF e ESF.

Já a equipe de ESFm considera que o entrosamento e a relação entre as equipes é boa e que ambas as equipes aprendem muito uma com as outras.

Segundo ela, o modelo de trabalho em equipe que o NASF trouxe é muito diferente do que se fazia e atualmente com essa nova proposta de trabalho, se desconstruiu a visão de que cada profissional só faz uma coisa e que o paciente não é mais especialidade e sim um paciente. O trabalho em equipe pressupõe uma prática de trabalho através de uma abordagem integral do indivíduo/família por meio dos vários olhares de todos os profissionais que compõem as equipes interdisciplinares, com a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro com objetivo de transformar e de intervir na realidade em que estão inseridos (Araújo; Rocha, 2007). Além disso, no trabalho em equipe todos os profissionais necessitam ter um conhecimento mínimo de tudo para facilitar as discussões e troca entre as equipes. E esse entrosamento é considerado muito bom no grupo ESFm, mas que pontualmente podem sofrer influência caso exista a presença de algum profissional menos envolvido com o trabalho em equipe o que poderá impactar na perda de tempo e de trabalho que são considerados preciosos para a equipe da ESFm.

Eu queria falar sobre esse modelo do NASF; ele trouxe uma ideia de trabalho em equipe muito diferente, não que cada um faz o seu e todo mundo faz junto, mas que todo mundo faz tudo, e é muito o que a gente faz, então, desconstruiu um pouquinho essa visão de que cada um só faz uma coisa, de que o agente comunitário só faz visita, de que a enfermeira só supervisiona a medicação, então desconstruiu, quando o psicólogo também tem um olhar pra uma questão de nutrição, porque o paciente não é a especialidade, é um paciente, então quando a gente consegue discutir isso, e eu falo que eu tenho muito orgulho do que a gente faz, que tem momentos que... eu falo: “as meninas têm domínio, conseguem discutir, conseguem trabalhar” (ESFm).

Para o NASFm, o trabalho em equipe de algumas equipes de ESF da Unidade ainda está muito fragilizado e os processos de trabalho não avançam e acabam se misturando porque ainda não houve um consenso entre as equipes de saber o que é que a ESF tem que fazer e o que o NASF tem que apoiar.

Os processos grupais que ocorrem nas equipes, segundo Fortuna et al. (2005), devem ser conhecido por todos para que juntos, seja possível problematizar as ações e criar significado através da atualização das relações entre si com aquelas que a atendem.

Outra dificuldade apontada pelo NASFm no trabalho em equipe se refere ao matriciamento entre as equipes onde não há discussões e trocas, porque a demanda muitas vezes já vem direcionada para alguma especialidade, sendo que alguns casos poderiam até já terem sido solucionadas na própria reunião da equipe da ESF. Desta forma, nota-se que muitas vezes o trabalho em equipe é prejudicado e fica estagnado porque os processo de trabalho não deslancham. De acordo com Fortuna et al. (2005), sentar para conversar parece muito fácil, mas muitas vezes não é, pois na maioria das vezes nos deparamos com contradições, diferenças e expectativas não faladas que temos uns dos outros, e que podem ser um limitador do trabalho intra e entre equipes. O autor também destaca que as equipes necessitam ter objetivos e tarefas em comum para que todos possam caminhar numa mesma direção.

Aqui a gente consegue ter um bom relacionamento, mas – na minha opinião – a gente conseguiria avançar ainda mais. Acho que as equipes, elas estão ainda muito fragilizadas.

É... a gente às vezes, pelos processos de trabalho, a gente não avança. São processos que às vezes são cobrados, faz parte da nossa rotina, porém a gente ainda não entrou num consenso do que realmente é a Estratégia que tem que fazer e o que o NASF tem que apoiar. Então, como o NASF é apoio, a Estratégia tem uma dificuldade, entende? Porque – na verdade – essa articulação do trabalho, acaba o quê?... se misturando (NASFm).

O NASFf considera que o trabalho em equipe está bem próximo do ideal, está mais para melhor que pior e há poucas dificuldades em relação aos ganhos que a equipe tem.

Para a Gf, é muito clara a necessidade do apoio da equipe do NASF para o trabalho em equipe, porque se cuida de pessoas que além das questões de saúde estão envolvidas por questões sociais e psicológicas e onde se faz necessário a associação dos múltiplos olhares de todos os profissionais, para se poder fazer diferença do cuidado em saúde. A Gm também considera que o trabalho em equipe é necessário, mas que as relações de trabalho entre as equipes de ESF e NASF ainda são um desafio e que precisam ser melhor articuladas.

A CN pontua as dificuldades que ainda se acentuam em alguns momentos em relação ao trabalho em equipe, destacando que muitos profissionais ainda encontram dificuldades no compartilhamento do trabalho pela formação ainda muito voltada à especificidade do cuidado e que quando deparam com uma equipe multiprofissional onde uma nutricionista apoia algumas questões de saúde mental, ainda perdura um certo estranhamento.

Eu acredito que a gente ainda hoje tem essa formação muito voltada para a especificidade da atuação. Então, quando você vê uma equipe multiprofissional, onde a nutricionista consegue apoiar algumas questões de saúde mental, consegue estar junto em algumas questões sociais, a equipe, acho que estranha um pouco (CN).

Nesta categoria foi possível verificar que o trabalho em equipe é facilitado pelo bom entrosamento intra e entre equipes como foi referido pelas equipes de ESF e pelo NASFf. Já a Gm, a CN e o NASFm compartilham a necessidade de melhoria desse trabalho pois para eles, as equipes ainda se encontram fragilizadas, sejam por motivos de dificuldades da divisão de papéis ou do compartilhamento dos conhecimentos, já que a especificidade ainda se faz muito presente para alguns profissionais. Não foi verificado nesta categoria nenhuma citação sobre a presença fixa ou não do NASF na Unidade como um fator facilitador ou limitador do trabalho em equipe.

5.2.6 Absenteísmo

O absenteísmo foi uma preocupação muito relevante citada pelas equipes de ESF e NASF da UBS onde temos o NASF fixo, com relato também enfático da gerente da Unidade e da Coordenadora NASF, parecendo ser um grande desafio e preocupação para estes grupos.

Quando um paciente falta e marca uma nova consulta, ele além de comprometer um horário que poderia estar sendo destinado a outra pessoa, também gera uma impressão de falta de vaga no serviço ou falta de profissional para o atendimento, pelo mal aproveitamento do serviço que é ofertado à população (Izecksohn; Ferreira, 2014).

Segundo o NASFf a grande dificuldade apontada, refere-se ao absenteísmo tanto em adesão aos grupos como às consultas, pois existe todo um trabalho de divulgação para os grupos, as equipes fazem várias estratégias de comunicação para envolver mas não tem a adesão como nos grupos de gestante e de aleitamento materno por exemplo, o que acaba travando os processos de trabalho uma vez que tem que se pensar em vários formatos de grupos diferentes para atrair o paciente. No grupo de idosos, a adesão já é maior porque eles são a grande maioria no território. O NASFf também acredita que o paciente aproveita da situação, pois sabe que no serviço de saúde não se pode mandar paciente embora e que ele vai ser acolhido de alguma forma, por isso falta e depois quer ser reagendado.

O PSF é bom, mas eu vejo muitas pessoas, muitos pacientes acomodados de saberem que ah, eu vou deixar pra lá, eu vou ser atendida depois, eu venho no acolhimento sou atendido, a minha consulta vai ser remarcada mesmo porque eles tem a obrigação de me acompanhar porque eu sou hipertensa ou diabética ou porque eu sou gestante, então a responsabilidade muitas vezes acaba saindo do paciente e ficando só com a UBS. Então, isso é complicado (NASFf).

A ESFf refere-se ao absenteísmo como uma característica da Unidade, primeiro porque o território é muito extenso e se fizer muito frio ou chover pela longa distância até a UBS os pacientes não vem mesmo, e também confirmam a fala do NASFf quando fazem referência aos pacientes e seu conhecimento em saber que possuem garantidos seu direito de acesso e reagendamento de consultas mesmo mediante as faltas, principalmente os casos de pacientes de risco.

Uma das coisas que eu acho que incentiva o absenteísmo é porque o paciente ele sabe que a gente vai dar um jeito de atender ele de novo. Então, é assim: o menor de um ano, o RN de risco, ele vai passar naquele mês... se ela faltou na terça, porque estava chovendo, até na outra semana ela vai ter uma vaga para passar o filho, ela sabe disso. O paciente tem essa ciência. É a mesma coisa com o NASF, o paciente veio, ele conversou comigo, conversou com a médica, e a gente falou que ia discutir o caso. Então, se a agenda foi compartilhada, houve algum imprevisto e ele não pôde vir, ele sabe que ele vai ser reagendado... vai ficar um pouco mais longe, mas ele sabe que ele tem garantia desse acesso. Então, eles têm essa percepção e eu acredito que é por isso que tem índice de absenteísmo maior também (ESFf).

Já para a Gf o absenteísmo está relacionado a uma postura cultural do imediatismo e requer investimento e muita orientação para os pacientes. A população não procura o serviço para fazer prevenção, já vem com o problema e na maioria das vezes quer a medicação.

A falta de adesão ao tratamento reflete ao profissional o não entendimento pelo paciente ou seu responsável da necessidade de aderência ao tratamento proposto (Monken; Moreno, 2014).

A gente tá com bastante absenteísmo na consulta agendada e no acolhimento, então é uma mudança de postura, as pessoas, querem vir no acolhimento naquele dia que ela pode, às vezes vem com a família inteira à gente vai orientar que não tem que ser agora então, é um trabalho de orientação e nós estamos agora nesse momento (Gf).

A CN completa as observações dos demais grupos quando ressalta que muitas vezes essa baixa adesão da população aos grupos e consultas levam a um questionamentos dos profissionais que pensam até em uma questão de descrédito da população, afinal de contas, na rede pública um serviço especializado tem uma espera considerável, sendo que mesmo sem ser porta de entrada, tem o serviço na atenção básica através da presença do NASF e mesmo assim, a população não adere a isto, o que leva os profissionais a muitas reflexões.

Segundo o estudo Monken e Moreno (2014), o absenteísmo nas consultas do serviço público, pode comprometer o atendimento à demanda do paciente e acarretar um desequilíbrio no sistema de agendamento, pois os pacientes faltosos retornam para novo reagendamento. Além disso, alguns pacientes necessitam de um acompanhamento mais de perto, por exemplo mensal, para melhoria da qualidade de vida futura, como ocorre com os pacientes recém-nascidos de alto risco e a falta à consulta acaba comprometendo todo esse cuidado além de gerar desperdício de recursos do serviço.

A gente tem alto índice de absenteísmo no geral, nos grupos que acontecem, nas consultas específicas de NASF, nas consultas compartilhadas e fica aí uma interrogação onde a gente sempre se pergunta em todos os NASF porque esse alto índice de absenteísmo, porque se a gente for ver hoje na rede pública um nutricionista, um fisioterapeuta, um psicólogo tem uma espera considerável e a gente tem o serviço aqui, na atenção básica que teoricamente não é porta aberta mas, o acesso é muito mais fácil e às vezes a população não aproveita isso, e a gente fica se perguntando por que e fica pensando nessa questão do descrédito porque a gente está lá oferecendo, falando, discutindo e quando tem que vir não acontece (CN).

Diante das fala de todos, fica nítida a preocupação das equipes e demais profissionais de como sensibilizar esses pacientes para se responsabilizarem com o cuidado da própria saúde, através de um trabalho contínuo e em conjunto intra e entre equipes, não deixando esse encargo apenas com a Unidade de Saúde ou com o profissional.

Embora a existência de poucos artigos sobre o tema, a literatura aponta alguns fatores que procuram explicar essas faltas as consultas (esquecimento, dificuldade de liberação do trabalho, etc) assim como alternativas de mudanças já utilizadas em alguns serviços para evitá-las (facilidade de remarcação, comunicação via fone o correio e ouvir o usuário e marcar consulta de acordo com sua disponibilidade de horário) mas contudo, os resultados ainda não são expressivos e reforçam a necessidade de se entender a percepção do usuário, caso contrário, será difícil reduzir o problema (Izecksohn; Ferreira, 2014).

Porém, isto ainda parece ser um grande desafio enfrentado por todas as Unidades de Saúde na tentativa de se evitar que muitas vezes os processos de trabalho fiquem estagnados ou muito prolongados, o que vem dificultar e muito a relação de trabalho intra e entre equipes ao pensarmos que o trabalho em equipe está embasado na interdisciplinaridade de ações e na integralidade do cuidado, onde a falta do usuário irá afetar diretamente ambas as equipes.

5.3 Projeto Educacional: Produto/Encarte

A proposta de Projeto Educacional a partir das observações e análise do Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde assim objetivou sistematizar uma metodologia que facilite a identificação dos pontos facilitadores e limitantes no processo de trabalho entre as equipes de referência da Estratégia Saúde da Família (ESF) e as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), em duas Unidades Básicas de Saúde no município de São Paulo, na perspectiva da transdisciplinaridade de saberes e da integralidade do cuidado e, apontar as diferenças no processo de trabalho realizado entre essas equipes.

1. Justificativa da Proposta

Considerando- se a articulação das ações e a interação dos profissionais como dimensões inerentes ao trabalho em equipe, a prática da comunicação entre elas, deverá se fazer presente no cotidiano desta relação pela busca da interdisciplinaridade das ações e da integralidade do cuidado (Ciampone; Peduzzi, 2000).

É através do matriciamento entre as equipes de ESF e NASF, que ocorre a discussões de casos ou temas e se desenvolve a dimensão técnico-pedagógica, onde acontece o compartilhamento do conhecimento específico do NASF com os demais profissionais das equipes. Para que esta relação possa caminhar nesses moldes, é necessário uma interação entre esses profissionais através de práticas participativas e de relacionamentos mútuos e recíprocos além de ações planejadas e compartilhadas entre todos da equipes (Araújo; Gonçalves, 2015; Brasil, 2010; Matuda et al,2015).

Assim, esta proposta educacional, encontra nas “Rodas de Conversa” entre as equipes, um caminho promissor para o desenvolvimento da Educação Permanente entre os profissionais da ESF e NASF, visando amenizar as dificuldades ainda presentes entre as equipes, ao depararmos com a presença de formações profissionais distintas, de saberes diversificado e de ações compartilhadas fragilizadas, o que leva a uma dificuldade nas relações profissionais pela não funcionalidade dos processos de trabalho entre as equipes.

As equipes de ESF e NASF poderão utilizar de momentos e espaços para reorganização das relações de trabalho quando fragilizadas pela prática do diálogo entre elas, da exposição das dificuldades presentes, dos esclarecimentos dos problemas apresentados e da busca de soluções. Nestes encontros, o objetivo é potencializar a relação de trabalho entre as equipes fortalecendo o vínculo e a interação. Para que isto ocorra, os profissionais precisam estar dispostos a interagir, a expor suas dificuldade e limitações, quebrar tabus e preconceitos, o que não acontecerá do dia para noite, mas, através de uma prática contínua entre as equipes que poderá acontecer por meio da prática da Educação Permanente em saúde nas Unidades de Saúde, o que vem ao encontro da mudança de práticas já

institucionalizadas nos serviços favorecendo o conhecimento e as trocas entre as equipes em direção a uma reflexão compartilhada e sistematizada (Brasil, 2009).

2. Objetivo.

Este projeto educacional tem como objetivo, fortalecer o trabalho entre as equipes de referência da ESF e equipes de apoio NASF que atuam de forma integrada na atenção primária, possibilitando às equipes, quando da presença de fragilidades na relação de trabalho entre elas, a busca por caminhos e condutas que direcionem a um realinhamento das ações de cuidado e da interação entre os profissionais, visando à melhora e a efetividade do trabalho compartilhado entre as equipes.

3. Proposta de Educação Permanente

O público alvo da proposta de Educação Permanente são as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A metodologia proposta é a realização de encontros como a técnica a **“A Roda de Conversa”** por se constituir um método de debate que é realizado pela participação coletiva dos sujeitos, no caso as equipes de ESF e NASF, visando à troca de saberes e experiências, a construção e reconstrução de argumentos através da escuta e do diálogo entre os profissionais das equipes (Moura; Lima, 2014).

Em relação à proposta metodológica, a utilização da metodologia da problematização vem ao encontro da técnica proposta por permitir aos profissionais das equipes de ESF e NASF, que a partir das fragilidades encontradas nas relações de trabalho entre as equipes, tenham a possibilidade de juntas, identificar os problemas, refletir e discutir sobre as dificuldades encontradas nessa relação e a partir daí, buscar soluções conjuntas que possibilitem o fortalecimento da relação entre os profissionais enquanto equipes, potencializando as práticas de cuidado em saúde, as interações entre as equipes e as dificuldades pessoais e profissionais entre elas (Matuda et al, 2015).

Desta forma, as Rodas de Conversa criam novas possibilidades de interação para as equipes, melhoram os processos de trabalho e direcionam a resultados mais promissores e eficazes em saúde.

3.1 Conteúdo/Temas

Os temas para as Rodas de Conversa devem estar relacionados às dificuldades encontradas nas relações entre as equipes de ESF e NASF e desta forma, os temas podem ou devem ser relevantes, pois estão na dependência das fragilidades individualizadas do trabalho entre as equipes da ESF e NASF em cada Unidade de Saúde, sendo o processo de trabalho dinâmico.

Temas propostos:

- Fragilidade relacionada à falta de confiança ou confiabilidade entre os profissionais e/ou as equipe.*
- Fragilidades na comunicação/diálogo entre os profissionais e/ou as equipe.*
- Falta de entrosamento na relação de trabalho entre os profissionais e/ou as equipes.*
- Ausência de perfil profissional para o trabalho em equipe.*
- Fragilidades na formação profissional.*

3.2 Ação

Após a escolha do tema para Roda de Conversa, as equipes se reúnem, problematizam as fragilidades, discutem e refletem sobre o tema e partir daí buscam em conjunto soluções e alternativas para melhora da fragilidade apresentada.

3.3 Cronograma

Para o a realização das “Rodas de Conversa” entre as equipes fica estabelecido um encontro a cada quatro meses, ou seja, três encontros anuais entre as equipes com duração média de uma hora cada e na própria Unidade de trabalho das equipes, de acordo com a disponibilidade de agenda de cada Unidade e de acordo com a gerência local.

O tempo estabelecido para duração dos encontros parece representar um tempo hábil para que cada profissional possa expor as dificuldades, as opiniões e posteriormente encontrar soluções conjuntas e estabelecer acordos, podendo este tempo ser mantido ou alterado durante os encontros. Quanto ao cronograma, este poderá ser alterado mediante a necessidade de discussões das equipes.

4. Avaliação

Após a realização de cada encontro, é importante que as equipes busquem fazer uma avaliação dos processos (técnicas utilizadas = Roda de Conversa) e dos progressos (resultados), para verificação da necessidade de manutenção ou alteração das mesmas. Essa avaliação deve ser contínua durante todos os encontros para que se necessário, ocorra adaptações ou adequações nos processos estabelecidos mediante os objetivos propostos e esperados.

6 CONCLUSÃO

Conforme os resultados apontam e de acordo com a metodologia empregada neste estudo, foi possível dividir os fatores facilitadores e limitantes do trabalho intra e entre equipes em duas categorias: características pessoais para o trabalho e características estruturais para o trabalho, e apresentar através desses fatores que a presença fixa do NASF em uma única Unidade, potencializa a relação de trabalho entre as equipes, a gerência e os usuários.

Este estudo aponta que entre as características pessoais para o trabalho analisadas que mais contribuem como facilitadora do trabalho intra e entre equipes, podemos destacar a confiança e o perfil individual/envolvimento e participação/interesse, que permitem o fortalecimento dos profissionais enquanto equipe e refletem diretamente no trabalho, pois ajudam a atrair os olhares dos vários profissionais e a sensibilizar as equipes na busca por alternativas de cuidado. Como limitador do trabalho encontramos no compartilhamento de trabalho as dificuldades dos profissionais de entender o papel do outro, do engessamento do trabalho por algumas equipes ou profissionais e a dificuldade do matriciamento entre elas. A pouca confiança no trabalho da equipe ou do profissional, representou um dificultador dessa relação de trabalho para algumas equipes de ESF, assim como a dificuldade de convivência pessoal/profissional também levou a limitação do trabalho juntamente com a disponibilidade, principalmente quando existe por parte de algum profissional a dificuldade de inserção e de participação mais efetiva em reuniões e entendimento do papel do outro na equipe. A falta de vínculo no trabalho também se mostrou um limitador do trabalho entre as equipes pela falta de comunicação e diálogo, pela dificuldade de escuta, pela apatia e pela falta de perfil para o trabalho em equipe.

Analisados os indicadores que contribuem como facilitadores do trabalho intra e entre equipes, e que estão relacionados às características estruturais para o trabalho podemos destacar a atualização, que agiliza os encaminhamentos de casos a outras redes de serviço e torna os processos de trabalho mais rápidos e eficientes entre as equipes; a estrutura de trabalho, que se refere à localização do território com presença de praças e espaços amplos para as atividades em grupo, a escolha assertiva dos profissionais NASF para o trabalho no território e o respaldo da

Instituição para o aprimoramento profissional. A interação entre os profissionais se mostrou um facilitador pela existência das várias reuniões intra e entre equipes, pois permite a troca de experiências e planejamento de ações, facilitando as atividades compartilhadas entre elas. Em relação à organização do trabalho temos como facilitador do trabalho entre as equipes, a própria organização das equipes de ESF que desta forma, facilita os processos de trabalho com o NASF. Quando as equipes são novas e iniciam em conjunto e pela primeira vez o trabalho em equipe, também facilita a organização do trabalho. O entendimento do papel do NASF pela ESF e a orientação aos usuários de como é realizado esse trabalho entre ESF e NASF, também ajuda na organização do trabalho entre as equipes. O trabalho em equipe também facilita a relação de trabalho entre as equipes, principalmente quando a ESF se apropria do trabalho do NASF e se sente completa como equipe, o que garante um bom entrosamento, a facilidade de trocas e aprendizado, culminando com a proposta do trabalho em equipe.

Como limitador do trabalho intra e entre as equipes podemos apontar quase todas as mesmas categorias facilitadoras das características estruturais para o trabalho, pois estas quando não realizadas conforme apresentado anteriormente, culminam com limitações no trabalho, pois serão processos realizados em não conformidade com a proposta de compartilhamento de trabalho. Assim, algumas características podem tanto representar facilidades como limitações nas relações intra e entre equipes a depender de como são realizadas e percebidas.

Assim, na estrutura de trabalho podemos destacar como limitador do trabalho entre as equipes, a ausência de Educação Permanente, do trabalho de promoção da saúde, a rotina severa de trabalho para as equipes de ESF e NASF com metas a cumprir e tempo escasso para atividades e o pouco espaço para o trabalho do NASF na Unidade móvel. Em relação à interação, encontramos na fala da ESF e NASF móvel, como limitador do trabalho, a falta de diálogo e comunicação entre equipes e gestão, bem como o excesso de protocolos que se tem para seguir. Para a organização do trabalho as limitações apontadas fizeram referência às agendas lotadas, as dificuldades de flexibilidade de agenda e de maturidade da equipe NASF, a dificuldade de comunicação das lideranças das equipes e de se lidar com metas de trabalho, falta de disponibilidade de horário de alguns profissionais NASF por trabalhar apenas um período na Unidade, falta de entrosamento entre equipes, dificuldade de

se estabelecer e definir papéis entre as equipes e a dificuldade de organização do tempo de trabalho, limitações estas encontradas nas UBS onde o NASF trabalha de forma móvel, sendo que a mesma condição não foi identificada na UBS onde o NASF trabalha fixo. Em relação ao trabalho em equipe, o que aparece como limitador do trabalho entre as equipes, destacamos o profissional pouco envolvidos no trabalho, a falta de comunicação e discussão nos matriciamentos por excesso de demanda ou mesmo pela a formação do profissional que ainda está muito voltada a especificidade do cuidado.

O absenteísmo foi uma categoria unânime e presente na fala de todos os discursos por representar uma limitação muito significativa para a característica estrutural da Unidade, pois a falta do usuário ao atendimento individual ou em grupo, acarreta a necessidade de reagendamento e conseqüentemente, ocupação de dois horários pelo mesmo paciente. Ou seja, o absenteísmo ainda é um desafio para as equipes e para as Unidades de Saúde.

Desta forma, o estudo também aponta a necessidade de melhores ajustes nas relações de trabalho intra e entre equipes, pois está ainda se encontra fragilizada e em processo de construção e reconstrução, há necessidade da realização de ações compartilhadas e estruturadas na clínica ampliada, tendo como base a transdisciplinariedade de saberes e a integralidade do cuidado, além de uma melhor capacitação profissional para o trabalho em equipe visando resultados mais eficientes e eficazes em saúde.

Foi possível verificar que a presença fixa do NASF em uma única Unidade, mesmo não sendo o que foi preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) quando da inserção do NASF na atenção primária, é uma condição que necessita ser avaliada, pois influência de forma muito significativa à melhora das relações pessoais e estruturais de trabalho, tornando-se assim um grande facilitador do trabalho compartilhado intra e entre as equipes nas Unidades. Assim, as diferenças nos processos de trabalho entre ESF e NASF sofrem influências significativas e muito favoráveis quando o NASF trabalha de forma fixa em uma Unidade, conforme aponta este estudo, sendo que as condições pessoais e estruturais para o trabalho em equipe apresentadas, podem refletir quando potencializadas em um trabalho mais integrado, direcionado a práticas compartilhadas entre as equipes e em conformidade com a

clínica ampliada e o compartilhamento de ações, com possibilidade de troca de saberes e de experiências entre os profissionais visando o cuidado integral do indivíduo e/ou família .

Desta maneira, é necessário que novos estudos busquem e ampliem os resultados aqui apresentados, possibilitando uma revisão nas Políticas Públicas, onde a presença de uma equipe NASF fixa em uma Unidade esteja em consonância com as atuais realidades e necessidades de saúde.

REFERÊNCIAS¹

Alvântara AM, Vesce GEP. As representações sociais no discurso do sujeito coletivo no âmbito da pesquisa qualitativa. 8º Congresso Nacional de Educação; 2008; Curitiba, BR. Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná; 2018. p. 2208-20 [citado 12 maio 2016]. Disponível em: http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/724_599.pdf.

Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção primária a Saúde e Estratégia de Saúde da Família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Junior MD, Carvalho YM, editores. Tratado de saúde coletiva. 2a ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 783-836.

AndradeLMB, Quandt FL, Campos DA, Deziovo CR, Coelho EBS, Pires ROM. Análise da implantação dos núcleos de apoio à saúde da família no interior de Santa Catarina. *Sau &Transf Soc.*2012;3(1):18-31.

Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007;12(2):455-64 [citado 12 jan. 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000200022&script=sci_abstract&lng=pt.

Araújo TRG, Gonçalves DA. Gestão do cuidado: cuidados colaborativos. São Paulo: UNASUS; 2015 [citado 27 jul. 2016]. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/6/unidades_conteudos/unidade13/unidade13.pdf.

Backes DS, Colomé JS, Erdmann RH, Lunardi VL. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O Mundo da Saúde.* 2011;35(4):438-42 [citado 27 dez. 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analise_da_pesquisa_qualitativa.pdf.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70; 2011.

Belei RA, Paschoal SRG, Nascimento EN, Matsumoto PHVR. O uso de entrevista, observação e vídeo gravação em pesquisa qualitativa. *Cadernos de Educação.* 2008;30:187-99 [citado 27 dez. 2017]. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/caduc/article/view/1770/1645>.

¹ De acordo com Estilo Vancouver.

Bonaldi AP, Ribeiro MD. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: as ações de promoção da saúde no cenário da Estratégia Saúde da Família. Rev APS. 2014; Abr/Jun;17(2):195-203 [citado 27 dez. 2017]. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2072/803>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. (Série A. Normas e manuais técnicos) (Caderno de atenção básica, n. 27) [citado 23 nov. 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 2008 jan. 25; Sec. 1:47 [citado 12 maio 2016]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [citado 27 jan. 2018]. Disponível em: dabsistemas.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2457.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. (Série B. Textos básicos de saúde) [citado 16 jan. 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf.

Bonaldi AP, Ribeiro M D. Núcleo de apoio à saúde da família: as ações de promoção da saúde no cenário da estratégia saúde da família. Rev APS. 2014 abr/jun; 17(2): 195-203.

Cardoso CG, Silva LOS. A importância do relacionamento Interpessoal no ambiente de trabalho. Interbio. 2014 Jul-Dez;8(2):24-34.

Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública. 2007 Fev;23(2):399-407. [citado 16 jan. 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000200016&script=sci_abstract&tlng=pt

Carvalho SR, Cunha GT. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Junior MD, Carvalho YM, editores. Tratado de saúde coletiva. 2a ed. São Paulo: Hucitec Editora; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 837-68.

Ciampone MHT, Peduzzi M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. Rev Bras Enferm. 2000 Dez;53(N. esp.)143-7 [citado 29 dez. 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672000000700024.

Corradi EM, Zgoda LTRW, Paul MFB. O gerenciamento de conflitos entre a equipe de enfermagem. Cogitare Enferm. 2008 Abr-Jun;13(2):184-93 [citado 3 jan. 2018]. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/12480>.

Ferreira RC, Vargas CRR, Silva RF. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. Ciênc Saúde Coletiva. 2009;14(Supl 1):1421-8 [citado 3 jan. 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800015.

Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. Rev Latino-Am Enfermagem. 2005 Mar-Abr;13(2):262-8 [citado 3 jan. 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200020.

Fossá MIT. Proposição de um constructo para análise da cultura de devoção nas empresas familiares e visionárias [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003.

Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 575-626.

Gonçalves RMA, Lancman S, Sznclwar LI, Cordone NG, Barros JO. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Rev Bras Saúde Ocup. 2015;40(131):59-74 [citado 5 jan. 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572015000100059&script=sci_abstract&tlng=pt.

Iribarry IN. Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2003;16(3):483-90 [citado 5 jan. 2018]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18816307>.

Izecksohn MMV, Ferreira JT. Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, Manguinhos, Rio de Janeiro. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014 Jul-Set;9(32):235-41 [citado 5 jan. 2018]. Disponível em: <https://www.rbmfmc.org.br/rbmfc/article/view/960>.

Kebian LVA, Acioli S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. *Rev Eletr Enf [Internet]*. 2014 Jan/Mar;16(1):161-9 [citado 20 nov. 2017]. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/20260>.

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*. 2015;20(8):2511-21 [citado 21 nov. 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000802511&script=sci_abstract&tlng=pt.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.

Monken SF, Moreno RCB. Utilização dos alertas de controle como ferramenta para a fidelização da clientela de pediatria em um ambulatório público. *RAHIS: Rev Adm Hospitalar Inovação Saúde*. 2014 2015;12(3):94-105 [citado 21 nov. 2017]. Disponível em: <http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/2696>.

Moura AF, Lima MG. A reinvenção da Roda: Roda de Conversa: um instrumento metodológico possível. *Rev Temas Educ*. 2014 jan-jun;23(1):98-106 [citado 21 nov. 2017]. Disponível em: <http://www.okara.ufpb.br/ojs/index.php/rteo/article/viewFile/18338/11399>.

Narvai PC, Frazão P. Políticas de saúde bucal no Brasil; In *Saúde bucal das famílias: Trabalhando evidências*. 1ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2008. Cap.1, p. 1- 20

Oliveira AAR, Leite Filho CAP, Rodrigues CMC. Processo de construção dos grupos focais na pesquisa qualitativa e suas exigências metodológicas. 31. Encontro da ANPAD; 22-26 set 2007; Rio de Janeiro, BR. Rio de Janeiro: ANPAD ; 2007 [citado 22 dez. 2017]. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/EPQ-A2615.pdf>.

Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. Rev Saúde Pública. 2006;40(4):727-33 [citado 22 dez. 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000500025.

Oliveira MAN. Educação à Distância como estratégia para a educação permanente: possibilidades e desafios. Rev Bras Enferm. 2007 Set-Out;60(5):585-9 [citado 22 dez. 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0034-71672007000500019&script=sci_abstract&tlng=pt.

Oliveira Junior RG, Santos EO, Ferraz CAA, Lavor EM, Nunes LMN. Condições de trabalho das Equipes de Saúde da Família do município de Petrolina-PE. O Mundo da Saúde. 2013;37(4):433-8 [citado 19 dez. 2017]. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-36851>.

Paulus Júnior A, Cordoni Júnior L. Políticas públicas de saúde no Brasil. Rev Espaço Saúde. 2006 dez; 8(1):13-9.

Peduzzi M, Guerra DAD, Braga CP, Lucena FS, Silva JAM. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. Interface: Comunic, Saúde, Educ. 2009 Jul/Set;13(30):121-34 [citado 22 dez. 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000300011&script=sci_abstract&tlng=pt.

Peres AM, Ciamponi MHT. Gerência e competências gerais do enfermeiro. Texto Contexto: Enferm. 2006 Jul/Set;15(3):492-9 [citado 22 dez. 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000300015&script=sci_abstract&tlng=pt.

Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública. 2003 Jan-Fev;19(1):27-34. [citado 22 dez. 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000100004.

Rocha ESB, Nagliate P, Furlan CEB, Rocha Jr K, Trevizan MA, Mendes IAC. Gestão do conhecimento na saúde: revisão sistemática de literatura. Rev Latino-Am Enfermagem. 2012 Mar/Abr;20(2):392-400 [citado 10 jan. 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000200024&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

Schneider JF, Souza JP, Nasi C, Camata MW, Machineski GG. Concepção de uma equipe de saúde mental sobre interdisciplinaridade. *Rev Gaucha de Enferm.* 2009 Set;30(3):397-405 [citado 10 jan. 2018]. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8409>.

Silva AH, Fossá MIT. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *Qualit@ s Rev Eletrônica.* 2015;17(1):1-14 [citado 10 jan. 2018]. Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/2113/1403>

Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface: Comunic, Saúde, Educ.* 2004 Set/2005 Fev;9(16):25-38 [citado 10 jan. 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000100003&script=sci_abstract&tlng=pt.

Solla J, Chioro A. Atenção ambulatorial especializada. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 627-64.

Solla JJSP. Acolhimento no sistema municipal de saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2005;5(4):493-503 [citado 10 jan. 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292005000400013&script=sci_abstract&tlng=pt.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.

Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformação no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2007 Fev;23(2):331-40 [citado 13 jan. 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000200009&script=sci_abstract&tlng=pt.

Tesser CD. Prevenção quaternária para a humanização da atenção primária à saúde. *O Mundo da Saúde.* 2012;36(3):416-26.

Vasconcelos CM, Pasche DFO. Sistema Único de Saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Junior MD, Carvalho YM, editores. *Tratado de saúde coletiva.* 2.ed. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 531-62.

Valentim IVL, Kruel AJ. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(3):777-88 [citado 13 jan. 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000300028.

Veras MMS. Sistema de informação dos núcleos de atenção integral na saúde da família - SINAI. *Saúde Soc*. 2007;16(1):165-71 [citado 13 nov. 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-12902007000100015&nrm=iso&tlng=pt.

APÊNDICE A - Roteiro semi-estruturado para grupo focal com as equipes de ESF e NASF

A. Grupo focal NASF

1 - Identificação da equipe

Unidade:

Número de profissionais da equipe:

Composição da equipe:

Qual a população adstrita nesta área?

Quantas equipes de ESF vocês apoiam?

A equipe trabalha junto há quanto tempo?

2- Investigação

1. Como é a relação de trabalho entre as equipes da ESF e do NASF na Unidade?
2. Quais os pontos facilitadores do trabalho da equipe na Unidade ?
3. Quais os pontos limitantes do trabalho da equipe na Unidade?

3 – Fechamento

4. Frente ao tema abordado você(s) gostariam de acrescentar algo?

B. Grupo focal ESF

1 - Identificação da equipe

Unidade:

Qual a composição da equipe de ESF?

Qual o número de pessoas ou famílias cadastradas na equipe de ESF?

A equipe trabalha junto há quanto tempo?

2 – Investigação

1. Como é a relação de trabalho entre as equipes ESF e NASF na Unidade de Saúde?
- 2 . Quais os pontos facilitadores do trabalho da equipe na Unidade de Saúde?
3. Quais os pontos limitantes do trabalho da equipe na Unidade de Saúde?

3 – Fechamento

- 4.Frente ao tema abordado você(s) gostariam de acrescentar algo?

APENDICE B – Roteiro semi-estruturado para entrevista individual com os gerentes das Unidades Básicas de Saúde e com o Coordenador NASF

A. Gerente da Unidade

1 – Identificação

Unidade:

Tempo de trabalho na Unidade:

2- Investigação

1. Qual a sua percepção em relação ao trabalho desenvolvido entre as equipes da ESF e do NASF na Unidade?
2. Quais as facilidades de trabalho entre as equipes de ESF e NASF na Unidade?
3. Quais as limitações de trabalho entre as equipes de ESF e NASF na Unidade?

3 – Fechamento para o NASF

4. Frente ao tema abordado você gostaria de acrescentar algo?

B. Coordenador NASF

1- Identificação

Unidade:

Tempo de trabalho na Coordenação do NASF:

2 – Investigação

1. Qual a sua percepção em relação ao trabalho desenvolvido entre as equipes da ESF e do NASF nas UBS ~~XXX~~ e ~~XXX~~?
2. Quais as facilidades de trabalho entre as equipes de ESF e NASF nas UBS ~~XXX~~ e ~~XXX~~?

3. Quais as limitações de trabalho entre as equipes de ESF e NASF nas UBS
~~XXX~~ e ~~XXX~~?

3 – Fechamento

4. Frente ao tema abordado você gostaria de acrescentar algo?

APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido para grupo focal

Processo de trabalho das equipes de saúde da família com o núcleo de apoio à saúde da família: aspectos facilitadores e limitantes

Você está sendo convidado (a) a participar de forma voluntária deste estudo, acima citado, sob a responsabilidade da pesquisadora Sandra Abreu Ghilardi, sob orientação do Prof. Dr. Antônio Carlos Frias do curso de Mestrado Profissional Interunidades Formação Interdisciplinar em Saúde, pertencente à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP).

A finalidade desta pesquisa é identificar e apresentar as facilidades e limitações no processo de trabalho entre a equipe da ESF e do NASF das UBS ~~XXX~~ e ~~XXX~~. Participarão desta pesquisa os profissionais das equipes de ESF das duas unidades de saúde previamente selecionadas de forma aleatória e dos dois NASF responsáveis pela UBS ~~XXX~~ e UBS ~~XXX~~ pertencentes à Prefeitura Municipal de São Paulo, sob gestão da APS Santa Marcelina, localizada na região da zona Leste de São Paulo.

As duas equipes do NASF e as duas equipes da ESF serão submetidas a um grupo focal cada, direcionado por um roteiro previamente estruturado e que será aplicado pelo próprio pesquisador, onde todos os profissionais poderão discorrer sobre o tema da pesquisa e expor suas opiniões, com tempo estimado de 90 minutos. O grupo focal e as entrevistas serão gravadas e filmadas para que se possa aumentar a capacidade de registro das informações e para que possam ser posteriormente analisadas. Ao participar desta pesquisa, o participante da pesquisa irá contribuir com informações relevantes que poderão identificar pontos facilitadores e limitantes do processo de trabalho entre as equipes ESF e NASF assim como as diferenças de trabalho entre os dois NASF na perspectiva da interdisciplinaridade de saberes e da integralidade do cuidado.

Diante das características da pesquisa, a possibilidade de risco ao participante da pesquisa é mínima, podendo ocorrer pontualmente uma perturbação nas atividades de trabalho, a exposição de idéias ou ao constrangimento, porém o sigilo e anonimato serão garantidos, mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, mesmo após a finalização e publicação dos resultados.

O participante da pesquisa tem a liberdade de se recusar a participar da pesquisa a qualquer momento sem que ocorra qualquer prejuízo ou penalidade.

Os procedimentos utilizados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos, conforme resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – Brasília – DF.

Ao concordar em participar da pesquisa o participante da pesquisa não receberá nenhum pagamento e não terá nenhum gasto porque o grupo focal será realizado no próprio local de trabalho das equipes de ESF e NASF, e de acordo com o horário previamente combinado. O participante da pesquisa também não terá nenhum benefício direto, mas sua contribuição poderá acrescentar elementos importantes à literatura, onde o pesquisador se compromete a divulgar os resultados. Os dados obtidos na pesquisa serão utilizados somente para este estudo e as gravações e filmagens após análise serão destruídas.

Após concordar em participar da pesquisa o participante da pesquisa receberá uma via deste Termo Consentimento Livre e Esclarecido.

Quando necessário e a qualquer momento da pesquisa o participante da pesquisa poderá solicitar esclarecimento ao pesquisador responsável através do telefone (11) 9.9942-9180 ou e-mail sag@usp.br. Quanto à ética da pesquisa o participante da pesquisa poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisas da Secretária Municipal da Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36 – 1.º andar – CEP 01223-010 – São Paulo – Capital Telefone: 3397-2464 – FAX: 3397-2465 - e-mail: smscep@gmail.com ou com Comitê de Ética em Pesquisa (Seres Humanos) da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (Av. Lineu Prestes, 2227, 05508-000 São Paulo, telefone 3091-7960 ou pelo e-mail cepfo@usp.br). Horário de Funcionamento: segunda a sexta- feira das 9 às 12 e das 14 às 16h (exceto feriado e recesso universitário). O Comitê é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. (Resolução CNS nº 466 de 2012)

AUTORIZAÇÃO

Após ler as informações e ter as minhas dúvidas suficientemente esclarecidas pelo pesquisador, concordo em participar de forma voluntária neste estudo.

Em ____ de _____ de 2017

Nome do participante da pesquisa

CPF/RG

Assinatura do participante da
pesquisa

Prof. Dr. Antônio Carlos Frias
Orientador (Nº USP 195669)

Sandra Abreu Ghilardi
Pesquisadora (Nº USP 6943409)

APÊNDICE D - Termo de consentimento livre e esclarecido para entrevista individual

Processo de trabalho das equipes de saúde da família com o núcleo de apoio à saúde da família: aspectos facilitadores e limitantes

Você está sendo convidado (a) a participar de forma voluntária deste estudo, acima citado, sob a responsabilidade da pesquisadora Sandra Abreu Ghilardi, sob orientação do Prof. Dr. Antônio Carlos Frias do curso de Mestrado Profissional Interunidades Formação Interdisciplinar em Saúde, pertencente à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP).

A finalidade desta pesquisa é identificar e apresentar as facilidades e limitações no processo de trabalho entre a equipe da ESF e do NASF das UBS ~~XXX~~ e ~~XXX~~. Participarão desta pesquisa os gerentes de cada unidade de saúde e o Coordenador NASF, pertencentes à Prefeitura Municipal de São Paulo, sob gestão da APS Santa Marcelina, localizada na região da zona Leste de São Paulo.

Os gerentes das unidades de saúde e o Coordenador NASF serão submetidos a uma entrevista individual, direcionado por um roteiro previamente estruturado que será aplicado pelo próprio pesquisador, onde todos os profissionais poderão discorrer sobre o tema da pesquisa e expor suas opiniões, com tempo estimado de 60 minutos. As entrevistas serão gravadas e filmadas para que se possa aumentar a capacidade de registro das informações e para que possam ser posteriormente analisadas. Ao participar desta pesquisa o participante da pesquisa irá contribuir com informações relevantes que poderão identificar pontos facilitadores e limitantes do processo de trabalho entre as equipes ESF e NASF assim como as diferenças de trabalho entre os dois NASF na perspectiva da interdisciplinaridade de saberes e da integralidade do cuidado.

Diante das características da pesquisa, a possibilidade de risco ao participante da pesquisa é mínima, podendo ocorrer pontualmente uma perturbação nas atividades de trabalho, a exposição de idéias ou ao constrangimento, porém o sigilo e anonimato serão garantidos, mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, mesmo após a finalização e publicação dos resultados.

O participante da pesquisa tem a liberdade de se recusar de participar da pesquisa a qualquer momento sem que ocorra qualquer prejuízo ou penalidade. Sua identidade será preservada (o), mesmo após a finalização e publicação da pesquisa.

Os procedimentos utilizados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos, conforme resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – Brasília – DF.

Ao concordar em participar da pesquisa o participante da pesquisa não receberá nenhum pagamento e não terá nenhum gasto porque a entrevista individual será realizada na própria unidades de saúde onde ficam alocados os gerentes e o Coordenador, de acordo com o horário previamente combinado. O participante da pesquisa também não terá nenhum benefício direto, mas sua contribuição poderá acrescentar elementos importantes à literatura, onde o pesquisador se compromete a divulgar os resultados. Os dados obtidos na pesquisa serão utilizados somente para este estudo e as gravações e filmagens após análise serão destruídas.

Após concordar em participar da pesquisa o participante da pesquisa receberá uma via deste Termo Consentimento Livre e Esclarecido.

Quando necessário e a qualquer momento da pesquisa, o participante da pesquisa poderá solicitar esclarecimento ao pesquisador responsável através do telefone (11) 9.9942-9180 ou e-mail sag@usp.br. Quanto à ética da pesquisa o participante da pesquisa poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisas da Secretária Municipal da Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36 – 1.º andar – CEP 01223-010 – São Paulo – Capital Telefone: 3397-2464 – FAX: 3397-2465 - e-mail: smscep@gmail.com ou com Comitê de Ética em Pesquisa (Seres Humanos) da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (Av. Lineu Prestes, 2227, 05508-000 São Paulo, telefone: 3091-7960 ou pelo e-mail cepfo@usp.br). Horário de Funcionamento: segunda a sexta- feira das 9 às 12 e das 14 às 16h(exceto feriado e recesso universitário). O Comitê é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. (Resolução CNS nº 466 de 2012)

AUTORIZAÇÃO

Após ler as informações e ter as minhas dúvidas suficientemente esclarecidas pelo pesquisador, concordo em participar de forma voluntária neste estudo.

Em ____ de _____ de 2017

Nome do participante da pesquisa

CPF/RG

Assinatura do participante da
pesquisa

Prof. Dr. Antônio Carlos Frias

Orientador (Nº USP 195669)

Sandra Abreu Ghilardi

Pesquisadora (Nº USP 6943409)

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Processo de trabalho das equipes de saúde da família com o núcleo de apoio à saúde da família: aspectos facilitadores e limitantes

Pesquisador: Antonio Carlos Frias

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65783617.4.0000.0075

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.981.748

Apresentação do Projeto:

O estudo pretende apresentar os pontos facilitadores e limitantes do processo de trabalho entre as equipes da ESF e do NASF. Será feita uma pesquisa qualitativa através de quatro grupos focais em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de São Paulo que se encontram sob a gestão da APS Santa Marcelina. Para realização dos grupos focais do NASF, pretende-se selecionar todos os profissionais das equipes num total de 12 pessoas (6 em cada equipe). Quanto aos grupos focais das equipes das ESF pretende-se sortear uma equipe em cada Unidade Básica de Saúde, num total de 16 pessoas (8 de cada equipe). Para a entrevista individual serão selecionados 3 profissionais (Coordenador do NASF e os gerentes das unidades de saúde pesquisadas). Os pesquisadores levantam a hipótese de que as práticas compartilhadas de trabalho que visem à integralidade do cuidado podem sofrer influência em função da relação estabelecida entre as equipes de saúde da família e as equipes do núcleo de apoio à saúde da família.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário é identificar e apresentar os pontos facilitadores e limitantes no processo de trabalho entre as equipes de referência da Estratégia Saúde da Família e

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-900

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-7960

Fax: (11)3091-7814

E-mail: cepfo@usp.br

USP - FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 1.981.748

as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, em duas Unidades Básicas de Saúde da zona Leste do município de São Paulo, na perspectiva da transdisciplinaridade de saberes e da integralidade do cuidado. O objetivo secundário é apontar diferenças no processo de trabalho realizado entre as equipes, tendo em vista que uma equipe do NASF trabalha e apoia apenas uma UBS e outra equipe do NASF trabalha e apoia mais de uma UBS. Além disso, oferecer à APS Santa Marcelina subsídios para potencializar o processo de trabalho entre as equipes

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores apontam que os riscos são mínimos e se restringem a exposição de idéias ou ao constrangimento, porém, garantem o sigilo e o anonimato. No TCLE os pesquisadores afirmam que não haverá benefício direto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador apresentou os seguintes termos: Projeto detalhado, termos de consentimento livre e esclarecido (uma para cada grupo), carta de autorização dos locais em que será feita a coleta de dado e folha de rosto.

Recomendações:

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP-FOUSP relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final, utilizando-se da opção "Enviar Notificação" (descrita no Manual "Submeter Notificação", disponível na Central de Suporte - canto superior direito do site www.saude.gov.br/plataformabrasil).

Qualquer alteração no projeto original deve ser apresentada "emenda" a este CEP, de forma objetiva e com justificativas para nova apreciação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_877499.pdf	14/03/2017 18:17:50		Aceito

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-900

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-7960

Fax: (11)3091-7814

E-mail: cepfo@usp.br

USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 1.981.748

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	14/03/2017 18:13:24	Sandra Abreu Ghilardi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_detalhado.pdf	14/03/2017 18:04:58	Sandra Abreu Ghilardi	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	08/03/2017 18:54:17	Sandra Abreu Ghilardi	Aceito
Outros	CRS_Leste.pdf	07/03/2017 18:04:18	Antonio Carlos Frias	Aceito
Outros	APS_SantaMarcelina.pdf	07/03/2017 18:03:18	Antonio Carlos Frias	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 24 de Março de 2017

Assinado por:
Maria Gabriela Haye Biazevic
(Coordenador)

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-900

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-7960

Fax: (11)3091-7814

E-mail: cepfo@usp.br

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP- Instituição Coparticipante

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Processo de trabalho das equipes de saúde da família com o núcleo de apoio à saúde da família: aspectos facilitadores e limitantes

Pesquisador: Antonio Carlos Frias

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65783617.4.3001.0086

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.037.728

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa do tipo qualitativo, para obtenção do grau de mestre da FOU SP.

Os dados serão coletados por meio da realização de 4 grupos focais formados respectivamente por elementos de 2 equipes da ESF escolhidas por sorteio, dentre 6 equipes da UBS da Vila Curuçã e da UBS Silva Telles, e por todos os profissionais integrantes das 2 equipes do NASF correspondentes às UBS.

Também serão coletados por meio de entrevistas com o Coordenador do NASF e com os gerentes das unidades de saúde das equipes das ESF participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Primário: Identificar e apresentar os pontos facilitadores e limitantes no processo de trabalho entre as equipes de referência da Estratégia Saúde da Família e as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, em duas Unidades Básicas de Saúde da zona Leste do município de São Paulo, na perspectiva da transdisciplinaridade de saberes e da integralidade do cuidado

Secundários

1. Apontar diferenças no processo de trabalho realizado entre as equipes, tendo em vista que uma equipe do NASF trabalha e apóia apenas uma UBS e outra equipe do NASF trabalha e apóia mais de uma UBS.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO

CEP: 01.223-010

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.037.728

2. Oferecer à APS Santa Marcelina subsídios para potencializar o processo de trabalho entre as equipes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos para além do desconforto que algumas pessoas podem experimentar ao participar de entrevistas em grupo ou individuais.

Pode haver benefícios diretos para os participantes, pois a participação nos grupos focais permite a escuta e a compreensão entre os participantes das equipes.

Pode haver benefícios gerais, uma vez que a identificação e descrição das dificuldades presentes no processo de trabalho conjunto das equipes da ESF e o NASF, pode apontar estratégias que as minimizem e até as anulem, tornando o trabalho mais eficaz.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, pois se propõe a realizar estratégias que permitem uma escuta e consequentemente uma maior compreensão das várias visões que os diferentes membros das equipes tem do trabalho conjunto. Outro aspecto de relevância é o fato de que a análise do processo de trabalho permite sua avaliação, em busca de mudanças que o otimizem.

A metodologia está adequada aos objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas Instituição proponente e coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada.

TCLE, orçamento detalhado, Cronograma e fonte financiadora estão adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto liberado para iniciar.

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Solicitamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
 Bairro: CENTRO CEP: 01.223-010
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11)3397-2464 E-mail: smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer: 2.037.726

forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada. De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar os relatórios parciais e final através da Plataforma Brasil, Ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à Instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	14/03/2017 18:13:24	Sandra Abreu Ghilardi	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_detalhado.pdf	14/03/2017 18:04:58	Sandra Abreu Ghilardi	Acelto
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_877499.pdf	08/03/2017 18:59:22		Acelto
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	08/03/2017 18:54:17	Sandra Abreu Ghilardi	Acelto
Outros	CRS_Leste.pdf	07/03/2017 18:04:18	Antonio Carlos Frias	Acelto
Outros	APS_SantaMarcelina.pdf	07/03/2017 18:03:18	Antonio Carlos Frias	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 28 de Abril de 2017

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO CEP: 01.223-010
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464 E-mail: smscep@gmail.com

ANEXO C – Parecer de Aprovação e Execução do Projeto, - APS Santa Marcelina

São Paulo, 30 de novembro de 2016.

PARECER: 003/2016

ASSUNTO: Projeto de Pesquisa “Processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família: aspectos facilitadores e limitantes”.

DE: Núcleo Técnico de Ensino e Pesquisa da APS Santa Marcelina

PARA: Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde – SP e Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Após avaliação pelo Núcleo Técnico de Ensino e Pesquisa, a APS Santa Marcelina aprova a execução do projeto de pesquisa Intitulado: “Processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família: aspectos facilitadores e limitantes”, proposto pelo(a) pesquisadora Sandra Abreu Ghilardi.

Atenciosamente,

Julie Silvia Martins

Núcleo Técnico de Ensino e Pesquisa

Elaborado por: Julie Silvia Martins/ Assessora em Pesquisas da APS Santa Marcelina.

Coordenação da Atenção Primária à Saúde- APS Santa Marcelina
Núcleo Técnico Ensino e Pesquisa
Rua Harry Dannenberg, 276- Itaquera-SP CEP: 08270.010.
Tel: 2344-4600 - www.aps.santamarcelina.org