

COMO UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR (NASF) SE INSERE/APOIA OUTRA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR (ESF)?

Camila Maganha¹
Vera Pasini²

Resumo

Este artigo apresenta o relato de experiência de formação da equipe de NASF num município de pequeno porte do RS. A implementação das ações desta equipe vem permitindo a responsabilização compartilhada entre as equipes da ESF e a equipe do NASF, com a revisão gradativa da prática dos encaminhamentos burocratizados de referência e contra-referência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Saúde da Família, possibilitando o fortalecimento de seus atributos e o papel de coordenação do cuidado no SUS.

Palavras-chave: NASF; EQUIPE DE SAÚDE; PROCESSOS DE TRABALHO; FORMAÇÃO PROFISSIONAL; SAÚDE DA FAMÍLIA.

Abrindo as cortinas!

Apresento neste artigo uma experiência que conta um pouco das minhas escolhas e como foi se desenhando o meu caminho na vida profissional em um município do interior do estado do Rio Grande do Sul (RS). Por se tratar do relato de uma vivência, problematiza, tanto minha inserção no Sistema Único de Saúde, quanto os efeitos desta na produção da profissional de saúde que venho me tornando.

Cursei psicologia por acreditar na minha aptidão para a profissão e iniciei minha carreira na clínica privada. Num determinado momento optei pela realização

¹ Psicóloga, aluna do Curso de Especialização. Artigo entregue como requisito para obtenção do título de especialista em Saúde Mental: Gestão, Atenção, Controle Social e Processos Educacionais da Escola GHC/ IFRS. maganhacamila@gmail.com

² Psicóloga, Dra. em Psicologia pela PUC/RS, Coordenadora do Serviço de Saúde Comunitária do GHC, docente da Escola GHC, orientadora deste Trabalho de Conclusão de Curso de especialização.

de um concurso público que possibilitasse uma nova inserção no mercado de trabalho. Pensando em ampliar as minhas possibilidades, tendo em vista minha maior facilidade para a prática clínica, direcionei meus estudos para a área da psicologia do trabalho. Nunca tinha me interessado em estudar as legislações do Sistema Único de Saúde (SUS, portarias de CAPS, e outros materiais pertinentes ao sistema público de saúde brasileiro, eram matérias não me inspirava nenhum pouco.

Entretanto, fui aprovada em concurso para Psicóloga de um município do interior do RS e, tomei posse no cargo de psicóloga clínica, lotada no CAPS, com a responsabilidade de também responder pelos atendimentos psicológicos junto às equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do interior.

Pouco tempo depois, tive notícia de que eu integrava o "NASF" (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), sendo que, na época, não tinha ideia do que se tratava.

Considerei uma oportunidade incrível atender nos postos de saúde, pois cada local era um desafio, uma comunidade diferente, uma equipe com suas peculiaridades, além de ser uma oportunidade de conhecer a área rural do município. Os encontros com as equipes eram sempre mobilizadores: conversava sobre os casos, um cafezinho entre um atendimento e outro aquecia as relações, sempre falando sobre um usuário, pensando numa estratégia diferente, visitas domiciliares, consulta médica, ajuste de medicação...

Às vezes a equipe dizia: "coitada da psicóloga!" Encaminhavam usuários que a equipe estava esgotada de atender e a pessoa sempre demandando. Depois vinham e falavam: "nossa agora (usuário) é outra pessoa, até mudou o comportamento na recepção". Estes momentos apontavam para a satisfação da equipe com o trabalho que estava sendo realizado.

Estes retornos eram importantes, pois durante minha formação, na graduação, fui preparada para a clínica de psicoterapia individual e privada. Contudo, sempre tive muito forte a vontade de trabalhar em equipe, podendo ter essa experiência em estágios na área hospitalar, onde trabalhava de forma interdisciplinar.

Conforme Almeida Filho, "infelizmente o modelo de educação ainda mantém o mesmo estilo, baseado na prática hospitalocêntrica e especializada, com enfoque privatizante, e mostra-se fracassado para atender às necessidades sociais por saúde. Formando profissionais pouco comprometidos com o SUS e com os aspectos

da gestão da saúde, parca compreensão da necessidade do trabalho em equipe multiprofissional” (ALMEIDA FILHO, 2013, p. 1681).

Nesse sentido, quando iniciei meu trabalho em Nova Petrópolis (NP) me identifiquei muito com as Equipes de Saúde da Família, pois sempre me interessei em trabalhar de forma interdisciplinar e olhando a saúde como um todo, não dicotomizando as questões de saúde mental e física.

Foi quando comecei a estudar sobre o SUS, principalmente sobre a Atenção Primária e serviços substitutivos de Saúde Mental, especialmente o CAPS, os dois locais onde desenvolvia minha prática, que comecei a questionar o meu trabalho e inclusive a minha formação. Passei a perguntar-me: quem eram as pessoas que chegavam ao “*meu consultório no SUS*”?

Ayres questiona o profissional de saúde: “Como nos constituímos cotidianamente no cuidar? E com que sentido para o outro?” O autor responde com propriedade, que deve ser com o sentido de um projeto de felicidade. E problematiza a finalidade da nossa prática, que deve estar fundada no desejante e desejável, para ambos os sujeitos do cuidado, o que está para além de uma produção material (AYRES, 2009, p. 2074).

Dali em diante comecei a entender a responsabilidade do lugar que estava ocupando, como psicóloga do SUS, de equipes de saúde da família e de um CAPS. E ainda mais, integrando a equipe do NASF, que até então só acontecia no papel.

Almeida Filho (2013, p. 1682) coloca que: “...os egressos das escolas médicas brasileiras, em maioria, mostram-se carentes de uma visão crítica da sociedade e da saúde, com atitude pouco humanística e distanciada dos valores de promoção da saúde das pessoas”.

Entendemos que esta consideração deve ser feita não apenas para os “egressos das escolas médicas brasileiras”, mas aos egressos dos cursos de graduação dos profissionais da saúde de um modo geral. Neste sentido, concordamos com o autor, quando refere que:

“Profissionais com tal formação, em geral, mostram-se resistentes às mudanças e tendem a defender o status quo vigente, distanciados do conhecimento crítico em relação a aspectos políticos, sociais e culturais estruturantes do marco teórico da Determinação Social da Saúde. Na prática, os sujeitos formados nesse modelo revelam-se desconhecedores (quando não antagonistas) do SUS, principal política estratégica de Estado para a superação da imensa dívida social da saúde para com a população brasileira carente” (ALMEIDA FILHO, 2013, p. 1682).

A inserção nos equipamentos de Saúde Pública de Nova Petrópolis, um município de pequeno porte da Serra Gaúcha de colonização alemã, que preza pela cultura trazida pelos ancestrais, e mantém padrões e crenças germânicas, tem possibilitado uma aprendizagem que merece ser compartilhada, pois certamente poderá contribuir com o trabalho de outros profissionais que recém se inserem em campos com características similares. Pretendemos descrever neste artigo, como o NASF tem desenvolvido seus processos de trabalho, conforme as diretrizes da atenção básica, preconizadas pelo Ministério da Saúde.

O ano de 2013, para o NASF de Nova Petrópolis, representa o início de uma nova gestão, com características que incentivam a maior participação e autonomia das equipes nos seus processos de trabalho. O período foi marcado pela transformação no modo de entender a atuação do NASF, que até então tinha os integrantes do Núcleo trabalhando de forma isolada estritamente no plano assistencial, sem comprometimento com as diretrizes do SUS na atenção básica (ou com a missão, propriamente dita, do NASF). O objetivo é disponibilizar informações sobre o modo como o NASF esta se (re)organizando nesta atual configuração.

Construindo a personagem: O SUS e a formação profissional

O SUS foi proposto na Constituição Federal de 1988 e é fundado no princípio da universalidade. A saúde é um direito de todos e dever do Estado. O SUS tem ainda como características, a descentralização e a direção única de cada esfera do governo. A atenção básica à saúde no Brasil tem se caracterizado por ações nos três níveis de gestão do SUS. Está organizado através da Atenção Básica pelas Equipes de Saúde da Família, que se constituem em porta de entrada do sistema.

Os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social (BRASIL, 2012). As equipes de Saúde da Família são entendidas como uma estratégia reorganizadora do SUS, que visa estabelecer vínculo com a população adstrita, viabilizando o compromisso e a corresponsabilidade destes profissionais com os usuários daquela comunidade na produção do cuidado em saúde. As equipes de SF são compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e equipe de saúde bucal.

Muito se tem estudado sobre os processos de mudança desde antes da implantação do SUS, são muitos sujeitos, espaços e processos envolvidos. O objetivo aqui não é responsabilizar alguma instância ou ente ou ainda alguma autoridade ou lugar de poder, mas sim, pensar in loco, onde agimos, a partir de quem somos e do que aprendemos, e mais, do que sempre nos permitimos a descobrir que não sabemos.

Como ilustra Henz et al (2013, p. 183) “A incerteza e o não saber são desejáveis e qualificam a atuação profissional, uma vez que possibilitam a construção de um instrumento compartilhado no e a partir do encontro...”

Trabalhar com um conceito ampliado de saúde implica incluir na formação profissional elementos para além do processo saúde-doença: conhecimento cultural, social, epidemiológico e demográfico do território. Convergindo para o trabalho em equipe multiprofissional, na perspectiva de atingirmos um entendimento complexo do que é saúde através dos diversos olhares e saberes profissionais.

Partilhamos a ideia de que, profissionais com formação voltada para o trabalho multiprofissional com conhecimento do funcionamento de equipe, facilitam e ampliam o trabalho no SUS. Possibilitando um cuidado especializado dentro de um trabalho integral, compartilhado, derrubando a fragmentação das especialidades.

Conforme Batista (2013), a educação interprofissional (EIP) é uma estratégia importante e atual para a formação de profissionais capacitados ao trabalho em equipe na saúde. O cuidado integral em saúde requer uma perspectiva interdisciplinar, o que salienta a importância do trabalho em equipe.

“Com tal abrangência, a educação interprofissional assume diferentes enfoques como modificar atitudes e percepções na equipe, melhorar a comunicação entre os profissionais, reforçar a competência colaborativa, contribuir para a satisfação no trabalho, construir relações mais abertas e dialógicas, assim como integrar o especialista na perspectiva da integralidade do cuidado” (BATISTA, 2013, p. 61).

Na área da saúde, o trabalho em equipe interdisciplinar é uma forma especial de atuar e de descobrir novas possibilidades de elaborar o nosso trabalho. É um processo em constante interação com o nosso meio, baseado nas relações profissionais e entre usuários e familiares.

Seguindo a ideia de Ayres, também consideramos as condições de trabalho capazes de produzir saúde, sendo que não é apenas a estrutura física que define

essas condições, mas sim a participação dos profissionais em todo o processo do cuidado em saúde, incluindo a percepção dos profissionais e o estabelecimento de vínculos de confiança (2009 apud HORI, 2013).

Baseado nessa capacidade de fazer vínculos, nessa potencia produtora de saúde necessária para o trabalho que está ligado ao cuidado, que se espera que esteja presente nas equipes de saúde, nos questionamos: como se formam equipes? Essa pergunta, com certeza, é um desafio para os trabalhadores da saúde atualmente.

Chiavenato (2008) nos fala sobre a formação da equipe de trabalho como composto por: um coordenador, um projeto de trabalho, onde todos participam estabelecendo compromisso e responsabilidades bem definidas. O planejamento de trabalho, contendo as diretrizes, objetivos, metas e avaliação são produzidos com a participação de toda a equipe. Ao coordenador fica o papel de implementar as decisões da equipe, tomada de decisões em situações imprevistas, baseadas nos princípios já acordados em equipe e funcionar como um elo de comunicação entre a equipe e a gestão geral e com as demais equipes.

Para a existência de uma equipe é necessário um conjunto de características específicas. Clocke e Goldsmith, apud Chiavenato (2008) descrevem as habilidades necessárias para o trabalho em equipe:

Autogerenciamento. Capacidade para ultrapassar obstáculos por meio da construção de senso de responsabilidade, compromisso e eficiência de cada membro, encorajando a total participação de cada membro.

Comunicação. Estabelecer uma forma de se comunicar aberta e honestamente e ouvir ativamente para obter sinergia.

Liderança. Criar oportunidades para que cada membro sirva como líder, todos devem colaborar, planejar, facilitar, relacionar e servir como coach e mentor, uma equipe é capaz de circular os papéis entre os seus membros.

Responsabilidade. Cada participante é ator com responsabilidade compartilhada com os demais, nesse caso cada membro pode contar com os demais integrantes da equipe.

Diversidade. Quanto mais diversificada a equipe maior a capacidade de resolver novos problemas e apresentar novas soluções, estereótipos e preconceitos devem ser eliminados, maleabilidade para aceitar as opiniões e se permitir afetar pelos demais membros.

Retroação e avaliação. Autocrítica deve ser encorajada e recompensada para que a equipe reconheça seus pontos frágeis e possa corrigi-los adequadamente.

Outro ponto importante de se levar em conta é o grau de poder transferido a uma equipe. A autonomia pode ser concedida pelo órgão competente, compreendendo condições para identificação e comunicação de problemas até a capacidade para implementar as soluções escolhidas. Uma equipe capacitada, também desenvolve os membros para resolução de problemas situacionais (CHIAVENATO, 2008).

Estudos comprovam que o empowerment está diretamente associado ao grau de desempenho das equipes. Por definição, empowerment significa dar autoridade e motivar membros a agir e tomar decisões (Kirkman and Rosen, 2000 apud BEJARANO et al, 2006).

Stephen Covey garante: quem não der mais poder a seus funcionários e não prepará-los melhor vai ter grandes dificuldades para enfrentar a competição global. O novo paradigma deixa de ser o comando e o controle autoritário e passa a ser o *empowerment* das pessoas e das equipes. Isso significa alta confiança nas pessoas para que elas alcancem níveis elevados de criatividade, inovação, qualidade, flexibilidade e velocidade. Confiabilidade é fundamental (apud CHIAVENATTO, 2008, p. 187).

Equipes de alta performance, onde se estabelece o “empowerment”, encontra-se um ambiente de responsabilidade da equipe preparado para reconhecer problemas e para desenvolver soluções, onde se pode notar um comprometimento com os próprios membros da equipe e com os objetivos para alcançar os resultados (BEJARANO et al, 2006).

Entrando em cena: o NASF e a gestão municipal

A Portaria Ministerial nº154, de 2008, instituiu o NASF para ampliar o atendimento e a qualidade dos serviços do SUS. Além dos profissionais que já vêm prestando atendimento nas Equipes de Saúde da Família, a partir de então, e contando com a decisão dos gestores locais, outros profissionais que trabalham com a promoção, prevenção e reabilitação da saúde também estarão ao acesso da população (BRASIL, 2009).

O grande desafio do NASF é formar uma equipe comprometida, que trabalhe de forma compartilhada, em consonância com os princípios da Atenção Básica, ampliando o conceito de saúde-doença, produzindo formas de alcançar a saúde e a satisfação dos trabalhadores e usuários.

A responsabilização compartilhada entre as equipes da ESF e a equipe do NASF na comunidade, prevê a revisão da prática atual do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS.

A portaria nº 154/2008 salienta que os NASF "não se constituem em porta de entrada do sistema e devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as ESF" (Brasil, 2009).

Dessa forma, pode-se dizer que o NASF constitui-se em retaguarda especializada para as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no lócus da própria Atenção Básica. O NASF desenvolve um trabalho compartilhado e colaborativo em pelo menos duas dimensões: clínico assistencial (vai produzir ou incidir sobre a ação clínica direta com os usuários) e técnico-pedagógica (vai produzir ação de apoio educativo com e para as equipes) (BRASIL, 2009).

As ferramentas de trabalho do NASF constituem-se em: **Apoio Matricial**, através do compartilhamento de saberes entre os profissionais das equipes da ESF e NASF, ampliando a resolução dos problemas mais comuns; **Projeto Terapêutico Singular** (PTS), enquanto conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo e resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar e usuário, com apoio matricial, se necessário. Podendo ser estruturado por meio dos momentos de diagnóstico, definição de metas, responsáveis, avaliação; **Projeto de Saúde no Território** (PTT), como uma estratégia das equipes de referência (equipe de SF) e de apoio (NASF) para desenvolver ações na produção da saúde no território, com foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas, de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades; **Clínica Ampliada**, na qual a saúde é tomada como seu objeto, considerando o risco do sujeito em seu contexto, objetivando produzir saúde e ampliar o grau de autonomia das pessoas. Neste sentido, a realização de avaliação diagnóstica não considera somente o saber

clínico, mas também o contexto singular do sujeito na definição da intervenção terapêutica, considerando a complexidade das demandas de saúde (BRASIL, 2009).

Conforme Hori, (2013):

A clínica ampliada parte do princípio de que é imperativo reconhecer que indivíduos isolados, ou mesmo categorias profissionais inteiras são limitadas para dar conta de demandas apresentadas pelos sujeitos que sofrem. Assim, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional é fundamental dentro de uma atuação técnica específica em cada categoria (p. 34).

Trabalhar com a utilização destas ferramentas conceituais tem se constituído um desafio para as equipes envolvidas, pois a lógica de formação dos profissionais de saúde não se deu nesta perspectiva, a pesar de seus fundamentos já estarem presentes no campo acadêmico há mais tempo.

O conceito de apoio matricial originou-se na Teoria Geral da Administração como uma maneira de organização de vários departamentos de uma empresa. Busca a combinação das formas de departamentalização *funcional* e de *projeto* na mesma estrutura organizacional, e a satisfação de duas necessidades prementes da organização em situação de complexidade: a de especialização (por agregar especialistas técnicos) e a de coordenação (por reunir pessoas vinculadas a um mesmo projeto). Apresenta características de colaboração mútua e de interdependência departamental, fundamentais para a correta consecução das atividades (VANUCCHI, 2011, p.18 apud HORI, 2013, p. 34).

Neste sentido, o matriciamento não é um evento, mas sim uma ação determinada no tempo, que deve ser acompanhada longitudinalmente pela ESF, como equipe de referencia. O apoio matricial busca a ampliação do cuidado, já que nenhum especialista, isoladamente, poderá assegurar uma abordagem integral.

Na experiência de Nova Petrópolis, a (re)organização do modo de trabalho do NASF se deu por uma iniciativa da nova gestão municipal, de ter o NASF funcionando como uma equipe de apoio à Atenção Básica com o objetivo de qualificar o atendimento na porta de entrada do sistema de saúde, tendo em vista a preocupação com a qualidade da atenção, a valorização da aproximação dos profissionais na construção dos processos de trabalho, através de práticas mais participativas e democráticas.

O início das atividades foi marcado por reuniões com todos os integrantes do NASF, para falar sobre os processos de trabalhos. Posteriormente negociou-se com a gestão, explicando e clareando os processos de trabalho, que estão baseados em

princípios da clínica compartilhada para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos.

Justificamos para a gestão a importância de cada profissional/profissão integrante do núcleo, salientando a importância do NASF em se caracterizar como uma equipe, não apenas um grupo de profissionais, onde se vê suas práticas/saberes isolados.

Nesse momento iniciou-se então a formação da equipe, com as pessoas comprometidas com um trabalho muito rico. Também consideramos um momento especial para o município, que saiu de um modelo de gestão autoritário e com trabalho alienante para a produção de equipes mais autônomas, participativas e implicadas na produção de saúde.

Nas reuniões iniciais todos os integrantes do núcleo puderam refletir sobre os processos de trabalhos do NASF, estabelecendo uma mudança na forma de atuação de cada profissional, bem como no local. Tendo em vista que deixaríamos de ter um caráter estritamente assistencial para ampliar e incluir ações técnico-pedagógicas de educação nas ESFs.

Esta mudança é bastante importante, como esclarece Baduy (2013):

Modelo tecnoassistencial diz respeito às maneiras pelas quais as ações de saúde estão organizadas e combinadas numa dada sociedade, isto é, diz respeito à organização da produção dos serviços de saúde. Envolve não só os recursos materiais, científicos e instrumentais, mas também, as escolhas feitas para articular e promover os conhecimentos e as estratégias de intervenção. Portanto, dependem das concepções de saúde e doença e de cuidado que dão sustentação a estas escolhas. (p. 25)

Nas reuniões da equipe esclarecemos as ferramentas de trabalho do NASF, já referidas anteriormente, tendo em vista o que é reforçado por Hori:

A proposta de trabalho do NASF deve ser direcionada à co-responsabilização e gestão integrada do cuidado, por meio de atendimento compartilhado e projetos terapêuticos que incluam os usuários e a comunidade como sujeitos singulares. Para que isso ocorra, as diretrizes propõem que o processo de trabalho das equipes NASF favoreça o atendimento compartilhado e interdisciplinar, a troca de saberes e a capacitação" (2003, p. 19).

Após nos apropriarmos sobre a forma de trabalho que o núcleo deve desenvolver nos colocamos a pensar de que forma as ações seriam planejadas.

Então, elaboramos um plano de ação, deixando muito claro qual é a missão do NASF: “Apoio e compartilhamento de responsabilidades contribuindo para o aumento da resolutividade e a efetivação da coordenação integrada no cuidado na APS” (BRASIL, 2009, p 13).

Fomos também definindo os objetivos que queríamos alcançar, tendo como princípio o objetivo fundamental do NASF: apoiar, ampliar e aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/ Saúde da Família.

A partir deste objetivo principal, definimos ainda como foco de nosso trabalho:

- Verificação atual da situação em relação aos objetivos (onde estamos e o que precisa ser feito para alcançar os objetivos): profissionais com agenda fechada, carga horária ocupada com outras atividades, fila de espera, lógica do encaminhamento, trabalho fragmentado, número de atendimento nas unidades;
- Desenvolvimento de premissas quanto às condições futuras (pensando no futuro, analisamos o que poderia ajudar ou prejudicar o progresso em direção aos objetivos): negociação com a gestão da carga horária dos profissionais para trabalhar no NASF, diversidade de profissões, profissionais como apoiadores e não especialistas, formação de equipe;
- Análise das alternativas de ação (quais caminhos possíveis para a tomada de decisão, escolha do melhor caminho): mudança na lógica de encaminhamentos, centrada nas especialidades e medicalizações, para trabalhar com as ferramentas: Clínica Ampliada, PTS, PTT, Matriciamento e atendimento de casos decididos em conjunto com a ESF;
- E por fim, implementação do plano e avaliação dos resultados (como pretendemos percorrê-lo): criar indicadores de resultado na população e dentro da própria equipe (número de encaminhamentos, fila de espera, entre outros) e mudanças nos processos de trabalho;

Nas reuniões discutimos os processos de trabalho, elaboramos planos de ação, organização de agendas e discussão de atividades já realizadas até o presente momento. Estamos sempre reavaliando nosso modelo de reunião e programamos um modelo de reunião onde os papéis podem circular na medida do possível. Os membros podem fazer rodízio como facilitadores, anotadores de ideias, controladores de tempo e observadores de processos para poderem melhorar as próximas reuniões (CHIAVENATO, 2008).

Estabelecemos como uma das formas de registro, um livro que definimos como diário de campo, onde apontamos todas as nossas ações, como forma de organizar nossas atividades e para posterior análise e possível fonte de pesquisa do nosso trabalho.

Desenvolvemos um folder para facilitar a comunicação e o entendimento das ações, pois consideramos que é uma mudança na forma de trabalhar e com ferramentas que ainda são desconhecidas pela maioria dos profissionais. O conteúdo do folder tem caráter explicativo sobre a criação do NASF, proposta de trabalho, processos de trabalho e as ferramentas utilizadas.

No folder está disposto o nosso e-mail e um celular para contato, sendo que deixamos sempre acordado com a equipe uma agenda possível para nosso próximo encontro. Caso ocorra alguma necessidade que não possa esperar até a próxima agenda, pode ser solicitado apoio por telefone ou e-mail para estabelecer uma nova agenda ou construir outra possibilidade.

As ações realizadas até o presente momento pela equipe do NASF /NP têm sido fundamentadas na lógica de matriciamento e apoio dos casos complexos, de regra geral, trazidos pela equipe de referência, no caso a ESF. Em equipes com maior dificuldade de compreensão da lógica de trabalho, ilustramos com casos já conhecidos pelos profissionais do NASF como forma de viabilizar uma discussão de caso e como podemos nos colocar como apoiadores.

O NASF também tem realizado Visitas Domiciliares (VDs) em conjunto com a equipe de SF, auxiliando nos casos eleitos pela ESF como tendo maior necessidade de um atendimento compartilhado. Levamos sempre um roteiro para elaboração de PTS, que visa instrumentalizar a equipe a vislumbrar e posteriormente reavaliar o PTS produzido.

Nosso objetivo em realizar as Visitas Domiciliares nesse momento está em auxiliar a equipe nos casos que mais as desafiam e em certa medida também angustiam, por se sentirem sozinhas. Para tanto temos nos colocado ao lado dessas equipes para o trabalho além de fazer um reconhecimento de cada território.

A agenda de trabalho entre NASF e ESF é feita mediante combinação dos futuros encontros já definidos pela agenda da ESF, periódicos e regulares, com a possibilidade de encontros, em casos imprevistos e urgentes, quando não é recomendado esperar a reunião regular, a equipe de referência entra em contato com NASF, pelo telefone celular ou e-mail.

Fechando as cortinas, construindo novos caminhos

A equipe de NASF é responsável pelo apoio e ampliação do cuidado nas ESF. O NASF se caracteriza como um núcleo de profissionais especialistas que prestam apoio às equipes de referência.

O apoiador matricial é um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, mas que pode agregar recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso. O apoio matricial procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores (CAMPOS, 2007, p. 401).

A constituição da equipe NASF de NP se deu no início pelo estudo e entendimento da proposta. Contudo, com o andamento das atividades foi necessário reforçar o papel de apoiadores, tendo em vista que o núcleo quando inserido na unidade amplia a ESF. O NASF é uma equipe, porém de apoio, então precisa estar inserido naquela equipe apoiada, não se colocando como uma equipe a parte, até para não haver duplicidade de ações e seguir na lógica das fragmentações.

Baduy explicita essa preocupação na fase de implantação do NASF em Londrina no Paraná: "... foi proposto o não uso do termo NASF, mas sim de equipe ampliada da saúde da família, para evitar fortalecer a fragmentação do trabalho em saúde desenvolvido por diferentes equipes que atuavam no mesmo território com os mesmos usuários." (2013, p.80)

Formar equipe com profissionais de diferentes áreas da saúde, onde se tem pouco conhecimento do espectro de trabalho de cada um, sendo necessário o compartilhamento de saberes, quando estamos acostumados ou ensinados a trabalhar com "o meu paciente" é bastante complicado.

Os profissionais que compõem o NASF são frutos de uma formação, que conforme Almeida Filho (2013) tem enfoque na especialização e pouco voltada ao trabalho no SUS, o que reforça em muito o modelo de cuidado baseado na assistência e pouco preparadas para o apoio. Além disso, essa prática se reflete dentro da própria equipe, quando se vê atendendo sozinha de forma

individualizada/fragmentada ou ainda quando os próprios integrantes do núcleo tem dificuldade em entender de que forma podem contribuir com o seu saber.

Merhy (2003, 2002, 1997) tem apontado em várias de suas publicações que sair da lógica do consumo de procedimentos de saúde para a produção de cuidado a partir das necessidades dos usuários, reduzindo a fragmentação e produzindo de modo compartilhado projetos terapêuticos singulares é uma mudança radical. Essa transformação exige dos atores interessados uma capacidade analítica da situação e novas práticas de gestão e de atenção em saúde para produzir novos desenhos de modelos tecnoassistenciais, menos hierárquicos e mais horizontalizados. (apud BADUY, 2013, p.25).

A mudança na lógica de trabalho, saindo do assistencial para incluir o tecnopedagógico no nosso modo de atuação, embaralha os olhos de quem só percebe o trabalho através de procedimentos e os avalia quantitativamente. Muitas vezes enfrentamos crítica de colegas por não estarmos desempenhando o papel assistencial nas equipes de SF. E, mais, temos que estar em constante militância e estudo do nosso papel e objetivos enquanto “apoio” dentro da própria equipe NASF, para não cairmos na tentação de fazer o trabalho assistencial que já estávamos acostumados.

Nos serviços de APS, “ainda se verifica hegemonia do modelo médico assistencial que reproduz a forma mecanicista da prática de atendimentos voltada para a assistência individual. Como exemplo disso, temos o incentivo ao aspecto quantitativo e a produtividade traduzida em números de procedimentos realizados” (CAMPOS, 1992; DIMENSTEIN e CARVALHO, 2003 apud HORI, 2003 p. 15).

Não fomos formados para um trabalho interdisciplinar e de apoio, que requer o NASF, contudo nos sentimos desafiados pelo trabalho e pela satisfação que acreditamos ser possível quando nos doamos com o objetivo de produzir cuidado na saúde como um todo.

Como nos mostra Feuerwerkwe (2012):

Os processos inovadores mais interessantes/arrojados têm investido na produção de relações mais democráticas, de espaços coletivos de encontro e de modos de decisão mais compartilhados. Outros modos de estar no mundo. Claro que essa possibilidade difere totalmente de instituição para instituição. Mas mesmo em instituições duríssimas é possível abrir múltiplos e pequenos espaços geradores de relações cheias de vida, afrontando micropoliticamente as maneiras de fabricar modos de estar no mundo, produzindo novas agendas (p. 43).

O trabalho em equipe é o primeiro passo para romper com a lógica da fragmentação do trabalho. Deixar de pensar somente sob um olhar, aquele que a nossa formação nos preparou, passando para um entendimento mais plural com diversos saberes e construindo um plano de trabalho ou PTS com a participação de toda uma equipe. Para estabelecer os próprios critérios, já se faz necessário uma negociação, onde muitas vezes precisamos deixar de lado algo do nosso saber em prol do que a equipe entende como prioridade.

Peduzzi (2007) diferencia duas modalidades de trabalho em equipe: *equipe integração*, em que os profissionais buscam a articulação das ações e a interação comunicativa, e *equipe agrupamento*, em que ocorre justaposição das ações e o agrupamento de profissionais. A compreensão das diferenças entre essas duas modalidades possibilita aos profissionais avaliar as barreiras ou conflitos existentes na equipe e as formas de resolução dos problemas (apud HORI, p. 41).

Através do plano de trabalho, dos objetivos e da definição do papel e missão do nosso trabalho, estabelecemos um clima de confiança, responsabilidades e iniciativa por parte dos profissionais. É importante ter sempre em mente nossos objetivos e prioridades, pensando que estamos para apoiar as equipes de saúde da família, nos colocamos a pensar como podemos facilitar os processos de trabalho e integrar a rede com aquela ESF em que estamos no momento.

Com o estabelecimento de uma equipe começou-se a alcançar a satisfação dos profissionais que integram o NASF. Contudo, estabelecer uma equipe e um plano de trabalho que estará sujeito a reavaliação em algum tempo, depende da aceitação da imperfeição, das possíveis falhas e das ameaças do nosso trabalho, o que também pode gerar conflito dentro da equipe.

Resolver problemas, negociar colaborativamente, responder a situações difíceis e resolver conflitos internos é parte do trabalho, além de que a equipe deve aprender a fazer um trabalho agradável e colaborativo (CHIAVENATO, 2008).

Sempre é importante a negociação com os gestores, no nosso caso foi fundamental essa articulação para estabelecermos a mudança na lógica de trabalho dos profissionais que tinham agendas de trabalho basicamente com atendimentos individuais, onde o trabalho era fragmentado e baseado na forma de encaminhamentos.

Apesar de termos uma gestão mais aberta e que se propõe a fazer um trabalho compartilhado, isso não significa que estamos livres dos obstáculos

políticos e de comunicação. Pensando nos processos de trabalho do NASF, falamos em apoio matricial para as ESF, mas precisamos salientar que o funcionamento das equipes de saúde da família também depende do compartilhamento do poder e autonomia dos profissionais.

A nova estrutura administrativa estabelecida permitiu um maior entendimento da proposta de trabalho na lógica do apoio e da clínica compartilhada. Com certeza esse entendimento foi um diferencial para a constituição de uma equipe que visa desenvolver seu trabalho de acordo com os princípios da atenção básica através de estudo e responsabilização dos membros do núcleo sustentando essa mudança nos processos de trabalho.

Um dos nossos objetivos futuros e que pode ser alvo de estudos é apoiar as equipes de SF a pensar e reformular criativamente os seus processos de trabalho, assim como aconteceu com o nosso. Com certeza a nossa forma de trabalhar pode influenciar as outras equipes de saúde da família, que muitas vezes carregam o termo “equipe” só no nome.

CAMPOS (1998) salienta que para implementar um novo estilo de gestão se faz necessário alterar a cultura organizacional, nesse sentido, recomenda facilitar o acesso de todos às informações fundamentais e propiciar encontros periódicos do coletivo. Recomenda destinar cerca de 10% do período de trabalho para reuniões de trabalho, estabelecendo que o planejamento e a reflexão são partes do processo de trabalho habitual. Demonstrando que mesmo após a implementação dos planos se faz necessário a manutenção e sustentação do que “considera-se ideal”.

Acreditamos na capacidade de trabalho da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. A cidade de Nova Petrópolis mais uma vez esta buscando um serviço de excelência na saúde do município. O NASF tem podido contar com o apoio da gestão, que está incentivando ações que promovem o acesso com qualidade nos nossos serviços de saúde, desenvolvendo uma gestão pública baseada em ações de monitoramento e avaliação de processos e resultados.

Abstract

This article presents an experience report of NASF team conformation in a small city of RS. The implementation of the actions of this team is allowing the teams shared responsibility between the ESF and the NASF team, with the gradual revision of the bureaucratized practice of reference and reference return, expanding

it to a process of longitudinal monitoring and responsibility of Family Health team, allowing the strengthening of its attributes, and the role of care coordination in the SUS.

Referencias

AGUILAR-DA-SILVA, Rinaldo Henrique; SCAPIN, Luciana Teixeira; BATISTA, Nildo Alves. **Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe**. Avaliação, Campinas; São Paulo, v. 16, n. 1, mar. 2011, p. 167-184.

ALMEIDA FILHO, Naomar Monteiro de. **Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, 18(6):1677-1682, 2013.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009.

BATISTA, Nildo Alves. A Educação interprofissional na formação em saúde. In CAPOZZOLO, Angela Aparecida; CASETTO, Sidnei José; HENZ, Alexandre de Oliveira (Org.). **Clínica Comum: itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. P. 59-68.

BEJARANO, Viviane Carvalho et al. **EQUIPES DE ALTA PERFORMANCE**, 2006. Disponível em http://www.pg.utfpr.edu.br/dirppg/ppgep/ebook/2005/E-book%202006_artigo%2053.pdf. Acessado em 20 set. 2013.

BADUY, Rossana Staevie. **Gestão municipal e produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente movimento**. Tese (doutorado)– Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica n. 27 **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_04_03_08_re.pdf. Acesso em 29 de novembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(4):863-870, out-dez, 1998.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007.
CHIAVENATO, Idalberto. Administração Geral e Pública. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; CAPAZZOLO, Angela Aparecida. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo Trabalho em Saúde. In: CAPOZZOLO, Angela Aparecida; CASETTO, Sidnei José; HENZ, Alexandre de Oliveira (Org.). **Clínica Comum: itinerários de uma formação em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2013. P.35-58.

HENZ, Alexandre de Oliveira et al. Trabalho entreprofissional: acerca do comum e a cerca do específico. In: CAPOZZOLO, Angela Aparecida; CASETTO, Sidnei José;

HENZ, Alexandre de Oliveira (Org.). **Clínica Comum: itinerários de uma formação em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2013. P.163-186.

HORI, Alice Ayako. **Potencialidades, limites e desafios da saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos/SP.** 2013
Dissertação apresentada ao Curso de Pós Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva. São Paulo, 2013.