UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Carla Aguiar

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DE ATENÇÃO BÁSICA
NO ÂMBITO DA ARTICULAÇÃO DA PRÁTICA
INTERPROFISSIONAL**

Versão corrigida

Versão original disponível na Biblioteca Wanda de Aguiar Horta

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Gerenciamento em
Enfermagem da Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Ciências

Área de Concentração: Fundamentos e
Práticas de Gerenciamento em Enfermagem
e em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marina Peduzzi

SÃO PAULO
2013

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 A FONTE.

Assinatura: _____

Data: __/__/__

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Aguiar, Carla

Atuação do enfermeiro da atenção básica no âmbito da
articulação da prática interprofissional / Carla Aguiar. -- São
Paulo, 2013.

147 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marina Peduzzi

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de
Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

1. Enfermagem 2. Equipe de assistência ao paciente

Nome: Carla Aguiar

Título: Atuação do enfermeiro de atenção básica no âmbito da articulação da prática interprofissional

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*A Deus, o bem maior que tenho na vida,
dedico este trabalho, o que sou,
o que tenho e todas as minhas conquistas.*

A Ele toda honra!!!

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo ânimo, coragem e toda provisão.

Aos meus pais, Nilda e Aguiar que facilitaram minha caminhada, em especial, minha mãe, que é um exemplo de força e garra.

À professora Marina Peduzzi, pela oportunidade, paciência e imensa contribuição para meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Às professoras da banca do exame de qualificação que contribuíram com conhecimentos e sugestões que tornaram o estudo muito mais rico.

Aos meus irmãos, Renato que aplainou o meu caminho facilitando minha jornada além de me garantir boas gargalhadas, e Vinícius, um querido que enche minha vida de alegria, e à minha cunhada Antonela que acompanhou grande parte deste processo.

À minha tia Neguinha, para quem eu não tenho palavras de gratidão.

Às colegas do grupo de pesquisa pelo apoio, em especial Carine e Marian, que se propuseram a estudar comigo em um sábado lindo de sol.

À Patrícia e à Aline, pessoas maravilhosas que eu conheci nesse tempo e que não mediram esforços nessa fase final, muito obrigada.

À minha gerente Ana Reuma, com quem sempre pude contar em todos os momentos, e à Eliete, pelas nossas conversas tão construtivas e acalentadoras.

Aos meus colegas de trabalho, pela alegria de 'estar junto' e a minha equipe principalmente Ivani, Vanderli e Mônica, que cuidaram de tudo nessa fase final.

Às amigas para vida toda: Fabricia (Viana), Cristina (Japa) e Emiliene (Mila), irmãs que eu escolheria.

À Mila, que contribui para a finalização deste estudo abrindo mão do seu próprio bem-estar em meu favor. Mila muito obrigada

*Aos profissionais da UBS de estudo e do NASF, que me
acolheram com muito respeito e foram essenciais para a
realização deste estudo.*

*“Tudo tem o seu tempo
determinado, e há tempo
para todo propósito
debaixo do céu” Eclesiastes
3:1*

Aguiar C. Atuação do enfermeiro da atenção básica no âmbito da articulação interprofissional [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.

RESUMO

Introdução: O estudo propõe-se a analisar o trabalho do enfermeiro na Atenção Básica de saúde, no contexto das relações entre os trabalhadores da equipe de saúde da família e do núcleo de apoio à saúde da família (NASF), para conhecer como se dá a participação do enfermeiro na promoção de ações interprofissionais. **Objetivos:** Identificar as ações interprofissionais nas quais o enfermeiro participa e analisar as concepções dos profissionais de saúde das unidades básicas de saúde (UBS) sobre a participação do enfermeiro nas ações interprofissionais e sobre o trabalho em equipe. **Método:** Estudo de caso, com abordagem qualitativa, realizado em uma UBS da região sul do município de São Paulo. A coleta de dados inclui observação direta do trabalho das equipes e entrevista com base na técnica de incidente crítico, com 15 profissionais de uma equipe de saúde da família, saúde bucal e NASF. Na análise utilizou-se a análise temática e a triangulação. **Resultados:** Foram identificados oito tipos de ações interprofissionais nas quais o enfermeiro participa: consulta compartilhada, consulta de enfermagem que se desdobra em consulta compartilhada, atendimento compartilhado, espaço de troca e oportunidades de articulação, discussão de dúvidas, coordenação do cuidado, encaminhamentos pela enfermeira para outros profissionais e encaminhamentos de outros profissionais para a enfermeira. Os resultados mostraram o predomínio de consultas compartilhadas com médico e profissionais do NASF e que o conjunto das ações interprofissionais é orientado por duas lógicas distintas: a lógica das necessidades de saúde do usuário e a lógica de agilizar o atendimento, ou a combinação de ambas. Independentemente da orientação da ação, foram identificadas duas abordagens também distintas: biomédica ou atenção integral à saúde. **Conclusão:** As ações interprofissionais observadas evidenciam características do trabalho em equipe integrado e da prática colaborativa, destacando-se a atuação da enfermeira como agente de distribuição e convergência de informações e sua participação na ação interprofissional, em especial relacionada à prática clínica. Nas ações interprofissionais orientadas pela lógica das necessidades de saúde, houve o predomínio da abordagem pautada na busca da integralidade e nas ações interprofissionais voltadas à lógica de agilizar o atendimento, predominou a abordagem biomédica, com foco na doença e aspectos a ela relacionados. As ações desenvolvidas em conjunto por enfermeira e profissionais do NASF evidenciam a atuação deste como um recurso de matriciamento e de apoio técnico-pedagógico, pois tanto representa a extensão da abordagem das necessidades de saúde de usuários, como a educação permanente dos envolvidos.

Palavras-Chave: Enfermagem. Equipe de assistência ao paciente. Atenção básica à saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Prática colaborativa interprofissional.

Aguiar C. Nurse actions in basic healthcare in the scope of interprofessional articulation [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.

ABSTRACT

Introduction: In this study we propose to analyze the work of the basic healthcare nurse in the context of the relationship between workers of the family healthcare team and the support nucleus of the family healthcare (NASF -- núcleo de apoio à saúde da família) to acknowledge how the participation of the nurse in the promotion of interprofessional actions occurs. **Objective:** Identify the interprofessional actions where the nurse takes part and analyze the ideas of the healthcare professionals of the healthcare basic units (UBS -- unidades básicas de saúde) on nurse participation in interprofessional actions and in teamwork. **Method:** Case study with a qualitative approach conducted in a UBS of the southern area of the municipality of São Paulo. Data collection through direct observation of the work of the teams, and interviews based on the critical incidents technique, with 15 professionals of a Family Health Team, Buccal Health, and NASF. For the analysis, thematic analysis and triangulation were applied. **Results:** Eight types of interprofessional actions where the nurse takes part were identified: Shared visits, nurse visits that turns into a shared visit, shared care, a space for exchanges and articulation opportunities, discussion of issues, care coordination, referrals by the nurse to other professionals, and referrals of the other professionals to the nurse. The results have shown the predominance of shared visits with physicians and NASF professionals, and that the whole of interprofessional actions are guided by two different reasoning: Reasoning of the health needs of the user, and reasoning of speeding up the care, or a combination of both. Regardless of the action guidance, two approaches, also different, were identified: Biomedical or integral healthcare. **Conclusion:** The interprofessional actions observed point to integrated teamwork and collaborative practice characteristics, with the nurse action standing out as an agent of information delivery and convergence, and their participation in the interprofessional action, mainly in relation with the clinical practice. The interprofessional actions guided by the reasoning of health needs have shown the predominance of the approach ruled by the search of integrality, and in the interprofessional actions, directed by the reasoning of speeding up care, biomedical approach has prevailed, with focus on disease and their related aspects. The actions developed together by nurses and NASF professionals, point to its action as a matrix and technical and pedagogical support resource, for they represent the extension of the approach of health needs of the user as well as the permanent education of the involved.

Key Words: Nursing, Patient care team, basic healthcare, Family Health Support Nucleus, interprofessional collaborative practice

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Atributos do Trabalho em equipe	49
Quadro 2 - Caracterização das equipes de estudo	64
Quadro 3 - Caracterização dos entrevistados	80
Gráfico 1 - Distribuição das ações interprofissionais nas quais o enfermeiro participa na Unidade Básica	83
Gráfico 2 - Distribuição das concepções dos profissionais de saúde quanto à lógica que orienta a ação interprofissional que conta com a participação do enfermeiro	90
Gráfico 3 - Distribuição das abordagens integral ou biomédica nas concepções dos profissionais quanto à lógica que orienta a ação interprofissional que conta com a participação do enfermeiro	94

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CRDST/AIDS	Centro de Referência DST/AIDS
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
CTA DST/AIDS	Centro de Testagem e Aconselhamento DST/AIDS
DA	Distrito Administrativo
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacional
ESF	Estratégia Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NIR	Núcleo Integrado de Reabilitação
NISA	Núcleo Integrado de Saúde Auditiva
OS	Organização Social
PAMG	Programa de Auto monitoramento glicêmico
PDRAE	Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PSF	Programa Saúde da Família
PST	Projeto Saúde do Território
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SMS-SP	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
STS	Supervisão Técnica de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Técnica do Incidente Crítico
UBS	Unidade Básica de Saúde
URSI	Unidade de Referência para Saúde do Idoso

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS.....	21
2.1 Objetivo Geral.....	22
2.2Objetivos Específicos.....	22
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
3.1 A ESF e o NASF no âmbito do SUS	24
3.2 O Trabalho em Saúde	31
3.3 O Processo de Trabalho de Enfermagem na Perspectiva Interprofissional.....	38
3.4 O Trabalho em Equipe e Colaboração Interprofissional.....	43
4 PERCURSO METODOLÓGICO	51
4.1Tipo do estudo	52
4.2 Cenário do estudo	53
4.2.1 Procedimentos de seleção da Unidade Básica e da equipe de saúde da família.....	61
4.2.2 Caracterização das equipes.....	62
4.2.3 Caracterização do NASF.....	63
4.2.4 Modelo de gestão das UBS na região de estudo.....	64
4.3 Sujeitos de pesquisa.....	65
4.4 Aspectos éticos da pesquisa.....	67
4.5 Procedimentos para coleta de dados.....	67
4.6 Análise dos dados	72
5 RESULTADOS.....	75
5.1 Resultados da análise das observações.....	78
5.1.1 Ações interprofissionais nas quais o enfermeiro participa.....	78
5.1.2 Concepções dos profissionais sobre a participação do enfermeiro nas ações interprofissionais (Lógicas que orientam as práticas interprofissionais).....	86
5.2 Resultados da análise das entrevistas.....	92
5.2.1 Concepções dos profissionais de saúde sobre a participação do enfermeiro nas ações interprofissionais (Lógicas que orientam as ações interprofissionais).....	92
6 DISCUSSÃO.....	100
6.1 Discussão dos resultados das observações.....	100
6.2 Discussão dos Resultados das entrevistas.....	112
6.2.1 Incidentes Críticos Positivos.....	112
6.2.2 Incidentes críticos negativos.....	114
7.0 CONCLUSÃO.....	119
REFERÊNCIAS.....	125
APÊNDICES.....	137
ANEXOS.....	143

Introdução

1 INTRODUÇÃO

Este estudo tem como tema central a atuação do enfermeiro da Atenção Básica na articulação das ações interprofissionais que ocorre entre equipe de saúde da família (eSF) e equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (eNASF).

Atualmente, no Brasil, a Atenção Básica constitui ambiente favorável para o desenvolvimento da prática interprofissional. A partir da implantação do SUS, as políticas públicas de saúde foram consolidadas por meio dos princípios doutrinários do SUS, a universalidade, a integralidade e a equidade, e dos princípios organizativos, que compreende a regionalização, a hierarquização, a descentralização administrativa e a participação popular (Brasil, 1990; Santos, Cutolo, 2004).

Com a finalidade de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde, em 1994 o Ministério da Saúde lançou o Programa Saúde da Família (PSF) com caráter organizativo e substitutivo do modelo assistencial vigente.

O PSF expandiu-se e consolidou-se como estratégia comprometida com os princípios do SUS e organiza seu processo de trabalho considerando o trabalho em equipe como um dos pilares para a transformação do modelo hegemônico biomédico, ampliando a concepção do processo saúde-doença e tendo como elementos principais o trabalho com adscrição da clientela, acolhimento, visita domiciliar e a integralidade das práticas. A equipe multiprofissional é composta por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (Brasil, 2011).

Peduzzi (2007) aponta que a atenção integral à saúde também deve se apoiar na concepção do uso racional e responsável dos recursos disponíveis, o que requer o trabalho em equipe interprofissional, sob a lógica de uma prática integrada e colaborativa entre os profissionais.

Santos e Cutolo (2004) consideram que o trabalho em equipe interdisciplinar e interprofissional são imprescindíveis para o exercício do atendimento integral e a consequente mudança do perfil de saúde da população atendida em um dado território.

Nesse ponto, cabe distinguir os termos interdisciplinar e interprofissional. Para Furtado (2007), a interdisciplinaridade é um termo que se refere aos conceitos e teorias com o objetivo de compreender fenômenos, enquanto a interprofissionalidade refere-se às práticas direcionadas a solucionar problemas empíricos específicos.

A ação interprofissional permite que a prática de um profissional reconstrua-se na prática do outro e ambos partícipes são transformados para intervenção na realidade em que estão inseridos. A soma de olhares dos diferentes profissionais que compõem as equipes favorece a abordagem integral de famílias e indivíduos. O trabalho em equipe tem a finalidade de produzir impactos sobre os diferentes determinantes e condicionantes que interferem no processo saúde-doença (Araújo; Rocha, 2007).

O trabalho em equipe multiprofissional para se integrar deve preservar as diferentes técnicas ou especificidades de cada trabalhador, mas deve-se considerar a complementaridade e a interdependência das ações realizadas pelos componentes da equipe, pois os trabalhos especializados guardam conexões entre si (Peduzzi, 2007).

Nesse cenário, Campos (1997) traz a ideia de campo de competência e responsabilidade e núcleo de competência e responsabilidade específicas a cada profissional. Na equipe de saúde os profissionais têm um mesmo campo de competência e responsabilidade que se refere a conhecimentos comuns da área da saúde e têm núcleos de competência diferentes, que são os conhecimentos específicos de cada área.

O enfermeiro, como um profissional que integra o campo da saúde, tem como núcleo de competência o cuidado de enfermagem, o monitoramento das condições de saúde individual e coletiva e ações gerenciais voltadas ao cuidado (Peduzzi, 2001).

O trabalho do enfermeiro centra-se basicamente no cuidado do ser humano, individualmente, na família ou na coletividade. O enfermeiro é responsável por promover o conforto, o acolhimento e o bem-estar do paciente, seja prestando o cuidado, seja coordenando outros setores para a prestação da assistência, ou ainda promovendo a autonomia dos pacientes através da educação em saúde (Rocha; Almeida, 2000).

O trabalho gerencial do enfermeiro é definido nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) como uma ferramenta indispensável que o ajuda em seu cotidiano, nas expectativas do mercado de trabalho na perspectiva de consolidação do SUS (Weirich et al, 2009).

O enfermeiro da Atenção Básica utiliza ferramentas de gestão no desenvolvimento de seu trabalho, como o planejamento, a coordenação e a supervisão (Kawata et al, 2009). Entre outras atribuições, o enfermeiro é responsável pela supervisão do trabalho do agente comunitário de saúde e dos auxiliares de enfermagem. Há, portanto, uma característica multiprofissional em seu trabalho cotidiano na Atenção Básica, que permite articular as ações de enfermagem e as ações executadas pelo agente comunitário de saúde.

Estudo realizado por Colomé, Lima e Davis (2007), com o objetivo de compreender a visão das enfermeiras sobre a articulação das ações de saúde entre os profissionais de equipe da ESF, mostrou que as enfermeiras têm facilidade de articular suas ações com as ações dos agentes comunitários de saúde e também fazem conexões com outros profissionais quando os solicitam para intervir em uma necessidade do usuário no momento do atendimento.

O enfermeiro é um profissional capaz de articular processos de trabalho, pois interage com todos os profissionais da saúde, e coordena a organização desses processos. É comum que seja também o ponto de convergência e distribuição de informações para o usuário e para a maioria dos profissionais da saúde (Propp et al 2010; Rossi, Lima, 2005).

Em razão da frequente interação dos enfermeiros com os demais profissionais de outras áreas, eles participam intensamente de processos comunicativos e podem influenciar a prestação de cuidados à saúde do usuário do serviço, bem como facilitar as interações com os demais profissionais, de modo a atingir melhores resultados na prática interprofissional de cuidado ao paciente (Propp et al 2010).

A prática colaborativa requer que os profissionais estejam dispostos a desenvolver atividades compartilhadas. Orchard (2010) analisa a inserção do enfermeiro na equipe interprofissional apontando a necessária migração

de um modelo de prática isolada de cada área profissional para um modelo de prática colaborativa centrada no paciente (*interprofessional patient-centred collaborative practice*).

A integração entre os profissionais da equipe tornou-se mais complexa a partir da introdução de outros profissionais nas unidades de saúde da família, em particular, os profissionais do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) (Brasil, 2008).

A inserção do NASF na AB permitiu a ampliação do escopo das ações da ESF, pois as necessidades de saúde de indivíduos, famílias, grupos sociais, coletividades e territórios são complexas e necessitam de uma abordagem que contemple múltiplas facetas e em que diferentes profissionais possam garantir a integralidade da atenção à saúde do usuário.

Os NASF são compostos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuam em parceria com os profissionais das Equipes de Saúde da Família. Sua composição é definida pelos gestores municipais, de acordo com as necessidades do território (Brasil, 2012), deve desenvolver ações compartilhadas com as eSF, e para tanto, utiliza ferramentas capazes de organizar e aprimorar o seu processo de trabalho, dentre elas, o apoio matricial (Brasil, 2010).

O apoio matricial prevê uma retaguarda especializada para as equipes de referência e tem o objetivo de ampliar a clínica, com a integração, por meio da prática comunicativa, dos saberes de outros profissionais em direção à integralidade (Campos, Domitti, 2007). Também envolve ações diretas com o usuário, compartilhadas com a eSF, apoiando as ações de cuidado da Atenção Básica e a educação permanente (Brasil, 2009). Essa atuação conjunta favorece a troca de saberes entre os profissionais e a articulação para planejar projetos terapêuticos.

Embora a literatura no tocante à parceria eSF e eNASF, seja escassa, esta pode ser considerada um dispositivo para ampliar as ações interprofissionais e, portanto, espaço privilegiado para investigações das ações interprofissionais na AB. Conhecer aspectos relativos à participação do enfermeiro na prática colaborativa interprofissional junto ao NASF. Assim o estudo sobre equipes da ESF e NASF pode contribuir para ampliar

o conhecimento sobre o alcance do trabalho em equipe e das práticas interprofissionais colaborativas referentes à qualidade da atenção prestada ao usuário.

Esse estudo justifica-se pela reconhecida necessidade de fortalecer a Atenção Básica na reorientação da atenção à saúde e promover e consolidar a prática interprofissional do trabalho em equipe na Atenção Básica, além de conhecer em maior profundidade a participação e a contribuição do enfermeiro nessas práticas, em especial junto ao NASF, recentemente introduzido na política pública do SUS.

O presente estudo está estruturado em sete capítulos. O primeiro refere-se à introdução e inclui a justificativa do estudo. Em seguida, estão descritos os objetivos gerais e os específicos. Na sequência, é apresentado o referencial teórico no qual o estudo foi fundamentado, com base na revisão de literatura sobre equipe da ESF e NASF no âmbito do SUS, trabalho em saúde, processo de trabalho de enfermagem na perspectiva interprofissional e trabalho em equipe e colaboração interprofissional.

Logo após, o capítulo sobre o percurso metodológico apresenta o tipo de estudo, a descrição do cenário de estudo, os procedimentos utilizados para a seleção da Unidade Básica de Saúde (UBS) e da equipe de saúde da família estudada, a caracterização da UBS, eSF e eNASF e a descrição relacionada ao modelo de gestão da UBS, os sujeitos de pesquisa, os aspectos éticos e os procedimentos realizados para coleta de dados e análise do material empírico.

Em seguida, apresentam-se, separadamente, os resultados da análise das observações e da análise das entrevistas, por tópicos: ações interprofissionais nas quais o enfermeiro participa, concepções dos profissionais sobre a prática interprofissional com base nas lógicas que fundamentam as ações interprofissionais, resultados dos incidentes críticos positivos e resultados dos incidentes críticos negativos.

O capítulo relativo à discussão está sistematizado em seis tópicos: consultas compartilhadas entre médico e enfermeiro, consultas compartilhadas entre enfermeiro e profissionais do NASF, ações

interprofissionais, lógicas que fundamentam ações interprofissionais, incidentes críticos positivos e incidentes críticos negativos.

Finalmente, o último capítulo apresenta a síntese dos resultados finais da triangulação entre os resultados das observações e das entrevistas.

Objetivos

2 OBJETIVO

2.1 GERAL

Conhecer a contribuição do enfermeiro na articulação das ações interprofissionais das equipes de saúde da família e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar as ações interprofissionais nas quais o enfermeiro participa e
- Analisar as concepções dos profissionais de saúde das (UBS) sobre a participação do enfermeiro nas ações interprofissionais e sobre o trabalho em equipe

Referencial Teórico

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ESF E NASF NO ÂMBITO DO SUS

Em meados da década de 1970, iniciou um movimento social que envolveu diversos setores da sociedade brasileira e propôs a reforma no setor saúde. Denominado de Reforma Sanitária, defendeu a saúde como uma questão social e política a ser abordada no espaço público e não restrita ao âmbito biológico (Paim et al, 2011).

O movimento da Reforma Sanitária configurou-se em ator social importante na reestruturação das políticas públicas de saúde no Brasil e culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que discutiu e adotou o conceito de saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) (Paim et al, 2011).

O SUS foi constituído por meio da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90) e, desde a transição democrática do País, foi uma das mais importantes ações de política social. Fundamenta-se nos princípios de: universalidade do acesso à saúde a todos os cidadãos brasileiros independente de raça, credo ou condição social; integralidade da atenção; equidade; direito a informação sobre sua saúde; utilização da epidemiologia para definir prioridades; participação da comunidade; descentralização político-administrativa, com ênfase na municipalização; regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (Brasil, 1990).

Sob uma lógica contra-hegemônica dos modos de cuidar em saúde o SUS busca a reorientação das práticas de atenção, tendo os serviços de atenção primária à saúde (APS) como a base de sua atuação. Segundo Matta, Marosini (2008), no Brasil a APS utilizou-se dos princípios da Reforma Sanitária para reorientar o modelo assistencial no SUS.

O conceito de AP foi utilizado pela primeira vez no Relatório de Dawson, em 1920. Esse documento inglês tinha a preocupação em reorganizar o modelo de atenção em centros de saúde primários e

secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. Essa concepção influenciou o modo de organizar os sistemas de saúde em todo o mundo, ao definir duas características básicas para a organização dos sistemas de saúde, a regionalização e a integralidade. (Matta, Marosini, 2008).

Neste ponto, cabe ressaltar que no Brasil a expressão Atenção Básica é utilizada para designar o primeiro nível de atenção à saúde, embora também ocorra o uso da expressão “Atenção Primária” e “Atenção Primária à Saúde” em documentos oficiais brasileiros. Alguns autores consideram que os termos Atenção Básica (AB), Atenção Primária e Atenção (AP) Primária à Saúde (APS), podem ser utilizados como sinônimos na maioria das vezes, sem que isso se torne um problema conceitual (Mello, Fontanella, Dermazo, 2009).

Outros autores fazem uma distinção entre as expressões, Oliveira e Pereira (2013) ressaltam na literatura internacional a APS orienta-se por eixos estruturantes, que são denominados atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade integralidade e coordenação; e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural. Alguns países e organismos internacionais, como o Banco Mundial compreendem a atenção primária como um conjunto de ações de baixa complexidade, voltada a populações de baixa renda, com a finalidade de reduzir a exclusão social e econômica resultante da expansão do capitalismo global. Com o propósito de confrontar-se a proposta político-ideológica da atenção primária direcionada às populações pobres, o Brasil adotou o uso da expressão AB e busca recuperar o caráter universalista da declaração de Alma-Ata destacando o papel de reorientação do modelo assistencial para um sistema universal e integrado de atenção à saúde, envolvendo diferentes setores, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, o Sistema Único de Saúde (SUS).

A AB é caracterizada por um conjunto de ações individuais e coletivas voltadas à promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (Starfield, 2002; Brasil, 2011).

Os serviços de AB apresentam potência para não apenas resolver problemas de saúde como agravos patológicos de grande relevância epidemiológica ou desenvolver ações que demandam pouco aparato tecnológico, entendido aqui como equipamentos e insumos biomédicos; mas potência para coordenar as formas de atenção à saúde tornando-as focadas nas necessidades de saúde dos usuários, uma vez que superam o âmbito patológico e epidemiológico. Assim, a AB pode ser considerada um dos “pilares da organização” dos sistemas de saúde (Vilela *et al*, 2009).

A literatura demonstra que os modelos de organização de atenção à saúde tiveram importante incremento com a implantação da APS como ação estratégica para organização dos sistemas de saúde. Há inclusive evidências comprovando bons resultados de saúde nos países que priorizaram as ações de AB (Starfield, 2002, Mendonça, 2009).

De acordo com a Portaria de Diretrizes e Normas para Atenção Básica Nº 2488, de 21 de outubro de 2011, a AB deve ser desenvolvida por intermédio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas sob a forma de trabalho em equipe direcionadas a populações de territórios bem delimitados (Brasil, 2011).

O nível primário da atenção no Brasil utiliza a ESF para a reorganização da assistência e implementação do SUS (Brasil, 2011). A ESF tem suas ações pautadas no trabalho em equipe multiprofissional desenvolvido por médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde, e desenvolve suas ações num território delimitado. É recomendado que cada equipe seja responsável por 600 a 1.000 famílias o que pode corresponder a cerca de 2.400 a 4.500 habitantes. A equipe deve cadastrar e acompanhar a população que reside na área, conhecer as famílias, identificar as condições de saúde e as situações de risco na coletividade, planejar atividades para enfrentar os fatores determinantes do processo saúde-doença nesse território, realizar ações educativas e intersetoriais de acordo com os problemas identificados e assim oferecer assistência integral às famílias (Escorel *et al*, 2007).

As equipes de saúde da família buscam responder às necessidades de saúde da população do território, com base na concepção da integralidade e

na construção de um modelo de atenção integral à saúde voltado para as necessidades dos usuários. Isso requer um olhar voltado para os grupos sociais específicos e o rompimento com os limites dos serviços de saúde. Acima de tudo, requer um alto grau de complexidade do conhecimento (Mendes, apud Sousa, Hamann, 2009). O atendimento integral tem ênfase na prevenção, sem descuidar da assistência (Campos, 2003; Mattos, 2004).

As ações das equipes da ESF em geral exigem o emprego de tecnologias de baixa densidade e alta complexidade. Por um lado, utilizam recursos de baixo custo no que se refere a equipamentos de diagnóstico e apoio terapêutico e, por outro lado, agregam instrumentos provenientes das Ciências Sociais e Ciências Humanas para uma compreensão ampla e contextualizada do processo saúde-doença e a realização articulada de intervenções coletivas e individuais (Brasil, 2006; Schraiber, Nemes, Mendes- Gonçalves, 2000).

Com a finalidade de aumentar a resolutividade da ESF, foram instituídos os NASF, por meio da portaria nº 154/2008, compostos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuam de maneira integrada com as equipes. De acordo com Oliveira (2013), o NASF representa um dispositivo de ativação de comunicação, conhecimentos compartilhados e corresponsabilização pelo atendimento integral em saúde.

É importante lembrar que o NASF, apesar de estar vinculado à AB, não é porta de entrada do sistema para os usuários, e sua função é oferecer apoio ao trabalho das equipes da ESF. À semelhança desta, leva em conta a territorialização, a educação permanente em saúde, a participação social, a promoção da saúde e a integralidade – esta última, um dos princípios fundamentais do SUS a ser praticada por esse Núcleo (Brasil, 2009).

A integralidade materializa-se principalmente pelo aumento da capacidade de análise e intervenção sobre problemas e necessidades de saúde – tanto clínicos quanto sanitários –, por meio da responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as eSF e de populações específicas, garantindo-lhes encaminhamento, com base nos processos de referência e contrarreferência, e atuando no fortalecimento do papel da AB na coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde.

Inúmeras e complexas são as responsabilidades atribuídas aos profissionais do NASF, entre elas: a definição de indicadores e metas que avaliem suas ações; a definição de uma agenda de trabalho que privilegie as atividades pedagógicas e assistenciais; e ações diretas e conjuntas com as eSF no território (Brasil, 2011). É importante refletir que as ações sejam desenvolvidas em parceria com as eSF e a comunidade, com vista à vigilância à saúde.

Assim, um dos grandes desafios que se coloca para os profissionais do NASF e das eSF é o trabalho em equipe, uma vez que a maior parte dos profissionais de saúde não tem formação que valorize esse tipo de atividade. Esse trabalho deve ser realizado em espaços coletivos e com contratos bem definidos de funcionamento, com garantia de sigilo, tendo em vista que, nesses encontros, todos os assuntos devem ser tratados e as críticas devem ser feitas e recebidas de forma adequada, num aprendizado contínuo de gerenciamento de conflitos de forma positiva (Brasil, 2011).

A implantação do NASF na cidade de São Paulo teve início em julho de 2008 com a proposta de 86 equipes por parte da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP) que delega as funções de gestão do SUS às Coordenadorias Regionais de Saúde que definiram as categorias profissionais para compor o NASF de suas regiões (Centro-Oeste, Leste, Sudeste, Norte e Sul) de acordo com as características epidemiológicas de cada uma, a quantidade de serviços instalados e o estudo das principais demandas de cada região (São Paulo, 2009).

Os NASF são classificados em três modalidades, o NASF-1, composto por no mínimo cinco profissionais de nível superior que poderão ser médico acupunturista, assistente social, professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra, terapeuta ocupacional. O NASF-2 é composto por no mínimo três profissionais de nível superior que poderão ser assistente social, professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional.

Em dezembro de 2012 foi instituída uma nova modalidade pela portaria G.M no. 3124 de 28 de dezembro de 2012, NASF 3, para atender a municípios de pequeno porte, com uma ou duas equipes ESF. Em todos os casos, recomenda-se pelo menos um profissional da saúde mental (Brasil, 2012; Oliveira, 2013).

É importante observar que a diferença entre o NASF 1 e 2 está no número de categorias profissionais que os compõem, 5 e 3, respectivamente, e também no número de eSF às quais dá retaguarda: de 8 a 20 no primeiro caso e até três equipes no segundo. Difere também a carga horária semanal. Esses núcleos devem funcionar em horário de trabalho coincidente com o das equipes que apoiam, além de estar vinculados aos polos do Programa Academia da Saúde de seu território de abrangência (OLIVEIRA, 2013).

O processo de trabalho do NASF envolve atendimento compartilhado com as eSF, intervenções específicas com os usuários e famílias e ações intersetoriais de modo articulado com as equipes e outros setores. Para a organização desse processo de trabalho o NASF faz uso de ferramentas tecnológicas como o apoio matricial, a clínica ampliada, o projeto terapêutico singular e o projeto de saúde no território (Brasil, 2008).

O apoio matricial tem o objetivo de assegurar retaguarda especializada e suporte técnico às eSF, aumentando as possibilidades de intervenção e resolução de problemas. Envolve a construção de um projeto terapêutico integrado pela a equipe de referência e seus apoiadores (em se tratando da ESF, corresponde à equipe nuclear e NASF, respectivamente) o projeto pode desenvolver-se por meio de atendimentos e ações conjuntas, atendimentos apenas com a equipe matricial, principalmente nos casos que requerem atendimento especializado, também é possível que a equipe de matriciamento efetue apenas a troca de conhecimentos com a equipe de referência, para que o caso seja conduzido pela equipe nuclear (Campos, Domitti, 2007).

A clínica ampliada propõe-se a realizar uma reconstrução do modelo biomédico, envolvendo na prática clínica os saberes da Saúde Coletiva, Saúde Mental, Planejamento e da Gestão e das Ciências Sociais e Políticas. Tem o objetivo de ampliar o trabalho da clínica, em oposição ao modelo

biomédico, que é focado na doença e leva em conta também outros problemas de saúde, como situações de risco e vulnerabilidade (susceptibilidade a determinado agravo). Também contribui para aumentar o grau de autonomia dos sujeitos, o que pode ser entendido como o aumento da capacidade do usuário compreender e atuar sobre si mesmo (Brasil, 2007; Campos, Amaral; 2007).

De acordo com Campos e Amaral (2007), o projeto terapêutico singular (PTS) é uma estratégia que viabiliza a clínica ampliada. Em geral é utilizado para situações complexas. Esse projeto é discutido durante as reuniões de equipe, em que o atendimento ao usuário é compartilhado, contando com a participação do usuário/família/grupo na construção desse projeto. Durante essas discussões ocorre a revisão do diagnóstico, a avaliação do risco e a definição das intervenções terapêuticas, ações e responsabilidades de cada componente que participa dessa discussão.

O projeto de saúde no território (PST) pretende ser uma estratégia das eSF e do NASF para desenvolver ações efetivas na produção da saúde em um território, articulando os serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais, de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia das coletividades. Deve iniciar-se pela identificação de uma área e/ou população vulnerável ou em risco. Tal identificação pode acontecer a partir de um caso clínico que chame a atenção da equipe, como uma idosa com marcas de queda e que pode ser vítima de violência. Deve ainda ter foco na promoção da saúde, na participação social e na intersetorialidade, com a criação de espaços coletivos de discussão, nos quais sejam analisadas a priorização das necessidades de saúde, os determinantes sociais, assim como as estratégias e os objetivos propostos para a sua abordagem.

É no espaço coletivo que a comunidade, suas lideranças e membros de outras políticas e/ou serviços públicos presentes no território poderão se apropriar, reformular, estabelecer responsabilidades, pactuar e avaliar o projeto de saúde para a comunidade. O PST auxilia ainda o fortalecimento da integralidade do cuidado à medida que trabalha com ações vinculadas à clínica, à vigilância e à promoção da saúde.

Oliveira (2013) realizou pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso, sobre a articulação das práticas dos profissionais da eSF e do NASF com foco na saúde mental. O estudo foi realizado na região leste do município de São Paulo que conta com: 55 unidades básicas de saúde, 245 equipes de saúde da família e 20 equipes NASF. Os resultados do estudo mostram que, embora a implantação do NASF tenha facilitado a interdisciplinaridade, tanto na prática em Saúde Mental quanto na relação que se estabelece entre os profissionais e entre estes e os usuários ainda persistem a fragmentação das ações, orientadas por uma compreensão patologizante e medicamentosa do sofrimento psíquico, ou seja, as práticas prescritivas repetem os ordenamentos que pretendiam superar.

No referido estudo foi identificado que os profissionais ainda se sentem frustrados e angustiados diante da burocratização que permeia as situações de cuidado em saúde mental, dificultando a já complicada integração interprofissional. Persiste a valorização dos aspectos quantitativos de produção e da gestão verticalizada. As análises realizadas indicaram a necessidade das equipes potencializarem os espaços de escuta, acolhimento, diálogo e negociação, viabilizando o fortalecimento do vínculo entre os técnicos e entre esses e os usuários, para que sejam criadas condições para a estruturação de intervenções realmente comprometidas com a complexidade dos processos de adoecimento, subjetivação e produção da vida (Oliveira, 2013).

Outra pesquisa sobre o NASF (Fragelli, 2013) realizada com objetivo de identificar as competências construídas no âmbito do processo de trabalho do NASF e compreender as dificuldades para sua operacionalização, evidenciou avanços nas práticas do NASF, entretanto com obstáculos que diziam respeito à falta de estruturação do processo de trabalho no âmbito do apoio matricial.

3.2 O TRABALHO EM SAÚDE

Considerando-se a complexidade do objeto de intervenção em saúde, em especial da AB, no âmbito de um sistema único de saúde em um país de

grandes dimensões territoriais e heterogeneidades socioculturais como o Brasil, coloca-se a necessidade da reflexão acerca do trabalho em saúde, tendo em vista as possíveis mudanças das práticas de saúde na perspectiva da integralidade e da qualidade da atenção à saúde em todo território nacional.

Toma-se a categoria trabalho como essencial para compreensão das relações sociais nos processos de produção nos serviços de saúde (Faria, Araujo, 2010; Marx, 2011) e por representar “a base mais fundamental de sua efetivação” nas práticas de saúde (Mendes-Gonçalves, 1992, p. 2).

O trabalho, segundo Marx (2011), é considerado um processo de mediação entre o homem e a natureza. Por meio de sua ação, o ser humano impulsiona, regula e controla o intercâmbio material com a natureza. Essa ação é exclusivamente humana, pois apenas o homem é capaz de construir em sua mente a transformação que pretende realizar na natureza, isto é, antever o resultado do processo de trabalho que já figura em sua imaginação antes mesmo da realização. O homem opera uma transformação na natureza e o produto resultante de sua ação responde às suas necessidades, ou seja, o indivíduo trabalha com a finalidade de satisfazer suas necessidades. Para isso, cria meios de trabalho que são instrumentos necessários para a obtenção do produto desejado.

No campo da saúde coletiva, no Brasil, o conceito de processo de trabalho foi desenvolvido por Ricardo Bruno Mendes Gonçalves a partir da análise do processo de trabalho do médico. O autor estudou a aplicação da teoria marxista de trabalho no campo da saúde, tendo analisado o objeto, os instrumentos, as finalidades e os agentes do trabalho.

No trabalho em saúde, o objeto corresponde às necessidades de saúde recortadas por um olhar que possui um projeto com uma dada finalidade e esta representa a intencionalidade do trabalhador (projeto prévio na mente do trabalhador). O instrumento é algo que o trabalhador coloca entre si mesmo e o objeto de trabalho para uma determinada finalidade. Tais instrumentos podem ser materiais (equipamentos) e imateriais (saberes) (Peduzzi, Schraiber, 2009).

De acordo com Mendes-Gonçalves (1992), na sociedade capitalista o trabalho em saúde desenvolve-se de duas maneiras: a primeira como forma para controlar a doença em escala social e nesse caso o conceito de doença é tratado como um fenômeno coletivo. A partir do conhecimento adquirido por meio das epidemias é possível prever quantos casos podem ocorrer posteriormente em determinado período e local. Além disso, essa abordagem torna possível associar a doença a condições ambientais. A segunda forma de trabalho refere-se à recuperação da força de trabalho, que trata a doença como uma alteração exclusivamente do corpo humano e o indivíduo apenas em sua dimensão biológica.

O modelo de doença como fenômeno coletivo é baseado no saber epidemiológico e considera que doença pode ser influenciada pela vida de relação do indivíduo doente. O modelo clínico delimita a doença exclusivamente ao corpo do indivíduo, deixando de lado as dimensões sociais. Nessa concepção, a princípio, todo o processo de trabalho poderia ser executado por um único profissional - o médico, responsável por definir o diagnóstico e tratar o corpo doente (Mendes-Gonçalves, 1992).

Essa concepção de doença desenvolve-se no contexto da reforma do sistema hospitalar que ocorre na passagem do século XVIII para o século XIX, na qual o hospital passa a ser espaço de tratamento onde ocorre um processo de divisão técnica e social do trabalho. O trabalho médico foi segmentado em atividades de cunho mais intelectuais e mais manuais e assim contribuiu para o aparecimento de outros profissionais da saúde para cuidar da saúde de seres humanos (Mendes-Gonçalves, 1992). Essa forma de organização do trabalho coletivo em saúde foi marcada pela fragmentação do processo de cuidar que influencia o trabalho em saúde até os dias de hoje (Pires, 2008).

Na contemporaneidade, reconhece-se a necessidade de recomposição dos trabalhos parcelares, pois os diferentes profissionais da saúde compartilham do mesmo objeto que envolve diversas dimensões (sociais, psicológicas, biológica, cultural, ética e política). O ser humano em seu percurso de vida necessita da intervenção de profissionais e serviços de saúde para atender suas necessidades de saúde e a interação entre esses

profissionais e a articulação de seus saberes permite uma compreensão e abordagem ampliada que produz melhores resultados para usuários e população (Matos, Pires, Campos, 2009).

Ainda no contexto do processo de trabalho, entende-se por tecnologia o conjunto de ferramentas que é capaz de realizar uma transformação na natureza (necessidades de saúde), entre elas as ações de trabalho, além de equipamentos, conhecimentos e saberes, ou seja, tecnologias materiais e não materiais (Mendes-Gonçalves, 1994; Schraiber et al, 2008).

Merhy (2007) introduz uma tipologia das tecnologias em saúde com vistas a diferenciar aspectos relacionais do processo de trabalho, geradores de inovação e criação. Esta tipologia classifica as tecnologias em duras (equipamentos, normas, máquinas, estrutura organizacional), leve-duras (saberes estruturados, por exemplo, a clínica médica) e leves (diz respeito às relações humanas). Ainda segundo Merhy (2007) o trabalho em saúde opera sobretudo com tecnologias de relações, resultado do encontro entre usuários e trabalhadores e entre os trabalhadores e vai além de saberes tecnológicos estruturados. Por isso comporta um nível de liberdade importante na escolha do modo de fazer essa produção.

Por outro lado, o trabalho em saúde também pode se desenvolver segundo a lógica taylorista de organização do processo de trabalho que, a partir do século XX, influenciou não apenas o trabalho na indústria, mas também no setor saúde (Ribeiro, Pires, Blank, 2004).

A lógica taylorista tem como principal teórico Frederick Winslow Taylor que formulou os princípios da gerência científica. Tem como diretriz a separação da concepção e da execução do trabalho, a divisão de tarefas entre trabalhadores em um mesmo espaço físico e o controle de cada fase do processo de trabalho por um gerente que pode ser o proprietário dos meios de produção, instrumentos e produtos ou outro trabalhador que é ao mesmo tempo empregado e empregador e possui uma remuneração diferenciada (Pires, 2008).

Ribeiro, Pires e Blank (2004) e Matos e Pires (2006) afirmam que o aumento da carga de trabalho e métodos de gerenciamento fazem com que o

processo de trabalho seja dividido em operações mínimas, com a finalidade de aumentar a produtividade e controlar o tempo gasto na execução das atividades. Essa forma de organização do processo de trabalho produz alienação do trabalhador e do próprio processo, redefinindo o objeto segundo a atividade executada.

Com base no exposto, ressalta-se que o trabalho em saúde tem a finalidade de coproduzir saúde e o que define esse processo é a necessidade colocada pelo sujeito que busca o serviço (Matos, Pires, Campos, 2009). Logo, deve se configurar em prática social capaz de transformar tais necessidades.

Segundo Cecílio (2001), as necessidades de saúde podem ser organizadas em quatro aspectos: boas condições de vida, que estão relacionadas aos fatores externos que interferem no processo saúde-doença; acesso e possibilidade de consumir toda tecnologia capaz de melhorar e prolongar a vida; criação de uma relação de confiança entre os usuários e profissional e/ou equipe de saúde e manutenção da autonomia do usuário em relação ao seu modo de viver. Essas quatro dimensões ultrapassam a busca dos usuários por consultas médicas, medicamentos e realização de exames. O profissional necessita escutar o usuário, identificar e negociar as necessidades de saúde do mesmo e reconhecê-las e responder da melhor maneira possível sob a perspectiva da integralidade da atenção (Mattos, 2004).

Para a satisfação de tais necessidades de saúde do usuário são necessários recursos que são limitados. Portanto, torna-se fundamental aplicá-los de forma racional, destinando-os de modo eficiente e equitativo (Vieira, Souza, 2012). Em se tratando de recursos públicos, o Estado tem o dever de os administrar de modo eficiente. Esse é um dos princípios que regem a administração pública, que tem como objetivo orientar a atividade administrativa no sentido de buscar melhores resultados com meios escassos de que se dispõe e com menor custo (Brasil, 1988).

A administração pública no Brasil é definida como um conjunto de órgãos a serviço do Estado que tomam providências para satisfazer as necessidades de interesse público. Devem obedecer aos princípios de

legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e pode ser exercida de forma direta e indireta. A forma direta é composta pela presidência da república e seus ministérios e a forma indireta é constituída pelos órgãos ou entidades que mantêm vínculo com o poder público, representadas por autarquias, empresas públicas, sociedade de economia mista e fundações públicas (Brasil, 1988). Tais entidades possuem como características comuns: a personalidade jurídica, a autonomia administrativa, o patrimônio próprio, são sujeitas a licitações, conforme lei nº 8666/1993 e são proibidas de acumular cargos (Brasil, 1988).

Além das entidades que fazem parte da Administração Pública Direta e Indireta, existem as entidades paraestatais cuja criação é autorizada pela Constituição Federal artigo 37, inciso XIX e XX. Situam-se na esfera entre o público e o privado, justapõem-se ao Estado e realizam atividades de interesse público sob as normas e controle do Estado (Brasil, 1988).

Um exemplo de entidades paralelas ao Estado são as Organizações Sociais (OS) que constituem uma estratégia do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado (PDRAE), instituído na década de 1990, para descentralizar o poder estatal, tornando-o mais eficiente, com redução de seus custos (Coutinho, 2006).

As OS não estão sujeitas às normas da Administração Pública que regulam a gestão de recursos humanos, orçamentos e financiamentos; tal fato confere-lhes agilidade e qualidade na seleção, contratação, manutenção e desligamento de funcionários, além de um ganho considerável de agilidade e qualidade nas aquisições de bens e serviços (Barbosa, Elias, 2010).

A parceria entre a Administração Pública e as OS dá-se por meio do contrato de gestão que define as metas e os tipos de assistência à saúde a serem desenvolvidos pelo serviço de acordo com o plano de trabalho pactuado entre a contratada (OS) e a contratante (o Estado) (Coutinho, 2006).

O contrato deve instituir o plano de trabalho que será desenvolvido pela OS, com previsão de metas, prazos de execução das atividades, além de definir formas de controle para o desempenho destas atividades (São Paulo,

2008; Coutinho, 2006). Ademais, deve estipular responsabilidades do contratante relacionadas aos compromissos firmados frente a transferência de recursos financeiros e a colaboração técnica necessária para a obtenção dos resultados esperados (Barbosa, Elias, 2010).

A existência de um contrato de gestão é fundamental para o controle e fiscalização por parte do Estado, já que as atividades desenvolvidas pela OS são de interesse da coletividade e são utilizados recursos públicos para a realização dessas atividades (Coutinho, 2006).

Na gestão das OS, em relação às UBS no município de São Paulo, o plano de trabalho e as atividades são acompanhados mensalmente por meio dos indicadores de produção, em especial, consultas médicas e de enfermagem e visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde (São Paulo, 2008).

O cumprimento do contrato de gestão garante a manutenção do vínculo contratual, e a observância do pacto firmado direciona todo o esforço de organização do processo gerencial, refletindo sobre a capacidade produtiva das unidades (Barbosa, Elias, 2010).

Segundo Barbosa e Elias (2010), a condição imposta pelo contrato de gestão para a manutenção do vínculo entre OS e Estado pode criar a instituição do sistema de metas como objetivo primordial, desassociando o alcance de resultados do impacto sobre os indicadores de saúde na área sob responsabilidade da OS. Sob esse aspecto, nas atividades do profissional da saúde está embutida a lógica da produtividade, com a intensificação de ritmos, tempos e processos de trabalho (Souza, 2010).

A lógica da produtividade permeia o trabalho em saúde, inclusive nos casos em que o lucro não se coloca como finalidade principal, tal como ocorre no contrato de gestão entre OS e Estado ou Município. A orientação para produtividade está presente nas metas alternativas de desempenho, como produção, qualidade, custos e compromissos de atendimento de populações específicas (Gadelha, 2003). Reconhecer a existência dessa lógica é essencial para a concepção de políticas que amenizem o afastamento existente entre a lógica da produtividade e a lógica do atendimento das necessidades de saúde de indivíduos e coletividades.

A necessidade de fazer uso racional dos recursos não deve ser considerada uma deformidade inerente do setor saúde, mas um processo generalizado em virtude da propagação do sistema capitalista (Gadelha, 2003).

No presente estudo, cabe ressaltar que a própria concepção do trabalho em equipe carrega a dupla intencionalidade de fazer bom uso dos recursos, racionalizando a assistência médica, e responder às necessidades de integração com vistas à integralidade (Peduzzi, 2001b??).

3.3 PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA INTERPROFISSIONAL

No bojo da discussão sobre o processo de trabalho em saúde como prática social destaca-se, no presente estudo, o processo de trabalho de enfermagem, como uma das áreas de saber e prática que compõe o trabalho em saúde.

A enfermagem moderna iniciou-se no séc. XIX na Europa com Florence Nightingale, que estabeleceu para os cuidados prestados por mulheres nos hospitais um conjunto de técnicas baseadas no princípio da assepsia visando ao controle e à organização do ambiente terapêutico e dos agentes de enfermagem (Lopes, 2001). O trabalho de Enfermagem teve origem dentro do hospital e por isso organizou suas práticas e saberes para atender as necessidades que tinham origem serviço. Vale destacar que o saber médico, voltado para a cura e a terapêutica da doença, é o norteador das práticas de saúde neste tipo de instituição.

A divisão técnica do trabalho caracterizava o enfermeiro sujeito responsável pela organização das enfermarias, pelo gerenciamento dos demais agentes da enfermagem, bem como pela prescrição de enfermagem. Definia os procedimentos que deveriam ser executados pelos auxiliares de enfermagem para garantir os melhores resultados para o conforto e a recuperação do paciente. Já os auxiliares de enfermagem, deveriam cumprir as prescrições de enfermagem, realizando o cuidado direto ao paciente. (Lopes, 2001).

No Brasil, na segunda metade do século XIX, conhecido como “Era Bacteriológica”, além das ações realizadas no hospital, visando ao cuidado e à cura individual, havia também outras ações de âmbito coletivo, como a desinfecção de domicílios, remoção de doentes de seus lares para isolamento, a fim de impedir a disseminação de doenças (quarentena). Estas ações tinham como “sujeitos os médicos, os mata-mosquitos, os engenheiros sanitários e os guardas”, não havendo a presença do enfermeiro. (Villa, Mishima, Rocha, 1997, p. 32).

Essas práticas de saúde perduraram até o início do século XX, quando foi implementado um novo modelo sanitário no qual a educação sanitária é adotada como instrumento principal de trabalho, visando “formar a consciência sanitária” da população (Villa, Mishima, Rocha, 1997). Nessa nova organização, observava-se a presença de algumas atividades consideradas de enfermagem. Porém, ainda não havia a presença do enfermeiro nesse trabalho:

As atividades de enfermagem eram predominantemente executadas por pessoal sem preparo técnico formal, constatando-se ações de educação sanitária do tipo mais coercitivo e de controle. Este controle se dava tanto em relação aos bens distribuídos à população, como o leite em pó ou *in natura*, como pela busca de medicamentos para comunicantes e portadores de doenças transmissíveis (Villa, Mishima, Rocha, 1997, p. 34).

Após 44 anos do modelo médico-sanitário e do Centro de Saúde, ocorre uma reforma administrativa, em que um novo modelo é proposto como organizador da Saúde Pública, a “Programação em Saúde”. Nesta há uma ampliação e diversificação da assistência médica individual e o Centro de Saúde é mantido como o lugar para realizar a assistência (Villa, Mishima, Rocha, 1997). Nesse novo modelo a inserção do enfermeiro dá-se preferencialmente nas ações voltadas para gerenciamento, supervisão, treinamento, controle e coordenação dos profissionais de enfermagem (Matumoto et al, 2011). “A enfermeira não foi o profissional pensado pela instituição para executar o cuidado de enfermagem, ainda que estando preparada para fazê-lo (...)” (Villa, Mishima, Rocha, 1997, p. 43).

Vê-se assim o enfermeiro como um profissional novo no centro de saúde, tendo seu processo de trabalho não muito bem esclarecido, uma vez

que sua prática volta-se para a dimensão gerencial do trabalho, para a manutenção da infraestrutura dos serviços necessários ao atendimento médico, enquanto sua prática assistencial não é requisitada.

Esse modelo manteve-se após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990. No entanto, com a proposta do Programa Saúde de Família pelo Ministério da Saúde, em 1994, se observam importantes mudanças tanto na inserção dos enfermeiros na AB, como o reconhecimento do trabalho do enfermeiro nas dimensões gerencial e assistencial (Felli, Peduzzi, 2005).

Outro ponto importante a salientar foi a consolidação do Programa Saúde da Família como estratégia para reorganizar a AB no Brasil (Brasil, 2006). Matumoto et al (2011) destacam que a ESF representa possibilidade de reorientar ações em direção às necessidades de saúde dos usuários e não com a finalidade de racionalizar o trabalho do profissional médico. Sob essa perspectiva, a prática de enfermagem direcionou-se para sua finalidade específica, o cuidado de enfermagem.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2012), são atribuições específicas do enfermeiro: realizar atenção à saúde dos usuários e famílias cadastradas na unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários em todos os ciclos de vida de um indivíduo, realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, planejar, gerenciar e avaliar as atividades dos agentes comunitários de saúde em parceria com os demais membros da equipe, participar e realizar ações de educação permanente direcionadas à equipe de enfermagem e aos outros membros da equipe, participar do gerenciamento dos insumos necessários para o desenvolvimento das atividades da UBS e realizar consulta de enfermagem, procedimento, atividades em grupo conforme os protocolos estabelecidos pelo gestor municipal em consonância com as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços (Brasil, 2012).

A ESF reintroduz a consulta de enfermagem e a visita domiciliária como os meios da assistência direta ao usuário pelo enfermeiro, o que

representa um avanço para o trabalho de enfermagem, possibilitando a prática em suas duas dimensões: gerencial e assistencial.

Assim, a coordenação do trabalho das equipes de saúde da família, a vigilância das condições de saúde da população adscrita no território e a prestação da assistência direta ao indivíduo e comunidade, fazem do enfermeiro o gestor de projetos terapêuticos que realiza a articulação de diversos núcleos de saberes em saúde. (Matumoto et al, 2011).

O referencial teórico do processo de trabalho permite compreender o trabalho de enfermagem como prática social, isto é, uma prática realizada a partir das necessidades sociais, de acordo com o momento histórico (Matsumoto et al, 2011; Kawata et al 2009).

Almeida et al (1999) definem a prática social, no caso da saúde ou enfermagem, como práticas que vão além da dimensão técnica e profissional, isto é, vão além de uma aplicação de conhecimentos técnicos e científicos e levam em consideração a dinâmica social. Essa abordagem reconhece no trabalho do enfermeiro uma atuação que abarca as dimensões assistencial e gerencial (Felli, Peduzzi, 2010), com maior ou menor articulação entre ambas (Hausmann, Peduzzi, 2009).

Em relação à dimensão assistencial, na AB o processo de trabalho do enfermeiro consiste em prestar assistência ao indivíduo sadio ou doente, à família e à coletividade por meio de atividades de promoção, manutenção e recuperação de saúde e prevenção de agravos. A dimensão gerencial, que predomina no trabalho do enfermeiro em APS é voltada sobretudo ao gerenciamento da equipe de enfermagem e do serviço de saúde para que ocorra a produção do cuidado (Willig, Lenardt, 2002; Matsumoto et al, 2011; Backes et al, 2012).

O cuidado é um conceito amplo que pode incorporar diversos significados, tanto no sentido de se solidarizar, envolvendo relacionamentos compartilhados entre os indivíduos e coletividades ou, em dadas circunstâncias, transmitir uma idéia de obrigação e compromisso social (Souza et al, 2005). Contudo, o cuidado terá sempre um denominador comum que é a interação, pois tanto o cuidado de enfermagem como o

cuidado em saúde é concebido como prática interativa, que envolve uma rede de relações entre usuários e profissionais e entre profissionais.

Outra característica que usualmente se atribui ao cuidado é estar centrado na pessoa. Orchard (2010) analisa a integração dos enfermeiros no trabalho colaborativo em equipe e centrado no paciente e destaca que para que isso ocorra é necessário um empenho das instituições e dos profissionais para implementar e consolidar equipes que atuem de fato com colaboração entre os diferentes profissionais e com oportunidades de educação permanente.

A autora destaca que a análise das abordagens de cuidado apresentadas pelas teoristas de enfermagem mostra sua ênfase no papel do paciente no cuidado de enfermagem e na interação com os enfermeiros, fazendo crer tratar-se de modelos de cuidado de enfermagem centrados no paciente. Contudo, refere que nas teorias de enfermagem também estão presentes as abordagens mecanicistas e organicistas que, quando colocadas em prática, parecem transferir a atenção para o enfermeiro e sua capacidade de promover o cuidado, deixando o paciente em segundo plano. A autora aponta que a prática centrada no profissional e isolada dos demais agentes e dos próprios usuários é decorrente do processo de socialização profissional por que passam os enfermeiros e demais profissionais de saúde, desde a sua formação (Orchard, 2010).

Entretanto, cada vez mais a complexidade dos serviços de saúde e o reconhecimento das múltiplas dimensões presentes no processo saúde-doença, bem como a necessidade crescente de uma abordagem integral das necessidades de saúde dos usuários, requerem uma prática interprofissional colaborativa que se inicie desde a educação interprofissional (Batista, 2012).

As equipes de saúde usualmente contam com enfermeiros na sua composição e esses podem contribuir para a operacionalização das ações interprofissionais, além de manterem o desenvolvimento de ações próprias e específicas de Enfermagem (Propp et al 2010; Orchard, 2010).

Segundo Orchard (2010) a ideia de prática colaborativa tem provocado receio em alguns enfermeiros que temem perder seu papel na

equipe, o que é improvável se os enfermeiros aprenderem a articular sua atuação à dos demais profissionais da equipe.

O enfermeiro é um dos articuladores dos processos de trabalho, visto que interage com todos os profissionais da saúde, usualmente sendo o agente de convergência e distribuição de informações tanto para os usuários que procuram o serviço de saúde como para os demais profissionais (Propp et al 2010; Rossi, Silva, 2005; Willig, Lenardt, 2002).

Os enfermeiros são importantes elos entre os profissionais da equipe pelas habilidades de comunicação interprofissional que utilizam. As habilidades comunicacionais tradicionalmente são desenvolvidas pelos enfermeiros com os pacientes no cuidado à beira do leito, agora é preciso estender essa habilidade de comunicação à interação com os demais profissionais no contexto do trabalho em equipe (Propp et al, 2010).

As habilidades de comunicação do enfermeiro compreendem um conjunto de estratégias comunicativas que asseguram a qualidade das tomadas de decisões à medida que buscam e processam informações para os demais profissionais e individualizam a comunicação com o paciente. Outro componente desse conjunto é promover a sinergia da equipe por meio de coordenação da equipe, capacitação dos profissionais, mediação de conflitos, promoção de um ambiente de trabalho agradável que não sobrecarregue um profissional em detrimento de outros, bem como ajudar os demais profissionais a executar suas tarefas se necessário (Propp et al, 2010).

Como membros centrais da equipe de saúde, os enfermeiros estão em uma posição importante para influenciar a prestação de cuidado de saúde ao usuário do serviço, bem como facilitar as interações com os profissionais de saúde, de modo a alcançar os melhores resultados na prática interprofissional de cuidado ao paciente (Propp et al, 2010).

3.4 O TRABALHO EM EQUIPE E COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL

Dando prosseguimento à discussão acerca de prática colaborativa entre os profissionais de saúde na AB, cabe refletir sobre o conceito de

trabalho em equipe, que é considerado uma premissa para o desenvolvimento das ações no âmbito da Estratégia da Saúde da Família.

No Brasil, a idéia de trabalho em equipe surgiu respaldada pela noção de atenção integral ao paciente, em meados de 1970, a partir de debates em torno das políticas de saúde e recursos humanos. Considerando as necessidades de saúde da população brasileira. Assim, reconheceu-se que a formação especializada e curativa dos profissionais da saúde não era suficiente para responder às necessidades de saúde da população, sendo necessário incentivar métodos que estimulassem a atuação multiprofissional. (Peduzzi, 2009)

O trabalho em equipe multiprofissional é considerado como a melhor forma de abordagem aos pacientes, devido à complexidade cada vez maior de cuidado, à possibilidade de alcançar eficiência na abordagem do usuário dos serviços de saúde e pela potência que esses profissionais podem alcançar quando trabalham em equipe (Macedo, 2007).

O trabalho em equipe é uma modalidade de trabalho coletivo constituída por meio de relação recíproca de dupla mão entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos profissionais de diferentes áreas, configurada por meio da comunicação, da articulação das ações e da cooperação (Peduzzi, 2009).

A partir da noção de atenção integral à saúde, o trabalho em equipe é percebido como uma estratégia de reorganizar o trabalho para aumentar a qualidade dos serviços, reduzir a duplicação de ações, definir prioridades e reduzir custos. Além disso, por meio do trabalho em equipe os profissionais tendem a promover a integração entre disciplinas e profissões, o que é essencial para o desenvolvimento das práticas de saúde com base na concepção do processo saúde-doença na perspectiva da integralidade da saúde (Peduzzi, 2009; Pinho, 2006).

Apesar do trabalho em equipe ser uma estratégia recomendada e utilizada nos serviços de saúde, existe alguns fatores restritivos à articulação efetiva entre as ações desenvolvidas e a interação entre os agentes. Dentre eles, destacam-se: o desconhecimento de muitos profissionais sobre os fundamentos básicos de como realizar a tarefa coletiva, a desigualdade entre

os membros da equipe em relação às oportunidades para propor e decidir sobre o processo de trabalho, a sobrecarga de trabalho dos profissionais devido ao número de famílias cadastradas superior ao preconizado pelo Ministério da Saúde e o grande número de atividades absorvidas individualmente pelos profissionais da equipe (Lodi, Tagliari, Moretto, 2003; Silva, Trad, 2005; Severo, Seminotti, 2010).

Santos e Cutolo (2004) consideram que o trabalho em equipe interdisciplinar e interprofissional é imprescindível para o exercício do atendimento integral e para a mudança do perfil de saúde da população atendida em um dado território.

Cabe ressaltar que muitos estudos que se referem a trabalho em equipe não apresentam definição clara dos termos: multiprofissional, multidisciplinar, interdisciplinar, em geral tais termos são tratados como sinônimos. Iribarry (2003) utiliza as definições de Hilton Japiassu, com base no qual o termo multidisciplinar refere-se a uma gama de disciplinas que não se relacionam entre si, não há nenhuma cooperação entre as disciplinas, são vários profissionais unidos e trabalhando individualmente, o termo interdisciplinar refere-se a um grupo de disciplinas conexas, porém cabe a uma única disciplina a coordenação e tomada de decisões, e a terminologia transdisciplinar refere-se a um grupo de disciplinas conexas sem uma disciplina dominante, pois mantém a autonomia de cada área e a interdependência entre elas.

Nesse sentido, é necessário distinguir as expressões interdisciplinaridade e interprofissionalidade conforme proposto por Furtado (2007) que destaca que o sufixo disciplinar é relativo ao campo de saberes enquanto que o sufixo profissional é relativo ao campo das equipes e seus serviços. Interdisciplinaridade é um termo que se refere aos conceitos e teorias com o objetivo de compreender fenômenos e interprofissionalidade refere-se a práticas direcionadas a solucionar problemas empíricos específicos.

Para a melhor compreensão do trabalho em equipe sob o aspecto interprofissional, Peduzzi (2001) identifica duas modalidades de trabalho em equipe: a equipe integração caracterizada pela articulação e interação

entre os profissionais, e a equipe agrupamento, em que ocorre a justaposição de ações e apenas o agrupamento dos profissionais.

A equipe agrupamento apresenta uma liderança centralizada, cada componente da equipe possui responsabilidades e resultados individuais, as metas são comuns à organização (missão da instituição) e ocorre delegação das funções e das responsabilidades. Por outro lado, a equipe integração apresenta a liderança compartilhada, com responsabilidade individual e também coletiva da equipe, de modo que os resultados são coletivos e ocorre interação e comunicação entre os profissionais (Peduzzi et al, 2012).

No trabalho em equipe, a comunicação deve fazer parte do exercício cotidiano pelo qual os agentes operam a articulação das intervenções técnicas mediada pela linguagem (Peduzzi, 2011; Araujo, Rocha, 2007).

Na literatura internacional recente, o termo multiprofissional não está sendo utilizado e observa-se a referência crescente à prática interprofissional colaborativa. Nesses estudos, destacam-se a colaboração, a atenção com foco no usuário e a comunicação (D'Amour et al, 2008; Martin Rodriguez et al, 2005; Orchard, 2010; Nugus et al 2010; Zwarenstein et al 2009; Propp, 2010).

O desenvolvimento da prática interprofissional requer que a atenção à saúde esteja centrada nas necessidades de saúde do usuário, os profissionais reconheçam a interdependência de suas ações e queiram exercer a prática colaborativa. Contudo, os profissionais também possuem seus próprios interesses e querem manter determinado grau de autonomia e independência, de modo que a negociação é o instrumento utilizado para partilhar a tomada de decisão (Moaveni et al 2008; D'Amour, Oandasan, 2005).

A colaboração é um processo essencialmente interpessoal que requer dos profissionais disponibilidade em colaborar, respeito mútuo, confiança e comunicação. Revisão de literatura sobre os determinantes para uma colaboração bem sucedida permitiu identificar três tipos de determinantes: organizacionais, sistêmicos e interacionais (Rodriguez et al, 2005).

Determinantes organizacionais dizem respeito à filosofia da instituição, líderes capazes de motivar e coordenar o trabalho em equipe,

existência de protocolos previamente discutidos com a equipe e de espaços de discussões sobre o trabalho, além de relações hierárquicas horizontais e flexíveis. Os determinantes sistêmicos são externos ao serviço de saúde e referem-se à equidade de poderes entre as profissões, ao equilíbrio nas relações de gênero e sistemas educacionais que favoreçam a prática colaborativa. O último e mais explorado nesse estudo são os determinantes interacionais que se referem à disponibilidade dos profissionais para o trabalho interprofissional, à confiança e ao respeito entre os membros da equipe, objetivos comuns, habilidade comunicativa que diz respeito à capacidade do profissional de dizer não, negociar, bem como a capacidade de ouvir o outro (Rodriguez et al 2005).

D'Amour (2008) refere que, apesar de muitas pesquisas sobre colaboração, os profissionais precisam de ferramentas conceituais para ajudá-los a desenvolver a prática colaborativa e propõe um modelo de estruturação de colaboração interprofissional em um ambiente a APS. Este modelo é baseado no conceito de ação coletiva do referencial da sociologia organizacional, especificamente a análise estratégica desenvolvida por Crozier e Friedberg.

O modelo proposto sugere que a colaboração interprofissional pode ser analisada por meio de quatro dimensões operacionalizadas por dez indicadores, sendo duas referidas às relações entre os indivíduos e as outras duas ao contexto organizacional. Todas as dimensões e indicadores estão interrelacionados e se influenciam mutuamente (D'Amour et al, 2008).

Tabela 1- Atributos do Trabalho em equipe

(continua)

Atributos do trabalho em equipe		Descrição
Objetivos e metas compartilhadas	Objetivos	Identificar e compartilhar objetivos comuns e sua apropriação pela equipe, reconhecimento dos motivos divergentes e construção de projeto em conjunto de modo consensual e abrangente dos objetivos.
	Atenção à saúde centrada no usuário	Os membros da equipe podem ter interesses diferentes: do usuário, das profissões, do serviço ou nos interesses privados. Em alguns casos, eles não são expressos e por isso não são negociados, favorecendo que

		prevaleçam interesses privados, resultando em comportamento oportunista e perda de foco na colaboração centrada no usuário.
Tomada de consciência dos profissionais de sua interdependência/ interação	Convivência mútua	Promover espaços de interações entre os profissionais, oportunidade de realizar atividades em conjunto. Reconhecer o papel dos demais membros da equipe e das demais profissões, a abordagem do cuidado e a finalidade de cada uma delas.
	Confiança	A colaboração na equipe só é possível quando há confiança nas habilidades e competências nos demais membros da equipe, bem como a capacidade de assumir responsabilidades - Reconhecimento do outro.
Governança: funções de liderança que apoiam a colaboração	Coordenação	Autoridades comprometidas em fornecer direção clara e explícita destinada a orientar a prática colaborativa
	Liderança	Lideranças ligadas a uma posição formal na estrutura ou emergente ambas podem ser de modo compartilhado ou centralizado. Para a prática colaborativa a liderança deve ser de caráter compartilhado, estimular a participação na tomadas de decisão e para a construção de consensos a orientar a prática colaborativa.
	Apoio à inovação	Envolvimento e apoio da coordenação no processo de aprendizagem dos profissionais em relação às mudanças da prática clínica e na partilha de responsabilidades entre os membros da equipe, favorecer o acesso dos profissionais aos conhecimentos necessários para introdução de colaboração e inovação de qualquer natureza.
	Conectividade	Existência de espaços para discussão e construção de vínculos entre os profissionais, interconexão entre os profissionais, que pode ser expressa a existência de feedback, comissões, comitês e diferentes formas de troca de informação.

Formalização	Ferramentas de formalização	Existência de protocolos, rotinas, descrição de atribuições de cada profissional, etc. A colaboração é mais influenciada pelo consenso que emerge em torno dos mecanismos de formalização e de sua implementação do que pelo grau de formalização.
	Troca de informação	Uso da infraestrutura para troca de informação de forma rápida e completa, registros e sistemas de informação. Os profissionais utilizam os sistemas de informação para reduzir as incertezas nas relações com os profissionais que não conhecem bem.
Prática colaborativa centrada no usuário	Parceria entre a equipe de saúde e o paciente. O paciente participa na elaboração de seu plano de cuidado juntamente com a equipe. Nesse processo ele recebe acesso aos conhecimentos e habilidades dos membros da equipe e estes tem acesso aos recursos e conhecimentos necessários para implementação do plano necessário	
Equipe agrupamento	Comunicação externa ao trabalho	Comunicação quando exercida ocorre apenas como instrumentalização técnica
	Comunicação estritamente pessoal	Destaque à dimensão das relações pessoais de amizade, camaradagem.
	Diferenças técnicas entre trabalhos especializados	Relacionam-se as diferenças das especializações dos saberes e das intervenções
	Especificidades dos trabalhos especializados	Preservar o que é específico de cada profissional, reconhecimento das ações privativas de cada área profissional.
	Ausência de autonomia técnica	Profissional ignora o âmbito da autonomia no qual executa seu trabalho
	Autonomia técnica plena	Independência na realização das ações de modo pleno com ausência de reconhecimento das interdependências quando existentes
Equipe integração	Comunicação intrínseca ao trabalho	Reconhecimento da necessidade de comunicação entre os profissionais para a construção de objetivos comuns e de um projeto assistencial comum
	Projeto assistencial comum	Construção de um projeto assistencial que atenda às necessidades de saúde dos usuários por meio do diálogo

Diferenças técnicas entre trabalhos especializados	Relacionam-se as diferenças das especializações dos saberes e das intervenções
Arguição das desigualdades dos trabalhos especializados	Prática de arguição no plano técnico e da valoração desigual dos diferentes trabalhos
Flexibilidade na divisão do trabalho	Realização de ações comuns aos profissionais de saúde, ex. acolhimento, grupos educativos.
Autonomia técnica de caráter interdependente	Reconhecimento da interdependência da autonomia técnica entre os profissionais
Especificidades dos trabalhos especializados	Preservar o que é específico de cada profissional, reconhecimento das ações privativas de cada área profissional.

Fonte: Adaptado de D'Amour (2008), Orchard (2010), Peduzzi (1998 2001).

A comunicação é essencial para a prática colaborativa. É o que mantém a equipe, é uma condição necessária para o cuidado do usuário. Por meio da comunicação os profissionais da equipe combinam seus conhecimentos de modo interdependente (Propp et al, 2010).

Orchard (2010) define prática em equipe interprofissional colaborativa e centrada no paciente (*interprofessional patient-centred collaborative practice*) como uma parceria entre profissionais de saúde e paciente na qual este detém o controle sobre seu cuidado e é assegurado ao paciente e aos membros da equipe o acesso a conhecimentos e habilidades que lhes permitem chegar a um plano de cuidados compartilhado com os recursos necessários para sua implementação.

A prática colaborativa centrada no paciente requer espaços de encontro dos profissionais, nos quais eles têm a possibilidade de conhecer o papel de cada um, planejar de forma compartilhada ações e metas para os pacientes, considerando o ponto de vista de cada profissional, contribuir com seus conhecimentos e habilidades e reconhecer as responsabilidades e os papéis dos demais profissionais (Orchard, 2010).

Percurso Metodológico

4.0 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo propôs analisar o trabalho do enfermeiro na AB, no contexto das relações do cotidiano de uma UBS entre trabalhadores das eSF e eNASF, para conhecer como se dá a participação do enfermeiro na promoção de ações interprofissionais.

Para esse estudo, a orientação metodológica indicada é de natureza qualitativa, pois permite desvendar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares (Minayo, 2010).

Segundo Minayo (2010, p. 57) “o método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”.

Utilizou-se a estratégia de pesquisa denominada estudo de caso que segundo Yin (2005) se aplica a investigação de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos.

Os estudos de caso podem ser de diferentes tipos, e aqui se optou pelo estudo de caso instrumental que é aquele no qual o caso escolhido possibilita o conhecimento em profundidade de um tópico ou objeto de interesse, o caso escolhido, que é ao mesmo tempo, único e particular, mas que representa vários outros existentes (Stake, 2000). Também foi escolhido estudar um caso único, dada limitação de tempo e recursos de uma pesquisa de mestrado. Contudo, foi feita uma aproximação do campo, descrita a seguir, para a seleção de um caso que pudesse ser considerado um caso revelador do fenômeno pesquisado que ainda é pouco explorado, como atesta a revisão de literatura. Foi adotado procedimento de escolha por aproximação sucessiva, através de entrevistas com informantes-chave, gestores e gerentes considerados conhecedores da realidade loco-regional do cenário de estudo, que puderam informar sobre a realidade mais rica para investigação de campo do presente objeto de estudo.

Por se tratar de estudo de caso será feita a descrição detalhada do cenário de estudo mais adiante.

4.2 CENÁRIO DE ESTUDO

O estudo foi realizado com equipes de uma UBS da região sul do município de São Paulo. O critério de escolha dessa região foi baseado no conhecimento que o pesquisador tem do local, pois ali realiza sua prática cotidiana como profissional desde 2003.

O município de São Paulo conta com cinco Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) nas regiões norte, sul, sudeste, leste e centro-oeste, que são subdivididas em Supervisões Técnicas de Saúde (STS).

Sob a responsabilidade da coordenação da CRS-Sul existem 96 UBS, 515 eSF e 30 eNASF desde 2008 (São Paulo, 2013). A Coordenadoria está subdividida em cinco STS, a STS Campo Limpo, a STS Capela do Socorro, a STS M'Boi Mirim, a STS Parelheiros e a STS Santo Amaro-Cidade Ademar. A STS Santo Amaro - Cidade Ademar supervisiona 50 serviços de saúde situados nos Distritos Administrativos (DA) de Pedreira, Santo Amaro e Cidade Ademar (São Paulo, 2013).

O DA Pedreira possui aproximadamente 144.000 habitantes e conta com duas Assistências Médicas Ambulatoriais (AMA), duas Assistências Médicas Ambulatoriais de Especialidades (AMA E), oito UBS sendo sete com ESF e uma tradicional, um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), um Núcleo Integrado de Reabilitação (NIR) e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) adulto (São Paulo, 2013).

Os equipamentos de saúde do DA de Santo Amaro são: um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) álcool e drogas, um CAPS Adulto, um CAPS Infantil, Um Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), um Centro de Referência DST/AIDS (CR DST/AIDS), um Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/AIDS (CTA DST/AIDS), um laboratório de análises clínicas, um Núcleo Integrado de Reabilitação (NIR) e um Núcleo Integrado de Saúde Auditiva (NISA), um Pronto Socorro, uma Unidade de Referência Saúde do Idoso (URSI) e três UBS tradicionais (São Paulo, 2013).

O DA de Santo Amaro, na década de 1940, recebeu a instalação de grandes indústrias e o distrito tornou-se muito próspero, pois era prioridade de investimento dos governantes. Na periferia de Santo Amaro existiam algumas fazendas que, devido ao crescimento industrial, foram loteadas, dando início a urbanização e aumento populacional da região. O DA Cidade Ademar até 1996 pertencia à região administrativa de Santo Amaro. É um exemplo dessas áreas periféricas cujas demandas sociais foram deixadas para o segundo plano, sofrendo pela falta de investimentos público em saúde, educação, asfalto, creches, transportes e condições adequadas de moradia.

Ao longo desses anos, muitas mudanças aconteceram, as grandes indústrias da antiga Santo Amaro foram atraídas para o interior do Município, dando lugar ao desenvolvimento do setor comercial. Após a década de 70, o movimento social em Cidade Ademar iniciou a luta por melhorias na condição de vida dos moradores.

Atualmente cerca de 270.000 pessoas têm acesso aos serviços de saúde. O DA Cidade Ademar possui quatro Assistências Médicas Ambulatoriais (AMA), uma Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades (AMA E), um CAPS Infantil, duas Unidades de Assistência Domiciliar (AD), doze UBS sendo seis eSF, e seis tradicionais e uma URSI (São Paulo, 2013).

A pesquisa foi desenvolvida em uma UBS de um desses três DA, que funciona há aproximadamente 20 anos na região e há cerca de 10 anos presta assistência à população adstrita com a ESF.

A estrutura física do serviço estudado é composta por: recepção, três salas de espera, sala de aferição de pressão arterial, sala de expurgo e esterilização, sala de inalação, sala de medicação, sala de regulação (setor de agendamento dos usuários para serviços especializados), sala da equipe NASF e saúde mental, consultório de atendimento de demanda espontânea (usuários que necessitam de atendimento, mas não estão agendados), sala de vigilância epidemiológica, sala de vacinação, sala dos agentes comunitários de saúde e reuniões, sete consultórios (um para cada equipe), sala de saúde da mulher, sala de saúde bucal, sala de grupos e reuniões (profissionais a

nomearam de sala do meio), um vestiário masculino e um feminino, três salas administrativas (gerência, auxiliar de gerência e uma sala denominada de sala do SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica), banheiros masculino e feminino destinado aos usuários, uma copa para funcionários.

A área externa tem um espaço para a realização de grupo, não coberto, o setor de dispensação de medicações e materiais, e estacionamento para usuários e profissionais.

Todas as salas de procedimentos, grupos e consultórios têm computador e os atendimentos são digitados em um programa da prefeitura municipal de São Paulo denominado MVSIGA. Esse sistema foi elaborado por uma empresa privada que desenvolve softwares e presta serviços de consultorias voltados para gestão em serviços de saúde. Todas as ações e atividades desenvolvidas são digitadas nesse sistema e podem ser visualizada pelo gestor.

Para viabilizar o atendimento para aproximadamente 20 mil pessoas, a UBS conta com profissionais administrativos responsáveis pela recepção, pelo agendamento em serviços especializados, pelo SIAB (instrumento gerencial do território que permite que a informação seja mais ágil, identificar a produção dos profissionais, monitorar alguns indicadores de saúde e também planejar ações de acordo com os problemas identificados). Assistente da gerência/chefia, profissionais de limpeza e porteiro que são contratados por uma empresa terceirizada, assim como o orientador de público.

O orientador de público é um profissional de nível médio que conhece os fluxos e os serviços oferecidos pela UBS. Tem a função de receber e direcionar o usuário para o atendimento necessário e orientá-lo sobre os serviços oferecidos pela UBS. Também faz a interlocução entre os usuários e os profissionais sempre que necessário.

À época da pesquisa, a UBS contava com sete equipes saúde da família, sendo apenas uma incompleta, duas equipes saúde bucal e uma eNASF que desenvolve suas atividades duas vezes por semana na UBS.

A eNASF foi implantada no DA Cidade Ademar em 2008, composta por dois fisioterapeutas (cada um com jornada de trabalho de 4 horas diária),

dois terapeutas ocupacionais (cada um com jornada de trabalho de 4 horas diária), um nutricionista, uma fonoaudióloga, uma educadora física e uma assistente social (com jornada de trabalho de 6 horas diária).

Cada equipe de saúde bucal conta com uma cirurgiã dentista e uma assistente de saúde bucal. A técnica de saúde bucal atende as duas equipes de saúde bucal da UBS. A equipe de saúde da família é composta por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde. É responsável pelo atendimento e acompanhamento de aproximadamente 880 famílias, com uma média de 3,2 componentes, totalizando aproximadamente três mil habitantes.

Os usuários cadastrados na equipe em estudo eram predominantemente mulheres, na faixa etária entre 20 a 39 anos. Aproximadamente 15% da população cadastrada é portador de hipertensão arterial sistêmica, cerca de 6% são portador de diabetes, 1,5% é gestante, aproximadamente 1,4% crianças menores de um ano de idade e 99% das crianças entre sete e 14 anos estão matriculados na escola. Cerca de 90% dos domicílios possuem rede de esgoto, 99% com coleta de lixo e abastecimento de água pelo sistema público.

A UBS inicia suas atividades às 7h00 com coleta de exames laboratoriais até as 8h30. O grupo de atividade física estende-se até às 9h00 e o atendimento dos usuários é feito mediante consulta agendada até às 8h00, que é o horário em que se iniciam as reuniões de equipe de todas as equipes.

Após a coleta de exames laboratoriais, tem início o atendimento à demanda espontânea, a UBS denomina essa atividade de acolhimento aos usuários, já os profissionais de enfermagem e médicos denominam de triagem.

A demanda espontânea são os usuários que chegam à UBS por diversos motivos, alguma doença crônica que descompensou, alguma queixa aguda (febre, dor, prurido, etc.), em busca de consulta médica, à procura de informações sobre laudos, vacina, problemas sociais, solicitando transporte de ambulância, e tudo que eles julguem poder encontrar resposta na UBS.

Esses usuários são recebidos pelo orientador de público, responsável pelo direcionamento do usuário na UBS. Este investiga a necessidade do usuário e encaminha-o para o local adequado. Por exemplo, se algum usuário chega querendo tirar dúvidas sobre vacinação, o orientador encaminha-o para sala de vacina. Casos em que o usuário refere querer passar em consulta e não está agendado, o orientador encaminha-o para o acolhimento.

O acolhimento ou triagem é iniciado pelo auxiliar de enfermagem que afere os sinais vitais, anota no prontuário o motivo da procura e encaminha o paciente para atendimento com a enfermeira da supervisão do dia ou com o médico de apoio (que não tem agenda nesse período) de acordo com o motivo relatado.

Diariamente uma enfermeira é responsável pela supervisão dos serviços de enfermagem. Além de atender os pacientes da demanda espontânea, a profissional visita todas as salas de procedimentos da UBS e verifica a quantidade de insumos necessários para as atividades do dia, a temperatura das duas câmaras de imunobiológicos na sala de vacina, verifica a escala de funcionários e, caso falte algum, substitui a escala por outro auxiliar de enfermagem. As enfermeiras têm uma planilha própria de controle de todos os auxiliares de enfermagem onde anotam se houve faltas ou atrasos.

O atendimento de demanda pelos auxiliares de enfermagem inicia-se às 8h30min e termina por volta das 9h30min. Após esse horário, sempre que alguma pessoa chega solicitando atendimento, a orientadora de público vai até a enfermeira para falar sobre o motivo da procura do usuário.

A médica de apoio do período não tem pacientes agendados e fica disponível para atendimento de consultas não programadas de pacientes que necessitam de atendimento médico e não têm consulta agendada nessa data. Apoia as enfermeiras em casos que apresentam alguma dúvida ou percebem que o usuário necessita de avaliação e conduta médica.

As demais enfermeiras desenvolvem atividades de visitas domiciliares, grupos educativos e consulta de enfermagem.

As consultas de enfermagem são as atividades predominantes na agenda semanal da enfermeira. Esta UBS em particular organiza a agenda semanal do enfermeiro destinando 40% da jornada de trabalho às consultas programáticas para possibilitar o cumprimento do contrato de gestão.

Após a resolução do COFEN nº 381/2011 (COFEN, 2011) que resolveu que no âmbito da equipe de enfermagem, a coleta de material para colpocitologia oncótica pelo método de Papanicolaou é privativa do enfermeiro e deve ser executado no contexto da consulta de enfermagem foi necessário destinar 15% da jornada de trabalho às consultas de saúde da mulher, totalizando 55% das quarenta horas semanais ocupadas por consultas de enfermagem.

A agenda semanal do enfermeiro prevê 20% da jornada de trabalho destinada à supervisão de enfermagem, 15% distribuído entre visitas domiciliárias e grupos educativos e 10% para reuniões de equipe.

A consulta é realizada de acordo com a Resolução 358/09 do COFEN (COFEN, 2009) que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). A SAE é um instrumento que permite ao enfermeiro organizar e executar o processo de enfermagem composto por cinco etapas inter-relacionadas: anamnese, exame físico, diagnósticos de enfermagem, planejamento e implementação do plano de cuidados e evolução de enfermagem.

A SMS disponibiliza protocolos de enfermagem que têm a finalidade de orientar as ações de enfermagem na atenção à saúde nos diferentes ciclos de vida de um indivíduo: saúde do adulto, saúde da mulher, saúde da gestante e saúde da criança.

Os protocolos elaborados para atenção à saúde da criança possuem fluxogramas que orientam as ações do enfermeiro frente às doenças prevalentes na infância, o que permite ao profissional uma atuação com maior autonomia em relação à identificação e à prescrição de tratamentos e cuidados para 20 doenças mais comuns na infância.

O atendimento em saúde da mulher e pré-natal também consta de protocolos que permitem ao enfermeiro atuar com autonomia ao solicitar exames laboratoriais, identificar queixas mais comuns que levam as

mulheres, gestantes ou não, a procurar o serviço de saúde, e prescrever tratamentos e cuidados de acordo com suas necessidades.

Os protocolos de saúde do adulto, elaborados para acompanhamento de portadores de diabetes e hipertensão arterial permitem ao enfermeiro solicitar exames laboratoriais de rotina. Além disso, permitem transcrever as medicações de uso contínuo prescritas anteriormente pelo médico, como fármacos anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais e insulina. Nesses casos, o enfermeiro não tem autonomia para alterar doses de medicações ou introduzir os medicamentos.

No período da tarde a procura dos usuários por atendimento é reduzida. A população é orientada sobre a organização do serviço e procuram por atendimento sempre pela manhã. Sendo assim, parte do tempo da supervisão de enfermagem nesse período é destinada as atividades da própria equipe, como por exemplo, verificar os resultados de exames laboratoriais.

A população adstrita ao território da UBS recebe visitas domiciliárias, consultas e pode participar dos grupos educativos realizados pelos profissionais. A periodicidade dos grupos varia: diariamente acontece o grupo de atividade física, realizado por uma moradora voluntária, e às segundas e as sextas-feiras conta com a participação da educadora física do NASF; semanalmente acontece o grupo de tabagismo, com a participação da equipe de saúde bucal, da nutricionista do NASF, da enfermeira da equipe 3 e a médica da equipe 1; o grupo do pé diabético conta com a participação da enfermeira da equipe de saúde da família, fisioterapeuta e educadora física do NASF; o grupo dos usuários cadastrados no programa de automonitoramento glicêmico (PAMG), sob responsabilidade da enfermeira da equipe 1 e com a participação eventual dos profissionais do NASF; o grupo de gestantes é subdividido pela idade gestacional (primeiro, segundo e terceiro trimestres) com participação da nutricionista da fonoaudióloga e da fisioterapeuta do NASF, respectivamente, e da enfermeira da equipe 2; o grupo de bebês de três, cinco e quinze meses, com a participação, respectivamente, da terapeuta ocupacional, com o objetivo de detectar precocemente algum déficit de desenvolvimento, da nutricionista para

orientar as mães quanto à introdução de outros alimentos aos seis meses de vida da criança e da fonoaudióloga para orientação em relação ao início da fala, esse grupo também tem a participação de uma das enfermeiras das equipes; grupo de odonto-bebê, do qual participam os profissionais da saúde bucal.

Quinzenalmente são realizados grupos de artesanato, pela terapeuta ocupacional do período da tarde e uma ACS; o grupo de memória, realizado pela fonoaudióloga do NASF; o grupo de reeducação alimentar adulto e infantil, realizado pela nutricionista e pela educadora física do NASF e o GEARA.

O GEARA que significa grupo educativo, assistencial e resolutivo na área, é realizado de acordo com a necessidade de cada eSF e na equipe de estudo a frequência é quinzenal.

Inicialmente quando o GEARA foi proposto às equipes, ele poderia ser ajustado conforme as necessidades dos moradores, o objetivo principal era aumentar o acesso do usuário ao serviço de saúde por meio da eSF, de modo que o agendamento de consultas não ficaria sob a responsabilidade do ACS. Os usuários que necessitassem de uma consulta, laudo ou esclarecer alguma dúvida poderiam comparecer a esse grupo.

P GEARA É realizado pela equipe 1, equipe pesquisada, em um salão de uma igreja, participam todos os agentes comunitários (atualmente quatro ACS porque a ACS mais antiga que trabalhava há 11 anos na UBS pediu demissão) um auxiliar de enfermagem, a médica e a enfermeira. Os ACS organizam as pessoas para o atendimento de acordo com a ordem de chegada e atendimentos prioritários (idosos, gestantes, portadores de necessidades especiais e mães com criança de colo), a auxiliar de enfermagem afere a pressão arterial de cada participante (busca ativa de hipertensão) e a médica e a enfermeira atendem os pacientes conforme o horário de chegada.

A UBS também realiza mensalmente o grupo de saúde do homem, sob responsabilidade da médica equipe 7, e o grupo de pele, sob responsabilidade da uma médica equipe 3.

4.2.1 Procedimentos de seleção da UBS e da equipe de ESF

A seleção da UBS de estudo foi feita com base em entrevistas realizadas com a coordenadora dos cinco NASF que atua na região de estudo, com a supervisora da assessoria técnica de enfermagem da OS e com as gerentes das duas UBS que resultaram das indicações feitas nas duas entrevistas antes referidas.

Essa estratégia de seleção do serviço a ser pesquisado considera que a coordenadora tem conhecimento significativo da dinâmica de funcionamento das eNASF nas diversas UBS, bem como a supervisora da assessoria técnica.

Foi solicitado que a coordenadora dos NASF indicasse aquele considerado mais integrado com as eSF às quais está vinculado, considerando os seguintes critérios: NASF que atue há no mínimo um ano na UBS, com realização de reuniões regulares com as eSF, e que conte com a participação regular dos enfermeiros nas reuniões. A coordenadora indicou um NASF que corresponde aos critérios definidos, o que resultou na seleção das três UBS vinculadas.

Após o conhecimento das UBS, apontadas pela coordenadora, a pesquisadora solicitou que a supervisora da assessoria técnica indicasse algumas UBS em que as enfermeiras das equipes atuavam há no mínimo um ano e eram consideradas com melhor interação com o NASF e com a própria equipe. A supervisora indicou cerca de quatro UBS, dentre elas, duas coincidiram com a indicação da coordenadora do NASF.

A partir dessas indicações foram entrevistadas as gerentes das duas UBS indicadas por ambas entrevistadas. Uma das UBS apresentou grande rotatividade de profissionais, principalmente do profissional médico e, na UBS que foi escolhida para o estudo, os profissionais atuavam por um período maior de trabalho na mesma equipe.

Em seguida, foi realizada entrevista com a gerente da UBS selecionada para solicitação de sua autorização para o estudo e indicação da eSF e de saúde bucal que considerava mais integradas em relação ao NASF e cuja enfermeira fosse reconhecida como atuante nas articulações entre as equipes.

Esses critérios de indicação foram utilizados porque se buscou estudar um caso exemplar em que fosse possível encontrar evidências do fenômeno estudado - a participação do enfermeiro na articulação das ações interprofissionais.

A gerente da UBS selecionada indicou duas equipes que correspondiam aos critérios definidos, porém em uma delas o médico estava afastado por doença. Sendo assim, foi escolhida a equipe um para o estudo.

4.2.2 Caracterização da equipe de estudo

A equipe de estudo havia sido formada aproximadamente dois anos antes, a partir de uma reestruturação do território de abrangência da UBS. Os cinco agentes comunitários de saúde (ACS) e a médica eram das outras equipes que já existiam na UBS, a enfermeira e os auxiliares de enfermagem trabalhavam em outra UBS da mesma OS e foram transferidos para essa UBS para integrar a nova equipe.

Categoria profissional	Idade (anos)	Escolaridade	Especialização	Tempo de Formação (anos)	Tempo de trabalho na UBS (anos)	Tempo de trabalho na equipe (anos)
ACS 1	27	Médio	Não se aplica		5	2,5
ACS 2	23	Superior	Não se aplica	2	1	1
ACS 3	46	Superior incompleto	não se aplica		11	2,5
ACS 4	26	Médio incompleto	Não se aplica		6	2,5
ACS 5						
Auxiliar de enfermagem 1	41	Médio	Não se aplica	5	2	2
Auxiliar de enfermagem 2	31	Superior em curso	Não se aplica	5	4	2,5
Enfermeira	32	Superior	Saúde da Família	7	2,5	2,5
Médica	34	Superior	Saúde da Família	8	4	2,5

Quadro 1 – Caracterização da equipe de estudo.

No início de 2011, a enfermeira propôs uma reunião com todos os profissionais da equipe para planejar as atividades e as metas de trabalho para o ano seguinte. O encontro contou com a participação de todos os membros da equipe. No início de 2012, houve nova reunião de avaliação das ações propostas em 2011 e em 2013 isso ainda não aconteceu a reunião.

A equipe possui vários instrumentos que permitem o monitoramento das condições de saúde dos usuários. Por exemplo, uma planilha de controle de acompanhamento de crianças menores de 2 anos, outra para o controle de hipertensão e diabetes, com cálculo de risco cardiovascular de Framingham, planilha de usuários atendidos pelo NASF, de gestantes com exames laboratoriais colhidos, controle de remédio em casa, de usuários idosos que não são prioridades do programa e de risco social de acordo com a escala de Coelho. Todas essas planilhas permitem que equipe planeje as intervenções que serão implementadas no território adstrito.

Com a finalidade de compartilhar as experiências da equipe, a médica e a enfermeira desenvolveram um trabalho científico para apresentar esses instrumentos de monitoramento e acompanhamento dos usuários no IV Congresso Paulista de Medicina de Família e Comunidade.

4.2.3 Caracterização do NASF da UBS

O NASF começou as atividades nesta UBS em 2008. Inicialmente todos os profissionais foram contratados com jornada de trabalho de 40 horas semanais, após alguns meses, a jornada de trabalho dos profissionais de fisioterapia e terapia ocupacional foi reduzida para 20 horas semanais e foi necessária a contratação de mais um profissional de cada uma dessas categorias. O assistente social também teve sua jornada de trabalho reduzida para 30 horas semanais, mas não houve contratação de outro profissional.

Os profissionais do NASF realizam atendimentos individuais aos usuários do serviço e desenvolvem ações em conjunto com os profissionais da UBS, grupos educativos, visitas domiciliares e consultas compartilhadas. A educadora física, a fisioterapeuta e uma das enfermeiras desenvolveram um instrumento de avaliação do pé dos portadores de diabetes que será implantado nas demais UBS sob a gestão da OS.

4.2.4 Modelo de gestão das UBS na região de estudo

Na região de estudo, região sul, a gestão das UBS é feita por uma OS que constitui um modelo de organização pública não estatal destinada a absorver atividades que podem ser publicizadas como, por exemplo, serviços de educação, pesquisa científica, cultura e saúde. A publicização é uma estratégia da Reforma do Estado, em que o setor público não estatal passa a responsabilizar-se pela execução de serviços que não envolvem o exercício do poder do Estado, porém devem ser subsidiados pelo Estado (Brasil, 1998).

A OS é uma forma de propriedade pública não estatal, constituída por associações civis sem fins lucrativos, que não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e estão orientadas diretamente para o atendimento do interesse público (Brasil, 1998).

A implementação de OS é uma estratégia do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado (PDRAE) que iniciou na década de 1990 (Brasil, 1998). O Estado compreende uma estrutura organizacional com três poderes (Legislativo, Executivo e Judiciário), em seus três níveis (União, Estados e Municípios).

O PDRAE surgiu como uma resposta para a superação da crise de rentabilidade do setor produtivo iniciada na década de 70. A crise do petróleo atingiu o País dando início a uma crise fiscal que se tornou mais clara a partir da segunda metade da década de 80. Nesse período, o Estado brasileiro concentrava e centralizava funções, a proposta da reforma era redefinir o papel do Estado que deixaria de ser executor e tornar-se-ia um Estado regulador e transferidor de recursos (Seixas, 2003).

Nesse quadro iniciou-se um processo de publicização que compreende a produção de bens públicos por entidade não estatal sem fim lucrativo. Trata-se de uma parceria entre Estado e sociedade e tais entidades são capazes de responder às demandas sociais com maior agilidade, qualidade e eficiência por não serem sujeitas à burocracia decorrente da aplicação das normas burocráticas do Estado apresentam maior autonomia (Brasil, 1998).

A implantação das OS ocorreu por meio da Medida Provisória nº 1.591, de 9 de outubro de 1997, e foi validada pela Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, que criou o Programa Nacional de Publicização e dispôs sobre a qualificação de entidades como as OS. Segundo ele, as organizações com pretensão de se transformar em OS devem realizar um plano estratégico de reestruturação e desenvolvimento institucional para construir a base para o Contrato de Gestão (Seixas, 2003).

O contrato de gestão tem a finalidade de definir objetivos, metas e indicadores a serem observados na avaliação de desempenho dessas organizações. Além disso, também estabelece responsabilidades, nesse caso, da SMS-SP na transferência de recursos financeiros e cooperação técnica para alcançar os resultados esperados (Barbosa, Elias, 2010).

O contrato vigente (Contrato de Gestão nº 005/2008 – NTCSS-SMS-G) tem por objetivo a operacionalização da gestão, apoio à gestão e execução pela OS contratada das atividades e serviços da região, descrita em seis anexos.

O Anexo Técnico I versa sobre a gestão das unidades da rede assistencial básica, descreve as atividades que devem ser prestadas para as famílias cadastradas na área de abrangência da UBS, além de definir o plano de trabalho que inclui o número de equipes e o número de profissionais e também a média mensal de atividade esperada das unidades geridas pela OS. De acordo com o plano de trabalho, é esperado que uma UBS com seis equipes completas realize mensalmente 4.800 visitas domiciliárias, 1.920 consultas médicas e 922 consultas de enfermagem. O plano de trabalho e as atividades são acompanhados mensalmente por meio dos indicadores de produção. Especificamente para os enfermeiros está prescrita a seguinte distribuição de atividades e respectivo percentual: consulta de enfermagem 55% da jornada de trabalho semanal, supervisão 20%, reuniões de equipe 10% e visitas domiciliares e grupos educativos 15%.

4.3 SUJEITOS DE PESQUISA

Os sujeitos do estudo foram os profissionais da eSF 1, Saúde Bucal e do NASF que foram selecionados com base na estratégia e critérios já referidos, respeitando os aspectos éticos da pesquisa.

Foram observadas as ações interprofissionais dos profissionais do NASF: educadora física, nutricionista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, assistente social; médica, enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, 4 ACS da equipe 1 e a enfermeiras das equipes 2,4 e 6.

Foram entrevistados 16 profissionais: uma educadora física, uma nutricionista, uma terapeuta ocupacional, uma fisioterapeuta, uma assistente social, uma médica, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, quatro ACS, uma cirurgiã-dentista, uma técnica em saúde bucal e uma auxiliar de consultório dentário.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP Universidade de São Paulo (Processo Nº 05531412.0.0000.5392) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (Processo Nº58/12*).

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (CEP-SMSSP) orienta que o projeto seja enviado para avaliação juntamente com um documento de autorização da Coordenadoria Regional de Saúde para a realização da pesquisa condicionada à apresentação de parecer de aprovação do CEP-SMSSP par início da coleta de dados.

O período compreendido entre o envio do projeto de pesquisa à Coordenadoria Regional de Saúde para solicitar autorização e a devolução do projeto aprovado pelo CEP foi de cinco meses.

Os sujeitos da pesquisa foram devidamente informados sobre o objetivo do estudo, antes do início da coleta de dados por meio da entrevista e da observação. Foi-lhes esclarecido que os dados obtidos serão utilizados exclusivamente com a finalidade de pesquisa e será respeitado o anonimato de cada sujeito.

Os profissionais que aceitaram participar do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3) a fim de garantir o cumprimento das questões éticas da pesquisa que envolve seres humanos, segundo resolução 466 de 2012.

Também foi solicitado autorização da Unidade Básica de Saúde para realização da pesquisa (Apêndice 4).

4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

O trabalho de campo é uma etapa essencial da pesquisa qualitativa. No campo, os objetos de estudo constituem parte de uma relação de intersubjetividade, de compromisso e confiança entre o pesquisador e os sujeitos de pesquisa (Minayo, 2008; Minayo 2010).

Seguindo a técnica de triangulação de métodos, para esse estudo foram utilizados dois procedimentos complementares para a coleta de

informações: observação direta e entrevista individual semi-estruturada, com base na técnica do incidente crítico.

A técnica de triangulação permite “abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco de estudo” e as informações obtidas por essas duas fontes referidas oferecem condições para uma análise com vistas à obtenção de inferências confiáveis e válidas sobre o fenômeno estudado (Triviños, 2011, p. 138).

Optou-se pela observação e a entrevista como métodos de pesquisa de campo (Denzin, Lincoln, 2000), pois o objeto de estudo diz respeito à participação do enfermeiro nas ações interprofissionais na UBS, o que requer acompanhar o cotidiano de trabalho das equipes, as ações que realizam e as suas interface e conexões, bem como a interação que se estabelece entre os profissionais e destes com os usuários.

Entendeu-se que reconhecer a participação do enfermeiro nas ações interprofissionais na UBS decorreria, sobretudo da apreensão de interfaces e conexões entre as ações dos diferentes profissionais e, por isso, optou-se por iniciar a coleta de dados e priorizar a observação direta.

O método de observação direta tem uma longa tradição na pesquisa qualitativa, em particular a observação participante, que caracteriza os estudos etnográficos (Denzin, Lincoln, 2000; Halloway, 2005). Contudo, neste estudo, refere-se à observação direta por ter se realizado a observação em um recorte específico do cotidiano de trabalho das equipes da UBS pesquisada com base em roteiro, apresentado a seguir, que serviu como guia da observação direta em campo (Apêndice 1). Também se optou por um tempo delimitado de observação com base no critério de saturação.

As questões relacionadas à amostra, ou seja, a extensão das situações observadas e ao tempo de observação, são um desafio na utilização desse método, pois sempre poderão surgir elementos novos e por isso, em tese, quanto maior o tempo, mais amplo o material empírico coletado. A questão central aqui é como definir que o material coletado é rico o suficiente para a compreensão do objeto de estudo tal como foi delineado na pesquisa em curso.

Nesse sentido, embora não seja plenamente satisfatória, como analisa Halloway (2005), a melhor resposta que pode ser oferecida é o critério de saturação, que consiste na avaliação e no julgamento que o pesquisador faz de que o entendimento mais específico do fenômeno de estudo seria improvável com o prolongamento da sua permanência em campo. Também há de se considerar que o estudo tem um tempo finito para seu desenvolvimento, particularmente em se tratando de um mestrado. Portanto, o planejamento e a execução cuidadosa da coleta de dados e a adoção criteriosa da saturação permitem definir de forma fundamentada o momento de término da observação direta.

A observação permitiu que a pesquisadora conhecesse a dinâmica de trabalho da equipe pesquisada e sua interação com a equipe do NASF. Também permitiu definir de forma mais fundamentada os profissionais a serem convidados para a entrevista, pois se buscou reconhecer aqueles que mostravam maior interação com os demais profissionais da equipe e do NASF (Flick, 2009).

Foi utilizado um roteiro (Apêndice 1) para a realização da observação direta das atividades desenvolvidas pela eSF, em especial em sua interação com os profissionais da eNASF, com o registro detalhado das atividades, fluxos, profissionais e usuários envolvidos e diálogos entre os participantes das atividades. Também foram observadas as reuniões de trabalho tanto as reuniões da equipe de saúde da família com as reuniões desta com o NASF.

Na fase de observação foram priorizados os períodos da semana em que a eNASF estava na UBS de estudo. Também foi feita observação direta em outros períodos da semana para contemplar as demais atividades da equipe estudada. Na observação também foi dada prioridade ao acompanhamento das atividades da enfermeira da equipe de estudo e sua interação com outros profissionais.

As observações foram realizadas entre os dias 4 de fevereiro a 11 de junho de 2013 sendo um total de 13 visitas à UBS resultando 37 horas de observação, variando entre 1 hora e 6 horas.

Inicialmente a presença da pesquisadora no campo causou apreensão tanto na pesquisadora quanto nos trabalhadores, pois a observadora era estranha ao serviço e estava no papel de pesquisadora, mas também era trabalhadora de outra UBS da mesma OS. Alguns trabalhadores relataram sentirem-se inicialmente vigiados, mas ao serem esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa e a necessidade da técnica de observação, mostraram-se menos preocupados, o que facilitou a inserção da pesquisadora no campo.

O registro foi feito em caderno de campo no qual a pesquisadora também anotou suas impressões pessoais acerca da observação. No mesmo dia os registros foram transcritos em computador e complementados com as lembranças que a pesquisadora tinha dos eventos observados.

A observação foi complementada com entrevistas com profissionais das duas equipes acompanhadas mais de perto na fase de observação direta para investigar os significados e as experiências que os partícipes do cotidiano de trabalho observado atribuíam ao que se constituiu como objeto de estudo: a participação da enfermeira nas ações interprofissionais na UBS, em particular nas interfaces entre a equipe da ESF e o NASF.

Utilizou-se entrevista semi-estruturada com base na técnica de incidente crítico (TIC). A utilização da TIC é considerada muito útil para a enfermagem ao elucidar comportamentos relacionados à prática (Peterson, Carvalho, 2011). Foi proposta por John C. Flanagan quando participou do Programa de Psicologia da Aviação da Força Aérea dos Estados Unidos, durante a II Guerra Mundial, com o objetivo de desenvolver procedimentos para selecionar e classificar tripulações (Flanagan, 1973).

Segundo Flanagan (1973), a TIC consiste em um conjunto de procedimentos para coleta de observações diretas do comportamento humano, de maneira a facilitar sua utilização potencial na solução de problemas práticos e no desenvolvimento de princípios psicológicos amplos.

Um incidente é qualquer atividade humana observável que seja completa em si mesma para permitir inferências e previsões a respeito da pessoa que executa o ato. Para ser considerado crítico, o incidente crítico deve ocorrer em uma situação onde a intenção do ato pareça clara ao

observador, e suas consequências sejam definidas de modo suficiente para deixar poucas dúvidas no que se refere a seus efeitos (Flanagan, 1973).

A aplicação da TIC permite captar valores, fatores culturais, emoções e experiências de indivíduos que vivenciaram determinada situação, que originou um comportamento e uma consequência. Esses três componentes - situação, comportamento e consequência, são fundamentais para caracterizar um incidente crítico.

Esses três componentes também são utilizados como categorias de análise dos incidentes críticos, o que caracteriza a TIC não apenas como método de coleta de dados, mas também como técnica de análise de dados em pesquisas qualitativas (Ribeiro et al, 2012). Alguns autores utilizam a TIC apenas para coleta de dados, dando preferência à análise qualitativa segundo Bardin (2011), visto que Flanagan não propõe um método específico para análise de dados (Ribeiro et al, 2012; Simões, Garrido, 2007; Peterson, Carvalho, 2011; Andraus, Faria, Souza, 2007).

Segundo Flanagan (1973), a coleta de dados pode ser viabilizada por meio de entrevistas individuais, grupos focais, envio de questionário por correio ou internet, e relatórios ou formulários registrados no momento em que ocorre o incidente.

O uso da TIC pela enfermagem possibilita análise aprofundada de fatores que interferem diretamente no cuidado prestado, e também fortalece a construção do conhecimento da enfermagem e qualidade da assistência à saúde (Ribeiro et al, 2012).

Este estudo fez uso da TIC para coleta de dados por meio de entrevista individual utilizando um roteiro (Apêndice 2). Este é composto por duas partes: a primeira, para a identificação do participante e a segunda, contendo as questões a serem investigadas na entrevista. O participante foi convidado a descrever detalhadamente duas situações, sendo uma em que foi observado o enfermeiro fazendo articulação interprofissional e outra em que o participante observou que o enfermeiro poderia ter feito articulação interprofissional e não fez, descrevendo o que aconteceu antes e imediatamente após a situação.

As entrevistas foram realizadas entre os dias 29 de abril e 20 de maio de 2013 com os profissionais da eSF e eNASF e da saúde bucal. Os profissionais escolheram a data, o horário e o local de sua preferência e conforme sua disponibilidade. Apenas um profissional do NASF agendou a entrevista em outra UBS em que atua devido à indisponibilidade de sua agenda na UBS de estudo; os demais foram entrevistados na própria UBS. Foi realizado um total de 6 horas de gravação sendo em média 20 minutos cada uma, variando entre 12 minutos e 30 minutos. As entrevistas foram agendadas pessoalmente após a última visita de observação e algumas foram reagendadas pela indisponibilidade do próprio entrevistado.

Alguns profissionais que foram entrevistados apresentaram dificuldade em descrever as situações vivenciadas. Mesmo provocados pela entrevistadora que os estimulava a recordar os casos e descrevê-los com riqueza de detalhes, o entrevistado mantinha descrições superficiais. Outros profissionais que foram entrevistados tiveram dificuldade em compreender o propósito do estudo, relatando suas boas relações interpessoais com os colegas de trabalho, ressaltando as qualidades profissionais e pessoais dos demais profissionais. Outro apresentou problemas de saúde no dia da entrevista, não concordou em reagendar a entrevista. Desse modo, a indisposição física do profissional foi considerada um fator que interferiu na qualidade do relato.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

As informações coletadas pelo pesquisador nas observações foram imediatamente registradas pela pesquisadora em arquivo eletrônico. As entrevistas foram transcritas integralmente por outra pessoa com experiência em transcrição de material de pesquisa passaram por conferência de fidelidade pela pesquisadora. Para o tratamento dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo. Segundo Minayo (2008), essa técnica de pesquisa permite tornar replicáveis e válidas inferências sobre determinado contexto por meio de procedimentos especializados e científicos. Existem

diversas modalidades de análise de conteúdo e neste estudo foi utilizada a análise temática.

A análise temática é considerada apropriada para pesquisa qualitativa em saúde e consiste em descobrir os núcleos de sentido que fazem parte de uma comunicação cuja frequência ou presença signifiquem alguma coisa para o objeto e os objetivos do estudo escolhido (Minayo, 2008).

Bardin (2011) propõe um modelo de organização da análise em três diferentes fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A pré-análise tem o objetivo de organização do material e tornar as ideias iniciais operacionais e sistematizadas. E essa fase possui três missões; a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, formulação de hipótese e objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. Vale lembrar que esses elementos não necessariamente devem seguir uma ordem cronológica, embora estejam ligados uns aos outros (Bardin, 2011).

Inicialmente foi realizada a leitura flutuante do material empírico para estabelecer contato com o material produzido, deixando-se invadir por impressões e orientações. Desse modo, a leitura tende a se tornar mais precisa em função das hipóteses emergentes.

Na segunda fase, de exploração do material, foi realizada a análise vertical que compreende à leitura reiterada de cada uma das observações com a finalidade de compreender as peculiaridades de cada uma e então eleger núcleos de sentido a partir dos registros. A partir daí foi realizada a codificação que consistiu em transformar os dados brutos do texto em unidades de significação que emergiram do texto analisado de acordo com critérios relativos ao referencial teórico (Bardin, 2011).

Após a análise vertical foi realizada a análise horizontal do conjunto das observações e definidas as categorias empíricas que expressam significados e características do objeto de estudo.

O mesmo procedimento foi realizado com o material empírico das entrevistas, leitura vertical seguida de leitura horizontal.

Finalmente procedeu-se a terceira etapa de análise, em que a pesquisadora propôs inferências e interpretações com base no referencial teórico conceitual adotado: processo de trabalho (processo de trabalho em saúde e processo de trabalho de enfermagem) trabalho em equipe e prática colaborativa interprofissional, integralidade da saúde e atenção básica.

Neste estudo, a triangulação consistiu em confrontar os resultados da análise das observações e das entrevistas de forma complementar. Por meio desse método de triangulação, a pesquisadora buscou superar algumas limitações do estudo ao encontrar coincidências e contradições entre os relatos de entrevistas e informações obtidas na observação em que foi possível constatar a consistência das evidências.

Resultados

5 RESULTADOS

Os resultados são apresentados em duas seções: na primeira são descritos os resultados das análises das observações e na segunda, os resultados das análises das entrevistas, especialmente dos relatos dos incidentes críticos com base nos objetivos específicos. Contudo, antes será apresentada uma caracterização dos sujeitos de pesquisa, em particular dos que participaram das entrevistas.

Dentre os profissionais entrevistados, 87,5 % são do sexo feminino, a faixa etária média foi 34,3 anos, variando entre 23 e 51 anos. De nove profissionais com formação superior, oito possuíam pós-graduação. Os profissionais de nível médio, cinco possuem ensino médio completo. Dentre esses, um está cursando graduação em enfermagem.

O tempo médio de formação dos profissionais graduados entrevistados foi de 11,4 anos variando entre 4 e 28 anos. O tempo médio de trabalho dos entrevistados nessa UBS é de 5 anos com variação entre 1 e 22 anos. Todos são contratados sob-regime da Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), a jornada de trabalho varia entre 20 a 40 horas semanais, a fisioterapeuta e a terapeuta ocupacional são contratadas por 20 horas semanais, a assistente social é contratada com 30 horas semanais e os demais profissionais são contratados com jornada de trabalho de 40 horas semanais.

Quadro 3 – Caracterização dos entrevistados

Profissão	Sexo	Idade (anos)	tempo de formação (anos)	Tempo (anos)		Especialização			Trajetória escolar
				UBS	Equipe	Sim	Não	Não se aplica	
Auxiliar de Enfermagem um	F	31	5	5	2		1		Cursa enfermagem
Auxiliar de Enfermagem 2	M	41	5	2	2		1		
ACS*	M	27		5	2			1	Cursa aux enf
ACS*	F	23		1	1			1	Superior em RH
ACS*	F	26		2	2			1	
ACS*	F	46		11	2			1	Pedagogia incompleta
Enfermeira	F	32	7	2	2	1			Especialização em Saúde da Família
Médica	F	34	8	4	2	1			Especialização em Saúde da Família
Técnica de Saúde Bucal	F	32	4	4	4			1	
Dentista	F	51	28	22	7	1			Esp .em pediatria, saúde pública e saúde da família
Nutricionista	F	37	15	4	4	1			Esp. em nutrição funcional
Fisioterapeuta	F	27	7	3	3	1			Esp em neurologia e promoção em saúde
Assistente Social	F	34	12	4	4	1			
Educadora Física	F	30	9	4	4	1			Esp. em reabilitação cardíaca e gerontologia
Terapeuta Ocupacional		44	17	4	4	1			Esp saúde da mulher e mestrado em ciencia da religião

5.1 RESULTADOS DA ANÁLISE DAS OBSERVAÇÕES

5.1.1 Ações interprofissionais nas quais o enfermeiro participa

A análise das observações permitiu identificar oito tipos de ações interprofissionais nas quais o enfermeiro participa, com as características descritas a seguir:

- **Consulta compartilhada:** Ações clínicas realizadas por dois ou mais profissionais, simultaneamente, com o objetivo de responder às demandas do usuário que propiciam troca de saberes, responsabilidades mútuas, na presença do usuário.
- **Consulta de enfermagem que se desdobra em consulta compartilhada:** Consulta de enfermagem na qual o enfermeiro reconhece a necessidade de complementar sua ação com a intervenção de outro profissional da UBS e que se desdobra em ações clínicas realizadas por dois profissionais, na presença do usuário.
- **Espaço de troca/ oportunidades de articular ações:** momentos em que os profissionais têm a oportunidade de estabelecer trocas de saberes, experiências e dúvidas e articular ações em conjunto que podem ocorrer com datas e locais pré-estabelecidos (reuniões formais) ou em espaços informais sem agendamento prévio.
- **Discussão de dúvidas:** ação que se dá a partir de um atendimento no qual os profissionais envolvidos assumem a corresponsabilidade por meio de suas ações e trocas de conhecimentos, sem a presença do usuário/paciente.
- **Atendimento compartilhado:** ação realizada por dois ou mais profissionais, simultaneamente, com o objetivo de atender as demandas do usuário e que compreende visitas domiciliares e grupos educativos.
- **Encaminhamento pela enfermeira para outros profissionais da UBS:** situação em que a enfermeira não dispõe de recursos para responder às necessidades de saúde do usuário e direciona-o para ser atendido por outro profissional

- Coordenação do cuidado: ação que busca proporcionar o seguimento do usuário no sistema, acompanhar o uso de outros pontos do sistema e manter o vínculo e a responsabilidade pelo cuidado, além de encaminhar para outro serviço quando necessário.
- Encaminhamento de outros profissionais da UBS para a enfermeira: situação em que outro profissional da UBS não dispõe de recursos para responder às necessidades de saúde de usuário e o direciona-o para o atendimento com enfermeira

O conjunto de observações realizadas mostrou que o enfermeiro participa das ações interprofissionais acima referidas, com predomínio das ‘consultas compartilhadas’, com médico ou com outros profissionais do NASF. Também participa de ‘consulta de enfermagem que se desdobra em consulta compartilhada’ e ‘discussão de dúvidas’. As três atividades caracterizam-se como consultas individuais.

Outra ação interprofissional na qual o enfermeiro também participa é a que foi denominada ‘espaço de troca/oportunidade de articular ações’ que podem ser formal, em reuniões pré-agendadas, ou informal em situações de interação fora de reuniões formais.

O ‘atendimento compartilhado’ e ações de encaminhamentos que são os ‘encaminhamento pela enfermeira para outros profissionais da UBS’, ‘encaminhamento de outros profissionais da UBS para a enfermeira’ e ‘coordenação do cuidado’ foram ações observadas em um número reduzido de situações.

Embora a análise tenha sido feita com base em metodologia qualitativa, portanto utilizando os procedimentos de análise temática de Bardin (2011) e as categorias analíticas do quadro teórico que serão abordadas a seguir na discussão dos resultados, optou-se por apresentar os resultados também segundo a distribuição por categorias empíricas, dada a presença expressiva de uma das categorias que foi predominante, a consulta compartilhada (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Distribuição das ações interprofissionais nas quais o enfermeiro participa na unidade básica de Saúde

Como apresentado acima, identificou-se a presença expressiva da ação interprofissional relacionada à consulta individual, com predomínio da consulta compartilhada, como mostra o registro no caderno de campo da pesquisadora:

A criança e a mãe entram no consultório e relata que a criança acorda de madrugada chorando com dores nas pernas e ela tem fazer massagem até a menina dormir novamente, refere que a criança tem pé chato e joelho em x, ela cai muito e mãe supõe que esse seja o motivo. A fisioterapeuta avalia a criança e orienta a mãe, a enfermeira questiona se a criança faz alguma atividade física, mãe relata que ela já está matriculada na escola de natação aguardando ser chamada. Fisioterapeuta orienta o uso de calçados fechados, orienta os benefícios de atividade física reforçando as orientações da enfermeira. Enfermeira orienta a mãe a observar a criança e se as dores não melhorarem retornar com a equipe. A enfermeira também discute com a fisioterapeuta e a mãe a possibilidade de uma avaliação com a nutricionista, segundo a enfermeira, em uma reunião, a nutricionista comentou sobre alguns alimentos que causam dores, principalmente alimentos derivados do leite, enfermeira também orientou colocá-la para urinar antes de dormir, pois crianças confundem as dores e às vezes pode ser vontade de fazer xixi.

A enfermeira reconhece a interdependência de suas ações como membro da equipe, é um agente de distribuição e convergência de informações, foi orientada pela nutricionista sobre alimentos que podem contribuir para a dor e orientou a mãe durante o atendimento. Aqui se observa que o profissional do NASF faz matriciamento no sentido de educação permanente da eSF. A fisioterapeuta trabalha no período da tarde

(jornada de trabalho de 4h/dia) e não participa de reuniões entre eSF e eNASF, de modo que a enfermeira compartilha orientações e hipóteses sobre as necessidades de saúde do usuário e família pertinentes a outro profissional, neste caso, a nutricionista.

A consulta compartilhada também pode surgir a partir de uma discussão de dúvidas. Uma situação que se destacou foi o caso da médica solicitando avaliação da enfermeira durante a sua consulta, relatado a seguir:

Após o grupo, a médica (que não é da equipe de estudo) que está no atendimento de demanda solicita que a enfermeira avalie uma criança. Segundo a mãe, essa criança ficou com alteração na pele após a vacinação. A médica relata estar com dúvidas se é reação vacinal ou alguma reação alérgica. A enfermeira avalia e observa que a alteração não é efeito adverso da vacina que a criança recebeu, pergunta se a mãe introduziu algum alimento novo para a criança e a mãe fala que deu chocolate. A enfermeira e a médica conversam que provavelmente é reação alérgica da alimentação, médica faz a prescrição de medicamento.

A consulta compartilhada, que usualmente solicitada pela enfermeira à médica, aqui se inverte, pois é a médica que vai discutir a dúvida com a enfermeira e solicitar sua avaliação. Há confiança mútua e ambas têm competências de comunicação e disponibilidade em colaborar. A relação entre as profissionais demonstra um caráter horizontal, o que facilita o trabalho em equipe colaborativa.

No cotidiano das enfermeiras, em particular em sua prática de consulta de enfermagem, algumas podem se desdobrar em consulta compartilhada. Esse fenômeno foi observado durante as consultas de enfermagem direcionadas a usuários portadores de hipertensão e diabetes e em atendimentos programáticos no qual o usuário apresentava algum agravo que não era sensível à intervenção específica do enfermeiro.

A Enfermeira1 entra novamente na sala e rediscute o caso da usuária idosa de 81 anos, traz resultados de exame de glicemia de jejum com alteração no resultado de hemoglobina glicada com valor 14. Ambas discutem que a usuária faz acompanhamento com endocrinologista que não ajusta a medicação (médica relata que não dá pra confiar só na mudança de estilo de vida da paciente, ainda mais sendo idosa, não costuma caminhar e não faz dieta corretamente). A médica aumenta a dose de insulina que a paciente já utiliza e introduz outro tipo de insulina de efeito mais rápido. Explica para a enfermeira os motivos dessa alteração, a enfermeira propõe a solicitação de nova hemoglobina glicada para controle e médica concorda. A enfermeira relata que o caso dessa usuária já foi discutido com o NASF (nutricionista e terapeuta ocupacional).

As profissionais reconhecem a interdependência de suas ações. A enfermeira reconhece que as ações de outro profissional podem contribuir para o cuidado prestado ao usuário. A alteração do resultado da

hemoglobina glicada indica dieta alimentar inadequada. A situação dessa usuária já foi discutida com a nutricionista e terapeuta ocupacional do NASF desdobrando-se em intervenções destas profissionais. Contudo, os resultados de exames da usuária mantinham-se alterados. Nessa situação, enfermeira opta por discutir com a médica para avaliação da dose de medicação. Há complementaridade das ações dos profissionais envolvidos no cuidado da usuária, a enfermeira, médica, terapeuta ocupacional e nutricionista, bem como habilidade de comunicação da enfermeira na discussão de dúvidas e no compartilhamento de decisões, o que melhora a qualidade da decisão terapêutica.

Outra situação que ilustra o desdobramento da consulta de enfermagem para a consulta compartilhada está destacada a seguir:

A Enfermeira1 verifica as lesões de pele e leva a criança ao consultório onde está a médica que avalia as lesões. Durante a avaliação a médica orienta a enfermeira, falando qual é o tipo da lesão, prescreve a medicação e dispensa a mãe.

Essa ação tem a finalidade de aumentar a resolutividade na prestação de cuidados. A enfermeira responde às necessidades de saúde dos usuários reconhecendo seus limites técnicos e, sempre que necessário, solicita avaliação da médica que demonstra disponibilidade em colaborar.

Durante as consultas individuais, os profissionais, em especial a enfermeira, recorrem a outro profissional, em geral ao médico, para discutir alguma situação que desperta dúvidas em relação à tomada de decisão, conforme o relato abaixo.

A Enfermeira1 atende uma mãe com o resultado de exame de ouvido de uma criança. Verifica e fala que vai fazer uma visita para reavaliar a criança e depois vai discutir o caso com o NASF. Pergunta para médica se é necessário já encaminhar para especialista ou discutir com a fonoaudióloga. A médica diz que é melhor falar primeiro com a fonoaudióloga e se necessário, depois encaminhá-la.

A tomada de decisão demonstra ser consensual, a médica mostra conhecer o papel da fonoaudióloga, reconhece-a como profissional habilitada para intervir adequadamente frente aos casos de déficit de audição e, desse modo, o encaminhamento para especialista não se faz necessário imediatamente. A decisão da médica promovida pelo compartilhamento da dúvida da enfermeira confere maior agilidade à atenção ao usuário. Referi-lo internamente à fonoaudióloga evita o encaminhamento para especialista

externo à UBS, que demandaria um tempo maior de espera do usuário pela consulta externa à unidade e resolução de sua necessidade.

Em algumas situações, em geral as que envolvem complexidade psicossocial, a enfermeira demonstra dificuldade na tomada de decisão e recorre a outro profissional em busca de apoio. As profissionais acolhem sua dúvida e auxiliam-na em sua tomada de decisão, conforme relato a seguir:

Em seguida, a enfermeira 6 entra para discutir o caso de uma criança de 9 anos que sofreu abuso sexual quando foi visitar os familiares do pai. Relata que a mãe se opôs a fazer denúncia e levar a criança para exames em local apropriado, fala com médica perguntando o que ela acha que pode ser feito (A enfermeira demonstra estar exausta, cansada, muito abalada com a história e não consegue pensar em nenhuma conduta. Parecia que estava pedindo ajuda para ela própria). A Médica conversa com a enfermeira e orienta que nesse caso em que a própria mãe não quer se envolver, então é importante discutir com o comitê de violência da UBS (Esse comitê é composto pela gerente da UBS, assistente social do NASF e uma enfermeira da UBS). A médica também refere que a assistente social do NASF é a pessoa mais indicada para ajudar nesses casos. Durante essa discussão, a enfermeira 2, que faz parte desse comitê, está presente e reforça as orientações da médica.

A enfermeira também participa de espaços de discussões que são oportunidades de articular ações interprofissionais. A situação que se segue ocorreu durante a reunião mensal entre a equipe de saúde da família e o NASF:

A história trágica, segundo a médica, é que a paciente não enxerga, teve evisceração de um olho e no outro olho tem retinopatia diabética e catarata. Fazia acompanhamento com oftalmologia na região da zona leste, onde morava. A paciente não aceita essa situação, acha que vai voltar a enxergar, é dependente de medicação para dormir, reside na área há poucos meses, mora com o marido que deixou de trabalhar para cuidar dela em uma casa emprestada por sua irmã e vive de benefício do INSS. Ela não fica longe dele, quando ele não está perto ela grita, chora e joga-se no chão. A Enfermeira relata que na zona leste ela estava acostumada com a casa e sabia onde estava tudo. Nessa casa ela tem dificuldade e também não quer se adaptar. A Médica relata que ela está com anemia, comendo muito mal e já foi encaminhada para as especialidades necessárias. Após discussão, foi agendada uma visita domiciliária com a terapeuta ocupacional e a nutricionista, sugerido encaminhamento para uma instituição social e posteriormente discutir com a equipe de saúde mental.

No registro apresentado, a contribuição dos conhecimentos dos profissionais de diferentes categorias permitiu que emergissem propostas de intervenções, bem como o arrolamento de outros profissionais da equipe de saúde, por exemplo, a equipe de saúde mental (psicóloga e psiquiatra) para ampliar a atenção à saúde da família.

Os espaços de discussão e as oportunidades de articulação ocorrem não apenas entre a eSF e eNASF, mas também diariamente entre os membros da equipe saúde da família conforme o relato a seguir:

Inicialmente a médica abre as planilhas de controle dos usuários cadastrados pela equipe, gestantes, crianças menores de dois anos, portadores de hipertensão e diabetes, mulheres em idade fértil que colhem papanicolaou na UBS e as famílias de risco social que foram classificadas de acordo com a escala de Coelho (essa escala classifica os moradores com risco social conforme as informações da ficha A, ficha de cadastro das famílias padronizada pela SMS/SP). Essas planilhas foram elaboradas pela médica e a enfermeira e implantadas após a concordância dos demais membros da equipe. A médica da equipe abre as planilhas no computador e inicia perguntando sobre o acompanhamento de algumas crianças. A enfermeira, um ACS e a médica discutem sobre acompanhamento de uma criança que não comparece à UBS, é feita uma nova convocação. A ACS traz algumas informações sobre alguns moradores de sua microárea. No decorrer da reunião de equipe, surge uma conversa sobre assuntos aleatórios e logo a ACS retoma a discussão de outra usuária. Todos trocam conversas e compartilham experiências pessoais, por exemplo, ACS pergunta sobre o acompanhamento que a médica está fazendo com a dentista e se está seguindo direito.

Esse momento de reunião de equipe possibilita a construção e fortalecimento do vínculo entre os membros da equipe, tem o potencial de promover a interação entre os profissionais e favorecer a troca de saberes. Durante esses encontros diários a equipe também utiliza instrumentos de controle elaborados de modo consensual e que classificam as famílias e os usuários de acordo com o risco social e o risco cardiovascular, respectivamente. Esses instrumentos auxiliam o planejamento e o monitoramento das ações que a equipe realiza.

Os encaminhamentos dos usuários entre os profissionais foram observados em poucas situações, com a prevalência dos encaminhamentos das enfermeiras para outros profissionais. A observação permitiu identificar apenas uma situação em que outro profissional encaminha um usuário para o enfermeiro verificar a necessidade de encaminhamento para especialista externo à UBS, como mostra o trecho a seguir:

A médica informa para a enfermeira que orientou uma paciente trazer uma guia de encaminhamento para especialista para enfermeira ver se precisa ou não ser reencaminhada. Orientou que a paciente comparecesse no dia da supervisão da enfermeira e assim evitar o agendamento de uma consulta só para isso.

No sentido contrário, as enfermeiras encaminharam usuários para outros profissionais. Embora em um número reduzido de situações, foi observado que os usuários são encaminhados tanto para médicos quanto para outros profissionais que atuam naquele serviço de saúde, conforme o registro:

O usuário compareceu com uma carta da escola solicitando avaliação com psicólogo para seu filho. A enfermeira orienta que esses casos são discutidos com a fonoaudióloga do NASF para atender a criança.

O trecho apresentado a seguir mostra que a enfermeira tem interesse e competências para prestar assistência de modo a melhorar o cuidado do paciente. Avalia a condição do usuário e reconhece a complementaridade de suas ações com a ação da médica e solicita avaliação de outro profissional que julga necessário no momento.

Em seguida enfermeira 2 da supervisão solicita a avaliação de um curativo pela médica.

Os atendimentos compartilhados possuem caráter coletivo, voltados para grupos educativos com usuários que apresentam particularidades e visitas domiciliares direcionadas à família.

Durante a visita, a nutricionista interroga sobre a alimentação da criança (qualidade, quantidade e consistência). A mãe fala que ele ainda engasga, a enfermeira fala que ele ganhou um pouco de peso e que tem uma visita agendada com a fonoaudióloga. A nutricionista verifica o cartão de vacinas onde também é anotado o peso da criança. Conversa com a enfermeira e propõe novo atendimento compartilhado em 30 dias para avaliar a alimentação da criança e o ganho de peso. A enfermeira concorda e pede para agendar para uma sexta-feira à tarde, data em que ela tem maior disponibilidade. Elas agendam e anotam no cartão da paciente. Esse agendamento não é feito pelo sistema da prefeitura, a sexta-feira à tarde é um horário livre que a enfermeira tem na agenda para resolver assuntos administrativos da equipe de enfermagem, e quando necessário, ela agenda alguma consulta compartilhada.

Essa ação revela que os profissionais reconhecem o papel um do outro e a interdependência de suas ações. Reconhecem que sozinhas não conseguem atender as necessidades da família. A integração dos conhecimentos de diversos profissionais possibilita o planejamento de ações com potência para atender às necessidades dessa família de modo abrangente.

O grupo semanal de “saúde do pé” é uma ação direcionada a um grupo específico de portadores de diabetes. Entre os profissionais, esse grupo é conhecido como grupo do pé diabético. Tem ação educativa e foi planejado por duas profissionais do NASF e uma enfermeira que desenvolvem atividades conjuntas nesse grupo. A divisão do trabalho é flexível, os profissionais realizam ações que são comuns a qualquer um deles, ações que não são específicas de cada profissional. Demonstram disponibilidade para desenvolver ações de modo compartilhado. Segue o registro da observação abaixo:

O Grupo pé diabético é realizado todas as segundas-feiras à tarde pela enfermeira, a profissional de Ed física, a fisioterapeuta. A enfermeira que participa não é da equipe de estudo, mas aceitou ter suas ações compartilhadas com o NASF observadas. Os pacientes

comparecem no mesmo horário, a enfermeira faz orientação na recepção sobre cuidados com os pés (corte de unha, uso de cremes, não lixar, calçados adequados) enquanto isso a profissional de educação física e a fisioterapeuta verificam a planilha de controle dos pacientes que são avaliados nesse grupo. As profissionais utilizam um impresso criado por elas mesmas com base no consenso internacional do pé diabético para avaliação dos pés dos usuários portadores de diabetes.

5.1.2 Concepções dos profissionais sobre a participação do enfermeiro nas ações interprofissionais (Lógicas que orientam as práticas interprofissionais)

A análise dos registros da observação permitiu identificar duas lógicas distintas de orientação das ações interprofissionais, ou seja, lógicas que fundamentam a ação interprofissional: a lógica das necessidades de saúde do usuário e a lógica de agilizar o atendimento ao usuário. Também foram identificadas situações em que ambas as lógicas aparecem combinadas na mesma ação.

Considera-se que a atenção à saúde é orientada pela lógica das necessidades de saúde quando se observa que o profissional investiga e responde a um leque maior de necessidades para além da queixa ou motivo que leva o usuário a procurar o serviço. É também quando o profissional considera as opiniões dos usuários sobre suas condições de saúde.

Por outro lado, as ações interprofissionais quando orientadas pela lógica de agilizar o atendimento ao usuário são caracterizadas pela necessidade que os profissionais têm de racionalizar o tempo empregado no atendimento ao usuário.

A combinação dessas duas lógicas resulta tanto em racionalização do tempo empregado no atendimento ao usuário quanto considera suas necessidades.

Ações orientadas por ambas as lógicas podem ter uma abordagem biomédica, em que o foco central é a doença e toda investigação é feita nessa direção, ou ter uma abordagem integral, quando além de desenvolver ações de recuperação da saúde, o profissional levanta informações e toma condutas em direção à prevenção de agravos e promoção em saúde, na perspectiva da integralidade.

Nas concepções que são possíveis apreender a partir das observações também aparecem elementos da caracterização do trabalho em equipe e

colaboração com base nas categorias analíticas do referencial teórico adotado sobre o trabalho em equipe e prática colaborativa (D'Amour, 2008; Orchard, 2010), interação entre os profissionais, reconhecimento do trabalho do outro, formalização e foco no usuário.

Como já descrito anteriormente, a análise foi feita com base em metodologia qualitativa, mas se optou por apresentar os resultados também segundo a distribuição das lógicas que orientam as ações interprofissionais com a finalidade de facilitar a apresentação. As observações permitiram identificar no conjunto das ações interprofissionais, o predomínio de ações orientadas pela lógica das necessidades (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Distribuição das concepções dos profissionais de saúde quanto à lógica que orientam a ação interprofissional que conta com a participação do enfermeiro

As ações orientadas pela lógica das necessidades de saúde do usuário são aquelas em que o profissional considera a necessidade do usuário para a tomada de decisão, conforme relato abaixo:

A Enfermeira 4 entra em seguida no consultório da médica da equipe 1 para discutir caso que ela está atendendo em consulta. Trata-se do caso de uma mulher de 53 anos com resultado de ultrassonografia de mamas com cisto em mama esquerda, resultado de mamografia anterior (Birads ® zero em mama esquerda). A médica 1 (médica da equipe de estudo) conversa com a enfermeira e acha necessário encaminhar a paciente ao mastologista, encaminha-a e médica registra a conduta em prontuário.

A enfermeira tem sua ação voltada para responder às necessidades do usuário, abreviando o tempo para resolução da condição da usuária. Essa ação melhora a prestação de cuidado ao paciente que se beneficia da combinação de habilidades complementares de médica e da enfermeira. A

partir desse registro da observação é possível identificar que a ação tem foco no usuário e as profissionais demonstram uma relação de confiança mútua.

Os profissionais também realizam ações interprofissionais para atender às demandas dos usuários, realizando intervenções compartilhadas de modo a reduzir o tempo de atendimento. Médica e enfermeira tornam o atendimento ágil quando atendem aos usuários de modo compartilhado, conforme mostra o registro abaixo:

Os atendimentos são seguidos sem intervalo e outra paciente é chamada para ser atendida. A médica inicia a consulta falando que essa paciente não está fazendo acompanhamento adequado, tem faltado muito em consultas e não retorna para reagendar. A enfermeira pergunta se os exames de papanicolaou e mamografia foram realizados há menos de um ano, paciente refere que fez no ambulatório de especialidades e trouxe resultado para a equipe ver foram anotados em prontuário. A enfermeira também pergunta sobre o controle de pressão arterial e uso das medicações enquanto realiza o exame físico. A paciente relata que hoje se esqueceu de tomar a medicação. A Médica fala com a enfermeira que estão faltando só exames de sangue, os demais estão todos em dia, enfermeira solicita exames laboratoriais e orienta agendar retorno em dezembro 2013. Como a paciente tem pele muito clara, a médica pergunta sobre o uso de protetor solar e enfermeira reforça a orientação. Também pergunta se os óculos estão funcionando bem. A usuária fala que vai fazer exame em uma ótica porque já não está enxergando direito, médica e enfermeira perguntam se a paciente quer passar com o oftalmologista, porque ele faz exame de fundo de olho, além de prescrever as lentes. Ela aceita. Também interrogam sobre vacinação que não está em dia e a enfermeira encaminha a usuária para sala de vacina.

Em suas ações interprofissionais, os profissionais de saúde também aliam a lógica de tornar o atendimento ágil com a lógica das necessidades de saúde do usuário:

A Enfermeira 1 estava atendendo uma senhora de 81 anos, portadora de diabetes, dislipidemia, glaucoma e hipertensão. Essa usuária faz acompanhamento com oftalmologista e endocrinologia. A enfermeira relata que a médica oftalmologista orientou que ela procurasse algum local que fizesse um determinado procedimento cirúrgico e a usuária não conseguiu agendar em nenhum local e queria novo encaminhamento para oftalmologista. A médica encaminha novamente para a especialidade de oftalmologia, pois a UBS não tem local de referência para esse procedimento para encaminhar a usuária. A enfermeira também discute com a médica sobre os resultados de exames de sangue e eletrocardiograma (ECG) que estão alterados. A médica verifica os resultados e refere que a alteração do ECG é normal para a idade dela e não oferece risco. A enfermeira pergunta se é necessário introduzir uma medicação para dislipidemia, a médica refere que ela precisa usar sinvastatina, mas a enfermeira relata que a usuária passou mal com essa medicação. Devido à alteração de triglicérides, sugere a prescrição de bezafibrato. A médica concorda e orienta que triglicérides acima de 300 já tem mesmo indicação para bezafibrato, porém orienta a enfermeira que essa paciente tem que manter o uso de sinvastatina por ter uma das frações de colesterol sanguíneo acima de 130 e ser portadora de diabetes.

Por um lado, essa ação tem o caráter de racionalização de serviço à medida que agiliza a atenção à saúde, pois ambas as profissionais compartilham sua percepção sobre as necessidades da usuária. A enfermeira complementa as informações da médica sobre a medicação dizendo que

uma delas havia causado mal-estar à paciente em ocasião anterior. A usuária tem a vantagem de resolver o máximo de problemas em uma única consulta e o serviço oferecer um atendimento para o usuário por um custo menor, pois não é necessário agendar outra consulta, no caso, a consulta médica. Por outro lado, a discussão das dúvidas da enfermeira com a médica da equipe permite que ambas profissionais deem uma resposta mais apropriada às necessidades de saúde da usuária em um único atendimento. A enfermeira também reconhece sua limitação técnica ao discutir a possível conduta com a médica e esta demonstra ter confiança na habilidade técnica da enfermeira ao concordar com a sugestão da introdução de uma medicação para a paciente. Uma reconhece o trabalho e o papel da outra. A enfermeira também tem uma participação na tomada de decisões quanto à terapêutica do paciente.

As ações interprofissionais podem ter uma abordagem predominantemente biomédica ou integral. As observações permitiram identificar a prevalência de ações voltadas para a integralidade, como mostra o registro seguinte:

Outro atendimento foi da Senhora G, que trouxe resultados de exames. A enfermeira avalia o resultado de papanicolaou e médica avalia os resultados de exames laboratoriais. Enquanto médica transcreve os resultados de exames no prontuário, a enfermeira orienta sobre o resultado de papanicolaou, em seguida a médica orienta sobre os resultados de exames laboratoriais. A enfermeira inicia o exame físico e a médica continua conversando com a paciente, pergunta sobre o acompanhamento com reumatologista, paciente fala que está passando com ele, foi pedido exame e não foi feita nenhuma prescrição de medicação para dor, queixa que está com muitas dores nas mãos. A médica fala que os exames de sangue estão ótimos, paciente relata para médica que falou com a enfermeira 1 que tomou bastante suco de abacaxi e berinjela e até emagreceu. A enfermeira 1 orienta sobre a alimentação e fala da importância de comparecer ao grupo de reeducação alimentar para manter o peso.

Embora essa ação tenha a finalidade de tornar o atendimento ágil, as profissionais avançam no sentido da integralidade do cuidado ao realizar ações de prevenção e promoção de saúde, convidando a usuária a participar dos grupos de reeducação alimentar realizados pela nutricionista do NASF.

Em outras situações, as ações interprofissionais seguem uma abordagem biomédica, pois são realizadas com a finalidade de responder a uma queixa clínica do usuário, conforme o registro a seguir:

A enfermeira 2 que já estava na sala aguardando para discutir caso da consulta com a médica. Relata a história de uma usuária com lesões no corpo todo há mais ou menos 1 ano que não melhoram. A enfermeira traz a usuária até o consultório. A médica verifica

as lesões junto com a enfermeira e orienta que nunca vão melhorar por completo, as lesões são causadas por atrito de roupas muito justas ao corpo. Médica orienta o uso de roupas de tecido natural e não muito justas ao corpo.

A enfermeira não hesita em solicitar avaliação médica mesmo nos casos que poderiam ser agendados para consulta médica posteriormente, demonstrando interesse em evitar que a usuária precise retornar para consulta em data posterior. Além da proximidade entre as profissionais, para a usuária é vantajoso, pois a integração das ações da enfermeira e da médica melhora a resolutividade de seu caso. Quando a enfermeira identifica algum agravamento ou queixa clínica do usuário que necessite de avaliação de outro profissional, ela solicita avaliação e o paciente não é dispensado sem resolver sua situação.

Embora, no conjunto das ações interprofissionais predominaram as ações orientadas pela lógica das necessidades, particularmente, nas consultas compartilhadas observou-se o predomínio da lógica de tornar o atendimento ágil com abordagem biomédica, como no registro abaixo:

No GEARA, a enfermeira e a médica dividem a mesma mesa, qualquer dúvida que uma tem, pergunta para outra. Outra paciente atendida pela enfermeira queixa-se de ansiedade, queda de cabelo, usou um mês de antidepressivo, médica escuta a conversa e já solicita exames laboratoriais e enfermeira orienta que ela agende consulta médica com o resultado de exame.

A ação tem a finalidade de atender um grande número de usuários em menor tempo possível. As profissionais demonstram uma relação de confiança nas habilidades e competências uma da outra. A abordagem segue o modelo biomédico, a usuária traz a queixa e a equipe define a conduta de acordo com a queixa. Nesse caso, verifica-se se os sintomas são de ordem fisiológica.

As observações também permitiram identificar a prevalência da abordagem biomédica nas ações interprofissionais orientadas pela lógica de tornar o atendimento ágil, e a prevalência de abordagem integral nas ações interprofissionais orientadas pela lógica das necessidades (Gráfico 3).

Gráfico 3: Distribuição da abordagem integral e biomédica nas concepções dos profissionais quanto a lógica que orienta a ação interprofissional que conta com a participação do enfermeiro

5.2 RESULTADOS DA ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

5.2.1 Concepções dos profissionais de saúde sobre a participação do enfermeiro nas ações interprofissionais (Lógicas que orientam as ações interprofissionais)

Optou-se pela realização de entrevista na modalidade semi-estruturada, apoiada em um roteiro com questões abertas que pautaram o diálogo entrevistado e entrevistador, mas com ênfase na técnica do incidente crítico.

A análise mostrou que a entrevista aplicada não suscitou uma reflexão aprofundada dos entrevistados sobre as questões do estudo, embora a técnica do incidente crítico tenha produzido breves relatos que permitiram identificar as lógicas que fundamentam as ações interprofissionais. Tal como indicaram os resultados das observações, a análise das entrevistas também mostrou que as ações interprofissionais podem seguir a lógica das necessidades de saúde dos usuários, a lógica de tornar o atendimento do usuário ágil e a combinação de ambas.

A análise das entrevistas possibilitou identificar onze relatos de incidentes críticos positivos e quatro relatos de incidentes críticos negativos. E esse fato demonstra a dificuldade dos profissionais de saúde para arguir, no âmbito da técnica, a prática de outro profissional, em especial de outra área.

Os relatos de incidentes críticos positivos apresentam ações orientadas pela lógica das necessidades do usuário, com predomínio de abordagem integral, conforme relato a seguir:

"O marido dela abandonou o lar, mudou para o interior e tem outra mulher, com outra família, no interior, e ela está depressiva. Tinha uma filha que era usuária de drogas e faleceu, por conta de overdose. Ela não tem... os filhos não estão apoiando, os filhos não compreendem a situação que ela está em relação ao marido, porque ela tem filhos de diversos casamentos. Então, o que vi a enfermeira articular foi quando ela chamou a paciente e chamou um familiar do paciente pra estar junto, fez um genograma do paciente, conversou com o agente (ACS) sobre todos os filhos que estão ou não disponíveis para vir à consulta, para vir à avaliação, quem sabe e quem não sabe da situação, dela ter outro marido, do marido ter outra mulher, do marido ter outros filhos, quem são os filhos que não são comuns com esse marido, para estar no genograma para ver quem o agente conhece que estaria disponível. (...) Chamou os ACS, para os ACS identificarem dos filhos que não são desse marido, quem estaria disponível. Foi localizada uma das filhas, a gente já conversou uma vez com o NASF, vamos conversar de novo com a assistente social na semana que vem, pra fazer articulação dessa intervenção".(Médica)

A entrevistada relata que a equipe identificou uma família com rede de apoio familiar frágil e a enfermeira convocou a usuária e alguns de seus familiares e, com a colaboração deles, elaborou o genograma (representação gráfica que mostra o desenho ou mapa da família) para identificar novas oportunidades para fortalecer os vínculos familiares buscando fomentar maiores condições de enfrentamento por parte da usuária e da família frente à sua situação naquele momento. A seguir, a enfermeira discutiu o caso no NASF para dar seguimento ao caso.

Essa ação é orientada pela lógica das necessidades do usuário, com abordagem integral, e apresenta características de uma prática colaborativa centrada no usuário. A equipe planeja ações juntamente com o usuário e seus familiares que são sujeitos ativos no planejamento do cuidado.

Outra situação relatada que mostra a mesma lógica foi apresentada por um ACS sobre um rapaz acamado. A enfermeira identificou necessidade de alimentação parenteral e que a família não tinha condições financeiras de adquiri-la com seus próprios recursos. A enfermeira da equipe, a nutricionista, a fisioterapeuta do NASF e o ACS fizeram esforços para que o usuário recebesse a fórmula para sua alimentação a partir dos recursos da UBS sem que precisasse pagar por ela, respondendo de forma colaborativa a uma parcela expressiva de suas necessidades de saúde.

"Um caso que mais chamou atenção, aqui no que o NASF, foi o caso do rapaz que teve uma paralisia, não mexia nada. (...) A (enfermeira) comunicou o NASF, a nutricionista foi lá, viu todo negócio da dieta dele, o que ele tomava, o fisio (fisioterapeuta) foi lá até mesmo fez, (esqueci) bateu assim pra soltar (tapotagem) (...) todo um trabalho, tentaram muitas e muitas vezes conseguir a dieta, mas isso aí é uma coisa complicadíssima e aí a carta voltava, a paciente ia lá, procurava a nutricionista que fazia carta de novo, fazia um monte de coisas (...) tentaram, eu vi claramente, a enfermeira passou o caso, diversas vezes foram na casa, teve uma vez que foi maior trabalho pra gente, tivemos que pegar ele no colo, colocá-lo na balança para pesar e ela (enfermeira) junto, ajudando e tal..." (ACS1).

Os incidentes críticos relatados pela nutricionista e educadora física apontam que a enfermeira não aguarda a data da reunião mensal com o NASF para buscar resolução para situações prioritárias, os profissionais utilizam os espaços informais para a discussão e definem uma primeira intervenção, conforme o relato:

"(...) semana passada, me procuraram no corredor. Isso é normal, o enfermeiro vem: - 'estou com um caso assim, assim, assim' (...) A gente tem reunião uma vez por mês com cada equipe, então, tem de esperar um mês para um caso que é urgente. Então, acaba meio que passando de corredor e depois lá prá frente a gente rediscute. Eu faço a visita, marco a

consulta, (...), normalmente, eu vejo uma preocupação grande do enfermeiro em compartilhar, pedir ajuda, eu não consigo me lembrar de alguma vez que isto não tenha acontecido." (nutricionista).

"um AVC, alguma coisa assim e é bem legal. Por exemplo, tem algumas enfermeiras que... isso funciona muito bem lá na UBS com a enfermeira 1, acho que elas têm uma participação legal junto com a equipe do NASF e que eu percebo de repente... acho que foi a enfermeira 3, foi a enfermeira 3, acho que foi a enfermeira 3 que chegou lá na sala e falou: 'gente precisava discutir um caso com vocês, um paciente que teve um AVC ontem, será que a gente já não consegue marcar alguma visita? Pensei na fisioterapeuta e na terapeuta ocupacional, porque a gente já consegue orientar a família e tal...' Então, ir atrás, sabe juntar. 'Dá pra vocês me ajudarem?' E as meninas (profissionais do NASF): 'vamos lá, a gente conversa, mas aí leva o caso na próxima reunião, que a gente vê o que mais que dá pra fazer, de repente precisa da fonoaudióloga'. Mas vai tendo mais casos assim, mas isso já vi algumas vezes." (educadora física).

Ainda com orientação pela lógica das necessidades de saúde algumas ações vão em direção ao tratamento clínico, mas de forma ampliada, abarcando, neste caso, a clínica odontológica:

"(...) os acamados que a equipe traz prá gente, problemas de acamados também que a gente tenta resolver, eu acho que são exemplos de cuidado. Eu também tenho um exemplo de um senhor, ele tinha medo de consultório e até a enfermeira 1 me passou o nome dele. Ela sentia que ele fugia. Aí eu fui fazer vd (visita domiciliária) na casa dele, conversei com ele e com a esposa, aí eu o trouxe de brincadeira prá cá e agora ele está se tratando, então assim..." (Cirurgiã dentista)

A articulação da enfermeira junto à cirurgiã-dentista mostra que o sucesso da articulação decorre do movimento de ambas as profissionais, isto é, tem um caráter de mão dupla. A articulação é desencadeada pela ação interprofissional da enfermeira, que demonstra reconhecer a habilidade da cirurgiã-dentista de sensibilizar o usuário para iniciar tratamento odontológico.

As ações interprofissionais que se orientam pela lógica das necessidades de saúde do usuário, com abordagem integral, também podem favorecer o surgimento de redes de apoio. A enfermeira 1 relata uma situação de sua própria experiência em que identificou crianças negligenciadas e discutiu com o NASF, especificamente com a assistente social. Nesse caso, o conselho tutelar foi acionado e a partir daí as crianças receberam a atenção necessária, contando com a colaboração da ACS e também apoiadas por uma moradora da comunidade.

"E crianças que cuidavam de crianças de uns três a quatro anos e a mãe prostituída ou drogada ou as duas coisas saía de manhã e deixava as crianças sozinhas em casa, aí criança com três anos que não tem vacinação parou de vacinar com seis meses... (...) se não tiver a fim de encarar e discutir com assistente social ir atrás de vacinar aquela criança, eu já tive caso que o ACS levou a criança pra vacinar na unidade, porque a mãe autorizou: 'olha eu

não vou levar, mas se você quiser levar você leva'. Aí eu comentei com ele: 'você quer trazer?' Se o ACS quer trazer e se prontifica a trazer eu não vou brigar, não é a função dele, mas já teve a ACS que trouxe, sentou a criança e vacinou até terminar a vacinação, até terminar de imunizar as três crianças. (...) Nesse caso que eu recebi, essas crianças, a gente discutiu, foi chamado o conselho tutelar e, na ocasião, uma vizinha prontificou-se a olhar as crianças (...). Então uma vizinha que se preocupou com a situação doou roupa porque essas crianças que eu estou falando não tinham nem roupa pra vestir. A criança de quatro anos vestia uma roupa de adolescente de 13 então a calça ficava caindo no meio da rua, sabe? Doaram roupa e teve repercussão, pois quando, você começa a mexer, acho que a população também percebe isso, quando tem alguém interessado eles também vão ajudar, acho que entrar no problema da família sozinho ninguém quer. A vizinha mesmo queria que as crianças fossem cuidadas, mas ela não iria se ninguém tivesse pedindo pra ela". (Enfermeira)

Conforme referido anteriormente, as entrevistas apresentaram um número reduzido de relatos de incidentes críticos negativos, que ainda assim permitiram identificar elementos que obstaculizam a prática colaborativa: a falta de comunicação, a falta de confiança entre os profissionais, a inexistência de ferramentas de formalização consensual entre os membros da equipe, a perda de foco no usuário, entre outras.

A falta de comunicação adequada entre os profissionais foi relatada em duas situações por dois profissionais diferentes:

"Às vezes um nenê vem pra gente e discute-se o caso, mas aí, na hora da discussão, por exemplo, o nenê já está com oito meses ou 11 meses. Aí eu brigo e falo: 'gente, tá há nove meses no posto, nasceu faz nove meses e ninguém viu que essa criança tinha um atraso?' Por que não discutiram com o NASF? Na dúvida?" (Terapeuta ocupacional).

A entrevistada relata que no decorrer desses atendimentos algum dos profissionais poderiam ter identificado o desenvolvimento inadequado da criança e discutir com o NASF e não esperar tanto tempo para discutir a condição da criança. Nessa situação, a falta de comunicação entre os profissionais impossibilitou uma intervenção precoce e acentuou o déficit no desenvolvimento da criança, o que compromete a qualidade da atenção à saúde.

Outro relato em que é possível identificar uma comunicação ineficaz entre os profissionais está descrito a seguir:

"Aí não sei se é porque eu sou fisio (fisioterapeuta), acontece muito. Por exemplo, sequela de AVC também acontece, passa, passa, passa, passa e o paciente começa com dor, aí você vai à casa achando que é uma dor: 'Ah porque eu tive AVC faz um ano'. E eu trabalho há três aqui, como? Aí já está com deformidade no braço, por exemplo, nem abre mais, e a reabilitação não pega porque é um caso antigo e não tem muito que fazer". (Fisioterapeuta)

A entrevistada relata que casos de acidente vascular encefálico AVE devem receber intervenções de reabilitação o mais precocemente possível.

Quando a equipe identifica um usuário nessas condições, deve discutir com a eNASF para iniciar ao processo de reabilitação rapidamente. Na situação apresentada como incidente crítico à comunicação não foi adequada entre a eSF e a fisioterapeuta do NASF, o que acarretou a evolução do usuário com deformidade no braço.

O incidente crítico negativo também apontou outros elementos que prejudicam a prática colaborativa, como: a falta de confiança entre os profissionais e a inexistência de ferramentas de formalização consensual entre os membros da equipe. O relato a seguir descreve uma situação:

“São enfermeiras que não funcionam” tão bem com suas equipes, ou que não acham que atendimento de não prioridade não é função delas. Então, cefaleia não é atendimento de prioridade e não está prevista para o programa para enfermeira (não consta nos protocolos de enfermagem da SMS-SP). A gente pensando nas competências delas, na competência delas, achou que era uma consulta da competência dela, tem outras enfermeiras que não acham, então falou cefaleia, é médico, falou dor nas costas, é médico, falou problema pra dormir, é médico. E aí, eu acho que tem uma série de coisas que a enfermeira poderia fazer e não faz, nestes casos, que não é caso da nossa equipe, entendeu? Mas, é muito difícil você ver uma equipe que a enfermeira atende todas as coisas não programáticas, já com o fluxo pré-pensado pela equipe, então, antes da gente pensar em remédio pra dormir, antes de pensar uma série de coisas que o paciente está se queixando de insônia, ela (enfermeira) faz uma consulta de higiene do sono. Se (usuário) está tomando xantina à noite? Está tomando café? Está dormindo às oito horas fora do período normal? Está apagando a luz, fechando a casa? Está tirando as pessoas de uma situação, de uma hiperexcitação para você trazer a família uma situação de sono? Tudo isso sim está sendo feito. Ah então realmente sim, é só com o médico. Mas, a maioria das pessoas que vem aqui, tudo isso não está sendo feito, a enfermeira, poderia orientar (...). Isso tudo é função da enfermeira, está dentro da habilidade da enfermeira, como consulta não programática. E uma parte das enfermeiras acha que não são problemas delas. (Médica)

A entrevistada relata que existem situações em que a enfermeira não assume as responsabilidades que são de sua competência, principalmente em equipes que não discutem seu próprio processo de trabalho e não têm documentos elaborados em consenso, definindo fluxos de atendimento a partir do conhecimento do papel dos profissionais.

As competências da enfermeira na AB incluem a promoção da saúde, a prevenção de agravos e o monitoramento das condições de saúde de usuários em condições crônicas, como hipertensão e diabetes: Incluem, portanto, a prática clínica de acompanhamento dos usuários, que podem comparecer à consulta fora de dia, com demanda espontânea.

A integração e a colaboração entre enfermeiros e médicos podem melhorar os resultados de atenção à saúde dos usuários e do sistema de

saúde. A questão da ampliação da prática clínica do enfermeiro será discutida a seguir no capítulo “Discussão”.

O incidente crítico apresentado a seguir mostra a ausência de foco no usuário, pois se refere a um adolescente fora da escola, com tendência a isolamento social, sem ser identificado, cuidado e diagnóstico em suas necessidades de saúde. A família nunca pediu ajuda a nenhum profissional e, no presente caso, o entrevistado referiu-se especificamente à enfermeira, que não buscou alternativas para diagnosticar e tratar esse adolescente; com repercussão negativa no cuidado do jovem.

“Esse menino aí, esse menino que já estava na época perto de 16, 15 pra 16 anos, não frequentava escola, não saía de casa, não fazia nenhuma atividade social e não tinha diagnóstico, de nada, não tinha benefício, não tinha diagnóstico, não tinha nada. Ele sempre pertenceu a alguma unidade de saúde, só que como a mãe nunca teve queixa, nunca foi atrás, nunca ninguém visualizou o problema dele. Aí eu fui visitar porque ela voltou dessa internação de hérnia e aí conheci o menino (...). Nunca frequentou APAE (...). Ele teve muito... perdeu muito tempo de reabilitação, algum centro que ele poderia estar inserido, ele poderia estar recebendo benefício porque a família é de muito baixa renda. Então, foi perda de tempo” (Enfermeira 1).

Discussão

6 DISCUSSÃO

6.1 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DAS OBSERVAÇÕES

O estudo buscou identificar as ações interprofissionais nas quais o enfermeiro participa e conhecer as concepções dos profissionais de saúde das unidades básicas de saúde (UBS) sobre a participação do enfermeiro nas ações interprofissionais e sobre o trabalho em equipe.

Os resultados permitiram identificar oito tipos de ações interprofissionais nas quais o enfermeiro participa com predomínio dos atendimentos individuais que são ‘discussão de dúvidas’, ‘consultas de enfermagem que se desdobram em consulta compartilhada’ e as ‘consultas compartilhadas’, com médico ou com profissionais do NASF.

Consulta compartilhada entre enfermeiro e médico

A predominância de atendimentos individuais, em especial, a consulta de enfermagem estão relacionados com as mudanças da prática profissional do enfermeiro, ao longo da história, e sua específica inserção no trabalho em saúde no Brasil, em particular, no presente estudo – a atuação do enfermeiro na atenção básica.

A inserção do enfermeiro no trabalho em saúde, no Brasil e em outros países, iniciou-se nos hospitais como responsável pela organização das enfermarias, gerenciamento dos profissionais de nível médio de enfermagem e prescrição dos procedimentos de enfermagem necessários para garantir assistência adequada ao paciente (Lopes, 2001).

Almeida e Rocha (1997) relatam que no início do século XX, no país, houve a implantação de Centros de Saúde impulsionada pelo modelo Médico Sanitário e que esses centros adotaram a educação sanitária como instrumento principal de trabalho visando desenvolver uma consciência sanitária na população. Esse processo requer a presença de profissionais para o desenvolvimento de algumas atividades que eram consideradas de enfermagem.

Assim, os trabalhadores de enfermagem passam a desenvolver atividades também em espaços de atenção à saúde extrahospitais. Por ocasião da reforma administrativa, no Estado de São Paulo, no final dos anos de 1960, foi proposto novo modelo organizador da Saúde Pública por meio de programas de saúde e os enfermeiros inseriram-se em ações gerenciais, de supervisão, controle, treinamento e coordenação dos profissionais de enfermagem. Posteriormente, na década de 1980 e 1990, com a proposta de vincular a atenção médica às ações de saúde coletiva, coube ao enfermeiro à organização e manutenção da infraestrutura do serviço para o atendimento médico (Matumoto et al, 2011).

Contudo, é a partir da implantação do SUS e da proposta da ESF que as atribuições do enfermeiro se ampliam no cenário da atenção básica brasileira (Brasil, 2011; Matumoto et al, 2011; Ribeiro, Pires, Blank 2004)).

O enfermeiro é o profissional que exerce privativamente a direção dos órgãos de enfermagem e integra a estrutura básica de instituições de saúde, pública ou privada, e a chefia de serviço de enfermagem, coordenando a atuação do auxiliar e do técnico de enfermagem (COFEN, 1986). Na atenção básica, cabe ao enfermeiro atender aos indivíduos e famílias cadastradas, realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e, conforme protocolos, solicitar exames complementares, prescrever medicações, além de gerenciar insumos e encaminhar usuários a outros serviços. Cabem a ele também as atividades de educação permanente da equipe de enfermagem, bem como o gerenciamento e a avaliação das atividades da equipe, de maneira particular do agente comunitário de saúde (ACS), que ocupa na ESF papel fundamental para a manutenção do vínculo entre os usuários e a Unidade de Saúde (Brasil, 2012).

A consulta de enfermagem tornou-se um dos meios para a prestação de assistência direta ao usuário e é reconhecida entre os próprios enfermeiros como uma das atividades clínicas de relevância considerável (Matumoto et al, 2011).

Nesse cenário, o presente estudo mostra que a predominância de atendimentos individuais ocorre com expressiva presença da consulta de

enfermagem, principalmente em razão da forma que o serviço é organizado, pois as consultas de enfermagem ocupam um espaço considerável na agenda do enfermeiro, devido ao acordo firmado entre a SMS-SP e a OS conforme apontado anteriormente no capítulo de metodologia. Na unidade estudada, as consultas de enfermagem ocupam aproximadamente 55% da carga horário de trabalho semanal do enfermeiro.

Embora a consulta de enfermagem represente um avanço no trabalho de enfermagem na atenção básica, estudo realizado por Matumoto et al (2011) mostrou que os enfermeiros reconheceram que as referências e normatizações do exercício profissional pelo Conselho Federal de Enfermagem ao mesmo tempo em que orientam a prática clínica também impõem limitações.

O estudo referido acima também aponta limitações técnicas do enfermeiro relacionadas a demandas inespecíficas que surgem na execução da consulta de enfermagem, para as quais o profissional não se percebe com habilidade técnica de manejo. O enfrentamento dessa limitação se dá de modos diferentes entre os enfermeiros, enquanto uns fogem dessas ações outros buscam apoio de outro profissional dotado de competências necessárias para resolução da demanda identificada, construindo uma alternativa para responder às necessidades de saúde da população (Matumoto et al, 2011)

A consulta compartilhada é uma alternativa para superar tais limitações, pois a articulação das ações técnicas dos diferentes profissionais acontece durante o atendimento ao usuário com a finalidade de oferecer a melhor resposta e atenção às necessidades do usuário.

Phillips et al (2002) analisam a prática das *nurses practitioners* nos Estados Unidos da América (EUA), e referem que desde o seu surgimento em meados dos anos 1960 até a atualidade constituíram-se em expressivo componente da força de trabalho em saúde naquele país. Scheffler (2008) também destaca a participação das NP ao analisar o mercado de trabalho médico nos EUA, no qual também inclui o *physician assistant* (PA), referindo que ambos profissionais, NP e PA, desenvolvem 70% a 80% das atividades realizadas também pelos médicos e, estes, realizam entre 10% a

30% de ações que dependem estritamente de competências médicas especializadas, isto é, que somente médicos têm formação e habilidade legal para desempenhar. (Scheffler, 2008 cap 5)

Scheffler (2008) ressalta que embora NP e PA desenvolvam ações que médicos também realizam, ambos profissionais mantêm características próprias e distintas dos médicos. O PA realiza atividades delegadas pelos médicos e sob sua supervisão. Os NP são enfermeiros com especialização ou mestrado em prática clínica de enfermagem avançada, e, do ponto de vista formal e legal, desenvolvem trabalho independente dos médicos, pois representam outro grupo profissional e corporação. O autor referido assinala que as NP desenvolvem dois papéis: o de enfermeiras com foco no cuidado de enfermagem que inclui aconselhamento, educação em saúde, autocuidado, prevenção de agravos com orientações sobre alimentação, atividades físicas e outras, e também realizam ações clínicas que substituem o profissional médico. O profissional médico mantém um conjunto de ações que são especializadas e requerem formação em escolas médicas para sua execução, mas algumas outras ações clínicas são comuns aos NP e PA e, em conjunto, médicos, NP e PA podem estender o alcance das ações de saúde, em especial na atenção básica.

Estudos trazem evidências que a qualidade da atenção à saúde em serviços de atenção básica, proveniente de assistência realizada por médicos e por NP, é equivalente. Estudo clínico randomizado realizado, nos EUA, para comparar os resultados da atenção básica à saúde de paciente seguido por médicos e por NP, mostra que os resultados para os usuários não diferem entre os acompanhados no modelo médico tradicional e os que tiveram seguimento com as NP (Mundinger et al, 2000). Outra publicação que traz resultados de revisão de literatura sobre a atenção básica à saúde no momento de primeiro contato, por médicos e NP, também conclui que os usuários estão igualmente satisfeitos com a assistência de ambos profissionais, e que a qualidade dos resultados do cuidado é equivalente (Horrocks, Anderson, Salisbury, 2002). Phillips et al (2002) também analisam que a integração e a colaboração entre NP e médicos podem

melhorar os resultados de atenção à saúde dos usuários e do sistema de saúde.

Segundo Scheffler (2008), as NP podem realizar ações antes oferecidas apenas por médicos e, em situações que fogem das suas habilidades técnicas, podem solicitar avaliação do médico. O autor destaca que essa parceria reduz custo da atenção à saúde e garante satisfação do usuário, como apontado acima, e que este modelo de sistema de cuidados de saúde integrado, é utilizado por planos de saúde em alguns países inclusive nos EUA, como por exemplo, a companhia de seguros de saúde Kaiser Permanente. NP também estão inseridas no sistema de saúde em outros países como: Reino Unido (Horrocks, Anderson, Salisbury, 2002), Austrália (Tirner, Keyzer, Rudge, 2007) e Canadá.

No Brasil, como apontado anteriormente, a inserção dos enfermeiros nos serviços de atenção básica iniciou com um perfil de atividades predominantemente gerenciais e a partir da implantação do Programa de Saúde da Família, em 1994, posteriormente ESF, que conta com a inserção de um enfermeiro em cada equipe, ampliou-se também na dimensão assistencial, em especial da prática clínica (Cesar-Vaz et al, 2010; Matumoto et al, 2011).

A prática clínica dos enfermeiros na atenção básica tem características próprias ao contexto de sua constituição articulada às práticas de saúde e ao sistema de saúde do país. Contudo, considera-se interessante conhecer e tomar em consideração práticas de enfermagem de outros países, pois embora expressem cenários culturais e sócios econômicos diferentes, guardam relações com a realidade brasileira visto que a constituição da enfermagem como prática profissional ocorre no cenário mundial e se configura com semelhanças e particularidades dos respectivos cenários e compreender semelhanças e diferenças ajuda a conhecer mais profundamente os fenômenos de estudo.

A interação entre enfermeira e médico apontadas nos resultados deste estudo, além de propiciar a consulta compartilhada também permite que os profissionais esclareçam dúvidas técnicas entre si. As enfermeiras opinam de forma aberta e direta em relação aos aspectos da prática clínica,

questionam prescrições e oferecem sugestões aos médicos, o que mostra que reconhecem a competência clínica de ambos, do médico e da enfermeira (Lima, Almeida; 1999). Isso permite ampliar a autonomia técnica da enfermeira que é definida como a liberdade de julgamento e tomada de decisões diante das necessidades de saúde do usuário (Marques, Lima, 2008).

Os resultados permitiram identificar que o enfermeiro é reconhecido por outro profissional no que diz respeito ao seu conhecimento técnico. Em determinada situação a médica solicitou que a enfermeira avaliasse um usuário durante sua consulta sobre possibilidade de reação adversa à vacina, essa solicitação resultou em uma consulta compartilhada que evidenciou uma relação profissional caracterizada pela confiança nas habilidades e competências mútua e tomada de consciência da interdependência entre os profissionais.

Se por um lado os enfermeiros desenvolvem ações compartilhadas capazes de ampliar sua autonomia, por outro lado, a própria profissional limita sua autonomia quando solicita a opinião da médica diante de um caso que ela mesma poderia solucionar, evidenciando que sua autonomia profissional é limitada por ela mesma. Isso foi observado quando a enfermeira solicitou avaliação médica de situação relacionada a fluxo de regulação de vagas de especialidade. Entende-se que isso ocorre por razões históricas de subalternidade da enfermagem à normatividade médica, visto que, por um lado, a constituição da enfermagem como prática se dá no interior dos hospitais no cenário de reforma do sistema hospitalar do século XIX e, por outro lado, ocorre junto à constituição da prática médica moderna que se tornou hegemônica no campo da saúde com marcante influência às demais práticas profissionais não médicas (Marques, Lima, 2008; Santos, Faria 2008; Baggio, Erdmann, 2010).

A consulta compartilhada entre enfermeira e médica também apresentou características que remetem à prática colaborativa centrada no usuário (Orchard, 2010), pois os resultados permitiram identificar ações entre esses profissionais em que o usuário participou do planejamento de

seu cuidado na medida em que sua opinião foi considerada na tomada de decisão.

Consulta compartilhada entre enfermeira e profissionais do NASF

Os resultados também permitiram identificar consulta compartilhada entre enfermeiras e profissionais do NASF. Este configura um dispositivo que foi inserido na atenção básica em 2008 e é composto por diferentes profissionais com o propósito de atuar integrado com as eSF (Brasil, 2008).

Em oposição aos modelos convencionais de prestação de cuidados em saúde com ênfase em ações curativas, especializadas, fragmentadas e individuais, o NASF busca superar esses modelos em direção a co-responsabilização e gestão integrada. Essas ações se desenvolvem por meio de atendimentos compartilhados e projetos terapêuticos considerando o usuário e suas particularidades (Brasil, 2009; Nascimento, Oliveira, 2010).

As ações do NASF junto às equipes se dão por meio de algumas ferramentas como o apoio matricial, projeto terapêutico singular (PTS), o projeto de saúde do território (PST) e a clínica ampliada (Brasil, 2011).

Retomando o que foi apresentado no referencial teórico, o Apoio Matricial tem o objetivo de garantir retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às eSF aumentando as possibilidades de intervenção e de resolução de problemas, com matriciamento e educação permanente (Campos, Domitti, 2007; Cunha, Campos, 2011). O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma estratégia que viabiliza a Clínica Ampliada, em geral é utilizado para situações mais complexas. E, por fim, a Clínica Ampliada busca superar o modelo biomédico que é focado na doença (Brasil, 2007; Campos, Amaral; 2007).

Os resultados da pesquisa permitiram identificar situações em as enfermeiras tiveram oportunidade de desenvolver atividades em conjunto como consulta compartilhada, com o profissional do NASF, com vistas a responder efetivamente as necessidades de usuários específicos e também ter acesso aos conhecimentos do profissional do NASF bem como a oferta de suporte técnico pedagógico para o profissional da equipe de referência.

Essa oportunidade se deu em virtude da relativa flexibilidade da agenda, visto que a agenda da enfermeira é regulada por órgão público, mas foi possível flexibilizá-la de acordo com a necessidade identificada. Isso mostra uma das características sugeridas por D'Amour et al (2008) para classificação de prática colaborativa, o suporte para inovação que constitui atributo do trabalho em equipe que permite respostas novas às necessidades de saúde do usuário.

Conforme descritos nos resultados, as consultas compartilhadas com o NASF são um dispositivo importante para lidar com casos de maior complexidade psicossocial, além do potencial de aumentar a resolutividade na atenção básica aprimorando o encaminhamento externo à UBS (Lacman, Barros, 2011) favorecendo a efetivação do trabalho interprofissional.

Segundo Matuda, Aguiar e Frazão (2013), para a efetivação do trabalho interprofissional conforme a proposta do NASF é necessário elevado grau de colaboração entre os profissionais envolvidos com o atendimento. As ações compartilhadas entre profissionais do NASF e o enfermeiro da eSF são capazes de superar a lógica fragmentada da assistência caminhando em direção à integralidade.

Trabalho em equipe e prática interprofissional

A partir da concepção de atenção integral ao usuário configurou-se a ideia de trabalho em equipe que é compreendido como uma estratégia de reorganizar o trabalho com a finalidade de aumentar a qualidade dos serviços no sentido de reduzir a duplicação de ações, definir prioridades e reduzir custos (Peduzzi, 2009; Pinho, 2006).

Segundo Macedo (2007), devido à complexidade cada vez maior de cuidado, o trabalho em equipe é considerado a melhor forma de abordagem ao usuário, pois favorece a combinação de conhecimentos dos profissionais resultando melhores resultados na atenção à saúde.

Os resultados revelaram elementos da caracterização do trabalho em equipe e colaboração com base nas categorias analíticas do referencial teórico adotado sobre o trabalho em equipe e prática colaborativa

(D'Amour, 2008; Orchard, 2010, Propp et al, 2010, Peduzzi 2001). Foi possível identificar o reconhecimento de interdependência entre os profissionais, o enfermeiro como agente de distribuição e convergência de informações, confiança mútua entre os profissionais, competência ou habilidade de comunicação dos profissionais, disponibilidade em colaborar dos profissionais envolvidos, reconhecimento do trabalho do outro, existência de espaços de discussão.

Em várias consultas compartilhadas entre enfermeira e médica e enfermeira e outros profissionais do NASF, como fisioterapeuta e educador físico, observou-se a presença de reconhecimento da interdependência entre os profissionais, que é necessária para desenvolvimento de uma prática colaborativa (D'Amour, 2005). Segundo Matos, Pires e Campos (2009), para atender às necessidades de saúde de um ser humano é necessária a contribuição de saberes de diferentes profissionais de saúde. A interação entre esses profissionais e a articulação dos diversos saberes permite uma compreensão ampliada do objeto de trabalho em saúde e contribui positivamente para melhor resultado do trabalho em saúde.

Os resultados permitiram identificar ações em que os profissionais demonstraram de modo consciente interdependência de suas ações, criaram oportunidades de realizar atividades em conjunto que favoreceram troca de saberes e permitiu que o usuário tivesse acesso aos conhecimentos e habilidades dos profissionais envolvidos.

Além disso, os resultados também revelaram características de confiança bem como características de equipe integração de acordo com a tipologia proposta por Peduzzi (1998) em que as especificidades de cada profissional foram preservadas durante as ações interprofissionais.

As reuniões de equipe realizadas entre a eSF e eNASF foram apontadas nos resultados como espaços de discussão entre os profissionais que favorece a interação dos mesmos, a troca de saberes e habilidade e a oportunidade de elaboração de um projeto assistencial comum.

A discussão com o NASF, em sua maioria, caminhou no sentido de ampliar o olhar para o caso em questão permitindo compreender outros aspectos sensíveis ou não às intervenções dos profissionais de saúde. A ação

tem características de Clínica ampliada e permitiu que a discussão contemplasse as perspectivas dos diferentes profissionais envolvidos ultrapassando os limites dos aspectos biológicos do usuário.

A colaboração interprofissional além de promover atenção em saúde com vistas à integralidade, permite que os profissionais alcancem maior satisfação no trabalho. Os resultados permitiram identificar os profissionais oferecendo suporte mutuamente e com disponibilidade em colaborar entre si.

A prática colaborativa interprofissional identificada nos resultados mostraram que os profissionais não compartilham apenas dúvidas e conhecimentos, mas responsabilidades principalmente frente às situações complexas que envolvem questões psicossociais, garantindo a segurança do usuário e a coresponsabilidade entre os profissionais (Propp et al, 2010).

Dentre os resultados que remetem ao trabalho em equipe e prática colaborativa, cabe destacar ter sido observado que o enfermeiro atua como agente de disseminação e convergência de informações. Propp et al (2010) apontam a relevância da comunicação no cotidiano das equipes de saúde a expressiva participação do enfermeiro em promover um conjunto de práticas comunicativas que asseguram a qualidade das tomadas de decisões e a individualização da comunicação com o paciente, o que contribui para a construção de confiança entre estes e os profissionais.

A comunicação viabiliza as ações interprofissionais e permeia o cotidiano do trabalho dos profissionais que articulam as intervenções técnicas por meio do diálogo (Peduzzi, 2011; Araujo, Rocha, 2007).

Embora a habilidade de comunicação não seja uma característica exclusiva do enfermeiro nas interações profissionais, Propp et al (2010) destacam o enfermeiro como um profissional com habilidades comunicacionais desenvolvidas em virtude de sua experiência em comunicar-se com os pacientes durante a prestação de cuidados à beira do leito que sempre foi seu objeto de trabalho nuclear.

A literatura ressalta que o enfermeiro é um dos articuladores dos processos de trabalho, pois interage com todos os profissionais da saúde, sendo frequentemente o profissional que capta e transmite as informações

tanto para os usuários que procuram o serviço de saúde como para os demais profissionais (Propp et al 2010; Rossi, Silva, 2005; Willig, Lenardt, 2002).

Propp et al (2010), afirmam que os enfermeiros estão em uma posição capaz de influenciar a prestação de cuidado de saúde ao usuário do serviço, bem como promover as interações com os profissionais de saúde com o propósito de atingir melhores resultados na prática interprofissional do cuidado ao paciente.

As ações interprofissionais na lógica das necessidades de saúde e da busca de agilidade do atendimento

Os resultados também permitiram identificar as duas lógicas distintas que orientaram as ações interprofissionais: lógica das necessidades de saúde do usuário e a lógica de agilizar o atendimento ao usuário, bem como a combinação de ambas.

As ações interprofissionais orientadas pela lógica das necessidades de saúde desdobram-se na atenção centrada no usuário considerando os interesses deste na tomada de decisão. No campo da saúde coletiva há um consistente debate sobre a organização dos serviços segundo as necessidades dos usuários e população do território com vistas à integralidade da saúde (Cecilio, 2001; Mattos, 2004; Mendes, 2011; Campos, Soares, 2013). Esta abordagem também está presente no tema do trabalho em equipe que se legitima com base na proposta de responder de forma mais integrada e colaborativa às necessidades e saúde.

Contudo, como apontado no referencial teórico há uma dupla intencionalidade no próprio trabalho em equipe que se configura num contexto histórico, da segunda metade do século XX, onde se pode reconhecer a tensão entre recompor e integrar o cuidado e ao mesmo tempo responder com maior eficiência à organização e distribuição de serviços de saúde (Peduzzi, 2009; Mendes, 2010, 2011).

Assim, pode-se melhor compreender os resultados do estudo que mostram que as ações interprofissionais, em especial entre a enfermeira e a médica da equipe de saúde da família, podem estar orientadas pela lógica de

agilizar o atendimento e garantir a produtividade pactuada no contrato de gestão entre a SMS-SP e a OS conforme apontado anteriormente.

A literatura aponta que no cotidiano do trabalho das equipes em algumas situações do processo de trabalho as ações limitam-se ao alcance de metas numéricas e procedimentos (Nascimento, Oliveira, 2010) o que pode impulsionar os profissionais a uma atuação que privilegie a agilidade do atendimento e não o foco nas necessidades de saúde.

Os resultados também apontaram a combinação da lógica em tornar o atendimento ágil e, simultaneamente, acolher e responde às necessidades de saúde do usuário. Nessas ações os profissionais buscam por aumento da produtividade e também ter efetividade, no sentido de produzir ações que respondam às demandas trazidas pelos usuários e também às necessidades de saúde que podem apreender na negociação com o usuário a partir da escuta e diálogo.

Os resultados evidenciaram ações, em particular, nas discussões de dúvidas que elucidam a combinação das duas lógicas orientadoras da ação interprofissional, pois, de um lado, os profissionais buscavam pela agilidade e uso racional de agendamento e, de outro, buscavam que os usuários também se beneficiem da assistência o cuidado pelo fato de não ter que retornar ao serviço em outro momento para solucionar sua queixa.

A partir dos resultados também foi possível identificar que tanto as ações orientadas pela lógica das necessidades de saúde como aquelas orientadas pela agilidade do atendimento, podem se caracterizar em modalidades de abordagem: a biomédica e a integral. Na abordagem integral, além de desenvolver ações de recuperação da saúde, o profissional levanta informações e toma condutas em direção à prevenção de agravos e promoção em saúde, na perspectiva da integralidade. Segundo Campos (2003) e Mattos (2004) o atendimento integral associa as ações de prevenção e as práticas assistenciais curativas. Em oposição à integralidade, a abordagem biomédica tem o foco central na doença e toda investigação é feita nessa direção.

Nas ações interprofissionais identificadas houve um predomínio de abordagem biomédica quando orientadas pela lógica de tornar o

atendimento ágil e predomínio de abordagem integral quando orientadas pela lógica das necessidades.

6.2 DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS

6.2.1 Incidentes Críticos Positivos

Os incidentes críticos descritos nas entrevistas, tal como os resultados das observações, permitiram identificar as lógicas que fundamentam as ações interprofissionais: lógica das necessidades de saúde dos usuários e lógica de tornar o atendimento do usuário ágil e a combinação de ambas as lógicas. Independentemente da orientação da ação foi possível identificar que a abordagem pode ter um caráter biomédico ou integral.

De acordo com os resultados foi possível identificar o predomínio as lógicas das necessidades de saúde do usuário com abordagem integral. Conforme descrito anteriormente, a abordagem orientada pela lógica das necessidades de saúde dos usuários é identificada quando o profissional investiga e responde a um leque maior de necessidades ultrapassando a queixa ou motivo que leva o usuário a procurar pelo serviço de saúde.

Paim (2006) relata que as necessidades de saúde não se resumem apenas às necessidades médicas, nem doenças, sofrimentos, mas referem-se também a carências que expressam modos de vida e identidade que envolve condições necessárias para boas condições de vida.

Os serviços quando são organizados com foco nas necessidades da população são capazes de ser mais eficientes em razão de apresentarem maior capacidade de ouvir e atender às necessidades em saúde (Hino et al, 2009).

O foco nas necessidades do usuário é um dos atributos da prática interprofissional colaborativa proposta por D'Amour et al (2008) e que exige dos profissionais disponibilidade em colaborar além de incluir o usuário no planejamento do seu plano de cuidado. Orchard (2010) define a prática colaborativa centrada no usuário como uma parceria entre o usuário e os profissionais de saúde para elaboração de seu plano de cuidado.

Os incidentes críticos positivos apontados nos resultados também mostraram a iniciativa do enfermeiro em envolver os membros da equipe e o usuário na elaboração do plano de cuidado, em especial, nos casos que envolviam vulnerabilidade psicossocial do usuário e família que necessitavam de mobilização de redes de apoio. Entende-se por vulnerabilidade aspectos da vida das pessoas, ou comunidades que os tornam mais susceptíveis a determinados tipos agravos (Ayres et al, 2006).

Os resultados mostraram a potência das ações interprofissionais em mobilizar as redes de apoio sociais na comunidade em direção às famílias de risco promovendo autonomia na comunidade (Göttems, Pires, 2009), fomentando o desenvolvimento de ações efetivas na produção de saúde no território por meio de ações compartilhadas entre os serviços e outros serviços, que é a estratégia do projeto de saúde no território (PST), que é uma das ferramentas do NASF.

Propp et al (2010) recomendam que as enfermeiras envolvam todos os membros da equipe na colaboração além de promover a coesão entre os membros, não mantendo uma postura de superioridade. A partir dos resultados foi possível identificar que a enfermeira realiza ações interprofissionais buscando envolver os profissionais influenciando positivamente a efetivação da prática colaborativa.

Os relatos também apontaram a ampliação dos cenários em que se realizam as ações entre os profissionais da eSF e eNASF, os profissionais recebem apoio matricial em espaços externos à reunião de equipe com o NASF. Os profissionais da equipe de saúde da família tem acesso à equipe de apoio matricial fora dos espaços formais para discutir urgências.

Segundo Cunha e Campos (2011), essa ampliação diz respeito a uma lista de atividade que compreende os atendimentos compartilhados, discussões de projetos terapêuticos, discussões de temas prevalentes, análise de estratégias para lidar com demanda reprimida, até a disponibilidade para contato telefônico para discutir urgências e seguimentos.

Os resultados permitiram identificar que o enfermeiro é o profissional que habitualmente identifica situações prioritárias e recorrem aos profissionais do NASF em busca de dar seguimento aos casos, o que

também aponta em direção a capacidade do enfermeiro em diferenciar o que é ou não importante (Propp et al, 2010).

A literatura nacional sobre processo de trabalho do enfermeiro na atenção básica mostra sua marcante participação em ação de articulação dos processos de trabalho, sobretudo nas ações de supervisão, planejamento e coordenação do cuidado (Colomé, Lima, Davis, 2007; Kawata et al, 2009). Outros estudos analisam a participação do enfermeiro na articulação das ações tanto na atenção básica como na hospitalar e especializada, mostrando sua atuação na organização do trabalho dos agentes da equipe de enfermagem e dos demais profissionais de saúde (Rodrigues, Lima, 2004; Rossi, Lima, 2005; Hausmann, Peduzzi, 2009).

Os incidentes críticos positivos também mostraram que o sucesso da articulação das ações se constitui por meio da relação interdependente e tem caráter de mão dupla (Peduzzi, 1998, 2001), ou seja, não são apenas os enfermeiros que buscam articular e dialogar com os outros profissionais, mas estes também respondem de forma comunicativa. Isso foi identificado tanto na relação entre enfermeiro e médico como na sua relação com outros profissionais do NASF e da saúde Bucal como a cirurgiã-dentista. Em algumas situações a articulação é desencadeada pelo enfermeiro por meio da comunicação e encontra eco no retorno também comunicativo do outro profissional. Contudo, os resultados deste estudo evidenciam que os enfermeiros são importantes elos de comunicação entre os profissionais de saúde (Propp et al, 2010; Rossi, Lima, 2005; Willig, Lenardt, 2002).

6.2.2 Incidentes Críticos Negativos

Chama atenção nos incidentes críticos negativos à dificuldade que os profissionais de saúde apresentam em questionar a prática do outro, seja colega da mesma área ou de área distinta. Isto está relacionado à ausência ou deficiência de comunicação que, por sua vez, fortalece as relações assimétricas de subordinação entre os profissionais. Essas relações referem-se às desigualdades de valoração dos diferentes trabalhos, expressando uma relação entre trabalhos superiores e inferiores. Em situações com menor

desigualdade entre os diferentes trabalhos e respectivos trabalhadores ocorre maior integração da equipe (Peduzzi, 1998, 2001).

Peduzzi (1998, 2001) mostra que existem maiores possibilidades dos profissionais interagirem de maneira livre de coação e submissão à medida que o trabalho em equipe caminha no sentido da integração, por meio do diálogo os profissionais buscam consensos em relação à finalidade e o modo de executar o trabalho. Mas os consensos são alcançados por meio de negociações que incluem desacordos e dificuldades de entendimento entre os envolvidos, do contrário estaria se falando de uma comunicação e construção de consensos idealizada.

Os resultados mostraram que em algumas situações a comunicação entre os profissionais foi ineficaz resultando em atraso nas intervenções necessárias para atender às necessidades de saúde de um usuário em tempo hábil.

A partir dos resultados também foi possível identificar que a ausência de confiança, pouca ou nenhuma interação entre os profissionais e ausência de ferramentas de formalização consensual prejudicaram a prática colaborativa interprofissional.

A interação entre os profissionais permite a construção de um projeto assistencial comum, que é próprio de uma equipe integrada e é um dos atributos da prática colaborativa (D'Amour et al 2008; Peduzzi, 1998).

A equipe que exerce a prática colaborativa tem oportunidade de discutir o processo de trabalho e conhecer as competências e as habilidades de cada um dos integrantes. A partir daí elaboram ferramentas que auxiliam na efetivação da prática colaborativa e também estabelecem relações de confiança na capacidade um do outro em assumir responsabilidades (D'Amour et al, 2008).

Os resultados apontaram um incidente crítico negativo em que o enfermeiro não assume responsabilidades que são de sua competência. Conforme descrito anteriormente, além das ações de promoção e prevenção de saúde, o enfermeiro na atenção básica realiza o monitoramento das condições das condições de saúde de usuários com condições crônicas. Estas representaram o grande desencadeador de consulta compartilhada

entre enfermeira e médico, visto que as consultas de enfermagem com criança e gestante têm maior resolutividade e maior autonomia dos enfermeiros apoiados nos protocolos já reconhecidos como consenso.

Assim sendo, este estudo mostra uma situação diferente em que as enfermeiras poderiam ampliar sua prática clínica também junto aos usuários em condições crônicas, pois a consulta compartilhada mostrou ter resolutividade tanto na lógica das necessidades de saúde dos usuários como na lógica de agilizar atendimento. Contudo, considerando que a formação dos enfermeiros no país, segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais, é feita com perfil de generalista, para que as enfermeiras tenham mais autonomia e resolutividade no seguimento de condições crônicas seria necessário ampliar sua competência clínica por meio de ações de educação permanente nas unidades e cursos de especialização ou mestrado profissional.

Nesse sentido, a participação da enfermeira na ação interprofissional na atenção básica, investigada neste estudo é diferente da experiência de atuação das NP nos demais países, pois estas profissionais tem formação em nível de especialização e mestrado em prática clínica avançada de enfermagem (Phillips et al, 2002; Scheffler, 2008).

As NP trabalhando em colaboração com médicos realizam ações antes realizadas apenas por médicos. Essa ampliação da prática clínica dos NP divide a opinião dos médicos nos EUA, enquanto uns apoiam esse trabalho outros se opõem justificando que essa ampliação é perigosa para a saúde nos Estados Unidos (Phillips et al, 2002).

Scheffler (2008), afirma que ações de menor complexidade compreendem a maioria das atividades de rotina de alguns serviços de saúde e vêm sendo desempenhadas pelos NP e situações de maior complexidade que necessite de conhecimento especializado do profissional médico, o NP poderá solicitar a avaliação médica.

Como apresentado anteriormente, a disponibilidade de médicos e NP em colaborar permite uma parceria que reduz custos do atendimento e garante satisfação do usuário, Phillips et al (2002) afirmam que a maioria dos médicos e NP trabalha bem juntos, inclusive com enfermeiras referindo

maior satisfação no trabalho, pela diminuição da carga de trabalho e aumento da capacidade de oferecer melhor padrão no atendimento.

Conclusão

7.0 CONCLUSÃO

A síntese resultou da triangulação dos resultados da análise das observações e das entrevistas apoiadas em incidentes críticos.

A pesquisa mostrou que os enfermeiros da unidade de AB estudada participam de um leque de ações interprofissionais (consulta compartilhada, consulta de enfermagem que se desdobra em consulta compartilhada, espaço de troca/oportunidades de articular ações, discussão de dúvidas, atendimento compartilhado, encaminhamento pela enfermeira para outros profissionais da UBS, coordenação do cuidado, encaminhamento de outros profissionais para a enfermeira), contudo, predominam as atividades de atenção individual aos usuários, sobretudo, consultas compartilhadas, consulta de enfermagem que se desdobra em consulta compartilhada e discussão de dúvidas. As demais aparecem de forma muito reduzida, chamando atenção à presença discreta de ações de coordenação do cuidado e espaço de troca/oportunidade de articular ações.

Esse resultado pode ser compreendido com base no modelo de organização do trabalho na unidade pesquisada, visto que as enfermeiras ocupam-se na maior parte do seu tempo semanal de trabalho, com consultas de enfermagem. Nestas, as profissionais desenvolvem a prática clínica de enfermagem. Na AB no Brasil, houve ampliação com a implantação do Programa de Saúde da Família e ESF, a partir de meados dos anos 1990.

A pesquisa mostrou que a consulta compartilhada entre a enfermeira e a médica da equipe é uma alternativa encontrada por ambas, de comum acordo, que permite tanto atender a um espectro mais amplo de necessidades de saúde dos usuários, para além do recorte biomédico da doença, como imprimir maior agilidade ao atendimento.

Com isso, os profissionais conjugam a dupla intencionalidade presente tanto na organização do trabalho e racionalização dos serviços, como na proposta do trabalho em equipe, objeto dessa pesquisa. No que se refere às equipes, sabe-se que vivenciam a tensão entre ampliar as possibilidades de recomposição dos trabalhos para atenção integral à saúde e imprimir maior eficiência e menor custos à rede de serviços de saúde.

Por meio da consulta compartilhada, médica e enfermeira buscam por modalidade de atendimento na direção da almejada integralidade da saúde, princípio norteador da AB que serve de horizonte a ser alcançado, com a requerida cobertura populacional do território que se expressa de forma evidente a expectativa de produção dos profissionais por parte das diversas instâncias de gestão.

A presença marcante das ações interprofissionais voltadas ao atendimento individual de usuários em condições crônicas, evidencia que a prática clínica da enfermeira na AB, no Brasil, tem espaço para ampliação a exemplo da experiência das NP nos EUA, Canadá, Reino Unido e Austrália.

A análise das práticas profissionais requer que sejam considerados os respectivos contextos culturais, socioeconômicos e políticos. Assim, no cenário nacional, há de se tomar em consideração que a prática clínica da enfermeira expandiu-se mais recentemente, a partir de meados dos anos 1990, com a implantação da política de saúde que contempla a ESF, e que a escassa literatura sobre o tema mostra que este processo ainda está em curso, com os enfermeiros reconhecendo e apropriando-se crescentemente deste seu papel, mas com algumas limitações.

Entende-se que esses limites podem ser enfrentados com várias alternativas, dentre as quais se destaca a educação permanente dos profissionais, desenvolvida tanto nos próprios serviços em que estão inseridos, como por meio de cursos de especialização e mestrado profissional.

O estudo também mostra que ocorrem ações interprofissionais entre a enfermeira e os profissionais do NASF, em especial a consulta compartilhada e a discussão de caso em reunião de equipe. Estas ações mostram que, em conjunto, os profissionais conseguem dar repostas mais abrangentes às necessidades de saúde dos usuários na perspectiva da integralidade, também aqui colocada como idéia guia e horizonte a ser alcançado na AB.

As ações desenvolvidas em conjunto entre a enfermeira e os profissionais do NASF evidenciam a atuação deste como recurso de matriciamento e de apoio técnico-pedagógico, pois representa tanto a

extensão da abordagem das necessidades de saúde de usuários, como a possibilidade de educação permanente dos envolvidos, que aprendem uns com os outros de forma interativa e compartilhada.

As ações interprofissionais entre enfermeira e médica e enfermeira e demais profissionais do NASF evidenciam características do trabalho em equipe integrado e de prática colaborativa, pois permitem identificar a presença de: reconhecimento de interdependência entre os profissionais e entre as ações que realizam, confiança mútua, disponibilidade de colaboração, reconhecimento do trabalho das demais áreas profissionais e exercício da prática comunicativa. Sobretudo entre a enfermeira e a médica da equipe foi observada intensa articulação e colaboração, com indícios de repercussão positiva na atenção à saúde, em especial por permitir respostas mais ágeis e contextualizadas às necessidades dos usuários.

Dentre os atributos observados na dinâmica do trabalho em equipe, destaca-se a atuação da enfermeira como agente de distribuição e convergência de informações, aspecto reconhecido na literatura e corroborado pelos resultados deste estudo. Considera-se que a ação da enfermeira como agente de distribuição e convergência de informações constitui a “argamassa” que permite estabelecer as conexões entre os diferentes profissionais em muitas das situações do exercício cotidiano do trabalho. As enfermeiras atuam como veículo e meio que serve como desencadeador da ação interprofissional e promove articulação das ações desenvolvidas de forma compartilhada.

As ações interprofissionais podem ser baseadas na lógica das necessidades de saúde dos usuários, na lógica da agilidade do atendimento ou em ambas, simultaneamente. Neste estudo, predominou a lógica das necessidades de saúde orientada pela abordagem integral.

As duas primeiras lógicas, das necessidades de saúde e da agilidade do atendimento, expressam uma tensão permanente dos serviços de saúde que é experimentada cotidianamente pelos profissionais. O estudo mostrou que, na maior parte das vezes, os profissionais de saúde buscam conjugar o reconhecimento das necessidades de saúde dos usuários e a reposta pertinente com as pressões pela agilidade no atendimento. Observou-se,

porém, que em algumas consultas compartilhadas e discussões de caso houve o predomínio da lógica de agilizar o atendimento orientada pela abordagem biomédica.

Por fim, observou-se que nas ações interprofissionais orientadas pela lógica das necessidades de saúde houve o predomínio da abordagem pautada na busca da integralidade da saúde. E nas ações interprofissionais voltadas à lógica de agilizar o atendimento, predominou a abordagem biomédica, com foco na doença e aspectos a ela relacionados.

Entende-se que a ação interprofissional tem potencial para responder às necessidades de saúde dos usuários e da população do território, mas outras pesquisas futuras serão necessárias para ampliar e aprofundar o conhecimento sobre o alcance do trabalho em equipe e das práticas colaborativas, tanto em sua eficiência como em sua efetividade ou qualidade da atenção à saúde prestada pelas equipes. Também será necessário ampliar o estudo realizado com a execução de pesquisa de campo que inclua um número maior de equipes de modo a acumular maiores evidências acerca da participação da enfermeira na ação interprofissional, que nesta pesquisa mostrou ocorrer em especial relacionada à prática clínica compartilhada com médico e profissionais do NASF.

Referências

REFERÊNCIAS

Almeida MCP, Mishima SM, Silva EM, Mello DF. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva – rede básica de saúde; p. 61-112.

Andraus LMS, Munari DB, Faria RM, Souza ACS. Incidentes críticos segundo os familiares de crianças hospitalizadas. R Enferm UERJ 2007; 15(4): 574-9.

Ayres JRCM, Calazans GJ, Saletti Filho, França Júnior. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção de saúde. In: Campos GWSM, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM (organizadores). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: HUCITEC, 2006; p.375-418

Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe; um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. Ciência & Saúde Coletiva 2007;12(2):455-64.

Backes DS, Backes MS, Erdmann AL, Büscher A. o papel do profissional enfermeiro no Sistema Únicos de Saúde;da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. Ciência e Saúde Coletiva. 2012;17(1):223-30.

Baggio MA, Erdmann L. (In)visibilidade do cuidado e da profissão de enfermagem no espaço de relações. Acta Paul Enferm 2010;23(6):745-50.

Barbosa NB, Elias PEM. As organizações sociais como forma de gestão público/privado. Ciência &Saúde Coletiva. 2010 15 (5): 2583-95.

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

Batista NA.Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. Cadeno FNEPAS 2012; (2): 25-8.

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [legislação na internet]. Brasília; 1990 [citado 2012 jun 30]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>

Brasil. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família

(PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). [legislação na internet]. Brasília; 2006 [citado 2012 jun. 30]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica 27, versão preliminar. Brasília, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica 27. Brasília, 2010

Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). [legislação na internet]. Brasília; 2011 [citado 2012 jun. 30]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>.

Brasil. Lei n. 9637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências [legislação na internet]. Brasília; 1998 [citado em 2012 jun. 30]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9637.htm.

Brasil. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF [legislação na internet]. Brasília; 2008. [citado em 2012 jun. 30]. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_04_03_08_re.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada e projeto terapêutico singular. Brasília. 2007.(Série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil. Conselho Nacional de secretários de saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília. 2011 (Coleção para entender a gestão do SUS 2011)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012.

Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Ciênc Saúde Coletiva 2003;8(2):569-84.

Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE,

Onocko R (organizadores). Agir em Saúde. São Paulo: HUCITEC, 1997. p.229-66.

Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para reforma do hospital. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007;12(4):849-59.

Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipes de referência: uma metodologia para o trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2007; 23 (2):399-407.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção do cuidado à saúde. 3ª ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.p. 113-26

Cezar-Vaz MR, Cardoso LS, Bonow CA, Sant'Anna CF, Sena J. O conhecimento clínico do enfermeiro na atenção primária à saúde: aplicação de uma matriz filosófica de análise. *Texto Contexto Enferm* 2010;19(1):17-24.

Colomé ICS, Lima MADS, Davis R. Visão das enfermeiras sobre articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42 (2): 56-61.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN- 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. 2009 [internet]. [citado em 2013 set 30]. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN- 381/2011. Normatiza a execução, pelo Enfermeiro, da coleta de material para colpocitologia oncótica pelo método de Papanicolaou. 2011 [internet]. [citado em 2013 set 30]

Conselho Federal de Enfermagem. Lei nº 7498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e dá outras providências. [internet]. [citado em 2013 set 30]. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html

Coutinho NN. As organizações sociais e o contrato de gestão. *Revista de Direito Público* 2006, 1(2): 25-40.

Cunha GT, Campos GWS. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde Soc* 2011;20(4): 961-70.

D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, Martin-Rodriguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BCM Health Services Res* 2008;8(188):1-14.

D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care* 2005; (Suppl.1):8-20.

Denzin NK, Lincoln YS. (editors) *Handbook of qualitative research* 2 ed. London: Thousand Oak; 2000.

Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica / Pan American Journal of Public Health* 2007; 21(2):64-76.

Faria HX, Araújo MD. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde; produção do cuidado e produção do sujeito. *Saúde Soc São Paulo* 2010;19(2):429-39.

Felli VEA, Peduzzi M. O Trabalho gerencia em enfermagem. In: Kurcgant P, organizadora. *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.p. 1-13

Flanagan JC. A técnica do incidente crítico. *Arq. bras. Psic. apl.* Rio de Janeiro 1973; 25(2):99-141.

Flick U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre. Artmed, 2009.

Fragelli, TBO. *Análise das competências profissionais no Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. [tese]. Brasília: Universidade de Brasília, 2013 [citado em 2013 set. 30]. Disponível em: http://www.crefito10.org.br/cmslite/userfiles/file/TESE_VERSAO_FINAL_THAISFRAGELLI.pdf

Furtado JP, Equipe de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface Comum Saúde Educ.* 2007; 11(22):239-55.

Gadelha CAG. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003;8 (2):521-35.

Göttems LBD, Pires ARGM. Para além da atenção básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com econômico. *Saúde Soc.* 2009; 18(2): 189-98

Hausmann M, Peduzzi M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. *Texto&Contexto Enferm* 2009;18(2):258-65.

Hino P, Ciosak SI, Fonseca RMGS, Egry EY. Necessidades de saúde e atenção básica: validação de instrumentos de captação. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43(esp 2): 1156-67.

Holloway I. Observed method: recognizing the significance of belief, discipline, position and documentation in observational studies. In: Holloway, I. (editor) *Qualitative research on health care*. Berkshire, England: Open University Press; 2005. Cap 5, p. 71-85.

Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ* 2002, 324 (6): 819-23.

Iribary IN. Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho em equipe. *Psicol Reflex Crit.* 2003;6(3):483-90.

Kawata LS, Mishima SM, Chirelli MQ, Pereira MJB. O Trabalho Cotidiano da Enfermeira na Saúde da Família: utilização de ferramentas de gestão. *Texto Contexto enferm*, 2009; 18(2): 313-20.

Lima MADS, Almeida MCP. O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 1999; 20 (nº esp.): 86-101.

Lodi DLP, Tagliari MH, Moretto EFS. Limites e possibilidades no trabalho em equipe no programa saúde da família – psf. *Boletim da Saúde* [periódico na Internet]. 2003 [citado 2012 Ago 12]; 17(2): 67-79. Disponível em: http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/v17n2_11limites.pdf

Lopes, NM. *Recomposição profissional da enfermagem*. Coimbra: Quarteto editora; 2001. A enfermagem enquanto objeto sociológico; p. 23-33.

Macedo PCM. Desafios atuais no trabalho multiprofissional em saúde. *Rev SBPH* 2007;10(2):33-41.

Marques GQ, Lima MADS. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42(1): 41-7.

Martin-Rodriguez LS, Beaulieu MD, D'Amour D, Ferrada-Videla M. The determinants of successful collaboration: A review theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care* 2005; (Suppl.1):132-147.

Marx K. O Capital: crítica da economia política: livro 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2011.

Matos E, Pires DEP, Campos GWS. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas em saúde. Rev. Bras Enferm. 2009; 62(6):863-9.

Matos E, Pires DEP. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. Texto&Contexto Enferm 2009; 18(2):338-46.

Matsumoto S, Fortuna CM, Kawata LS, Mishima SM, Pereira MJB. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. Rev Latino-Am. Enfermagem [Periódico na Internet]. 2011 jan-fev. [citado 2012 Mai 01];19(1):[08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0104-11692011000100017&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Matta GC, Morosini MVG. Atenção à Saúde. In: Pereira IB, Lima JCF (organizadores). Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2ª edi. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2008. p.44-50.

Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad.Saúde Pública 2004;20(5):1411-16.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciência e Saúde Coletiva 2010; 15(5): 2297-2305.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Organização Pan-americana de Saúde. Brasília. 2011.

Mendes-Gonçalves RB. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Cadernos CEFOR, 1992.

Mendes-Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec-ABRASCO; 1994.

Merhy EE. Saúde: A cartografia do trabalho vivo, 3ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2007, cap. 1, p. 19-66.

Mello GA, Fontanella BJB, Dermazo MMP. Atenção Básica e atenção Primária à Saúde – Origens e diferenças conceituais. Rev. APS 2009;12(2):204-13.

Mendonça CS. Saúde da família, agora mais do que nunca! Ciência & Saúde Coletiva 2009; 14 (Supl.1); 493-97.

Minayo MCS. O desafio do Conhecimento. 11ª Ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

Minayo MCS. O desafio do Conhecimento. 12ª Ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

Moaveni A, Nasmith L, Oandasan I. Building best practice in faculty development for interprofessional collaboration in primary care. *Journal of Interprofessional Care* 2008;22(Supl.1):80-2.

Mundinger MO, Kane RL, Lenz ER, Totten AM, Tsai WY, Cleary PD, et al. Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians. *JAMA* 2000; 238(1): 59-68.

Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos núcleos de apoio à saúde da família. *O mundo da Saúde* 2010; 34(1): 92-96.

Nugus P, Greenfield D, Travaglia J, Westbrook J, Braithwaite J. How and where clinicians exercise Power: interprofessional relations in health care. *Soc Sci Med* 2010; 71: 898-909.

Oliveira FRL. A integração das ações no campo da Saúde Mental entre a Estratégia de Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família: desafios para uma prática interdisciplinar.[dissertação]. São Paulo Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2013.

Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos da atenção primária e estratégia saúde da família. *Rev Bras Enferm* [periódico na internet] 2013 set.[citado 2013 nov. 30]; 66 (N.esp.): 158-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>

Orchard CA. Persistent isolationist or collaborator? The nurse's role in interprofessional collaborative practice. *J Nurs Manag.* 2010; 18:248-57.

Paim JS, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro; história, avanços e desafios. *Lancet* 2011; publicado on line [Periódico na Internet]. 2011 mai [citado 2012 Jun 21];11-31. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revista_the_lancet.pdf

Paim JS. Desafios para saúde coletiva no século XXI. Bahia:Edufba, 2006. Atenção à saúde no Brasil; p. 11-48.

Peduzzi M. Equipe Multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública* 2001;35 (1):103-9.

Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In:Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA (organizadores).Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007.p. 161-77.

Peduzzi M. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 2011;21(2):629-46.

Peduzzi M, Schraiber LB. Processo de Trabalho em Saúde. In: Pereira IB, Lima JCF (organizadores). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2ª edi. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2008. p.320-28.

Peduzzi M, Oliveira MAC. Trabalho em equipe multiprofissional. In: *Clínica Médica*. Barueri: Manole; 2009. p. 171-8.

Peduzzi M, Sangaleti CT, Aguiar C, Souza GC, Silva JAM. Trabalho em equipe sob a perspectiva interprofissional. In: Vale EG, Lima JR, Felli VEA. *Programa de atualização em enfermagem (PROENF): Gestão*. Porto Alegre; Artmed/ Panamericana; 2012 p.9-39.

Peterson AA, Carvalho EC. Comunicação terapêutica na enfermagem: dificuldades para cuidar de idosos com câncer. *Rev Bras Enferm* 2011;64(4):692-7

Phillips RL, Doreen CH, Wakefield M, Green LA, Fryer Jr GE. Can nurse practitioners and physicians beat parochialism into plowshares? *Health Affairs*. 2002; (21)5: 133-42

Pinho, MCG. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades e atuação eficaz. *Ciência e Cognição* [periódico na internet] 2006 ago. [citado 2012 jun. 30];8: 68-87. Disponível em: <http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v08/m326103.pdf>

Pires DE, Divisão Social do Trabalho. In: Pereira IB, Lima JCF (organizadores). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2ª edi. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2008. p.125-30.

Propp KM, Apker J, Wendy SZF, Wallace N, Serbenski M, Hofmeister N. Meeting the complex needs of the health care team: identification of nurse-team communication practices perceived to enhance patient outcomes. *Qualitative Health Research* [Periódico na Internet]. 2010 [citado 2012 Mar 14];20(1):15-18. Disponível em: <http://qhr.sagepub.com/content/20/1/15>

Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise no Programa Saúde da Família. *Cad.Saúde Pública* 2004; 20(2):438-46.

Ribeiro LCM, Silva e Souza AC, Barreto RASS, Neves HCC, Barbosa MA. Técnica de incidente crítico e seu uso na enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Enferm* 2012;65(1):162-71.

Rocha SMM, Almeida MCP. O Processo de Trabalho da Enfermagem em Saúde Coletiva e a Interdisciplinaridade. *Rev. Latino-Am. Enfermagem-Ribeirão Preto* 2000;8(6):96-101.

Rodrigues FCP, Lima MADS. A multiplicidade de atividades realizadas pelo enfermeiro em unidades de internação. *Rev Graúcha de enfermagem [internet]* 2004 [citado em 2013 set 30]: 25(3): 314-22. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4525/2455>

Rossi FR, Lima MADS. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. *Rev Esc enferm USP* 2005;39(4):460-8.

Santos MAM, Cutolo LRA. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa Saúde da Família. *Arquivos Catarinenses de Medicina* 2004; 33(3):31-40.

Santos LAC, Faria L. As ocupações supostamente subalternas: o exemplo da enfermagem brasileira. *Saúde Soc* 2008 17(2): 35-44

São Paulo (cidade). Secretaria Municipal do Planejamento, Orçamento e Gestão. Contrato de Gestão Microrregião Cidade Ademar.[internet] São Paulo, 2008 [citado 30 set 2013]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/planejamento/arquivos/OS_sms/CG_05-2008.pdf

São Paulo (cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo). Notas técnicas: população por distrito administrativo. [texto na internet]. São Paulo; 2011 [citado 30 jun 2012]. Disponível em: <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/cgi/tabcgi.exe?secretarias/saude/TABNET/POPIDADE/popidade.def>

São Paulo (cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Diretrizes e parâmetros norteadores das ações dos núcleos de apoio à saúde da família. [internet]. São Paulo; 2009. [citado 30 jun 2012]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/esf/diretrizes_nasf.pdf

São Paulo (cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de epidemiologia e informação CEInfo. Relação dos estabelecimentos / serviços da secretaria municipal de saúde por coordenadoria regional de saúde e supervisão técnica de saúde do município de São Paulo Julho 2013. [internet]. São Paulo; 2013. [citado 30 set 2013]. Disponível em:

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/organizacao/Unid_Munic_Saude_SupervisaoTecnica.pdf

- Scheffler MR. Is there a doctor in the house? Market Signals and Tomorrow's Supply of Doctors. Stanford University Press, 2008
- Schraiber LB, Mota A, Novaes HMD. Tecnologias em Saúde. In: Pereira IB, Lima JCF (organizadores). Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2ª edi. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2008. p.382-92.
- Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB. Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica. 2ª edi. São Paulo; HUCITEC; 2000. Necessidades de Saúde e Atenção Primária; p.29-47.
- Seixas PHA. As organizações sociais de saúde em São Paulo: 1998-2002: uma visão institucional [dissertação]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas; 2003.
- Severo SB, Seminotti N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010;15(Supl.1):1685-98.
- Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no psf: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface Comum Saúde Educ.* 2005;16(9):25-38.
- Simões JFFL, Garrido AFS. Finalidades de estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico de enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2007;16(4):599-608.
- Sousa MF, Hamann EM. Programa saúde da família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciência & Saúde Coletiva* 2009;4(Supl.1):25-35.
- Souza MASL. As novas organizações do trabalho em saúde: os indicadores do processo de desregulamentação. *Textos&Contextos* [internet]. 2010 [citado em 2013 set 30]; 9(2): 334-44. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/7340/5793>
- Souza ML, Sartor VVB, Padilha MICS, Prado ML. O cuidado em enfermagem, uma aproximação teórica. *Texto contexto Enferm* 2005;14(2):266-70.
- Starfield, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.
- Stake R. Case studies. In: Denzin NK, Lincoln YS. (editors) *Handbook of qualitative research* 2 ed. London: Thousand Oak; 2000. Cap 16. p. 435-54.
- Turner C, Keyzer D, Rudge T. Spheres of influence or autonomy? A discourse analysis of the introduction of nurse practitioners in rural and remote Austrália. *Journal Advanced Nurse* 2007 ;59 (1) 38-46.

Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais. 1ª edi.-20 reimp- São Paulo: Atlas, 2011. p. 116-174.

Vieira FS, Sousa MHL. Rede de economia da saúde para gestão do SUS- Rede Ecos. *Análise Econômica* [periódico na internet] 2012 set. [citado 2013 set 30]; (N. esp): 125-41. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/AnaliseEconomica/article/view/25585/21546>

Villa TCS, Mishima SM, Rocha SMM. A enfermagem nos serviços de saúde pública do estado de São Paulo. In: Almeida MCP, Rocha SMM, organizadoras. *O trabalho e enfermagem*. São Paulo: Cortez; 1997. p. 27-61

Villela, WZ, Araújo EC, Ribeiro AS, Cuginotti AP, Hayana ET, Brito FC, et al. Desafios da atenção básica em saúde: a experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2009;25(6):1316-24.

Weirich CF, Munari DB, Mishima SM, Bezerra ALQ. O Trabalho Gerencial do Enfermeiro na Rede Básica de Saúde Texto Contexto Enferm, Florianópolis 2009;18(2):249-57.

Willig MH, Lenardt MH. A prática gerencial do enfermeiro no processo de cuidar. *Cogitare Enferm*. 2002;7(1):23-9.

Yin R K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2005

Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Syst Rev* (online) 2009; Issue 3: 72 (31).

Apêndices

Apêndice 1 - Roteiro de Observação

(anotar em diário de campo)

- Como é a interação entre profissionais do serviço e usuários
- Como é a interação entre os profissionais da UBS (profissionais da UBS e profissionais das equipes)
- Quais as atividades desenvolvidas na UBS e os respectivos profissionais envolvidos.
- Como é o fluxo de atividades de atendimento aos usuários na UBS (usuários agendados e não agendados). Descrever o fluxo de atendimento de usuários que foram observados
- Reuniões entre os profissionais da UBS? Descrever as reuniões, quais os profissionais que participam
- O foco das atividades realizadas na UBS.(Foco nas necessidades de saúde dos usuários X Foco nos profissionais e no serviço)
 - Tomada de decisão (ocorre de forma centralizada ou compartilhada entre diferentes profissionais)
- Predisposição dos profissionais para trabalhar juntos
- Vínculo entre os profissionais
- Conhecimento da competência dos demais profissionais
- Como as equipes definem os casos a serem discutidos no NASF, quais os casos discutidos.

I - Identificação

Nome: _____

Categoria Profissional: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Escolaridade:

Ensino fundamental completo ()

Ensino médio () completo () incompleto

Ensino superior () completo () incompleto

Pós graduação () Sim. () Especialização () Mestrado () Doutorado

Área _____

() Não

Ano de conclusão da educação profissional _____

Tempo de trabalho na instituição: _____

Tempo de trabalho na unidade de estudo: _____

II-Roteiro de Entrevista

Inicialmente gostaria de saber sua percepção sobre o trabalho em equipe aqui na UBS (exemplos e conte alguma situação que ilustre o que você está comentando)

Agora gostaria de saber sua percepção sobre o trabalho do enfermeiro nas ESF e junto ao NASF. Gostaria que você contasse casos ou relatasse situações que lembra que envolvam a equipe de saúde da família e a equipe do NASF e a enfermeira nessas interações

1. Conte sua percepção sobre a inserção dos enfermeiros na ESF e sua participação junto ao NASF
2. Você já observou o enfermeiro fazendo articulação de ações realizadas por diferentes profissionais? Quais articulações e em que contexto a ação ocorria. Dê exemplos. Conte o que aconteceu antes e imediatamente depois da ação.
3. Você lembra alguma situação em que o enfermeiro poderia ter feito articulação das ações realizadas por diferentes profissionais e não fez? Se afirmativo, conte quais articulações poderiam ter sido feitas e em que

contexto a ação ocorria. Dê exemplos. Conte o que aconteceu antes e imediatamente depois da situação em que o enfermeiro poderia ter feito articulação e não fez.

Apêndice 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO para as entrevistas e observação

Eu,

_____, inserido _____ no
serviço/instituição _____

_____, concordo em participar da pesquisa intitulada “Atuação do enfermeiro de atenção básica no âmbito da articulação da prática interprofissional”, que tem o objetivo geral conhecer a contribuição do enfermeiro na articulação das ações interprofissionais das equipes de saúde da família e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Para tanto, os objetivos específicos do estudo são: Identificar as ações interprofissionais nas quais o enfermeiro participa e analisar as concepções dos profissionais de saúde das unidades básicas de saúde (UBS) sobre a participação do enfermeiro nas ações interprofissionais e sobre o trabalho em equipe. Sou convidado a participar de entrevista individual sobre os temas trabalho em equipe, articulação interprofissional em especial enfermeiro junto ao NASF e a ter todas as minhas atividades desenvolvidas em especial junto aos profissionais do NASF observadas. Autorizo a gravação da entrevista e a divulgação das informações fornecidas, também autorizo o registro e a divulgação detalhada das atividades observadas, fluxos e diálogos entre os participantes das atividades, bem como as reuniões de trabalho tanto as reuniões da equipe de saúde da família como as reuniões desta com o NASF.

Fui orientado sobre o caráter científico da investigação, na qual a minha colaboração é estritamente voluntária, sendo-me assegurado retirar este consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem nenhuma penalização ou prejuízo à minha pessoa e à instituição de ensino na qual estou inserido. Também foi assegurado que não haverá identificação pessoal ou institucional e que as informações fornecidas serão confidenciais. Este ‘Termo de consentimento livre e esclarecido’ é assinado em 2 (duas) vias, uma via permanece comigo, pois concordei em participar da pesquisa, e outra com o pesquisador.

_____/_____/_____

Assinatura de consentimento do participante da pesquisa

_____/_____/_____

Assinatura do pesquisador responsável pela investigação

Carla Aguiar

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), Departamento de Orientação Profissional. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419. Cerqueira Cesar. CEP: 05403-000. São Paulo-SP. Telefone: (11) 3061-7551. E-mail: car.aguiar@hotmail.com

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: **Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS**. Rua General Jardim, 36 – 1º andar. Fone: 3397-2464 / Fax: 3397-2465. E-mail: smscep@gmail.com

Apêndice 4 – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

Ao Sr. (a) _____

Responsável do Serviço de Saúde _____

Vimos solicitar sua autorização para coleta de dados para a pesquisa intitulada “Atuação do enfermeiro de atenção básica no âmbito da articulação da prática interprofissional”, que tem o objetivo de Analisar as concepções dos profissionais de saúde das unidades básicas de saúde (UBS) sobre a participação do enfermeiro nas ações interprofissionais junto ao NASF na região de uma Coordenadoria de Saúde do município de São Paulo.

As informações serão coletadas por meio de entrevista semi-estruturada com os sujeitos de pesquisa.

Salientamos o caráter científico do estudo proposto, no qual sua colaboração é estritamente voluntária, sendo-lhe assegurado retirá-la em qualquer fase da pesquisa, sem nenhuma penalização ou prejuízo à sua pessoa ou instituição. Também destacamos que não haverá identificação pessoal ou institucional e que as informações fornecidas serão confidenciais.

Desde já apresentamos nosso compromisso de retorno dos resultados da pesquisa ao serviço sob a forma de relatório.

Carla Aguiar

Pesquisador responsável pela investigação

Assinatura de consentimento do responsável _____

Assinatura do pesquisador responsável pela investigação _____

Anexos

CAAE: 58 /12*

São Paulo, 02 de Janeiro de 2013.

PARECER Nº 001/13 – CEP/SMS

Ilma. Sra.
Marina Peduzzi

Projeto de Pesquisa: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DE ATENÇÃO BÁSICA NO ÂMBITO DA ARTICULAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL.

Pesquisador Responsável: Marina Peduzzi

Instituição: Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo

Sumário Geral do Protocolo

O estudo propõe analisar o trabalho do enfermeiro na atenção básica de saúde, no contexto das relações que se dão no cotidiano da unidade entre trabalhadores das equipes de saúde da família e dos núcleos de apoio à saúde da família, para conhecer como se dá a participação do enfermeiro na promoção de ações interprofissionais. É estudo de natureza qualitativa, que será realizada em equipes de saúde da família de uma determinada UBS na região Sul do município de São Paulo cuja gestão é realizada por uma Organização Social. Os sujeitos de pesquisa convidados a participar serão devidamente esclarecidos sobre o objetivo do estudo e deverão assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Para esse estudo, serão utilizados dois procedimentos complementares para a coleta de informações: observação direta sistematizada de todas as atividades desenvolvidas pela ESF e sua interação com o NASF e entrevista individual semi estruturada utilizando a técnica do incidente crítico. As informações coletadas nas entrevistas e nas observações serão transcritas integralmente e para o tratamento dos dados será utilizada a técnica de análise de conteúdo.

Objetivo Primário: Conhecer a contribuição do enfermeiro na articulação das ações interprofissionais das equipes de saúde da família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Objetivo Secundário:

1. Identificar as ações interprofissionais nas quais o enfermeiro participa
2. Analisar as concepções dos profissionais de saúde das unidades básicas de saúde (UBS) sobre a participação do enfermeiro nas ações interprofissionais e sobre o trabalho em equipe

Considerações

A pesquisa foi devidamente autorizada pela instituição Coparticipante, a Folha de Rosto foi corretamente preenchida.

O currículo do pesquisador responsável está de acordo com a proposta da pesquisa.

Este projeto foi aprovado no CEP da EEUSP, que fez algumas recomendações, a saber:

1. Não foi apresentado orçamento detalhado. Porém, as informações fornecidas pelo pesquisador foram consideradas suficientes por este CEP: reprografia: R\$ 2000,00, a cargo do pesquisador.

2. Cronograma foi adequadamente atualizado pelo pesquisador.

CAAE: 58 /12*

O TCLE após retificações foi considerado adequado pelo relator.

Situação do Protocolo - projeto APROVADO

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).

O sujeito de pesquisa (ou seu representante) e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

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

Ao pesquisador cabe manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP (Res. CNS 196/96 item IX. 2. e).

Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada ao CEP e outra à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Luis Graíndo Costa Bastos
 Vice- Coordenador
 Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

PROJETO DE PESQUISA

Título: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DE ATENÇÃO BÁSICA NO ÂMBITO DA ARTICULAÇÃO DA PRÁTICA INTERPROFISSIONAL

Área Temática:

Pesquisador: Marina Peduzzi

Versão: 1

Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

CAAE: 05531412.0.0000.5392

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 74390

Data da Relatoria: 14/08/2012

Apresentação do Projeto:

Este estudo tem o propósito de compreender a atuação do enfermeiro de atenção básica no âmbito da articulação da prática interprofissional a partir da análise das concepções dos profissionais de saúde das unidades básicas de saúde (UBS) sobre a participação do enfermeiro nas ações interprofissionais junto ao NASF. Estudo de abordagem qualitativa que será realizado em uma unidade básica de saúde do município de São Paulo, por meio de entrevista semi estruturada gravada com os trabalhadores de saúde exceto segmento gerencial. Os dados serão analisados com a técnica de análise de conteúdo temática à luz do referencial conceitual teórico, ESF e NASF no âmbito do SUS, trabalho em saúde, processo de trabalho de enfermagem na perspectiva interprofissional e trabalho em equipe e colaboração interprofissional na promoção de ações interprofissionais.

Para esse estudo, a orientação metodológica indicada é de natureza qualitativa, pois esta é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, relações e estruturas sociais (Minayo, 2008).

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as concepções dos profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde sobre a participação do enfermeiro nas ações interprofissionais junto ao NASF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa tem risco mínimo. A vulnerabilidade dos sujeitos de pesquisa é baixa. Seus resultados vão contribuir para o fortalecimento da atenção básica, promovendo e consolidando a prática interprofissional do trabalho em equipe.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa em pauta será realizado com equipes de uma Unidade Básica de Saúde da região sul do município de São Paulo. O critério de escolha dessa região foi baseado no conhecimento que o pesquisador tem do local, pois há anos, ali realiza sua prática cotidiana como profissional. Na região a gestão das UBS é feita por uma Organização Social. Nesse estudo serão utilizados dois instrumentos para a coleta de informações: observação direta para reconhecimento do campo de estudo, em especial, as atividades em que os enfermeiros e profissionais do NASF estão envolvidos, e entrevista semi-estruturada. A observação direta não participante permitirá que o pesquisador conheça a dinâmica de trabalho das equipes da UBS para definir os profissionais a serem convidados para entrevista, pois se busca reconhecer aqueles que mostram maior interação com os demais profissionais da equipe e do NASF. O pesquisador utilizará um diário de campo para o registro das observações segundo roteiro. Também será utilizada entrevista semi-estruturada que é a estratégia principal de coleta de dados nesse estudo. Será realizada com enfermeiros, médicos, cirurgiões-dentistas, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, auxiliares de saúde bucal, técnico de higiene bucal e profissionais do NASF da UBS estudada com base em roteiro. As entrevistas serão gravadas com consentimento dos sujeitos de pesquisa. Os critérios utilizados para

seleção da UBS de estudo serão: UBS na qual seja reconhecido que o NASF atue há no mínimo um ano, realização de reuniões regulares entre NASF e equipes de saúde da família, e participação regular dos enfermeiros nas reuniões referidas. A metodologia da pesquisa está adequada, bem como a proposta de análise dos dados. Os apêndices estão adequados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não encontrei o orçamento da pesquisa. O cronograma não está claro. Deixar claro que a pesquisa será iniciada apenas após sua aprovação no CEP. O TCLE está adequado.

Recomendações:

- 1- Elaborar o orçamento da pesquisa.
- 2- O cronograma deverá deixar claro os meses e ano em que se desenvolverá a pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

não há pendências éticas, apenas recomendações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP não substitui a autorização da instituição co-participante para o início da pesquisa.

14 de Agosto de 2012

Assinado por:
Celia Maria Sivalli Campos