

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Cooperação interprofissional: percepções de
profissionais da Estratégia Saúde da Família no
município de São Paulo (SP)**

Caroline Guinoza Matuda

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção do
título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Serviços de Saúde
Pública

Orientador: Prof. Dr. Paulo Frazão

São Paulo

2012

**Cooperação interprofissional: percepções de
profissionais da Estratégia Saúde da Família no
município de São Paulo (SP)**

Caroline Guinoza Matuda

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção do
título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Serviços de Saúde
Pública

Orientador: Prof. Dr. Paulo Frazão

São Paulo

2012

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

Aos protagonistas da mudança...

Agradecimentos

A Deus, pelo cuidado sempre presente e pelas diferentes perspectivas de missão.

A minha família, pelo cuidado e paciência nesses anos de mestrado. Pela força nos momentos difíceis, pela companhia e apoio.

Ao Xan, pelo cuidado e paciência.

Ao professor Frazão, pela dedicação e compromisso com as orientações. Por me apresentar a “cooperação interprofissional”, efetivando-a durante todos os processos do mestrado. Pelos questionamentos e ensinamentos para a construção deste trabalho.

Aos professores Nicanor e Cleide, pelas contribuições e orientações recebidas tanto no exame de qualificação, quanto na pré-banca.

A minha equipe NASF, que apesar de “recente”, trouxe oportunidades de trabalho compartilhado na prática. Pelo apoio, paciência e incentivo.

À Prefeitura Municipal de São Paulo e à Coordenação da Atenção Básica por permitirem a realização da pesquisa em suas unidades;

Aos profissionais NASF e ESF, gestores de NASF e das unidades de saúde, instituições parceiras da prefeitura de São Paulo que permitiram a realização da pesquisa e colaboraram com as entrevistas.

À Faculdade de Saúde Pública por proporcionar este período de formação e realização da pesquisa. Aos seus funcionários, especialmente do Departamento de Práticas, pela prontidão e solicitude.

RESUMO

MATUDA, C.G. Cooperação interprofissional: percepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo (SP) [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2012.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é constituído por uma equipe multiprofissional e atua de forma conjunta com as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Ambos configuram-se como um espaço favorável para o estudo da interação entre os profissionais, o grau de cooperação e a produção de cuidado. O objetivo deste trabalho foi identificar elementos facilitadores e barreiras para o trabalho compartilhado, no âmbito da ESF e NASF. Para tanto, foi realizada uma pesquisa qualitativa, que utilizou de entrevistas em profundidade como instrumento de coleta de dados. Participaram do estudo 15 profissionais da ESF/NASF do município de São Paulo. As entrevistas foram transcritas e analisadas segundo a técnica de análise do discurso. Os resultados evidenciaram três categorias: recursos de cooperação; modelo de cooperação interprofissional; e metas, carga horária e rotatividade. A cooperação interprofissional está relacionada aos sentidos e significados que os profissionais dão ao seu papel no trabalho compartilhado, à sua forma de atuação e às diretrizes de trabalho. A utilização dos recursos, a adequação ao modelo de cooperação e a forma como os profissionais lidam com as metas denotam a coexistência de diferentes modelos de produção do cuidado. Observou-se insuficiência de dispositivos organizacionais para apoiar o trabalho compartilhado na ESF. O estudo destaca a necessidade de se ampliar o conhecimento sobre os processos colaborativos na ESF, reconhecendo o seu potencial de contribuição no campo da gestão do trabalho e da reforma dos modelos de atenção.

Descritores: Relações Interprofissionais, Comportamento Cooperativo, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

MATUDA, C.G. Interprofessional collaboration: perceptions of Family Health Strategy's professionals in São Paulo (SP) [Dissertation]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2012.

The Family Health Supporting Center (NASF) consists in multidisciplinary team which has principle to operate together with Family Health Strategy (ESF). Both of them are configured to a favorable space for the study of interaction between professionals, cooperation degrees and care. The aim of this study was to identify enablers and barriers of shared work in ESF/NASF. For this purpose a qualitative study was conducted. In-depth interviews were used for data collection. Fifteen São Paulo NASF/ESF professionals participated. The interviews were analyzed using discourse analysis technique. The results indicate the categories: collaboration resources, interprofessional collaboration model and goals, working hours, turnover. The interprofessional collaboration is related to the meanings that professionals give to their role in shared work, their way of acting and working guidelines. The use of resources, the cooperation model adequacy and how the professionals deal with the goals denote the coexistence of different models of care. There are insufficient organizational devices to support the shared work in the ESF. The study highlights the need to increase knowledge about the collaborative processes in the ESF, recognizing its potential contribution in the field of labor management and reform of health care models.

Keywords: Interprofessional Relations; Cooperative Behavior; Primary Health Care.

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO.....	1
1. INTRODUÇÃO	2
1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	2
1.2 NASF – NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA.....	6
1.3 COOPERAÇÃO INTERPROFISSIONAL	12
2. OBJETIVOS	25
2.1 OBJETIVO GERAL.....	25
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
3. MÉTODOS	26
3.1 TIPO DE ESTUDO	26
3.2 CONTEXTO DA PESQUISA.....	27
3.3 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	30
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	35
3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	36
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	39
3.7 ANÁLISE DOS DADOS	40
4. RESULTADOS	44
Recursos de cooperação interprofissional.....	47
Modelo de cooperação interprofissional	53
Metas, carga horária e rotatividade	70
5. DISCUSSÃO	75
6. CONCLUSÕES	120
7. RECOMENDAÇÕES PARA OS SERVIÇOS E PESQUISAS FUTURAS .	122
REFERÊNCIAS.....	126
ANEXOS	133
APÊNDICES	140
CURRÍCULOS	143

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Figura 1 - Distribuição das equipes de NASF por região/ Coordenadoria Regional de Saúde, em número absoluto. 29

Figura 2 - Diagrama – síntese das etapas aplicadas na seleção dos entrevistados. 34

Quadro 1 - Número de equipes NASF por região, por UBS e Equipes ESF 29

Quadro 2 – Número de profissionais por categoria e por região, no mês de setembro no Município de São Paulo. Fonte: São Paulo/Sigma, 2010. 31

Quadro 3 - Valores médios do indicador de consulta compartilhada, por categoria profissional. Em ordem crescente..... 32

Quadro 4 - Características dos agentes sociais entrevistados. 45

SIGLAS UTILIZADAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AS	Assistente Social
AD	Análise de Discurso
APS	Atenção Primária à Saúde
CAB	Cadernos de Atenção Básica
CC	Consulta Compartilhada
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FI	Fisioterapeuta
FO	Fonoaudiólogo
IECPC	Interdisciplinary Education for Collaborative Patient-Centred Practice
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NHS	National Health System
OMS	Organização Mundial de Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PAS	Plano de Assistência à Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular

QUALIS	Qualidade Integral em Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SF	Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
STS	Supervisão Técnica de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

APRESENTAÇÃO

A temática central desta pesquisa é a cooperação interprofissional, analisada a partir da perspectiva dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

A cooperação interprofissional está presente nas práticas cotidianas nos serviços de saúde. Refere-se a um conjunto de relações entre os profissionais que trabalham juntos, no âmbito das equipes de saúde. Contrapõem-se às relações tradicionais hierarquizadas, procurando incorporar outras mais horizontais, entre seus integrantes.

NASF e ESF se constituem como espaço de cooperação interprofissional por terem em seus princípios e diretrizes operacionais, o trabalho compartilhado.

Quanto à organização, esta dissertação está estruturada em sete capítulos, sendo que o primeiro refere-se à Introdução, com apresentação de revisão de literatura sobre Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Cooperação Interprofissional.

Em seguida, os objetivos da pesquisa foram descritos. Na sequência, são detalhados os métodos da pesquisa: tipo de pesquisa, contexto da pesquisa, seleção dos participantes, instrumento de coleta de dados, procedimentos de coleta de dados, aspectos éticos e análise dos dados.

O capítulo relativo aos Resultados está sistematizado nos seguintes tópicos: recursos de cooperação, modelo de cooperação interprofissional e metas, carga horária e rotatividade. Seguida da discussão, são apontadas as conclusões. Um capítulo destinado a recomendações para os serviços e pesquisas futuras foi incluído, considerando as contribuições para o desenvolvimento de estratégias de cooperação.

1. INTRODUÇÃO

1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A atenção primária à saúde (APS) é considerada como um conjunto integrado de ações básicas, articulado a um sistema de promoção, prevenção e assistência à saúde. Fundada em tecnologias apropriadas e custo-efetivas, é o primeiro componente de um processo permanente de atenção, cujo acesso deveria ser garantido a todas as pessoas (ALEIXO, 2002; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008; STARFIELD, 2002).

Seus princípios partem de questionamentos sobre as ações verticais de controle às endemias e o modelo médico-hegemônico, especializado/fragmentado e intervencionista; que não respondiam às principais necessidades de saúde das populações (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008). Neste contexto, era preciso avançar no desenvolvimento de concepções e programas mais abrangentes de atenção à saúde.

Em 1978, a partir deste movimento, a Organização Mundial de Saúde (OMS) realiza a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, na cidade de Alma-Ata - Cazaquistão, antiga União Soviética. Desta conferência, culmina a Declaração de Alma-Ata que estabelece a APS como integrante do desenvolvimento social e econômico dos países (OMS, 1978; STARFIELD, 2002).

A saúde como um direito humano fundamental e a responsabilidade dos Estados nacionais, das sociedades e das pessoas para alcançar essa relevante meta social, foi reafirmada pelos delegados e representantes de

países e entidades presentes. Entre outros aspectos, destacaram a importância da relação entre saúde e desenvolvimento, enfatizando a necessidade de estabelecer a atenção primária, como parte de um sistema nacional de saúde, integrado em seus vários níveis de atenção e em coordenação com outros setores (RIVERO, 2003).

A APS, como reorientadora dos sistemas de saúde - de um modelo biomédico centrado no hospital para outro voltado à promoção da saúde baseado em uma rede de unidades ambulatoriais - requer algumas mudanças para sua efetivação: (1) ampliação do conceito de saúde-doença; (2) o enfoque da atenção passa a agregar a promoção da saúde e não apenas a cura; (3) atenção à saúde mais abrangente e continuada; (4) a organização do sistema, através de equipes de diferentes profissionais (VUORI, 1984).

Passados mais de 30 anos da Declaração de Alma-Ata, o Relatório Mundial de Saúde divulgado em 2008, reacende a importância da APS enquanto estratégia para impulsionar as reformas dos sistemas de saúde nos diferentes países do mundo. Ao mesmo tempo em que se denuncia a ênfase em cuidados especializados, a fragmentação e a comercialização da assistência como tendências que comprometem a resposta dos sistemas de saúde, é apresentado no documento uma defesa explícita dos sistemas universalizados. Além disso, são identificados eixos em torno dos quais é possível tornar a APS mais efetiva, eficiente e equitativa, e reafirmada a necessidade de considerar a saúde em todas as políticas sociais e econômicas (OMS, 2008).

No Brasil, as discussões para a adesão às propostas da APS tiveram início na década de 1970, acompanhando o movimento internacional. A Reforma Sanitária, o movimento que envolvia academia, profissionais de saúde e sociedade civil no período de redemocratização do país, culmina com a promulgação da Constituição de 1988 e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Em 1993, o Programa Saúde da Família (PSF) surge como um programa especial e um modelo alternativo de assistência, com o propósito de colaborar na organização do SUS e na municipalização da saúde (BORGES e BAPTISTA, 2010). Apesar das experiências de APS construídas em vários momentos do curso da política de saúde no país, seja com a implantação dos programas de extensão de cobertura e dos programas de integração docente-assistencial, seja com o desenvolvimento de inovações no âmbito local que tensionavam as características predominantes do modelo de atenção e a própria organização dos serviços de saúde; é com o PSF que a atenção básica começa a ser inserida na agenda de prioridades do governo brasileiro buscando a reestruturação do modelo de atenção à saúde. De uma fase inicial, onde se propunha priorizar apenas as áreas de maior risco social, o programa se expandiu para afirmar-se como uma estratégia articulada aos princípios da reforma e comprometido com a garantia da universalidade e integralidade da atenção (BORGES e BAPTISTA, 2010).

A saúde da família, enquanto uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, segue os princípios e as diretrizes da APS em sua versão mais abrangente (CUETO, 2004), propondo mudanças nas práticas de atenção à saúde a partir da perspectiva da vigilância da saúde. O processo de trabalho deve ser conduzido por equipes de saúde compostas por diferentes profissionais, refletindo a ampliação da concepção do processo saúde-doença, por meio da oferta de tecnologias específicas de APS e da organização das ações a partir das necessidades do território. Outros conceitos importantes nessa estratégia são: definição de um território de abrangência, adscrição da clientela, cadastramento e acompanhamento dos moradores da área (STARFIELD e SHI, 2002; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Para ser financiada com recursos federais específicos, a equipe de saúde da família deverá ser composta por um médico generalista, um

enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, cinco a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Cada equipe de saúde da família deverá ser responsável pelo acompanhamento de certo número de famílias de seu território de abrangência (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Os profissionais, nesta nova perspectiva, deverão reorganizar suas práticas de modo que o diagnóstico de saúde da comunidade, componente do processo de planejamento e programação local de suas ações, seja realizado a partir de uma abordagem interdisciplinar levando em consideração os determinantes sociais da saúde-doença, a integralidade da atenção, a resolubilidade e a intersetorialidade, entre outros (BRASIL, 1997).

A ESF propõe mudanças no desenho organizacional do modelo de atenção ao colocar a equipe de saúde da família como responsável pela atenção à saúde da população de determinado território e não apenas em um único profissional. Além disso, amplia a atuação da equipe para um enfoque mais comunitário, na figura do ACS (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Passados mais de quinze anos do início da implantação da ESF, diversos autores têm analisado aspectos referentes à organização e estrutura do modelo brasileiro de APS.

Embora todos considerem que a implementação da ESF se configura como um importante desafio da gestão são apontados, sob diferentes pontos de vista pelos especialistas, vários obstáculos relacionados à necessidade de estabelecer um processo de compartilhamento de responsabilidades e ampliar conceitos, conhecimentos e tecnologias que ainda não são de pleno domínio pelos profissionais e gestores. A oferta de profissionais preparados para a atuação neste modelo de APS é baixa e a formação dos profissionais de saúde ainda é marcada pelo modelo convencional de atenção à saúde, baseado nas especialidades médicas e num sistema de saúde fragmentado

com pequeno grau de coordenação e planejamento da assistência (MENDES, 2002; CAMPOS, 2007).

Apesar de existirem diretrizes para a reorganização dos serviços, ainda permanecem desafios a serem superados, pois este arranjo altera as relações de poder entre profissionais, usuários e gestores. Uma cultura médico-centrada permanece orientando a organização do processo de trabalho das equipes que tendem a operar sob a lógica da produção de procedimentos. Uma mudança efetiva do modelo assistencial requer o desenvolvimento de ações que reorganizem as práticas das equipes em seus processos decisórios no cotidiano de trabalho. Para isso, reconhece-se a necessidade de articulação do conhecimento nas equipes de saúde (não apenas o médico), para o aprendizado das dinâmicas relacionais, da interação com o outro (usuário ou integrante da equipe). Consideram necessário avançar no domínio do uso das tecnologias leves, principalmente as de comunicação e interação, pelos profissionais de saúde. Além disso, é mencionada a importância do desenvolvimento de novos conhecimentos técnicos, novas configurações tecnológicas do trabalho em saúde, outra micropolítica para este trabalho e nova ética que conduza o trabalho (FRANCO e MERHY, 2007).

1.2 NASF – NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Em 2008, com o objetivo de apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família (ESF) na rede de serviços de saúde e ampliar o escopo de suas ações, o Ministério da Saúde cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). O NASF é constituído por uma equipe multiprofissional (de diferentes áreas de conhecimento) que deveria atuar em conjunto com os profissionais das equipes da ESF, compartilhando e apoiando as práticas de

saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de saúde da família (BRASIL, 2009).

A composição da equipe de NASF é definida pelos gestores municipais, mediante demandas reconhecidas em cada território e outros critérios de prioridades. Os profissionais que podem compor as equipes de NASF são: assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico acupunturista, médico ginecologista, médico homeopata, médico pediatra, médico psiquiatra, psicólogo, nutricionista e terapeuta ocupacional (BRASIL, 2008).

Uma das ferramentas utilizadas para organizar e fortalecer o trabalho das equipes de NASF é o chamado apoio matricial. O conceito de apoio matricial, proposto por CAMPOS (1999) prevê uma retaguarda especializada para as equipes de referência.

Equipes de Referência são equipes compostas por profissionais considerados essenciais na condução de problemas de saúde dentro de certo campo de conhecimento. A importância da adscrição de clientela está presente em seus princípios. São responsáveis por certo número de casos/famílias e pelo seu cuidado longitudinal (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

No contexto da ESF, a retaguarda especializada é a equipe de apoiadores com diversas formações profissionais (NASF) e as equipes de referência são as equipes de saúde da família que realizam a atenção continuada e longitudinal para sua clientela adscrita.

O apoio matricial é um método de trabalho complementar ao trabalho realizado pelas equipes de referência, que prevê suporte assistencial e técnico-pedagógico, com a construção compartilhada de projetos terapêuticos (CAMPOS, 1999). Ou seja, apoio matricial e equipes de referência são arranjos organizacionais com o objetivo de ampliar a clínica com a agregação, de forma dialógica, de outras especialidades e profissões,

para uma abordagem integral. Pretende ainda, assegurar uma maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, investindo também na autonomia dos usuários dos serviços (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Nesse sentido, para ampliar a clínica os recortes teóricos dos conhecimentos e disciplinas que dão suporte às diferentes profissões e ocupações devem ser suavizados e superados a fim de atender às necessidades dos usuários dos serviços. A clínica ampliada, enquanto uma ferramenta para organizar e desenvolver o processo de trabalho das equipes de NASF, relaciona-se à ampliação do objeto de trabalho e à compreensão ampliada do processo saúde-doença, não mais unilaterais (BRASIL, 2009).

Esta ampliação do objeto de trabalho traz o reconhecimento da necessidade de se compartilhar a complexidade da clínica. Com isso, há uma ênfase na construção compartilhada de diagnósticos, terapêuticas e propostas de ações. Em consequência, instrumentos de trabalho que privilegiem a comunicação transversal na equipe e entre equipes, e técnicas relacionais que permitam uma clínica compartilhada são necessários (BRASIL, 2009).

O dispositivo de apoio matricial proporcionado por uma equipe de profissionais de diversas categorias poderá atuar diretamente com usuário, compartilhando ações com as equipes de referência e dando suporte às ações de APS. Porém, não necessariamente, os profissionais de apoio têm ação/relação direta e cotidiana com os usuários dos serviços. Neste caso, sua tarefa será o suporte técnico-pedagógico, efetivando ações de educação permanente em saúde (BRASIL, 2009). Este arranjo permite a valorização de todas as profissões da área da saúde, conservando a identidade de cada uma. Busca superar a lógica organizacional do encaminhamento, ao facilitar a troca de informações em rede e a articulação para elaboração de projetos terapêuticos.

De acordo com recomendações da portaria ministerial (BRASIL, 2008), cada equipe de NASF deveria estar vinculada a, no mínimo oito e a, no máximo 20 equipes de saúde da família.

Por integrar a ESF, o NASF possui os mesmos princípios norteadores da atenção primária à saúde. Seu processo de trabalho é organizado com base no planejamento das ações no território de abrangência de suas equipes de referência (equipes de saúde da família). Deveria priorizar ações compartilhadas de responsabilidades mútuas com a ESF, através de discussões de casos, planejamento de ações e projetos terapêuticos. Para tanto, a equipe NASF deveria estar integrada aos trabalhos realizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas equipes de saúde da família (BRASIL, 2009).

A proposta do NASF busca apoiar a inserção da APS nos serviços de saúde da família e superar a lógica fragmentada do cuidado em saúde; para a construção de redes de atenção e cuidado de forma corresponsabilizada com a ESF. Além disso, deve estar comprometida com a produção de mudanças atitudinais e nas práticas dos profissionais tanto da ESF quanto de sua própria equipe NASF (BRASIL, 2009).

O NASF, por reforçar a necessidade da articulação do conhecimento nas equipes de saúde, do aprimoramento da interação entre os integrantes das equipes, do desenvolvimento de novos conhecimentos e da prática de novos processos de trabalho, se constitui como um recurso essencial para a mudança do modelo de prática, iniciado pela ESF, num contexto ainda marcado pelo modelo biomédico de atenção.

A coletivização e o aumento do número de profissionais nas equipes de saúde são algumas das principais características dos processos de trabalho em saúde na atualidade, cuja finalidade é assegurar a integralidade da atenção. Uma das exigências para oferecer respostas adequadas às necessidades de saúde da população é o trabalho associado

interdependente, em regime de cooperação, seja em uma unidade isolada (equipe) ou numa organização (instituição ou sistema).

A equipe de saúde, preconizada pela APS e pelo Ministério da Saúde para a ESF, está relacionada com a mudança da estrutura do trabalho. Porém, a estrutura por si só, não garante a mudança nos processos de trabalho. É preciso avançar na compreensão dos processos de trabalho nas equipes de saúde, tendo um olhar para o trabalho desenvolvido entre os profissionais e a maneira como cooperam entre si. FRANCO e MERHY (2007, p.119) agregam a discussão da interação entre os profissionais das equipes:

(...) enquanto os trabalhadores não construírem uma interação entre si, trocando conhecimentos e articulando um 'campo de produção do cuidado' que é comum à maioria dos trabalhadores, não se pode dizer que há trabalho em equipe. O aprisionamento de cada um em seu 'núcleo específico' de saberes e práticas aprisiona o processo de trabalho às estruturas rígidas do conhecimento técnico-estruturado, tornando-o trabalho morto dependente.

Outros autores também levantam a necessidade de uma recomposição dos trabalhos especializados, que não é apenas o agrupamento de diferentes profissionais num mesmo local de trabalho. Esta recomposição se relaciona com o trabalho interprofissional, na interação com os demais integrantes das equipes de saúde, na articulação de ações comuns, no conhecimento do trabalho do outro e reconhecimento de sua necessidade para a atenção integral (SCHRAIBER et al. 1999).

Além disso, SILVA e TRAD (2005, p.26) ao apresentarem a problemática da interação nas equipes de saúde na ESF, reforçam que

Cada profissional é chamado a desempenhar sua profissão em um processo de trabalho coletivo, cujo produto deve ser fruto de um trabalho que se forja com a contribuição específica das diversas áreas profissionais ou de conhecimento (...).

Portanto, uma maior variedade de profissionais compondo as equipes de saúde é condição importante, mas por si, não assegura a qualificação da

assistência e a mudança organizacional da atenção (SHAW et al., 2005). Novas configurações de trabalho vêm sendo propostas para este fim e é preciso avançar na compreensão das características do processo de interação entre os profissionais das equipes e os aspectos que facilitam e dificultam o trabalho cooperado. Esta compreensão é importante para fornecer subsídios no campo do planejamento e gestão dos serviços de APS (OANDASAN et al., 2004).

Nesta problemática, se insere a cooperação interprofissional que se apresenta como um tema recente e ainda pouco discutido na literatura. Também, é pequeno o número de estudos sobre a cooperação interprofissional no âmbito das equipes de atenção primária no sistema de saúde brasileiro. Considerando as reformas que o sistema vem atravessando nos últimos anos, a produção de informações científicas sobre essa problemática pode contribuir para a identificação de “gargalos” no campo da gestão do trabalho.

Os serviços e programas de saúde, nos quais a cooperação interprofissional está contemplada enquanto uma dimensão em seu desenho, constituem espaços favoráveis para o estudo das características do seu enfoque e demais aspectos ligados ao impacto na qualidade do cuidado e na resolutividade das ações. Apesar do desenvolvimento e implementação de equipes multiprofissionais na atenção primária à saúde, com a ESF e NASF, ainda são poucos os estudos sobre como esse componente é percebido pelos profissionais de saúde.

O NASF, como uma equipe multiprofissional que apoia matricialmente outra equipe de saúde (ESF), é um espaço favorável para o exercício da cooperação interprofissional. Neste sentido, a pesquisa nesta área de conhecimento se mostra necessária para a identificação das visões que atravessam as equipes e para a compreensão da complexidade da prática colaborativa.

A investigação de aspectos relativos ao trabalho cooperado no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF) pode auxiliar na identificação dos elementos que facilitam ou dificultam a prática colaborativa, para o planejamento de ações no campo da gestão do trabalho na atenção primária.

Neste aspecto, a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e dos seus núcleos de apoio (NASF) expressa, nesta primeira década do século do XXI, um conjunto de recursos dirigido à reorientação do modelo de atenção que representa uma importante expansão dos postos de trabalho para as categorias profissionais presentes no sistema de saúde brasileiro, e um crescente desafio para a área de recursos humanos.

Alguns especialistas chamam atenção para as exigências de articulação do conhecimento nas equipes de saúde envolvendo todas as categorias profissionais e não apenas o médico. Destacam a necessidade do aprendizado para lidar com as dinâmicas relacionais e os processos de interação com o outro, abrangendo não apenas a relação entre as equipes e os usuários, mas também a relação entre os membros das equipes (FRANCO e MERHY, 2007). Nesse âmbito, as formas de comunicação e de interação entre os profissionais podem ser importante fonte de conflitos ou de cooperação interprofissional.

1.3 COOPERAÇÃO INTERPROFISSIONAL

A colaboração ou cooperação interprofissional são termos emergentes e presentes na prática cotidiana na área da saúde. São utilizados para descrever a natureza da interação entre os profissionais e entre estes e os usuários dos serviços. Contrapõem-se às relações

tradicionais hierarquizadas caracterizadas por relações paternalistas, autoritárias e unilaterais (FEELEY et al., 2005).

A cooperação emerge com a estratégia do trabalho em equipe e está relacionada a uma ética do cuidado e se aproxima de práticas participativas e de relacionamentos pessoais mútuos e recíprocos entre os profissionais da saúde (FEELEY et al., 2005).

As discussões sobre a prática cooperada (“*collaborative practice*”) e a cooperação interprofissional (“*interprofessional collaboration*”) na área da saúde têm início na primeira metade do século passado. Porém, a importância da temática nas produções científicas e projetos de práticas multiprofissionais tem aumento significativo somente após a Segunda Guerra Mundial (BALDWIN, 2007).

Esta tendência de incorporação da cooperação interprofissional nos serviços é acompanhada também pela perspectiva interdisciplinar na educação profissional em saúde. Na década de 70, seguindo a mesma direção das discussões sobre a Atenção Primária à Saúde, a OMS passa a considerar a educação interdisciplinar como estratégia complementar aos programas tradicionais de ensino. A partir disso, surgem diversas iniciativas que passam a ter importância na estratégia da OMS de “Saúde para todos no ano 2000” (1978) (OANDASAN et al., 2004).

Este movimento influenciou diversos países no desenvolvimento de programas de atenção à saúde e de renovação da formação profissional. No Reino Unido, a estratégia da cooperação interprofissional faz parte do planejamento e da política de governo nacional adotada pelo sistema de saúde (National Health System – NHS). Tal política governamental reforça a necessidade de modernização e mudança do sistema de formação profissional e de serviços de saúde, enfatizando a importância da cooperação e a necessidade de partilhar conhecimentos e aprendizados.

São muitos os programas de saúde nesta perspectiva, sempre com ênfase em promover o cuidado em saúde na comunidade (LEATHARD, 2003).

Há também exemplos de políticas de cooperação interprofissional no Canadá. As inúmeras iniciativas na formação e prática profissional encontradas são apoiadas por políticas governamentais e acordos entre sistemas de saúde e educação, além de faculdades e universidades, para uma mudança no modelo de formação profissional. Esta iniciativa é chamada *Interdisciplinary Education for Collaborative Patient-Centred Practice* (IECPC) e tenta responder a uma demanda dos profissionais para uma atuação mais integral e interdisciplinar (OANDASAN et al., 2004).

Em 2007, a OMS anuncia a criação de um grupo de estudos em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa, para responder a uma necessidade em formar mais profissionais para a área da saúde de maneira interdisciplinar; e elaborar novas estratégias de ensino em países desenvolvidos e industrializados reconhecendo a necessidade desta temática na construção de sistemas e programas de saúde na atualidade (YAN et al., 2007).

A partir da formação desse grupo de estudos, em 2010, a OMS lança a publicação: *“Framework for action on interprofessional education & collaborative practice”*. Em seu conteúdo, OMS e colaboradores reconhecem a cooperação interprofissional como uma estratégia inovadora na educação profissional e na prática de saúde, num contexto de crise global na formação da força de trabalho na área da saúde. Não se configura como um roteiro de normas para adoção da cooperação nos diversos serviços, mas reconhece as necessidades locais e fornece subsídios para gestores ao adotar tal estratégia nos contextos locais (OMS, 2010).

A cooperação interprofissional pode ser definida como o conjunto de relações e interações que acontecem entre profissionais que trabalham juntos, no âmbito de equipes de saúde. É também considerada como um

processo complexo, de múltiplos determinantes, voluntário e dinâmico que implica constante processo de negociação (D'AMOUR et al., 2005). Envolve diversas habilidades pessoais e sociais, e seus níveis estão relacionados com a complexidade da tarefa a ser desempenhada (OANDASAN et al., 2004).

O termo interprofissional é encontrado na literatura acompanhando a cooperação/colaboração. O sufixo “profissional” remete a uma vocação que exige um conhecimento especializado, com preparação acadêmica, entre mais de um profissional. Apesar de usual, o sufixo “disciplina” que está relacionado a um campo de estudo e/ou conhecimento, não necessariamente inclui outros profissionais de categorias diferentes, pois diversas disciplinas (campos de conhecimento) podem compor um único campo profissional (OANDASAN et al., 2004).

O prefixo “multi” em palavras como multidisciplinar e multiprofissional, ao contrário, pressupõe profissionais que trabalham de forma independente em um agrupamento. Os membros de uma equipe podem trabalhar paralelamente ao trabalho um do outro, existindo pouca comunicação entre eles. Pelo contrário, o prefixo “inter” indica parceria ou relação mais próxima entre os profissionais de uma equipe. Os membros da equipe trabalham com um objetivo comum (satisfação do usuário do serviço), compartilhando responsabilidades e contribuindo um com o desenvolvimento do outro (OANDASAN et al., 2004).

Em estudo de revisão de literatura, D'AMOUR et al. (2005) identificaram termos relativos à definição do conceito de cooperação interprofissional, classificadas de acordo com as seguintes palavras-chave: (1) partilha (“*sharing*”) - descrita como divisões de responsabilidades, compartilhar tomada de decisão; (2) parceria (“*partnership*”) - esta ideia se refere a relações de afinidade, autêntica e construtiva, comunicação aberta, respeito e confiança mútuos; (3) interdependência (“*interdependency*”) - mútua dependência, participação de cada profissional nos projetos

terapêuticos; e (4) poder (“*power*”) - empoderamento de cada integrante, que tem seu poder/valor reconhecido pela equipe.

A atuação na lógica da cooperação (prática cooperada) acompanha iniciativas que apresentam como objetivo o cuidado integral e interprofissional/interdisciplinar. A prática cooperada pode ser definida como um constante processo de comunicação e de tomada de decisões que permite que os conhecimentos e habilidades de diferentes profissionais atuem de forma sinérgica com o usuário/cliente/comunidade (WAY et al., 2000).

WAY et al. (2000) complementam a definição, relacionando a cooperação com os processos de trabalho, ou seja, com o modo de se trabalhar, organizar e operar o trabalho na área da saúde. Além disso, avaliam que os benefícios da prática cooperada para os usuários dos serviços garantem uma utilização dos recursos financeiros de maneira custo-efetiva, quando realizada de acordo com as necessidades de saúde locais.

Os efeitos da prática cooperada são amplos e vão desde uma melhor resolubilidade das ações (OANDASAN et al., 2004, GABOURY et al., 2009), o aumento da gama de oferta de ações (GABOURY et al., 2009, D’AMOUR et al., 2005), a melhoria da comunicação entre trabalhadores, a otimização da participação da equipe na tomada de decisões e a potencialização do respeito entre os integrantes das equipes (OANDASAN et al., 2004).

Em estudos que avaliam práticas, a colaboração interprofissional tem demonstrado melhorar os resultados no cuidado com pacientes em grupos específicos: pacientes em serviços de reabilitação (STRASSER et al., 2008, SINCLAIR et al., 2009), usuários de serviços de práticas complementares (GABOURY et al., 2009), equipes de saúde da família – Canadá (GOLDMAN et al., 2010, WAY et al., 2001). Apesar de poucos estudos com evidências empíricas sobre a efetividade das práticas colaborativas, seus resultados

têm sido utilizados por gestores para melhorar as estratégias do trabalho com as equipes (SINCLAIR et al., 2009).

A prática cooperada envolve uma contínua interação de dois ou mais profissionais, organizada em prol de um objetivo comum. Estudos demonstram que equipes que cooperam entre si, estarão mais aptas e capazes para coordenar a atenção, identificar as reais necessidades da população/comunidade, desenvolver novas tecnologias de atenção produzindo respostas às demandas de saúde (OANDASAN et al., 2004).

Para alguns especialistas, a prática cooperada relaciona-se com um compartilhamento de poder entre os parceiros de trabalho, uma busca de objetivos pactuados em discussões e negociações, uma participação ativa e um envolvimento do profissional nos processos de trabalho coletivo (FEELEY et al., 2005). Algumas características como dinamismo profissional, capacidade de compartilhar poder, resolutividade, flexibilidade, capacidade de respeitar mutuamente e disposição para aprender podem facilitar a prática cooperada (OANDASAN et al., 2004). A colaboração é mais propensa a acontecer quando os profissionais partilham interesses, valores e filosofias similares (GABOURY et al., 2009).

A cooperação interprofissional, em sua prática, requer o abandono de uma postura competitiva entre os profissionais das equipes (SAN MARTIN-RODRIGUES et al., 2005). Porém, ao mesmo tempo em que os profissionais trabalham juntos para prover um melhor cuidado ao usuário, estes possuem interesses próprios e desejam manter certo grau de autonomia e independência profissional (D'AMOUR et al., 2008).

Soma-se a isto o fato de que uma simples reunião/agrupamento de profissionais em equipes de saúde não leva necessariamente à colaboração. Para que esta ocorra, é necessário o desenvolvimento de processos colaborativos no âmbito das equipes, trabalhando as dinâmicas relacionais (D'AMOUR et al., 2005), bem como a relação com os demais determinantes.

ZWARENSTEIN et al. (2009), em uma revisão sistemática, identificaram que intervenções baseadas nos princípios da cooperação interprofissional podem trazer benefícios para processos e resultados da assistência. Resultados relativos a desfechos ligados ao paciente, ao estado de saúde ou ao processo de assistência foram observados. Entretanto, considerando o número pequeno de estudos incluídos na pesquisa e sua heterogeneidade, não foi possível extrair inferências generalizáveis sobre elementos-chaves da colaboração interprofissional e sua efetividade.

Outra revisão de literatura realizada por MARTIN et al. (2010), buscou investigar os efeitos da colaboração interprofissional envolvendo médicos, enfermeiras e novos modelos de cuidado. Os principais resultados foram observados nos seguintes aspectos: planos de tratamento, coordenação do cuidado, monitoramento do estado de saúde, treinamento no manejo do cuidado pelo paciente e promoção de serviços comunitários.

SAN MARTIN-RODRIGUEZ et al. (2005) em um trabalho de revisão de literatura sobre os determinantes da cooperação identificaram três categorias de análise. A primeira refere-se aos fatores sistêmicos, relativos a elementos externos às organizações (sistemas social, cultural, educacional e profissional). Nesta categoria, ressalta a importância da distribuição igualitária de poder entre os membros das equipes; a existência de uma cultura dominante da autonomia profissional que tende a aumentar o individualismo e especialização em detrimento da cooperação; o reconhecimento pelos profissionais das relações de interdependência requeridas para um trabalho efetivo.

A segunda categoria refere-se aos fatores organizacionais, como o tipo de estrutura organizacional (centralizada ou descentralizada / vertical ou horizontal), a filosofia da organização, o apoio administrativo e recursos para o trabalho que, dependendo de seus termos, podem potencializar ou impedir a cooperação. A terceira categoria refere-se aos fatores interacionais, como a receptividade aos ideais da cooperação e compromisso com a prática

cooperada; a confiança pessoal e na equipe/colega; a comunicação efetiva e o respeito mútuo (SAN MARTIN-RODRIGUEZ et al., 2005).

Os determinantes apontados no estudo não se mostram suficientes se analisados de forma isolada (SAN MARTIN-RODRIGUEZ et al., 2005), comprovando a multiplicidade da cooperação interprofissional e a necessidade de investigação para a identificação e compreensão de como cada determinante se relaciona com o outro neste complexo fenômeno.

Em virtude de sua complexidade, ainda são encontradas diversas dificuldades na adoção da cooperação interprofissional como estratégia de trabalho. Dentre elas podem ser citadas: o cuidado fragmentado de sistemas tradicionais de saúde, a cultura profissional especializada, sistema de saúde fragmentado e por categoria profissional, a baixa procura por carreiras na área da saúde entre outros (OMS, 2010).

HALL (2005) aponta outros desafios associados com as culturas das profissões, identificando que os profissionais de saúde ainda não compartilham uma mesma cultura profissional, podendo surgir diversos conflitos relacionados com disputas de poder, de diferentes conceituações de saúde-doença, de diferentes valores e de diferentes contextos de aprendizagem.

Quanto aos modelos teóricos da cooperação interprofissional, uma revisão de literatura identificou estudos derivados da teoria organizacional, apoiados ora na sociologia organizacional e ora na Teoria da Troca Social (D'AMOUR et al., 2005).

Em um dos estudos derivados da teoria organizacional, o modelo teórico de cooperação interprofissional levava em consideração aspectos ligados à tarefa, à composição do grupo, ao contexto cultural e organizacional. Ao estudarem equipes do NHS (Reino Unido), os achados mostraram, entre outros aspectos, que equipes que trabalham bem juntas,

são mais efetivas e inovadoras. Em outro estudo, foram investigados centros de saúde comunitária em Quebec (Canadá). Os resultados mostraram que a cooperação interprofissional depende das características do conflito, incluindo as complexidades das regras e dos compromissos profissionais (D'AMOUR et al., 2005).

No estudo apoiado na sociologia organizacional (D'AMOUR et al., 2008), o processo de colaboração é conceituado em quatro dimensões: (1) Objetivos compartilhados: se refere à existência de objetivos comuns e o reconhecimento de motivações divergentes e múltiplos compromissos e sua apropriação pela equipe; (2) Interiorização (senso de pertencimento): dada pela consciência dos profissionais de sua interdependência; (3) Formalização (estruturação do cuidado clínico): por meio de protocolos que regulam a ação; e (4) Governança: dizem respeito às lideranças em nível central e local, as expertises e o grau de conexão entre elas. Este modelo teórico foi aplicado para analisar a colaboração entre profissionais atuando em diferentes tipos de organizações que faziam parte de uma rede. Os resultados mostraram que maior grau de colaboração estava associado à forte liderança e a serviços mais acessíveis e contínuos.

A Teoria da Troca Social, segundo GITLIN et al. (1994), parte da suposição de que as estruturas sociais podem ser entendidas pela análise das transações interpessoais. A compreensão das interações seria a chave para o entendimento dos comportamentos sociais complexos entre os grupos. Devido ao foco da abordagem se voltar para o processo de troca e negociação entre indivíduos, os resultados pouco informam sobre dimensões organizacionais e estruturais associadas à cooperação interprofissional.

Para MCDONALD e MCCALLIN (2010), algumas questões chave permanecem como desafios à colaboração interprofissional. Como a colaboração interprofissional é um conceito multidimensional, para muitos profissionais ela é um objeto ainda obscuro em relação ao qual não se sabe

exatamente o que está envolvido. O segundo aspecto diz respeito aos desafios relacionados à presença de diferentes profissionais que realizam o cuidado, o que torna mais complexa a problemática da definição de padrões para assegurar segurança e qualidade na assistência.

O conhecimento das atribuições e responsabilidades, e boa capacidade de comunicação são aspectos cruciais para uma colaboração interprofissional efetiva. Os papéis do paciente e da família não estão totalmente claros na interação com e entre os profissionais o que pode representar dificuldades adicionais num modelo de prática colaborativa (MCDONALD e MCCALLIN, 2010).

MITCHELL et al. (2010), em uma revisão de literatura, elaboraram algumas proposições a respeito dos processos associados à cooperação interprofissional. A fim de informar futuros estudos e prover um quadro mais compreensivo sobre as implicações da composição e da dinâmica da equipe para sua efetividade, o impacto da diversidade profissional no desempenho da equipe foi examinado. Os autores identificaram que a habilidade para compartilhar conhecimento através das fronteiras profissionais é um traço essencial para o desempenho de atividades complexas em equipes multiprofissionais. Entretanto, a diversidade profissional também engendra substanciais barreiras para a troca de conhecimentos e a solução de problemas incluindo a falta de modelos mentais análogos, incompreensão semântica, conflitos epistemológicos e ameaças à identidade profissional.

Analisando a pluralidade de conceitos, especialistas destacam a abordagem sistêmica como ponto comum dos modelos teóricos. A cooperação interprofissional decorre de certos insumos ou ingredientes (*inputs*) e participa de um processo que gera efeitos (*outputs*). De modo resumido, os efeitos seriam aspectos relacionados à efetividade da equipe e os insumos características associadas a fatores individuais, profissionais, organizacionais e estruturais (D'AMOUR et al., 2005).

O predomínio das abordagens sistêmicas tem representado para os estudos organizacionais, uma dificuldade para a compreensão de processos socialmente construídos. Os processos de mudança são tomados como problema que se coloca para um conjunto pré-existente, que só pode ser resolvido mediante a integração dos elementos novos a este conjunto. Assim a mudança pode implicar tanto uma alteração quantitativa na magnitude do sistema quanto uma mudança qualitativa ou diferenciação estrutural por meio de mecanismos que integram ou unificam as partes diferenciadas (MISOCZKY, 2003).

A abordagem sistêmica se apoia na premissa de que a natureza da realidade social é um conjunto de fenômenos materiais ou de ideias, crenças e hábitos externos ao comportamento dos indivíduos. Esta abordagem tem sido amplamente utilizada para determinar o substrato social (as condições, as situações, os contextos, os padrões de comportamento) por meio dos quais os atores sociais vivenciam e interagem. Mas este tipo de análise não nos diz como os atores compreendem este substrato, como percebem o papel dos outros e como moldam seus próprios comportamentos nem permite entender como a ação interativa dos atores sociais dotados de vontade (ainda que limitados por fatores estruturais) provoca mudanças (MISOCZKY, 2003).

Nesse sentido, outras abordagens serão necessárias se o que se busca é o foco em processos e em relações, adotando a premissa de que os sujeitos não são meros fenômenos da estrutura, mas agentes atuantes dotados de uma prática interessada, e que tanto os esquemas de percepção como as organizações e a estrutura possuem gênese social (MISOCZKY, 2003).

Tendo em vista os apontamentos citados ao longo deste capítulo, a cooperação interprofissional pode ser considerada como um fenômeno não totalmente compreendido, necessitando de mais estudos para apreender seus determinantes e seu impacto nos serviços. Há também poucas

experiências de operacionalização da cooperação (GABOURY et al., 2009) que enfrentam dificuldades em sua implantação.

O interesse na temática da cooperação interprofissional tem crescido nas duas últimas décadas, em parte pelo aumento da complexidade do cuidado em saúde e pela melhor compreensão dos determinantes do processo saúde-doença. Também, o aumento dos custos com o cuidado, advindos da especialização médica e do avanço tecnológico, que reforçam a necessidade de redesenhar as práticas em saúde. A prática colaborativa tem sido identificada como uma alternativa para a maior eficiência e para um cuidado apropriado (GABOURY et al., 2009).

Atualmente, a cooperação interprofissional tem sido pauta nas discussões das políticas públicas, principalmente nos países ocidentais, a fim de melhorar o acesso aos serviços, numa atenção mais contínua e abrangente. Esta tendência em adotar novas formas de organização dos serviços requer, não apenas, a implementação de novas estruturas organizacionais, mas também o desenvolvimento de práticas clínicas compartilhadas (D'AMOUR et al., 2008).

A cooperação interprofissional tem sido apontada como um recurso que pode ser mobilizado para elevar a efetividade dos sistemas de saúde. Como uma estratégia inovadora, ela pode desempenhar um importante papel para enfrentar problemas do modelo de atenção e da força de trabalho em saúde, e contribuir para fortalecer o sistema de saúde e melhorar os resultados obtidos (OMS, 2010).

A ESF e o NASF, no contexto brasileiro, se constituem como um conjunto de recursos dirigidos à reorientação do modelo de atenção, propondo mudanças nas práticas e nos processos de trabalho, a partir dos princípios da APS mais abrangente e das necessidades do território.

Ao implementar equipes multiprofissionais na APS, tendo a cooperação interprofissional como uma dimensão em seu desenho, ESF/NASF se constituem como um espaço favorável para a realização do estudo das características da interação entre seus profissionais.

Na medida em que o processo de trabalho se organiza a partir das equipes de apoio e de referência, a cooperação interprofissional no NASF envolve não apenas a relação entre as equipes, mas também os processos internos nas equipes.

Neste sentido, esta pesquisa se insere na problemática da cooperação interprofissional no contexto da Estratégia Saúde da Família. A produção de conhecimento científico sobre as diferentes visões que atravessam os profissionais das equipes é importante para a compreensão da complexidade da prática colaborativa e de seus processos.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as percepções dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a cooperação interprofissional.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o trabalho desenvolvido por equipes de NASF no município de São Paulo;
- Analisar as percepções dos profissionais da ESF e NASF sobre dimensões da cooperação interprofissional;
- Identificar elementos facilitadores e barreiras para o trabalho compartilhado.

3. MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Visto que objeto e objetivos da pesquisa referem-se a dimensões da caracterização, da descrição das percepções dos agentes envolvidos e da identificação de elementos de apoio e barreira para o trabalho compartilhado; optou-se por realizar a pesquisa de abordagem qualitativa com caráter descritivo-explicativo.

A pesquisa qualitativa procura produzir respostas a questões particulares, permite capturar o

universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

(MINAYO et al., 2004; p.21 e 22)

Pretendeu-se descrever as características do trabalho e dos profissionais da ESF/NASF, compreender o contexto do trabalho dos participantes e identificar fatores que, segundo a perspectiva dos sujeitos, determinam ou contribuem para a cooperação interprofissional. O caráter descritivo-explicativo procurou aprofundar o conhecimento da realidade, oferecendo subsídios para se compreender as motivações e razões dos fenômenos sociais em questão (GIL, 2007).

3.2 CONTEXTO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no município de São Paulo que apresenta algumas particularidades no que se refere à implantação e a forma de gestão da Estratégia Saúde da Família. Neste município, a Estratégia Saúde da Família foi implantada em 1996, com o nome de QUALIS (Qualidade Integral em Saúde), pela Secretaria Estadual de Saúde em uma ação conjunta com o Ministério da Saúde, por meio de convênios com entidades filantrópicas. Nesta época, o sistema municipal não estava integrado ao SUS, adotava um tipo de modelo de cooperativas médicas denominado Plano de Assistência à Saúde – PAS (BOUSQUAT et al., 2006; CAPISTRANO FILHO, 1999).

O processo de municipalização dos serviços de saúde com adesão às propostas e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), definindo a Saúde da Família como eixo estruturante teve início no ano de 2001. Para tanto, foram estabelecidas parcerias com entidades filantrópicas e instituições de ensino e pesquisa para a implantação e gestão do programa (SOBRINHO e CAPUCCI, 2003).

Esta modalidade de gestão representa a continuidade da experiência de parcerias iniciada com o QUALIS. As organizações parceiras, atualmente denominadas organizações sociais de saúde – OSS são responsáveis pela contratação de recursos humanos para as equipes de saúde da família, e também pelo treinamento, educação permanente, supervisão das equipes entre outras ações (SÃO PAULO, 2006; BOUSQUAT et al., 2006, PINTO et al., 2009).

A expansão do PSF foi assumida como prioridade e principal estratégia para a mudança do modelo assistencial no município. Desde a implantação do QUALIS/PSF, o município que contava com 159 equipes de

saúde da família, passa a ter 850 equipes no ano de 2008, estas sob gestão municipal. (PINTO et al., 2009).

Em novembro de 2008, foi dado início ao processo de implantação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) no município. Neste período, São Paulo apresentava 84 equipes de NASF, gerenciadas de acordo com a região, por diferentes organizações sociais responsáveis também pela gestão da Estratégia Saúde da Família (SÃO PAULO, 2009).

A conformação das equipes de NASF, no processo de implantação, seguiu o princípio das necessidades locais regionais em saúde. Sua composição variável busca corresponder às demandas do território de referência.

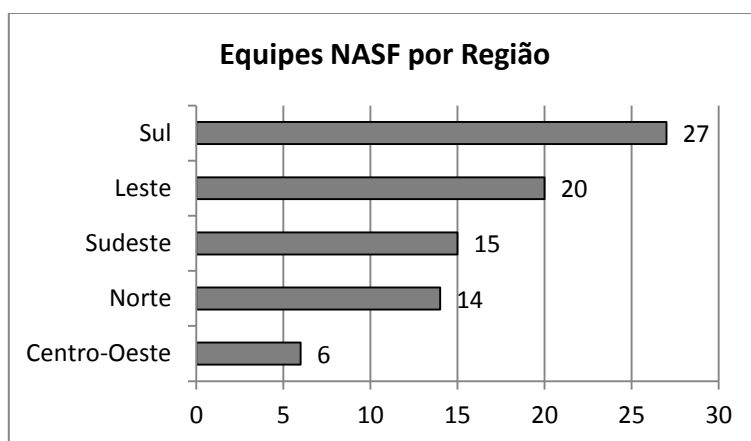
Além desse histórico da implantação do SUS no município, São Paulo apresenta outras características importantes como o fato de ser um município de grande porte com população aproximada de 11 milhões de habitantes (IBGE, 2010), fazendo parte da maior região metropolitana no país. É uma referência nacional para a saúde, apresentando diversidade de serviços em número e em complexidade (PINTO et al., 2009).

A pesquisa foi realizada com equipes de NASF e ESF compreendidas na Coordenadoria Regional de Saúde – Sul (CRS-Sul), composta pelas Supervisões Técnicas de Saúde (STS) do Campo Limpo, Capela do Socorro, M'Boi Mirim, Parelheiros e Santo Amaro/Cidade Ademar. As Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) são gestoras do SUS em suas áreas de abrangências e as STS respondem a CRS pelas unidades básicas de saúde (UBS) e serviços especializados, cada uma corresponde à área de uma ou mais subprefeituras (SÃO PAULO, 2005, 2012a, 2012b).

Optou-se por realizar a pesquisa nesta região pela diversidade de organizações parceiras de gestão (6) e o maior número de equipes NASF implantadas (27) (Figura 1, p.29) que prestam apoio a 79 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBS) e 410 equipes de saúde da família (Quadro 1,

p.29), segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde (SÃO PAULO, 2010). Com isso procurou-se obter a maior variedade de respostas/percepções dos agentes envolvidos.

Figura 1 - Distribuição das equipes de NASF por região/ Coordenadoria Regional de Saúde, em número absoluto.



Fonte: Sigma (SÃO PAULO, 2010).

Quadro 1 - Número de equipes NASF por região, por UBS e Equipes da ESF.

Região	ENASF	UBS Referência	Equipes SF Referência
Centro-Oeste	6	14	59
Norte	14	41	281
Sudeste	15	40	193
Leste	20	55	244
Sul	27	79	410

Fonte: Sigma (SÃO PAULO, 2010).

3.3 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

Partindo dos objetivos deste estudo, os profissionais da equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e da equipe de Saúde da Família (SF) foram definidos como sujeitos da pesquisa. Em seus princípios e diretrizes, NASF e ESF deverão atuar de forma compartilhada, sendo este um espaço propício para trocas e o trabalho interprofissional. Admite-se que a percepção e a visão de cada um desses sujeitos sobre a interação interprofissional mantida por eles, constituem elementos importantes para o desenvolvimento do trabalho em equipe e a cooperação entre profissionais da ESF/NASF no desenvolvimento desta política.

Uma amostra intencional de casos considerados extremos (PATTON, 2002), composta por 15 (quinze) profissionais com formação completa no ensino superior (graduação), das equipes da ESF (8) e de NASF (7) foi selecionada. Pretendeu-se com isso, identificar sujeitos dotados de experiência e riqueza de informações que possibilitasse o aprofundamento, a abrangência dos conceitos e a compreensão da problemática em questão, com a finalidade de apreender diferentes dimensões associadas ao foco da investigação (MINAYO, 2004).

A fim de identificar os casos extremos para participação nas entrevistas, foram analisados os dados de produção relativos ao atendimento compartilhado registrado pelos profissionais das equipes de NASF do Município de São Paulo pelo Sistema Sigma (SÃO PAULO, 2010). Este sistema de informação é uma ferramenta utilizada pela Secretaria Municipal de Saúde, com auxílio de um aplicativo eletrônico muito difundido (Excel 2010® - Microsoft Office®), para monitorar algumas atividades não contempladas na tabela do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS). Este mesmo aplicativo possibilita a emissão de

relatórios consolidados usados para analisar as ações dos profissionais (SÃO PAULO, 2009).

As atividades desenvolvidas são marcadas em uma ficha de produção diária individual por categoria profissional (Ficha D – ANEXO 1). Nesta ficha são apontados os procedimentos e atividades (consultas, visitas domiciliares, grupos educativos, entre outros) de acordo com os seguintes grupos: (1) Ações Compartilhadas; (2) Atendimento Específico; (3) Ações Intersectoriais e (4) Outras atividades (SÃO PAULO, 2009).

Na medida em que a organização do processo de trabalho dos NASF deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado interdisciplinar (BRASIL, 2009), a consulta compartilhada com a ESF foi usada como um dos critérios de seleção dos participantes. Tal procedimento refere-se à consulta realizada em conjunto com os profissionais das Equipes de Saúde da Família, médicos (as) e enfermeiros (as), sendo um espaço propício à interação profissional.

Para tanto, foram analisados os relatórios consolidados mensais de todas as equipes de NASF do município de São Paulo, do período de maio-dezembro/2010. Para cada categoria profissional e em cada região - Centro-Oeste, Leste, Norte, Sudeste e Sul (Quadro 2, p.31), foi apurada a razão de consultas compartilhadas com a ESF.

Quadro 2 – Número de profissionais por categoria e por região, no mês de setembro de 2010. Município de São Paulo.

Região	Fisioterapeuta	TO	Psicólogo(a)	Fonoaudiólogo(a)	Assistente Social	Médicos	Nutricionista	Educador Físico	Farmacêutico
Centro-Oeste	12	4	5	4	2	11	5	2	0
Leste	30	16	18	17	13	12	13	14	0
Norte	20	17	14	9	12	23	8	2	3
Sudeste	28	11	11	11	14	24	1	3	0
Sul	44	36	23	25	23	37	23	16	0
Total Geral	134	84	71	66	64	61	50	37	3

Fonte: Sigma (SÃO PAULO, 2010).

Nota: A categoria médicos inclui Acupunturista, Ginecologista, Homeopata, Pediatra e Psiquiatra.

O valor médio da razão de consultas compartilhadas com a ESF pelo número total de consultas (específicas, compartilhadas com ESF e compartilhadas com NASF) foi denominado neste estudo como indicador de consulta compartilhada.

No Quadro 3 (p.32), são apresentados os valores do indicador de consulta compartilhada para cada categoria profissional de NASF (número de consultas compartilhadas com ESF sobre o número total de consultas).

Quadro 3 - Valores médios do indicador de consulta compartilhada, por categoria profissional. Em ordem crescente.

Categoria	Indicador de Consulta Compartilhada
Educador Físico	0,07
Acupunturista	0,08
Fonoaudiólogo	0,08
Farmacêutico	0,08
Fisioterapeuta	0,11
Nutricionista	0,12
Terapeuta Ocupacional	0,14
Psicólogo	0,15
Assistente Social	0,18
Homeopata	0,31
Pediatra	0,33
Ginecologista	0,44
Psiquiatra	0,48

Nota: Indicador de consulta compartilhada: consultas compartilhadas com ESF/total de consultas realizadas. **Fonte:** Sigma (SÃO PAULO, 2010).

Nesta seleção dos participantes, os casos extremos foram as categorias: Assistente Social, Fisioterapeuta e Fonoaudiólogo que apresentavam, respectivamente, valores alto, médio e baixo para o indicador de consulta compartilhada (Quadro 3, p.31).

Os profissionais médicos especialistas de NASF (Acupunturistas, Ginecologistas, Homeopatas, Pediatras e Psiquiatras) não foram incluídos na seleção dos extremos, por se tratar de uma interação com a ESF que poderia ser considerada de natureza intraprofissional.

A categoria Educador Físico também não foi considerada em virtude de sua incorporação no sistema municipal de saúde ter sido mais recente e pelo número muito pequeno de consultas quando comparado com os demais.

Para a identificação dos casos extremos dentro dos grupos profissionais (assistente social, fisioterapeuta e fonoaudiólogo), o indicador de consulta compartilhada foi calculado para cada profissional das categorias selecionadas, em equipes alocadas na Coordenadoria Regional de Saúde Sul. A região sul foi selecionada por apresentar maior número de equipes NASF implantadas e maior número de profissionais dessas categorias (Quadro 1, p.29; Quadro 2, p.31).

Para as entrevistas, foi realizado sorteio dos profissionais no grupo com menor razão de consultas compartilhadas e no grupo com maior razão de consultas compartilhadas entre as categorias indicadas. O sorteio, neste caso, foi apenas uma estratégia de ordenamento visando ao convite para participação na pesquisa.

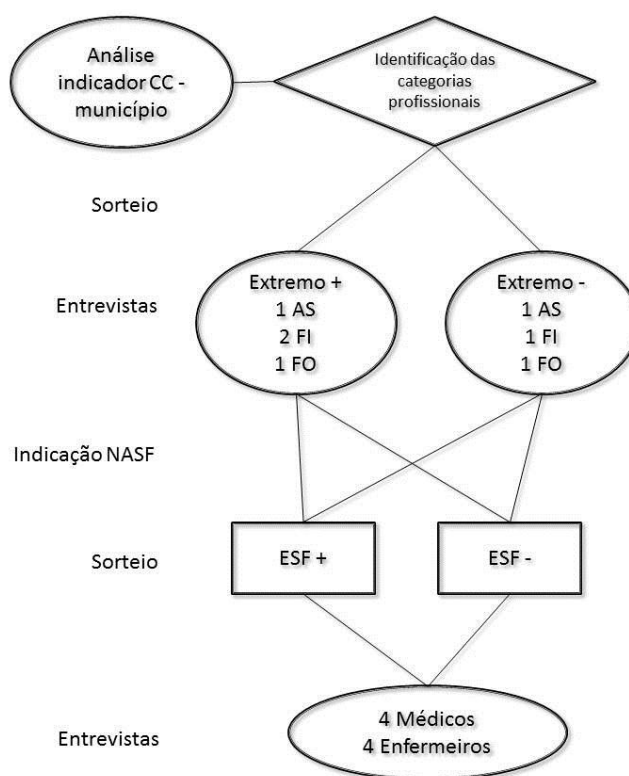
A seleção de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família para as entrevistas obedeceu ao seguinte critério: a cada entrevista realizada com o profissional NASF, foi solicitado ao entrevistado que indicasse, para compor sorteio, quatro profissionais que na opinião deles, colaborassem ou não com o seu trabalho. Foram excluídos os profissionais que não realizavam carga horária de trabalho integral.

Da mesma forma, foi realizado sorteio para identificação de possíveis entrevistados, excluindo-se os profissionais vinculados à organização da

qual a autora é colaboradora para evitar interferência na relação entrevistador-entrevistado.

A **Figura 2** sintetiza os passos realizados para a identificação e seleção dos participantes da pesquisa.

Figura 2 - Diagrama – síntese das etapas aplicadas na seleção dos entrevistados.



Legenda: CC – consulta compartilhada; AS – assistente social; FI – fisioterapeuta; FO - fonoaudiólogo.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foram realizadas entrevistas não estruturadas, em profundidade, com os profissionais selecionados. A opção por esta modalidade de técnica de coleta de dados se deu pelo delineamento do projeto de pesquisa, bem como seu objeto de estudo.

A entrevista em profundidade é uma entrevista aberta, em que o entrevistado aborda livremente sobre o tema proposto, possibilitando um diálogo intensamente correspondido entre entrevistador e informante (MINAYO, 2004). A entrevista em profundidade tem por objetivo permitir as reflexões sobre experiências, perspectivas e situações pessoais através do discurso (TAYLOR e BOGDAN, 1984).

Este tipo de entrevista procura manter a margem de movimentação dos informantes tão amplas quanto possível e o tipo de relacionamento livre de amarras, informal e aberta. Além disso,

o entrevistador se libera de formulações prefixadas, para introduzir perguntas ou fazer intervenções que visam a abrir o campo de explanação do entrevistado ou a aprofundar o nível de informações ou opiniões.

(MINAYO, 2004, p.122)

O andamento da entrevista não segue uma sequencia rígida de procedimentos e perguntas. A ordem dos assuntos abordados é determinada, na maioria das vezes, pelas próprias preocupações e ênfases que os entrevistados dão (MINAYO, 2004).

As entrevistas foram orientadas por um roteiro (Apêndice 1). A primeira parte do roteiro, continha questões objetivas para levantamento do perfil dos profissionais, referentes à idade, tempo de formação, categoria profissional, formação profissional (cursos de especialização, pós-graduação etc.) e experiência profissional. Esta conversa inicial possibilitou um “aquecimento” para a realização da segunda parte da entrevista.

Na segunda parte, os sujeitos foram convidados a refletir sobre a interação profissional a partir da sua realidade de trabalho e vivência. Foram abordados aspectos relacionados à visão do profissional sobre o trabalho compartilhado, ao processo de comunicação, às funções nucleares e periféricas de cada profissional e às condições, capacidades e conhecimentos utilizados para melhor interação profissional.

O roteiro foi usado como um instrumento de apoio e orientação para o entrevistador. Segundo MINAYO (2004), o roteiro de entrevista difere do sentido tradicional do questionário, pois visa apreender a perspectiva dos agentes sociais envolvidos. Tal roteiro prevê poucas questões e deve facilitar a abertura, ampliar e aprofundar a comunicação.

3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para o acesso ao sistema Sigma (SÃO PAULO, 2010) e a realização das entrevistas, foi necessária a apresentação do projeto de pesquisa à Coordenação da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), bem como ao seu Comitê de Ética em Pesquisa. Após anuência (Anexo 2), foi realizado o contato com as supervisões técnicas de saúde e com as organizações responsáveis pela gestão dos serviços de saúde de cada subprefeitura da região de estudo, para explicar a entrada nos serviços e a finalidade da pesquisa.

Após nova anuência das supervisões regionais, foi realizado contato por telefone ou meio eletrônico (e-mail), com os coordenadores de NASF. Na segunda etapa das entrevistas, o contato foi feito com os coordenadores de UBS das respectivas organizações aos quais os profissionais sorteados para entrevista estavam vinculados.

O projeto e os procedimentos da pesquisa foram apresentados a cada coordenador de NASF e possível entrevistado, através de carta-convite à participação (Apêndice 2). Quando solicitado, foram agendadas reuniões com os gestores de NASF e UBS para explicitar com mais detalhe o projeto e identificar necessidades para sua realização.

Após a aceitação do profissional para participar da pesquisa, as entrevistas foram agendadas em datas e horários oportunos para entrevistados e pesquisadora. Entre os meses de junho a novembro de 2011, foram realizadas sete entrevistas com os profissionais NASF em locais estipulados pela organização a que estavam vinculados (sede e centro de estudos da organização parceira de gestão para ESF).

Foram realizadas duas entrevistas preliminares com profissionais de NASF, para adequação da técnica para condução das entrevistas pela pesquisadora e avaliação da aplicação do roteiro. Porém, estas entrevistas não foram consideradas na análise deste trabalho, pois os profissionais faziam parte da mesma organização ao qual a autora está vinculada. Foram utilizadas apenas para fins de ajustes metodológicos e treinamento dos procedimentos.

O tempo entre apresentação do projeto e a aceitação do convite em cada organização foi variável. Por isso, a pesquisadora realizou mais convites para participação na pesquisa do que o estipulado no projeto. Sendo assim, foram realizadas sete entrevistas com profissionais de NASF. Esta sétima entrevista será considerada para fins de análise, por trazer questões pertinentes a esta investigação, sendo no total, duas entrevistas com assistentes sociais, duas entrevistas com fonoaudiólogos e três entrevistas com fisioterapeutas.

Os entrevistados tiveram liberdade de escolha em participar ou não da pesquisa e assegurado seu direito de desistência em qualquer etapa da pesquisa.

Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, de forma individual, e gravadas com auxílio de gravador digital de áudio Sony PCM-M10®. As entrevistas foram orientadas por um roteiro, mencionado anteriormente (Apêndice 1).

Ao final de cada entrevista dos profissionais NASF, foi solicitado que os mesmos indicassem quatro profissionais da ESF para a próxima etapa de entrevistas, entre médicos e enfermeiros que colaborassem ou não com o trabalho desenvolvido pelo entrevistado no NASF.

Após sorteio e identificação dos sujeitos da ESF a serem entrevistados, foi realizado novo contato com as organizações e respectivas UBS. Novamente apresentado o projeto de pesquisa e os procedimentos. Todas as entrevistas com profissionais da ESF foram realizadas nas próprias UBS, em salas disponíveis para tal procedimento.

Nesta etapa, foram realizadas oito entrevistas com profissionais da Estratégia Saúde da Família, sendo quatro enfermeiros e quatro médicos, nos meses de dezembro de 2011 a março de 2012. Foram seguidos os mesmos procedimentos relatados anteriormente com os entrevistados NASF, com exceção da indicação dos profissionais.

Cada entrevista durou entre 50 e 75 minutos.

Após a realização das entrevistas, o material coletado foi transcrito pela pesquisadora de forma literal e na íntegra. Para esta etapa, foram utilizados os programas Windows Media Player® para execução dos arquivos de áudio (gravação) das entrevistas e Microsoft Word® para digitação das informações. Ao utilizar esses programas, a pesquisadora fez uso de atalhos de teclado para alternar as janelas (Alt+TAB) e para manusear o tocador de áudio (Ctrl+P), sem fazer uso de instrumentos de apoio, apenas o teclado do computador, o que facilitou tal processo. O total de 936 minutos de gravação das entrevistas resultou em 222 páginas de texto, com formatação Fonte Calibri 11, tamanho da folha A4 e espaçamento

simples. Além da transcrição, foi realizada a revisão dos textos, para correções de eventuais erros de digitação.

Para facilitar o acesso às fontes de pesquisa e caracterizar a categoria profissional dos respondentes, foi utilizada a seguinte codificação: (1) “AS” para Assistente Social, “E” para Enfermeiro, “FI” para Fisioterapeuta, “FO” para Fonoaudiólogo, “M” para Médico; (2) e numeradas de acordo com ordem de realização das entrevistas (ex. “AS1” e “AS2”). Na apresentação da discussão e dos resultados, os sujeitos serão assim identificados. Terminada a fase de organização, foi realizada a análise de dados, interpretação e redação final.

Os dados de produção e os obtidos mediante consulta a documentos técnicos do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo utilizados na pesquisa foram considerados fontes de dados suplementar.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e também ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Após a aprovação desses órgãos para a realização do estudo (Anexos 3 e 4), deu-se início aos procedimentos de coleta de dados da pesquisa. Aos participantes que atendiam aos critérios de seleção foi realizado convite. Em todas as entrevistas realizadas, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado e lido

integralmente no início do procedimento (Apêndice 3). Todos os participantes concordaram em participar nos termos da pesquisa, assinando o TCLE em duas vias.

Foi garantido aos participantes o sigilo das informações, o caráter voluntário da pesquisa e a possibilidade de interromper sua participação em qualquer etapa do projeto.

A identificação das fontes através da codificação por categoria profissional e a ordem de realização das entrevistas (ex. "AS1", "E2"), relatados no item procedimentos de coleta de dados, foi utilizada para garantir o anonimato dos participantes.

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

O material coletado e transcrito foi analisado de acordo com os princípios da análise de discurso (ORLANDI, 2009; GILL, 2002). A análise do discurso (AD) trabalha com o sentido do discurso e não apenas com o seu conteúdo. Ou seja, tende a ser produzida e não apenas traduzida, reconhecendo a importância do discurso na construção da vida social (CAREGNATO e MUTTI, 2006).

Segundo MINAYO (2004, p.211), o objetivo básico da AD é

(...) realizar uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão da significação de textos produzidos nos mais diferentes campos (...) visa a compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social do sentido.

M. Pêcheux, autor fundamental da escola francesa da AD, nos anos 60, traz em seus estudos e pesquisas a relação da linguagem com seu contexto (exterioridade). A AD põe em relação, Linguística com as Ciências

Sociais. Ou seja, a AD leva em consideração tanto a linguagem, quanto o sujeito e a situação/história (ORLANDI, 1994, 2009).

Segundo ORLANDI (1994, p.53), a AD produz

(...) outra forma de conhecimento, com seu objeto próprio, que é o discurso. Este, por sua vez se apresenta como o lugar específico em que podemos observar a relação entre a linguagem e ideologia.

Na análise de discurso, a linguagem seria o material do texto que contém os sentidos que o sujeito pretende fornecer. A matriz das ideias é compreendida como o conjunto de valores que sustenta a posição do agente no contexto sócio histórico onde o discurso é proferido. Este posicionamento se relaciona com processos de constituição do imaginário e são representados no discurso como um sistema de ideias (CAREGNATO e MUTTI, 2006).

Portanto, na AD, a linguagem vai além do texto trazendo sentidos construídos historicamente e socialmente. O analista de discurso é também um intérprete, faz a leitura dos documentos influenciado pelo seu afeto, posição, crenças, experiências e vivências, compreendendo os sentidos da fala dos sujeitos manifestos no discurso (ORLANDI, 2009).

A AD procura compreender o funcionamento do discurso na produção dos sentidos, podendo-se assim explicitar o mecanismo ideológico que o sustenta, ou o modo como produz sentidos. Na AD, a ideologia é a interpretação de sentidos em certa direção, determinada pela relação da linguagem com sua história (ORLANDI, 1994).

A AD exige rigor metodológico, a fim de produzir um sentido analítico para os textos (GILL, 2002). Portanto, visa compreender como o objeto simbólico produz sentidos e significados para os sujeitos em questão. Esta compreensão implica explicitar como o texto organiza os gestos de interpretação que relacionam sujeito e sentido (ORLANDI, 2009).

A análise dos dados da pesquisa foi realizada não na procura de um único padrão, mas, sobretudo, da variedade de perspectivas presentes nos discursos. A preocupação maior foi com a função e não com o conteúdo e sua forma linguística, sendo considerada a maneira como as coisas são ditas como potenciais soluções de problemas.

A análise teve início simultâneo ao processo de transcrição e revisão do material das entrevistas. Por meio da leitura repetida e em profundidade de cada uma das entrevistas, pretendeu-se entrar em contato com o material, familiarizando-se com o texto produzido a fim de identificar elementos de compreensão dos processos e mecanismos de constituição dos sentidos e dos sujeitos em seu discurso (GILL, 2002).

Segundo NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS (2004), este primeiro momento da tarefa de análise implica a organização de todo o material, dividindo-o em partes, relacionando essas partes, procurando identificar tendências e padrões relevantes.

Após esta etapa de leitura flutuante foram identificadas as ideias principais transmitidas pelos entrevistados, em resposta ao tema explorado nas entrevistas. Para a identificação dessas ideias principais foi necessário retomar a definição do problema de pesquisa e os objetivos da mesma a fim de dar continuidade ao processo de análise.

Após esta fase de identificação das ideias centrais, foi realizada nova leitura procurando reconhecer as unidades de sentido que respondiam aos objetivos desse estudo, nomeando-as.

As unidades de sentido foram codificadas com o auxílio do programa QSR nVivo® versão 9. O nVivo® é utilizado em análises de dados qualitativos, para organização e tratamento dos dados, não faz o trabalho de denominar e classificar categorias, apenas é uma ferramenta para organizar, arquivar e acessar com maior rapidez e facilidade as fontes e as categorias de análise (GIBBS, 2009; KELLE, 2009).

Os textos das entrevistas transcritas foram incluídos num “*projeto*” do programa nVivo®. A partir disso, a pesquisadora realizou o trabalho de seleção dos trechos de textos com unidades de sentido e a nomeação das categorias (chamado “*nós*” pelo programa) de acordo com os referenciais teóricos desta pesquisa.

Após esta fase, os “*nós de codificação*” foram revistos, procurando “*nós*” com sentidos duplicados. Realizada também, a comparação dos segmentos de textos aos quais os códigos foram atribuídos. As tendências e os padrões observados no corpo das entrevistas foram com isso, reavaliados. Este conjunto inicial de categorias foi novamente reexaminado e modificado.

A partir daí, os “*nós*” foram classificados e agrupados em “*troncos de nós*” para formar conceitos/temas mais abrangentes, a fim de se identificar uma estrutura com atributos comuns, diferenças ou relações entre as fontes.

NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS (2004) referem que esta classificação e organização dos dados é uma fase preparatória para a etapa mais complexa da análise, que ocorre quando o pesquisador reporta seus achados. MINAYO (2004) considera esse processo como um aprofundamento da análise ao refinar o processo de codificação e indexação, a partir da relevância de um determinado tema definidos pela teoria e material empírico.

Nesta fase foram identificadas e revisadas as categorias empíricas: recursos de cooperação, modelo de cooperação interprofissional e metas, carga horária e rotatividade; procurando-se abstrair um ou mais eixos de orientação analítica.

A utilização do programa nVivo®, ao possibilitar o levantamento das passagens de textos por nós/categorias e os relatórios de frequência dos excertos e respectivas fontes, facilitou o processo de compreensão e análise.

4. RESULTADOS

Foram entrevistados, ao todo, 15 profissionais da Estratégia Saúde da Família. Quanto à distribuição das categorias profissionais, foram realizadas entrevistas com dois assistentes sociais, três fisioterapeutas, dois fonoaudiólogos, quatro enfermeiros e quatro médicos. Sendo sete profissionais de equipes NASF e oito de equipes de saúde da família.

No Quadro 4 (p.44) são apresentadas as principais características dos entrevistados quanto à categoria profissional, sexo, idade, estado civil, tempo de formação, natureza da instituição formadora e área de especialização.

Quadro 4 - Características dos agentes sociais entrevistados.

Agente Social	Categoria profissional	Sexo	Idade (em anos)	Estado Civil	Tempo (*)	Natureza da Instituição na qual se graduou	Área de Especialização	Maior Escolaridade dos pais	Profissão dos pais	Trajatória Escolar
AS1	Serviço Social	M	30	Solteiro	4	Privada	-	Médio	Funcionários Públicos	Ascendente
AS2	Serviço Social	F	32	Solteiro	5	Privada	Hospital Geral	Fundamental	Mecânico e dona de casa	Ascendente
FI1	Fisioterapeuta	F	28	Casado	6	Privada	Clínica Médica	Médio	Fotógrafo, comerciante	Ascendente
FI2	Fisioterapeuta	F	27	Solteiro	6	Privada	Ortopedia; Saúde da Mulher	Médio Técnico	Funcionários de empresas privadas	Ascendente
FI3	Fisioterapeuta	F	35	Divorciada	11	Privada	Esporte; Neuropediatria	Superior e Médio	Empresários	Estável
FO1	Fonoaudiólogo	F	28	Casado	6	Pública	Audiologia	Superior	Representante Comercial - ambos	Estável
FO2	Fonoaudiólogo	F	32	Solteiro	7	Pública	Promoção de Saúde; Saúde Coletiva	Superior e Médio	Analista de Sistemas e Professora	Estável
E1	Enfermeiro	F	30	Solteiro	6	Pública	Saúde da Família; Dermatologia	Médio Técnico e Fundamental	Bancário e Dona de Casa	Ascendente
E2	Enfermeiro	M	37	Casado	6	Privada	Saúde Pública	Fundamental	-	Ascendente
E3	Enfermeiro	M	32	Solteiro	9	Privada	Saúde da Família	Fundamental	Autônomo e Atend. de Enfermagem	Ascendente
E4	Enfermeiro	F	45	Divorciada	21	Privada	Saúde da Família; Educação em Saúde	Fundamental e Superior	Pedreiro e Professora	Estável
M1	Médico	F	28	Solteiro	2	Privada	-	Superior	Cirurgiões Dentistas – ambos	Estável
M2	Médico	M	52	Divorciado	26	Pública	Engenharia Biomédica	Fundamental	Trabalhador Rural e Barbeiro	Ascendente
M3	Médico	M	29	Casado	2	Privada	Saúde da Família	Superior	Profissionais do setor de ensino – privado	Estável
M4	Médico	F	49	Divorciada	24	Privada	Homeopatia, Hipnose	Superior	Advogados	Estável

(*) Tempo decorrido desde a graduação (em anos)

Dos agentes sociais entrevistados, 10 eram do sexo feminino (66,6%) e cinco do sexo masculino (33,3%), com idade média de 34,3 anos, variando de 27 a 52 anos. Estavam formados no respectivo curso de graduação na área da saúde há 9,4 anos, em média; com variação entre 2 e 26 anos. Dos 15 entrevistados, quatro profissionais se formaram em instituições de ensino públicas (26,6%) e 11 em instituições privadas (73,3%).

Quanto à área de especialização, encontrou-se ampla variedade de formação. Apenas seis profissionais, sendo cinco do grupo dos entrevistados da Estratégia Saúde da Família, com especialização na área de atuação atual, relacionada à saúde pública/saúde da família.

Analisando a trajetória escolar, constatou-se que 46,6% dos entrevistados possuem trajetória estável e 53,3% ascendente (Quadro 4).

Para esta pesquisa, foi considerado como trajetória escolar ascendente quando o agente social alcançou escolaridade maior que a escolaridade dos pais e trajetória estável quando permaneceu na mesma.

A seguir são apresentados, os principais resultados extraídos da leitura das entrevistas, considerando a aproximação ou afastamento dos conceitos de **cooperação interprofissional** e **apoio matricial** (CAMPOS, 1999; BRASIL, 2009), tomando por base depoimentos dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

As percepções dos agentes sociais relativas à cooperação interprofissional na ESF/NASF foram indexadas numa primeira etapa em categorias mais específicas. Na etapa seguinte do processo de análise, foram agrupadas procurando pontos centrais em torno de temáticas mais abrangentes, que indicaram as seguintes categorias empíricas: recursos de cooperação, modelo de cooperação interprofissional; e metas, carga horária e rotatividade.

Recursos de cooperação interprofissional

A identificação da categoria “recursos de cooperação interprofissional” refere-se aos arranjos/ferramentas utilizados pelos profissionais para facilitar a interação e criar condições para a cooperação na ESF.

Observa-se nas falas dos entrevistados que as equipes NASF e ESF se organizam a partir de encontros periódicos e regulares. Discussões de caso e planejamento são realizados em reuniões de equipe ou, como denominam os profissionais, reuniões de matriciamento.

(...) o apoio matricial é feito junto com as equipes de saúde da família [...]. A equipe nuclear identifica a demanda [...]. Aí, a gente discute pra propor a ação, que é na verdade o matriciamento. [...] aí a gente define se vai fazer abordagem grupal, se abordagem individual [...] depende muito da demanda. (AS2)

Então todas as manhãs, fazemos reuniões de equipe, onde a partir dali pensamos estratégias de atendimento, dali saem os casos, as discussões de caso, as propostas de projetos terapêuticos pra variadas famílias. (AS1)

Diferentes percepções sobre a reunião de matriciamento puderam ser observadas, ao analisar as falas dos entrevistados. Parte deles entende que as reuniões possibilitam um espaço de aprendizado, troca de saberes, aprimoramento da prática, trazendo benefícios para a sua atuação profissional. Relataram que as trocas vivenciadas trazem resultados positivos para o usuário e o serviço e consideram as reuniões entre os profissionais de ESF e NASF como um recurso para o planejamento das ações.

Essa questão da discussão [...] que a gente [...] consegue discutir o caso e solucionar ou traçar uma estratégia pra fazer o atendimento. [...] identificar quem é o profissional que pode tá trabalhando em cima desse caso e até pra fazer como se fosse uma educação com a equipe. [...] ele pode tá pegando essa experiência pra poder orientar a família na área dele. Então esse é o apoio matricial, essa

reunião que a gente faz de discussão de caso, uma troca de experiência. (AS2)

Então é um momento que a gente consegue fechar algumas coisas, costurar algumas coisas. Até tirar dúvida [...] fazer a ideia do matriciamento mesmo [...] é o momento pra isso também. [...] e aí, é interessante porque depois de um tempo eles vem com isso: "eu perguntei, eu lembrei do que você falou [...]" Então, por isso que a reunião é a mais importante mesmo. (FO2)

Então são essas coisas mais técnicas que ajuda [...]. Já atendeu um que você viu que não era aquele tão clássico, mas já tá um pouquinho diferente, quando chega um outro na sua mão e se você não tá com o especialista [...] mas você sabe que não tá normal, você já atendeu alguma coisa parecida com aquilo, então é mais fácil neste sentido, que é a questão da capacitação mesmo [...] esse trabalho de matriciamento [...]. (E1)

Quando a gente discute o caso no matriciamento, a gente ganha muito com isso, porque a gente ganha o saber e nesse processo de troca de saberes, a gente pode ajudar o paciente, a demanda não fica reprimida e diminui bastante. (E2)

Outros participantes parecem não identificar a reunião de matriciamento como uma ferramenta necessária para o trabalho compartilhado. Relatam dificuldade em discutir casos com os profissionais de apoio, quando identificam a necessidade de uma ação clínica; e também a dificuldade em discutir o caso com a equipe de apoio e não com o profissional específico.

Eu ocupo o tempo com matriciamento que às vezes, eu poderia tá fazendo outras coisas. E eu preciso da consulta, eu não preciso de outra coisa. (M3)

(...) vê se tem condição, matriciar, por exemplo, um caso de ginecologia? [...] que envolvem coisas de esfera íntima. E eu vou e falar isso numa reunião de matriciamento com um monte de ACS [...], contar um detalhe que a mulher tá referindo dor na relação, porque o marido [...]. É extremamente desagradável, extremamente desagradável. (M2)

Os discursos parecem denotar visões engendradas pelo trabalho individual especializado e pouco compartilhado, tanto no planejamento quanto na execução. A dimensão educativa do suporte técnico-pedagógico

propiciado pelo NASF é colocada em questão quando o profissional ESF relata que precisa da consulta e não do matriciamento.

Entre os profissionais entrevistados, observam-se algumas diferenças na organização das reuniões de equipe em relação à frequência (quinzenal, mensal) e ao tempo empregado (uma hora, duas horas).

A forma de participação NASF na reunião de equipe ESF também varia. Observa-se a participação de toda a equipe NASF; a estruturação em subequipes (saúde mental e reabilitação), a participação por profissionais de referência (duplas, trios) e a realização de “plantões” de equipe NASF.

De manhã, a gente tá junto. Então a nossa equipe toda se junta e participa dessas reuniões. [...] A gente prefere estar todo mundo junto. (AS1)

(...) a gente tem reunião mensal com o pessoal do NASF. [...] a gente dividiu entre a parte de reabilitação e de saúde mental. E aí, a gente vai guardando os casos pra conseguir passar. Outra coisa, às vezes não dá pra eu esperar um mês [...] a gente tem os plantões com o NASF, que acontecem aqui, todas as terças-feiras à tarde. Então eu consigo passar, adiantar um caso desse. (E1)

(...) a gente colocou alguns profissionais de referência pras equipes. Não que somente com eles que pode ser feita a reunião, mas se houver algum problema ou se tiver algum recado, alguma coisa, aquele profissional vai ser de referência pra aquela equipe, pra facilitar porque a gente acaba tendo uma agenda que nem sempre a gente comparece a todas as reuniões de matriciamento. E geralmente a gente participa das reuniões em no máximo três indivíduos, sempre com todos os profissionais da equipe de saúde da família completo. (F11)

Cada unidade de saúde e cada equipe ESF trabalham de acordo com a realidade de seu território e população adscrita, compondo seu trabalho a partir disso. Por sua vez, como apoio a este trabalho, o NASF atua de acordo com as equipes, unidades e região, por isso a diversidade da composição do trabalho é observada na fala dos entrevistados.

As reuniões de matriciamento podem ser consideradas como um recurso da cooperação. Como a reunião de equipe é um arranjo preconizado e empregado pela ESF, o NASF se insere num espaço programado para o

encontro dos profissionais da saúde da família, facilitando o trabalho compartilhado por não demandar outros espaços e ajustes nas agendas de trabalho.

Utilização de “plantões” e discussão em horário extra também foram citados como recursos utilizados para o atendimento/discussão de casos imprevistos e urgentes que não poderiam esperar a reunião de matriciamento programada. No trecho abaixo, o entrevistado ESF descreve a postura do profissional NASF frente a imprevistos e a disponibilidade dele em acolher a demanda da ESF.

(...) o matriciamento já foi [...] não deu tempo de passar no matriciamento original. Ela não precisava teoricamente fazer isso. Ela poderia ficar, fazer isso só no próximo matriciamento marcado, agendado [...] ele pode chegar e dizer: “Não, infelizmente não tenho vaga na agenda”. Tudo bem, mas ele poderia me escutar primeiro. Só que às vezes, ele nem escuta, ele: “Não, só na reunião que a gente conversa. Fora da reunião a gente não conversa”. (M3)

A necessidade de estabelecer espaços rotineiros de discussão para pactuar e negociar o trabalho NASF/ESF é evidenciada não apenas nas reuniões de matriciamento, mas numa postura de acolhimento do profissional NASF. Essa postura refere-se a uma disponibilidade de escuta e convivência e não obrigatoriamente uma resposta positiva às solicitações ESF.

Os profissionais justificam a adoção e escolha da forma de participação na reunião como melhor organização dos agendamentos para os casos discutidos quando a equipe toda participa e melhor distribuição na agenda de trabalho, em subequipes. Seriam arranjos organizacionais para otimizar o trabalho da equipe de apoio, de um lado, facilitando a articulação com a equipe ESF e de outro, distribuindo melhor as atividades de suporte técnico e assistencial.

(...) por que a gente gosta que todo mundo esteja no matriciamento? Porque a gente já sai com uma data, um atendimento agendado [...] às vezes é compartilhado, então a fisio já atende junto com o psicólogo [...]. Aí essa pessoa, por exemplo, pode ser inserida num grupo de caminhada

pra fazer o relacionamento social que ela precisa naquele momento e juntamente num grupo terapêutico pra cuidar da questão específica da lombalgia dela e ao mesmo tempo ela pode participar de um grupo de nutrição e já cuidar de outras questões e aí a gente já vai planejando no que ela pode ser inserida, pra gente cuidar dela como um todo e da saúde dela e não só da doença. (FO1)

(...) a gente faz reunião de equipe de 2 horas, cada bloco [...] Então as equipes escolheram os horários e os dias. Aí então, em cima disso a gente montou as reuniões [...] então tal dia é REAB, tal dia é mental, e aí eles separam os casos [...] pra cada equipe a gente fez um horário e dia de acordo com o que eles colocaram, que era melhor pra eles. (FO2)

Observou-se uma dificuldade de compreensão da organização do trabalho quando os profissionais NASF participam na reunião de equipe como referência. Nessa situação, a equipe NASF divide entre seus integrantes a responsabilidade da realização do apoio e acompanhamento das equipes ESF.

Em tal arranjo, a discussão do caso é realizada com profissionais que não necessariamente estão relacionados com a categoria profissional ou campo de conhecimento ao qual o caso será compartilhado. O profissional de referência ao discutir o caso com a ESF e verificar a necessidade de ação de outro profissional NASF, realiza nova discussão do caso em reunião entre integrantes do NASF. Após esta discussão é realizado o retorno das intervenções programadas pelo NASF em outra reunião com ESF.

Para alguns profissionais, haveria uma lentidão nos retornos dos casos por conta desta forma de organização. Essa visão pode apontar para a discussão de casos específicos e direcionamentos para categorias profissionais, considerados usuais, cuja consequência seria pouco espaço para a ampliação de diagnósticos e da clínica.

(...) a gente vai, passa os casos. Mas não são as pessoas que vão cuidar [...] o que acontece? Elas levam aquilo para... eles, que eu não sei aonde, num espaço virtual [...] marca uma intervenção. Aí, vem a devolutiva, 15 dias depois a devolutiva [...] A minha ansiedade não permite, eu levar um negócio, demorar 15 dias, mais 15 pra intervenção. (M2)

Na visão do profissional de NASF, a adoção dessa estratégia de acompanhamento, traz uma ampliação das atribuições profissionais, que passa a priorizar as ações de apoio matricial e não apenas ações específicas de categoria. O apoiador seria uma pessoa responsável pela articulação nas discussões, planejamento e operacionalização do trabalho entre as equipes ESF e NASF.

(...) porque como é um núcleo de apoio [...] é matriciar, independente de sua categoria, com toda aquela vivência que você teve. [...] numa reunião de matriciamento [...], eles me trouxeram um caso e na discussão [...] a gente foi lá e entrou num consenso, devido a vivência de cada um, que é necessário uma consulta com o psicólogo. Então, eu enquanto representante NASF, vou tentar direcionar quais as ações e atribuições que a minha equipe vai ter. Eu tenho que ter isso muito bem entendido, pra conseguir direcionar junto com a equipe da estratégia de saúde da família, o que que vai ser melhor? Qual vai ser o melhor plano praquele caso, entendeu? (F11)

Na categoria recursos de cooperação, observamos que a reunião de equipe com a ESF se mostra como um espaço importante para a realização do trabalho compartilhado. Apesar de existirem diferentes formas de organização da participação na reunião de equipe, estas se mostram ora como barreira, ora como elemento facilitador para a articulação do trabalho em conjunto, dependendo da visão sobre a atenção à saúde e o trabalho coletivo que o profissional apresenta.

Modelo de cooperação interprofissional

A categoria “modelo de cooperação interprofissional” reuniu trechos do material discursivo relacionados às percepções de como os profissionais constroem e traduzem as características da interação na produção do cuidado incluindo as diferentes perspectivas a respeito da cooperação e do apoio na ESF.

Configura-se como uma categoria mais abrangente, pois aborda aspectos relativos à imagem que os entrevistados traçam em relação à interdependência entre as equipes e abertura para o desenvolvimento de ações compartilhadas.

Observa-se na fala dos entrevistados, que para esta forma de organização do trabalho orientada pelo apoio matricial, os profissionais necessitam de vinculação entre o trabalho do NASF e o da ESF. Esta interdependência é marcada pela condição do trabalho NASF vir pela demanda/necessidade da ESF. O trabalho tem início com a ESF, que é responsável por sua identificação.

(...) a demanda chega através da equipe. Então eles identificam [...]. A equipe nuclear identifica a demanda. (AS2)

Então, a gente identifica os casos que vem ou por demanda do agente comunitário ou por demanda do médico [...] ou por demanda minha mesmo. Eu identifiquei, quero discutir com eles. [...], a gente traz a demanda e discute isso na reunião do matriciamento. E aí, vamos ver qual vai ser a ação pra esse paciente. (E3)

(...) não é só uma discussão de caso, eu acho que é a gente discutir um caso, um caso que deve ser bem conhecido, que deve ter muitas informações. Então é o que a gente pede, pra ser um caso conhecido pela equipe. Que pelo menos o médico ou a enfermeira tenham atendido. (FO2)

Os entrevistados citam a necessidade de apropriação dos casos pela equipe de saúde da família. Tal requisito seria fator importante para

ampliação da clínica e a discussão mais efetiva. Esta apropriação estaria relacionada ao conhecimento do caso e a identificação das necessidades.

Reconhecem que esta identificação e apropriação dos casos pela ESF é uma forma de se compartilhar o trabalho e não uma transferência de responsabilidades ou competição.

(...) ainda tem muitas equipes que não aceitam mesmo e não conseguem discutir um caso com a gente e trazer um caso bem olhado, bem visto e conhecido. A gente sempre fala que o critério de discussão de caso, em primeiro lugar é a equipe conhecer. E às vezes, eles trazem um papel que foi encaminhado de fora [...] veio com uma queixa de comportamento, e a equipe não sabe nada. E te encaminha [...] Tem que saber! Porque nós somos corresponsáveis e não responsáveis. A gente tá lá para apoiar e não para ser encaminhado. (FO1)

Acho que não justifica, porque a gente já tá há três anos falando: “Olha, a gente tá aqui pra pensar no cuidado. O paciente não é meu, o paciente é nosso”. (FO2)

Eles vêm, trazem o caso, na maioria discute antes os casos [...] entre eles, em outras reuniões e depois conversam com a gente. Acaba que a gente tem que ficar repetindo, repetindo, e puxando [...] dá trabalho [...] se responsabilizar, que é muito mais fácil falar: “não, olha, continua sua ação”. (F11)

Não são todas as equipes que recusam, mas algumas recusam sim e acaba gerando um certo desconforto entre NASF e a equipe de saúde da família, como se a gente tivesse competindo por alguma coisa. A gente não tá competindo com ninguém, a gente tá no mesmo propósito. Então, a gente sempre tenta explicar de novo qual é o nosso propósito... então... da corresponsabilidade. A gente vai sim atender, a gente não tá se recusando atender. A gente só gostaria que vocês conhecessem um pouquinho melhor, pra vocês trazerem um pouquinho mais de informação pra gente pensar junto com vocês qual é a melhor conduta pra esse caso. (FO2)

Os discursos acima trazem opiniões dos profissionais de NASF sobre a responsabilização das equipes da ESF sobre os casos de seu território. A ênfase na necessidade de apropriação dos casos pela ESF dada pelo NASF parece ressaltar o papel das equipes de referência para com sua clientela adscrita.

O discurso de um enfermeiro (E4) denota a apropriação da teoria no

que se refere ao papel da ESF na responsabilização e acompanhamento dos casos. Ao reconhecer e incorporar seu papel no trabalho que desenvolve, o profissional passa a considerar a importância da equipe de apoio, pela ampliação das possibilidades de atuação e pelo conhecimento adquirido nessa interação com o outro.

(...) a proposta do NASF é fazer com que você se aproprie daquelas informações que eles estão dando pro paciente. [...] Então assim, o paciente é meu, eu conheço [...] eu sei como é que ele vai reagir, eu conheço a casa dele. Às vezes até o NASF conhece, porque o NASF também faz visita. Mas eu conheço mais porque ele é meu cliente [...] pra mim só enriquece o meu trabalho porque [...] eles são técnicos pra isso, então a visão é outra, a forma de abordar é outra. Então pra mim, é positivo. É aprendizado, me enriquece, me faz ver de um outro ângulo e depois ir e buscar saber se o paciente também entendeu aquilo. E ver respostas disso no meu dia a dia. (E4)

Verifica-se que as demandas para o NASF surgem com a identificação pela ESF e que nas reuniões de equipe são traçados planos para cada caso. As ações de apoio são consideradas pelos entrevistados, como uma resposta às necessidades da ESF.

Além disso, compreendem que a demanda para apoio matricial é aquela que necessita de cuidados multiprofissionais, por ser complexa e relacionada à vulnerabilidade de cada território.

Lógico que quando a gente tem um acúmulo de problemas, de comorbidades e aí o paciente já é muito mais resistente, lógico que você lança mão de uma das suas cartas na manga. Posso fazer uma compartilhada, posso fazer um grupo [...] Então a gente sabe o momento que você, até onde você consegue ir sozinho [...] mas tem uma hora ou outra que precisa realmente, precisa de uma avaliação mais técnica mesmo. (E1)

Porque eu senti muita falta. Quando o paciente vem até você [...] percebe que a pessoa, ela vem com dor de estômago, dor na perna [...] não é normal, tem alguma coisa por trás. Aí, você faz o estudo de caso. E você vê como é essa família, e você vê que o problema que essa pessoa tem [...] o corpo está só respondendo aquilo que ele tá sendo atingido. [...] Então assim, estar junto do psicólogo, poder contar com ele pra situações que eu não vou ter como. E é um olhar diferente, é um técnico que tá aqui. Eu não tinha isso, era difícil, você ficava ali, via a tristeza do paciente, você só podia, sabe, lamentar ou chorar junto com

ele [...] você não poderia dar uma resposta, hoje você tem como dar uma resposta. Não digo exata, mas pelo menos é um caminho. [...] tem uma ferramenta também pra dar pra esse próprio paciente, pra ele também buscar o que ele necessita. (E4)

A gente acaba levando casos assim, a gente tem uma paciente que tem diabetes, é obesa, fez artrose do joelho, tem ovário policístico, faz sangramento crônico e tem colesterol alto. Acaba indo pra um grupo que tá a nutricionista e a fisioterapeuta, o grupo de dor crônica da fisioterapeuta e o ginecologista faz uma consulta compartilhada com a enfermeira [...]. É um paciente que precisa de múltiplos tratamentos que o NASF pode oferecer. (M4)

Geralmente são áreas extremamente vulneráveis, com diversas demandas sociais e até as que não são sociais a gente acaba abarcando lá. (AS1)

Então o principal mesmo, a nossa função é o matriciamento. Trabalhar junto na equipe, nos pontos que eles têm mais dificuldade ou que a gente percebe uma maior dificuldade. (F12)

A complexidade dos casos é relatada nas entrevistas como uma necessidade de um olhar mais abrangente, abarcando questões pouco assistidas anteriormente na ESF. Nesse caso, a ampliação dos saberes com o trabalho compartilhado, estende a atuação profissional para outras áreas de conhecimento.

Observamos nos discursos de outros profissionais que o entendimento da complexidade dos casos é visto como a necessidade de intervenção de diversos profissionais/disciplinas. Entendem o apoio como os tratamentos específicos que o NASF pode oferecer. Esta perspectiva parece indicar uma articulação insuficiente do conhecimento e das práticas entre as equipes NASF/ESF, mantendo a lógica dos encaminhamentos numa perspectiva que aponta para um reduzido grau de cooperação interprofissional.

Outro ponto sobre a complexidade vivenciada na ESF refere-se à vulnerabilidade do território. Tal vulnerabilidade relaciona-se com as características sociais, econômicas e ambientais que conformam a realidade de cada território. A narrativa de AS1, abaixo, reflete essa realidade social.

A dificuldade de articulação entre os diversos setores da sociedade para o desenvolvimento de políticas públicas com vistas ao enfrentamento dessas questões faz com que o modelo de apoio não consiga contemplar efetivamente a integralidade com os demais setores.

(...) meu trabalho, a gente até brinca que é um dos trabalhos meio complexos do NASF [...] pela demanda social da região mesmo, PSF. (AS1)

A questão de vulnerabilidade mesmo em relação a intersetorialidade, educação, habitação, saúde, assistência social, acho que fica um pouco meio deslocado em relação a isso. (AS2)

A interdependência ESF e NASF pode ser verificada também nas solicitações de apoio pela ESF. A efetividade do trabalho pode estar relacionada ao reconhecimento da necessidade do apoio e interesse pela ESF. Além disso, os profissionais relataram que as demandas urgentes da ESF, como a atenção aos casos agudos, interferem no trabalho de apoio do NASF e a efetivação da mudança do modelo de atenção à saúde proposto pela ESF.

(...) a gente apoia as equipes no que elas mostram de necessidade [...] o nosso objetivo é apoiar as ações deles. Então que parta deles para que daí a gente apoie. Que o movimento inverso que acontece muito de partir, as ações nossas, não tem tanta efetividade. Então eu acho que quando a gente apoia realmente no que eles precisam, que a gente consegue traçar de perfil epidemiológico pra aquela região junto com a equipe, apoiando a equipe é muito mais efetivo. [...] Às vezes é um pouco frustrante porque a gente percebe muitas limitações [...] a gente acaba querendo fazer algumas ações, mas se não tem o interesse da equipe, eles não estão envolvidos, não vai pra frente. Então a gente espera a demanda deles e nem sempre acontece essa demanda. (F12)

(...) a gente quer dar apoio pra uma Estratégia, que do meu ponto de vista, é muito fragilizada. Então, não tem como a gente apoiar se está fragilizada demais. A gente insiste em ações que não acontecem. Então, a gente quer fazer prevenção e promoção de saúde, e na verdade, a Estratégia [...] tá funcionando como um bombeiro, apagando fogo, dando conta só de casos dos indicadores deles [...]. E na verdade, quando já foi detectado, fazendo só uma prevenção de agravos. Então é difícil trabalhar nosso principal objetivo, a promoção e a prevenção, por conta da fragilidade da Estratégia. (F12)

Numa entrevista, um médico relatou que não apresentava todos os casos potencialmente elegíveis de sua área de abrangência para a discussão com a equipe de apoio. Na seleção dos casos a serem apresentados, o discurso parece indicar uma visão de transferência de responsabilidade com a rede de serviços que não observa no NASF. Nessa modalidade de apoio, a responsabilidade permanece com a ESF, compartilhada com NASF.

(...) eu aprendi que tem casos que eu levo pro NASF, tem casos que eu não levo, mesmo que eu tenha o profissional do NASF. Eu encaminho pra fisioterapia no ambulatório fora, eu encaminho pro ginecologista de um ambulatório fora. Não trago pro NASF. Porque daí, mais me atrapalha do que me ajuda. E não é culpa, às vezes, do NASF. É a estrutura dele que faz isso atrapalhar a gente. (M3)

A transferência de responsabilidades para serviços externos, segundo o entrevistado, não acontece no modelo de apoio matricial do NASF. Nesse, a responsabilidade dos casos é compartilhada entre ESF e NASF. Ou seja, não há deslocamentos de compromissos da ESF e o caso continua com o acompanhamento na APS.

Outra questão levantada é que as solicitações de apoio por parte da ESF e as respostas NASF para a equipe dependem do nível interacional, ou seja, do perfil do profissional e de seu relacionamento com os integrantes da equipe de saúde da família. Os profissionais disseram que solicitam apoio dependendo da pessoa que irá realizar as ações.

O NASF é uma situação meio peculiar. A gente tem muitas relações positivas, mas tem muitos problemas. Só que os problemas, eles não são, um problema que tem a ver com a equipe do NASF. São problemas com profissionais específicos, entende? [...] Não dá pra dizer que eu tenho um problema com o NASF [...], determinados profissionais, uns tem uma personalidade fechada ou então [...] menos proativa [...]. É um trabalho que não, a pessoa não pode ser assim [...]. Quando o profissional é assim, você acaba não matriciando casos pra ele. (M3)

Acho que tem gente que é mais aberto a trabalhar conforme a necessidade, se adequar a várias situações diferentes, saber lidar com as pessoas, que tem gente que a gente tem que lidar de um jeito, com outros, a gente tem que lidar de um outro. [...] quem age assim é um pouco mais fácil. (F12)

(...) com a equipe... tem pessoas, tem médico que a gente não consegue um bom relacionamento. Mas eu acho que é de pessoa [...] não é por ser médico, tem enfermeiros que a gente não consegue um bom relacionamento. Eu acho que quando a gente tem um bom relacionamento e a pessoa é aberta, a gente consegue melhor essas ações de consulta compartilhada, mas essa é uma questão da mais discutida. (FO1)

(...) eu considero ótimo, primeiro porque eu não nunca tive nenhum grande problema. E porque eles me procuram muito [...] nunca fiquei sem ter caso algum, já aconteceu com profissionais específicos com nosso núcleo de não passarem caso porque decidiram falar que a pessoa não queria atender e coisas desse tipo. [...] mas no geral, eu consigo fazer um bom trabalho. Sempre que eu preciso que alguém vá comigo numa visita específica, de um jeito ou de outro eu consigo. Tem que usar de jogo de cintura, mas acabo conseguindo. (F12)

A primeira das citações acima é de um médico (M3). Segundo o entrevistado, apesar dos problemas estruturais que o NASF possui, muitas vezes o trabalho flui melhor ou não, de acordo com o perfil do profissional de apoio, se mais ou menos acolhedor às solicitações ESF. Isso pode remeter à problemática da cooperação interprofissional e os determinantes interacionais que atravessam o fenômeno. Apesar de existirem diretrizes para operacionalizar o trabalho compartilhado na ESF, tais diretrizes não garantem essa efetivação, que depende de dispositivos ligados às habilidades profissionais.

Características da interação profissional relacionados ao perfil do agente, como posturas de interesse, colocar em ação, flexibilidade e iniciativa, parecem constituir importantes elementos de apoio para a cooperação interprofissional.

Eu nunca tive o costume de esperar, então eu sempre levantei, tentava levantar essas questões. Então, por ser fisioterapeuta, eu cheguei com o principal, passava na reunião de equipe, me passavam os casos e eu falava: “mas e aí, não tem mais nada?” “Não”. “Tem deficiente?” “Tem, tem deficiente”. “Quantos?” “Ah! Tem um ali, um ali”. “E como que é a acessibilidade?” (F12).

Mas pelo contrario, você tem outros profissionais muito proativos que fazem muitos grupos [...] e participam de muitos grupos específicos com a enfermeira, comigo, que matriciam fora do próprio matriciamento original [...]. Pra

gente poder atender aquela demanda que tá grande, entende? [...] eu acho que de novo tem muito a ver com aquela questão de personalidade da pessoa, mais do que com formação. (M3)

Então eu sempre deixei muito aberto das pessoas me procurarem, até mesmo fora do horário de reunião. Porque eu acho que é assim que você cria um bom relacionamento, a confiança. Aí, nesse caso às vezes surge consulta compartilhada por eu estar disponível, por eu ter discutido um caso na hora. E tem pessoas que são mais: "Não, só pego caso em reunião de equipe". Eu acho que fica mais difícil pra essas pessoas porque por mais que o profissional da equipe de saúde da família entenda [...] ele queria resolver aquilo naquele momento. (F12)

Na questão da flexibilidade referente às solicitações não programadas, as falas de F12 e M3 foram semelhantes. Referiram que esta postura de abertura para realizar discussões não agendadas, favorece a troca e o compartilhamento dos casos. Os contatos entre os profissionais não deveriam se dar apenas nos espaços idealizados para as trocas. O sentimento de interagir mais à vontade com o outro é maior, quando o outro se mostra disponível em horário e espaço não programado.

Outro fator citado nas entrevistas foi a sensibilidade para identificar as prioridades de atenção. Para a realização do trabalho compartilhado é necessário avaliar as condições reais da situação e adequar a priorização das ações propostas. É deixar, muitas vezes, de atuar no específico da categoria profissional para dar espaço para outro profissional ou até mesmo atuar junto com ele em prol do usuário/situação.

Não sei trabalhar diferente. Não saberia fazer nada sozinha, tomar uma decisão sem antes consultar a minha equipe. Porque às vezes fica muito bom pra um da equipe, talvez até fique muito bom pra mim, porque eu decidi. Mas, não fica bom pra equipe e qual é o resultado disso? Você patina, entendeu? E aí, a coisa não flui, o resultado não flui. (E4)

(...) ele tem que ser maleável nas decisões dele. Ele tem que às vezes aceitar uma ideia que não é o que ele concorda, mas ele deve fazer porque é o melhor pro usuário. Não o que é melhor pra você. (M4)

(...) agora no território [...] você consegue ver que talvez a sua ação não é a mais necessária no momento. Então, isso que é bacana, que às vezes você até fica mais sensível do que em outras situações... profissionais. [...] é conseguir

enxergar que às vezes [...] a dor nas costas dela [...] vai continuar, mas o que talvez ela esteja precisando não é somente de um fisioterapeuta, mas de alguém que talvez vá lá e ouça ou então alguém que vá lá e faça uma mediação familiar ou então ela ir acertar a questão de aposentadoria dela [...] desse olhar, o todo, não somente na doença. E até prevenir, fazer promoção, prevenção, não somente ver a queixa básica, da dor nas costas. (F11)

Os elementos relativos à interação foram a afinidade com a pessoa e com algumas categorias profissionais e a construção de objetivos comuns.

E eu acho que tem a ver também [...] com o que a pessoa gosta mais de trabalhar [...] tem médico, por exemplo, que gosta mais de atender os adultos, tem médico que gosta de atender criança, tem enfermeiro que gosta de atender criança [...] acho que como gosta mais, é um assunto que interessa mais, eles às vezes até pedem, querem saber. Ou, é mais fácil quando a gente fala: "Ah, então, vamo atender?" (FO2).

(...) isso depende muito do profissional também [...], por exemplo, a nutricionista ela consegue fazer mais consultas compartilhadas, ela é mais requisitada pra consultas compartilhadas ou é mais aceita pras consultas compartilhadas do que eu, por exemplo, acho que eles não veem muito como, por que fazer uma consulta compartilhada comigo de uma criança que troca a letra, por exemplo? (FO2)

(...) acho que muito da empatia com o outro profissional. Então, de querer atender porque... "Ah! nós somos... eu gosto de você". Tem um pouco isso também [...], então é mais fácil da gente negociar as coisas. (FO2)

Eu acho que é a questão da gente querer realmente trabalhar em prol de uma coisa boa, que seja construída junto, entendeu? Então, a gente quer que funcione. (E1)

A afinidade refere-se a uma empatia com o outro, com quem o trabalho é compartilhado. Também, relaciona-se com a maior facilidade em lidar com temas dos quais a pessoa tem interesse e domínio técnico. Como observado anteriormente, os profissionais possuem limitações ao lidar com temáticas/demandas de maior complexidade, sobre os quais é menor o domínio. Lidar com temáticas afins potencializaria o trabalho compartilhado. Por outro lado, haveria pouca articulação de diferentes saberes e, conseqüentemente pouco espaço para a ampliação de conhecimentos e práticas.

Características como apenas assistir o trabalho do outro e não se envolver, individualismo e dificuldade de compreensão da necessidade de se compartilhar o trabalho, parecem constituir barreiras para o trabalho compartilhado no nível da interação profissional.

(...) atualmente, é uma das nossas maiores dificuldades, conseguir a consulta compartilhada. [...] mas aí às vezes, o outro profissional fica só assistindo a consulta, não participa mesmo da ação. (F12)

(...) isso de [...] ser difícil de [...] conseguir entender porque atender junto, como que vai ser esse atendimento. “Eu vou ficar só olhando, eu vou perder meia hora do meu dia. Vou deixar de atender duas pessoas pra ficar olhando você atender uma”. (FO2)

Então eu acho isso muito ruim e aí acaba [...], dependendo de como os colegas pegam [...]. No meu núcleo eu percebo muito isso, porque eles são muito individualistas [...]. Não sabe o que que é equipe [...]. E eu vejo que eles não sabem fazer isso. (F13)

Então, eu acho que vem muito do médico. Porque assim, o médico fala: “já avaliei, já vi que ele precisa”. [...] essa história do médico, de você fazer uma consulta junto com o médico, por exemplo, com o enfermeiro nem tanto, mas com o médico, ele tem muito essa coisa: “Não eu já sei, você não precisa tá aqui junto comigo. Já avaliei, já sei que ele precisa de fisioterapia. Eu não preciso aprender como é que eu tenho que fazer”. (F13)

(...) não conseguem entender qual a função da consulta compartilhada que é de realmente aprender, de trocar. [...] De compartilhar mesmo... saberes. Às vezes não, acabam perdendo isso e isso ainda é uma grande dificuldade. (F11)

Esta dificuldade do profissional para o trabalho colaborativo se reflete na participação em ações compartilhadas. Perde-se a oportunidade de participar efetivamente e atuar mais integralmente. O profissional NASF acaba conduzindo as atividades, com pouco grau de compartilhamento e corresponsabilização entre eles.

No relato dos entrevistados, observamos a descrição de outras ações desenvolvidas pela equipe de NASF, que são a participação nas atividades programadas pela UBS e equipe de SF – ações compartilhadas - e as ações específicas, propondo novas formas de atuação.

(...) a gente participa dos grupos que existem nas unidades. Então, tem os grupos oficiais que eles têm que fazer, dos programas oficiais de puericultura, de gestantes, de hipertensos e diabéticos que são os grupos que todas as unidades têm. A gente participa dando apoio e às vezes a gente cria alguns outros grupos com as equipes ou a gente cria um grupo e chama as equipes para participarem com a gente. (FO1)

O enfermeiro ia pra uma visita, a gente ia junto e aí a gente ia fazendo um atendimento compartilhado. E aí, foi vendo a necessidade que só o enfermeiro, ou só o médico, ele dá conta, mas se a gente for acaba tendo um olhar diferenciado, de um outro profissional. A gente acabou se inserindo assim, nas questões compartilhadas. Agora, a gente consegue conquistar um espaço diferenciado porque antes não tinha. (AS2)

Estão propondo novidades, pensando novos grupos. Grupo de maternagem, um grupo [...] que trabalha com os bebês. [...] de ensinar a embalar o bebê. [...] É um grupo valoroso, pensando na perspectiva de futuro, assim, crianças sendo melhor amparadas pelos pais. Geralmente pais que não estão preparados para ser pais, adolescentes, depressão pós-parto. É uma abordagem que não existia na unidade antes. (AS1)

A variedade de ações realizadas pelas equipes NASF e ESF, possibilita uma ampliação na forma como o caso será conduzido. Desde ações conjuntas ESF e NASF, relatadas como compartilhadas; ações específicas dos profissionais da equipe de apoio, em grupos ou atendimentos; e ações pedagógicas para a equipe de saúde da família. Algumas novas ações, com a agregação de outras categorias profissionais na ESF, proporcionam a implementação de diferentes formas de atuação, ampliando as possibilidades de cuidado oferecido na ESF.

No que diz respeito às ações compartilhadas, os profissionais identificaram certas dificuldades organizacionais para a realização do trabalho em conjunto. Grande demanda e sobrecarga na agenda ESF, agenda de trabalho da ESF que não é compartilhada com a do NASF, desconhecimento da agenda do NASF pela ESF dificultaram a programação das ações com o NASF.

Além disso, alguns profissionais mencionaram que a distribuição do trabalho NASF em mais de uma UBS pode ser um elemento dificultador para

a harmonização das agendas, diminuindo as possibilidades para o trabalho compartilhado.

As agendas, principalmente do médico e do enfermeiro [...] são bem amarradas. Tem dias que é dia de consulta, tem dia de VD. Como tem a programação, geralmente é mensal [...]. Só que assim, a gente trabalha com várias equipes, então, são 10 equipes e a gente tem que fazer a reunião de matriciamento com todas as equipes durante aquela semana, só que não bate com o profissional que tá lá, que nós somos em 10 profissionais também, de várias especialidades. (AS2)

É difícil pela agenda mesmo. Porque, o dia que eu posso, por exemplo, estou terça e quinta em determinado posto. O médico, terça tá no acolhimento e quinta é agenda de hipertenso dele. Então eu também não consigo por conta da minha agenda [...]. Mas acredito que a minha é mais flexível do que a deles. (F12)

Eu tenho um horário de grupo, só que às vezes não bate com os outros profissionais, não casa. Aí um tem que tentar se inserir na agenda do outro. [...] Eu acho que a principal dificuldade é o tempo mesmo que às vezes eles precisam: “Eu preciso atender com você esse paciente tal”. A gente tenta colocar na agenda, não dá, tá entupida. [...] Daí fica difícil casar. (M1)

Outra coisa é porque [...] o NASF [...] trabalham em mais de uma unidade. Eles fazem uma agenda que fica com eles [...] às vezes, ele marca uma consulta aqui, outra na outra UBS, tudo junto, uma na outra. Ele se atrasa pra chegar aqui e ele chega na outra, vai ter que se deslocar, entende? Acho que isso é confuso até pra eles mesmos. (M4)

As pessoas às vezes ficam confusas, te vê um dia e não te vê outro. Não sabe quando você tá, não sabe quando vai voltar e eles gostam disso de ter uma certeza se você vai tá tal dia na unidade. Acho que você num trabalho contínuo, todo dia no mesmo lugar, você consegue melhor ações e é um território só, dá pra traçar um perfil epidemiológico bem melhor, dá pra promover outras ações que a gente não consegue tanto, que é promoção e prevenção realmente. Que em três unidades, a gente não consegue fazer. (F12)

Em alguns discursos, observou-se uma composição do trabalho na ESF pouco favorável ao compartilhamento de ações entre NASF e ESF. A estrutura de agendamento de consultas e a distribuição das atividades pareceram pouco flexíveis, gerenciadas por sistemas informatizados e com pouca margem de autonomia para a equipe de saúde da família. A inserção do NASF na agenda ESF parece insuficiente para as necessidades e

exigências de um trabalho compartilhado visando uma atenção mais integral. Com isso, em certos discursos, o trabalho mostrou-se ainda pouco integrado e os espaços para efetivar a cooperação, limitados.

Parece não haver espaço para agendar ações conjuntas o que dificulta o trabalho compartilhado. Por meio de algumas entrevistas, denota-se que os espaços de encontro garantidos na agenda referem-se apenas as reuniões de equipe NASF/ESF utilizadas para realizar o planejamento conjunto, garantindo uma parcela das necessidades do trabalho compartilhado. O delineamento conjunto de projetos terapêuticos específicos a cada caso e a realização das ações traçadas parecem depender mais de iniciativas profissionais individualizadas.

Frente a essas dificuldades, os profissionais mencionaram estratégias para o compartilhamento de ações como a realização conjunta da visita programada do médico ou enfermeiro, o agendamento de consultas compartilhadas no tempo de consulta do profissional ESF e a disponibilização de horários programados de consultas compartilhadas para os profissionais NASF.

(...) eu acho que é muito mais fácil, a gente conseguir fazer compartilhada em relação à visita, porque o médico já tira um tempo, um período, uma manhã pra fazer visita. [...] a gente agregar junto um trabalho do que a gente conseguir marcar uma consulta [...] porque a agenda é feita pela estratégia e tem um sistema que todos os pacientes vão lá pra agendar e já agenda pro mês seguinte. (AS2)

(...) vão sendo criadas estratégias, um gerente guarda um horário de atendimento. Então na semana, o médico tem um dia que ele vai atender junto com o NASF. Então ele guarda um período de atendimento e ele consegue atender com o NASF. [...] A gente também já sabe disso previamente, então já focaliza nosso horário na agenda pra aquele dia, estar naquela unidade, fique à disposição dos atendimentos com os médicos. [...] Então, uma das estratégias é marcar com o médico, com o enfermeiro, outro profissional nesses 15 minutos. Nós fazemos uma consulta compartilhada e após isso continuamos com o paciente, alguns casos. Então ficamos mais 15 minutos, então em meia hora a gente consegue ter um parâmetro um pouco melhor do paciente. (AS1)

Então sempre vai ter um horário na nossa agenda que é pra fazer compartilhada, então estipulou por semana, ao invés de fazer uma hora de reunião, a gente faz 2 horas e na primeira hora a gente faz os atendimentos compartilhados, na segunda hora faz a reunião de matriciamento, pra discussão de caso. (AS2)

Quanto às consultas compartilhadas, os profissionais da ESF apresentaram diferentes perspectivas sobre sua realização e o modelo de apoio. Alguns reconheceram a importância dessas ações para a prática profissional, e outros identificaram que a ação multiprofissional deve ser efetiva e não apenas normativa.

(...) é rico, é importante. Sim, a gente faz visita junto, a gente faz uma consulta compartilhada junto. As informações que ele passa pra um paciente [...], você já absorve aquilo e [...] você já tem aquela informação pra dar. Até porque não tem como o NASF atender um paciente como a gente. [...] Então, eu acho que amplia a tua forma de atender. Não que eu vá fazer o serviço do fisioterapeuta, nem tenho essa pretensão, posso orientar pra minimizar [...] até que ele consiga um atendimento, se for o caso mais pra frente. (E4)

(...) nos grupos próprios da unidade. A gente tenta se encaixar. Mas o que a gente sempre fala é que a gente quer que também seja ações efetivas. A gente não quer entrar por entrar nos grupos. Então, entre nós, nós sentamos no nosso NASFinho, na nossa reunião e decidia o que achava mais importante em cada grupo. [...] Então a gente se dividiu por efetividade, e a gente sempre deixa também livre das equipes procurarem a gente. (F12)

Outros trouxeram críticas referentes ao modelo de apoio e o compartilhamento de ações. Os discursos parecem indicar para um modelo de atenção mais voltado para práticas tradicionais, muito vinculadas ao encaminhamento de casos e a transferência de responsabilidades, com dificuldades em compartilhar o caso com a equipe de apoio. Outros identificaram uma dificuldade em atuar com informações que julgam ser de outro núcleo profissional. Não mencionaram a necessidade de acompanhar o caso nessa estrutura de apoio, nem compartilhar ações. Consideram a ação com o outro, cansativa, por demandar mais tempo.

Eu acho que devia ter mais fisioterapeutas e eles fazendo o trabalho de fisioterapeuta, como se fosse clínica assim [...]. Ele vai lá fazer a reabilitação do paciente, não ir lá uma vez, passar orientação e o enfermeiro depois ficar

acompanhando, pra saber se está fazendo certo ou não. Às vezes, eu vejo, ele tá fazendo, mas eu não sei se está realmente certo porque eu não tenho visão de fisioterapeuta, não sou fisioterapeuta. (E3)

(...) eu tenho que saber indicar fisioterapia, que nem sempre as pessoas, médico, sabe indicar corretamente uma coisa. Mas você quer que eu faça fisioterapia? Não é esse o foco. (M4)

(...) o enfermeiro faz uma consulta compartilhada com médico psiquiatra. Eu acho que isso já é demais. Eu não concordo, porque é a mesma coisa [...] vai passar com o médico psiquiatra e o enfermeiro numa compartilhada, o médico psiquiatra vai dar aquele monte de orientação, vai passar umas drogas, medicação e tal. Quem vai fazer esse acompanhamento, fazer essa conversa depois de novo é o enfermeiro. [...] Eu acho que isso pra mim não é apoio. Porque não é apoio à equipe que eu vejo, é apoio pro paciente. Tem demanda, agora não tem quem atenda. (E3)

(...) eu já tenho uma demanda grande, eu não preciso de alguém que me diga o que fazer que isso me atrapalha muito. [...], eu vou ter que reagendar esse paciente em curto prazo e eu não tenho nem vaga. [...] Agora, se eu encaminhar pro ambulatório fora [...] vai marcar e a paciente vai lá, feliz da vida, resolver o problema dela [...]. Eu acho que não deveria ter NASF. Eu acho que deveria ter ambulatório de especialidades direto. [...] Às vezes me atrapalha mais do que me ajuda [...] Era muito mais fácil ter um ambulatório pra mandar o paciente porque se eu mando pro cardiologista [...], ele me manda uma folha impressa, com o quê que eu tenho que fazer na UBS, se tem que ter retorno [...]. Ele se comunica comigo também, melhor que o NASF, às vezes. (M3)

É mais cansativo porque a consulta compartilhada [...] a gente tem o período de consulta de 20 minutos [...] Geralmente, a consulta compartilhada dura o dobro do tempo, devido a outras avaliações do profissional que tá com a gente, diminui um pouco. (E2)

Em outro relato, o profissional ESF, apesar de considerar a consulta compartilhada produtiva, atribui sua atuação com a equipe de apoio à realização de procedimentos ligados à clínica médica, adotando uma atitude de assistir a consulta mais do que participar efetivamente.

Agora as consultas compartilhadas são bastante produtivas, mesmo porque a maioria dos pacientes eu já vi. [...] geralmente, eles conduzem mais a consulta e eu só dou o apoio. Às vezes, eles precisam de encaminhamentos, ou alguma opinião clínica, medicação. E aí eu entro nessa parte. [...] Geralmente eles conduzem mais e eu fico mais

quietinha, olhando e dou os meus palpites quando necessário. Mas é tranquilo trabalhar com eles, não é complicado não. (M1)

Os entrevistados identificaram ainda uma dificuldade de implantação do modelo de apoio pela alta demanda de casos na ESF e uma rede de apoio insuficiente e fragilizada.

A gente vem com a proposta feita, das nossas diretrizes, do que a gente sabe o que é atenção primária, do que a gente espera que seja atenção primária e a gente cai numa demanda já existente. Então, por mais que eu queira fazer ações de promoção, de prevenção, eu não consigo porque a Estratégia está cuidando de uma população totalmente adoecida e sem rede. Então, a frustração é mais de não fazer ações preventivas e de promoção. E às vezes eu acho que a gente não tá dando o suporte adequado para estas que realmente deveriam estar no setor terciário, por exemplo. Sinto que a gente tá apagando fogo todo tempo e não conseguindo realizar um trabalho com um resultado longitudinal. (F12)

(...) porque é um apoio, não é atendimento. Até a definição é núcleo de apoio à saúde da família, não é atendimento. A teoria tá [...] mal fundamentada na nossa realidade, na realidade da população, da demanda, da necessidade. (E3)

Porque eles realmente têm outra expectativa nossa, que a gente faça igual a eles, que a gente vai atender e tirar da frente deles aqueles casos. Então, quando a gente chega com uma outra proposta, eles acham bem esquisito. Então, é difícil, porque a gente [...] além de tá propondo uma outra coisa, está mexendo com o que a pessoa não está acostumada. Tem pessoas que não estão abertas a isso. (F12)

A percepção de que os profissionais do NASF inseridos no serviço atuariam como serviço especializado, substituindo os serviços de referência, parece estar ligada à presença de uma rede de serviços insuficiente.

Em um discurso (F12), observou-se dificuldade para o trabalho num serviço com grande demanda para especialidades e casos agudos ou de urgência/emergência. Ao desenvolver ações para esses grupos, o profissional do NASF refere distanciar-se dos objetivos do apoio matricial e não realizar adequadamente seu papel de apoiador.

Alguns entrevistados vinculados ao NASF reconheceram vivenciar o processo de construção de um novo modelo de atenção. Identificaram

dificuldades de implementação da proposta que transcendem categorias profissionais específicas e que podem ser relacionadas com a formação profissional unilateral e especializada e a habilidades para o exercício do planejamento compartilhado.

(...) a gente não estava preparado mesmo [...] eu falo em relação a mim, por exemplo, profissional assistente social é um profissional da área da saúde não é de hoje [...]. A gente estava acostumado, vindo da faculdade, acostumado com a retórica, com um modus operandi. Aí eu chego lá e é tudo diferente. Eu vejo as pessoas ali e eu não posso sair catando elas e tá atendendo porque eu não sou plantão social, eu tenho que atender as equipes e referenciar as equipes. E aí sim, atender as pessoas baseado no que elas propõe. (AS1)

E eu acho que isso é muito mal orientado, pelo menos foi o que eu percebi. Acho que as pessoas não entendem, um pouco, o processo de trabalho. É muito bonitinho no papel, mas na hora de colocar, cada um pensa individualmente, não pensa em conjunto, e isso dificulta muito. [...] Tem uma coisa também, as pessoas não sabem fazer promoção da saúde. [...] E aí, você pegar gente de reab e vou colocar pra matriciar, precisa ser feito um trabalho, não é assim. Não é assim, do dia pra noite que a pessoa vira alguém pra matriciar. Até porque as próprias equipes não estão esperando isso, elas querem alguém que atenda a demanda. (F13)

Egressos de uma formação profissional específica para um trabalho que exige uma atuação compartilhada; de uma formação técnica que não privilegiou a questão do território, a promoção de saúde, o trabalho em equipe segundo as diretrizes da ESF, os discursos dos profissionais refletiram as dificuldades do profissional NASF nesse novo processo de trabalho.

Metas, carga horária e rotatividade

Apesar da categoria “metas, carga horária e rotatividade” poder ser considerada como parte do “modelo de cooperação interprofissional”, a mesma foi destacada nesta análise por apresentar aspectos importantes para a identificação de elementos que interferem na cooperação.

A categoria de análise está relacionada à interferência positiva ou negativa que os entrevistados atribuíram a certos aspectos ligados ao ambiente interno das organizações como metas de trabalho, diferença de carga horária e rotatividade de profissionais.

A maior parte dos agentes relatou a interferência das demandas administrativas e das metas no trabalho compartilhado. Mencionaram que o trabalho e a composição da agenda são orientados por metas propostas pelos gestores.

São os números que a gente tem que apresentar todo fim do mês. Números de produção dos indicadores de saúde. Então gestantes, no mês, se eu tenho 20 na minha área, eu tenho que dessas 20, tenho que saber quantas [...] fizeram exame de sangue, quantas tomaram a vacina [...] Essas são as metas. Visitas, quantas visitas. Tem um mínimo de visitas [...], quantos pacientes foram atendidos. (E3)

As equipes de estratégia de saúde da família têm algumas metas a serem alcançadas, estabelecidas pela coordenadoria ou pela secretaria [...] se, por exemplo, o enfermeiro não atinge “X” de consultas, ele é cobrado disso. Então, não importa o que ocorra, às vezes ele tem mais demanda de grupo, mas só que ele precisa cobrir a meta de consulta. (F11)

Metas relativas ao número de consultas da ESF e a dificuldade de adaptar a agenda com o NASF; diferenças no tempo de consulta por categoria profissional; e nas metas específicas estabelecidas para o NASF e para a ESF parecem interferir na realização do trabalho compartilhado.

O nosso quadro de metas é diferente do quadro de metas dos enfermeiros. [...] do enfermeiro ou da equipe da

estratégia é muito maior. A cobrança é muito maior, até porque a gente tá implantando ainda. (AS2)

Eu acho que este trabalho ainda não ocorre como poderia ocorrer, muito da justificativa vem das metas e é sempre esta a justificativa assim. Meta, meta, meta, porque a consulta é de 15 minutos, do médico. [...] a gente acaba fazendo a consulta em 40 minutos. (AS1)

(...) às vezes, a gente planeja algumas ações que seriam necessárias [...] a participação da estratégia, dos profissionais da estratégia de saúde. [...] “Oh! Eu não posso, porque eu tenho que terminar as minhas VD. Eu não posso porque eu tô em consulta [...] tenho que atingir a minha meta”. Então, isso dificulta. [...] A organização dele fica tudo em torno da meta, do “X” de grupos, do “X” de VD, de consulta. (F11)

Pela demanda do lugar. Parece assim que eles são engolidos mesmo. Eles até podem entrar com a proposta, sabendo o que é atenção primária, mas chega o médico e a enfermeira com aquela agenda enorme de hipertenso, diabético, tem que bater meta de remédio em casa, meta disso, meta daquilo. Então acaba não conseguindo realizar o que eles também realmente gostariam. Acho que acaba faltando tempo. Eles estão muito ocupados com a questão do atendimento [...], fazendo trabalho de outros setores e não realizando realmente a atenção primária. (F12)

Resulta que as metas acabam orientando a composição da agenda ESF e conseqüentemente o trabalho NASF, pela interdependência entre os dois. A implantação das metas NASF foi posterior à ESF. Há em sua composição a meta de consultas compartilhadas, como tentativa de formalização e adequação do trabalho compartilhado NASF/ESF. No relato dos entrevistados, os profissionais descreveram a dificuldade em se alcançar tais metas, pelos arranjos organizacionais citados acima. Em outra narrativa, um profissional NASF apontou certa incoerência das metas NASF, pois o trabalho de apoio do NASF é dependente da ESF.

Essas metas são mensais, são divididas por unidade e por profissional. Cada profissional tem uma meta e que a gente recebe todo mês. Tá mudando bastante, inclusive. Cada mês, estão vindo metas novas e o que tá mais difícil de bater é consulta compartilhada. Tem uma meta alta. Não é por nossa causa, a questão é que é muito difícil conciliar nossa agenda com a de médico ou de enfermeiro. Então, eles já tem uma agenda fechada, que é complicadíssimo eles se adequarem aos nossos horários e nós aos deles. Essa meta é bem difícil. (F12)

A gente tá começando a caminhar, ao meu ver, pra um engessamento porque a gente agora começou a ter metas e pra mim, isso é difícil de entender, por que como eu vou ter meta se a minha demanda vem de outro lugar? Eu vou ter que forçar, então, “X” consultas mesmo não tendo, porque eu tenho que atingir a minha meta, entendeu? Sendo que às vezes é mais necessário, seria naquele mês mais VD? Então, eu acho que tá caminhando pra uma coisa engessada. (F1)

Um dos agentes trouxe a percepção de que com a implantação das metas para o NASF, houve uma aproximação entre as equipes NASF e ESF, por serem cobradas da mesma forma (FO2). A implantação das metas NASF permitiu uma maior identificação dos profissionais ESF com os de NASF, associando-os aos mesmos parâmetros.

(...) a impressão que eu tenho é de que depois que a gente teve essas metas, essa cobrança, depois que falaram pra eles que a cobrança das nossas metas ia ficar mais firme... A impressão que eu tenho é que eles se sentiram mais, mais próximos da gente. [...] “Coloca como consulta compartilhada, que vocês têm meta de consulta compartilhada?” [...] “Aí, quando eles começaram a ver isso de meta, que a gente tem ficha D, tem que preencher, tem meta. [...] Parece que isso colocou a gente meio que parecido, assim somos parecidos. (FO2)

Os profissionais que questionaram as metas, relataram que elas não condizem com a realidade do trabalho (vem pela demanda de outros) alterando o modo de se operar o apoio. O profissional se sente responsável pela reflexão sobre o papel do apoio e a gestão do trabalho com a realidade encontrada no cotidiano.

(...) eles querem que a gente faça. Eles cobram as consultas compartilhadas, mas a gente fala: “Vocês podem cobrar. Mas enquanto a gente não sentar pra discutir a agenda e a produção, a forma de trabalho, o processo de trabalho das equipes de saúde da família, não tem como eu bater meta, por exemplo, de consulta compartilhada”. [...] a gente até bate algumas metas, mas porque aí a gente faz isso, é um dia de grupo, a gente consegue atender junto, a gente faz algumas coisas que a gente consegue. (FO2)

Este tipo de perspectiva reflete um anseio dos profissionais em participar da construção de mecanismos de avaliação do trabalho, não apenas como instrumentos de avaliação de processo, mas como parâmetros de avaliação do trabalho e de seus resultados.

Outra questão apontada nas entrevistas foi a existência de diferentes cargas horárias de trabalho entre os profissionais NASF, constituindo-se como barreira para o trabalho articulado NASF e compartilhado ESF. Um dos discursos aponta uma particularidade das categorias fisioterapeuta e terapeuta ocupacional que são contratados por 20 horas semanais, permanecendo meio período nas unidades em que trabalham (F13). A carga horária reduzida acaba dificultando a vinculação com ESF, a articulação e a continuidade do trabalho.

Agora, acho bem complicado pra parte da tarde, tanto a fisioterapeuta quanto a terapeuta ocupacional do período da tarde que não participa de reunião de equipe, porque acaba não conhecendo as equipes, não conhece o que foi discutido [...] a gente que passa [...] Eu, em 4 horas que eu fico na unidade, eu tenho 2 horas de reunião de equipe e as outras 2 horas eu tenho que fazer grupo, eu tenho que atender, eu tenho que fazer visita, e interagir com colegas da unidade, [...] eu acho que fica bem dificultoso, dificulta bastante. Então, você faz parte da equipe, mas não faz. Você vem, faz o seu trabalho e vai embora. (F13)

Como visto anteriormente, parece haver dificuldade de conciliação de agendas NASF e ESF. Essa dificuldade é potencializada pelos diferentes horários de trabalho dos profissionais do NASF. Esta diferença entre os profissionais também dificulta a coesão e articulação do trabalho do NASF.

A questão das agendas é bem complicado, isso dificulta muito. Até porque tem profissional que é 20 horas, tem profissional que é 30, tem profissional que é 40. (AS2)

(...) eu acho muito complicado a questão dos fisioterapeutas serem 20 horas e agora com o assistente social sendo 30 horas, mas o assistente social ainda é só ele. Agora com fisio e terapeuta ocupacional, se é só de manhã ou se é só de tarde, a gente não se encontraria nunca. Então esse esquema de, se a gente consegue unir forças, [...] então a gente se encontra, consegue trocar um pouco de experiência. Então uma fica mais em reunião de equipe, outra faz mais visita, faz outras atividades, a gente consegue se organizar um pouco melhor. (F13)

Só que imagina o NASF adequar horário de dezenove equipes em três lugares. E são 10 profissionais, sendo que um tanto é de 20 horas, um tanto é de 30 horas e um tanto é de 40 horas, uns trabalham à tarde, uns trabalham de manhã e uns trabalham o dia inteiro. Então assim, a visão

deles é muito complicado pra gente, eles exigem algumas coisas que eles não conseguem entender. (FO1)

Além disso, os profissionais relataram dificuldade de fixação de profissionais na ESF e NASF.

Desde que eu trabalho aqui, o NASF mudou muito de profissional assim. Porque tem alguns profissionais que mudam mesmo. (M3)

(...) a gente teve muita troca de profissional no decorrer desses dois anos [...] isso também dificultou nossa equipe, a nossa integração com os outros profissionais. [...] Então isso acaba, quebrando os vínculos que a gente acaba fazendo, desacreditando um pouco também do trabalho, porque entra profissional e sai, entra profissional fica 6 meses e sai. Isso fica ruim também pra equipe. (AS2)

Nesse posto, somos em oito equipes, quatro equipes estão completas, com quadro completo, enfermeiro, médico, auxiliares e agentes. Outras quatro não. Outras quatro só tem o enfermeiro, os agentes e os auxiliares, não tem médico. (E3)

Essa rotatividade dos profissionais, mencionada nos discursos dos entrevistados, pode interferir na interação entre os profissionais das equipes. A convivência se caracteriza como elemento importante para elevar a cooperação neste espaço.

A partir das percepções dos agentes sociais em questão, observou-se uma variedade de visões e perspectivas sobre o trabalho compartilhado e a cooperação interprofissional que serão discutidos a seguir.

5. DISCUSSÃO

O presente estudo procurou captar as percepções dos principais agentes sociais envolvidos com a cooperação interprofissional na Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Para tanto, foi realizada pesquisa no município de São Paulo, nos serviços de atenção básica das Supervisões Técnicas de Saúde (STS) que compreendem a Coordenadoria Regional de Saúde Sul (CRS-Sul). Neste município, a implantação do NASF se deu em novembro de 2008 (SÃO PAULO, 2009). A opção por este contexto se deu pelo fato do município ser de grande porte e referência nacional para os serviços de saúde, o que compreenderia uma maior variedade de percepções dos agentes envolvidos.

Participaram do estudo 15 profissionais de NASF e ESF, nas seguintes categorias profissionais: dois assistentes sociais, quatro enfermeiros, três fisioterapeutas, dois fonoaudiólogos e quatro médicos. Desses profissionais, 66,6% eram do sexo feminino e apresentaram idade média de 34,3 anos. Estavam formados, em média, há mais de 9 anos sendo que a maioria (73,3%) fez a graduação em instituições privadas. Quanto à especialização, 40% dos entrevistados possuíam curso relativo à área de atuação atual.

Apesar de não ter sido objeto de análise, a caracterização dos participantes se deu em virtude da opção metodológica de análise do discurso. Para a AD, o contexto sócio histórico do sujeito e/ou a posição social do agente que emite o discurso devem ser levados em consideração na análise.

Os resultados permitiram identificar os recursos ligados à interação entre os profissionais, no âmbito da ESF e NASF. Os discursos dos entrevistados possibilitaram a apreensão de percepções sobre o apoio

matricial e a identificação de elementos que interferem na cooperação interprofissional, respondendo aos objetivos propostos para esta pesquisa.

O apoio matricial é um termo utilizado, por pesquisadores brasileiros, para descrever a organização do trabalho a partir de equipes de referência e apoio especializado. Segundo CAMPOS (1999), a equipe de referência é a responsável por uma população adscrita. A equipe de apoio matricial realizaria o suporte em ações assistenciais e pedagógicas para esta referência. O apoio matricial propicia uma ampliação das possibilidades de composição de projetos terapêuticos. Ao mesmo tempo, ambas as equipes não estão excluídas da responsabilidade pelos casos.

Portanto, no contexto brasileiro e para esta pesquisa, o dispositivo de apoio matricial, ao prever a ação conjunta e a articulação das equipes de referência e de apoio, pode ser entendido como um artefato ou uma ferramenta utilizado para operacionalizar o trabalho colaborativo na ESF.

O apoio matricial, ao se aproximar e dialogar com os conceitos de cooperação interprofissional da literatura internacional, pode ser utilizado para o estudo da interação e relações entre profissionais de saúde.

Nessa acepção, o apoio matricial foi empregado para a investigação da cooperação interprofissional, definido neste estudo como um tipo de interação entre profissionais de saúde. Portanto, a discussão dos resultados será realizada a partir desse referencial.

A categorização dos discursos sobre a cooperação interprofissional na ESF foi definida com base nas características do objeto de pesquisa encontradas na literatura, como os determinantes da cooperação - sistêmicos, organizacionais e interacionais (SAN MARTIN-RODRIGUEZ, 2005). O quadro teórico e os procedimentos de análise do material das entrevistas permitiram o agrupamento das percepções dos agentes sociais em três categorias empíricas: “recursos de cooperação”, “modelo de cooperação interprofissional” e “metas, carga horária e rotatividade”.

A primeira delas, recursos de cooperação reuniu percepções relacionadas à reunião de equipe, como um espaço para trocas e articulação do trabalho entre NASF e ESF.

A reunião de matriciamento, realizada em espaços programados, constitui um dos arranjos utilizados para organizar o trabalho entre o NASF e a ESF. Nela, são realizadas discussões de casos e planejamento de ações. Foram encontradas diferentes visões sobre a reunião de equipe, ora como potencializadora da aprendizagem e a troca de saberes, ora como um elemento pouco contemplado para o trabalho conjunto.

O exame dos dispositivos simbólicos relacionados a essas diferentes visões sobre este arranjo organizacional, apresentadas pelos profissionais, pode auxiliar a identificar aspectos críticos importantes para a implementação do modelo de cooperação. A adoção de equipes de apoio NASF para equipes de referência ESF parece alterar as configurações tradicionais do trabalho em saúde.

Os resultados permitiram identificar elementos que atuam como apoio e outros que atuam como barreira na cooperação interprofissional. Parece haver relação entre a responsabilização dos casos pela ESF e a intenção de compartilhar o trabalho com o NASF.

A postura de corresponsabilização entre as equipes ESF e NASF parece também indicar uma fonte de apoio ao trabalho compartilhado. Ao contrário, discursos relativos à visão sobre o modelo de atenção mais voltado para práticas tradicionais vinculam o trabalho com o encaminhamento de casos e a transferência de responsabilidades para o NASF.

Além disso, alguns achados podem ser relacionados ao nível interacional como a relação entre os profissionais, os perfis e posturas dos agentes.

Outra questão encontrada refere-se às solicitações de apoio pela ESF que estariam relacionadas à complexidade dos casos e ao cuidado multiprofissional.

Diferentes posturas relativas à consulta compartilhada também foram encontradas, desde atitude de resistência até de apropriação. Nos discursos também emergem aspectos relacionados aos benefícios para a prática e a ampliação das possibilidades de ação.

Os profissionais referem dificuldades na efetivação do trabalho compartilhado relativas ao agendamento das ações, à sobrecarga de trabalho ESF e à rede de apoio insuficiente. Ao utilizarem estratégias organizacionais para desenvolver a colaboração, o trabalho mostrou-se ainda pouco integrado e os espaços para efetivar a cooperação, limitados.

A agregação de outras categorias profissionais com o NASF na ESF, pode ter proporcionado a implementação de diferentes formas de atuação, ampliando as possibilidades de cuidado oferecido na ESF. A inserção profissional em uma nova forma de atuação trouxe dificuldades relativas às habilidades e à formação profissional específica que geralmente não contempla a atuação compartilhada.

As demandas administrativas e as metas parecem determinar o planejamento e agendamento das ações ESF e NASF. Alguns achados relacionam a dificuldade em adequar agendas ESF e NASF pela composição das metas da ESF (número alto de consultas específicas e agendas pouco flexíveis).

As metas acabam orientando a composição do trabalho da ESF, bem como o trabalho compartilhado com NASF. Os profissionais apontam incoerência da cobrança das metas, visto que o trabalho NASF é ESF dependente.

A diferença encontrada na carga horária de trabalho dos profissionais NASF, a rotatividade e a dificuldade de fixação de profissionais são apontados como elementos de barreira para o trabalho compartilhado.

O núcleo de apoio à saúde da família (NASF) criado em 2008 pelo Ministério da Saúde tem como objetivo

(...) ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.

(BRASIL, 2008, art.1º)

O NASF é constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes categorias e atuam no apoio e em parceria com os profissionais da ESF. Utiliza-se do apoio matricial, como tecnologia de gestão do trabalho, complementando o processo de trabalho de equipes de referência (BRASIL, 2009).

Um dos recursos de cooperação evidenciado pelas entrevistas é a reunião de matriciamento, realizada com equipe NASF e ESF, o que pode ser observado nos discursos de AS2 e AS1, quando descrevem o cotidiano de trabalho no NASF (p.47).

A reunião de equipe se mostrou como um espaço importante para a realização do trabalho compartilhado, na medida em que são realizadas discussões de casos, planejamento e articulação de ações. São considerados espaços programados de encontros entre NASF e ESF, garantidos na agenda de trabalho.

CAMPOS e DOMITTI (2007) ao descreverem o modelo de apoio matricial enfatizam a realização de encontros programados (periódicos e regulares) entre os integrantes das equipes. Nesses encontros seriam realizadas discussões de casos ou de problemas de saúde, elaboração de

projetos terapêuticos e articulação das ações por linhas de intervenção para os profissionais envolvidos no cuidado.

A utilização desse espaço para a realização das tarefas acima, potencializa o trabalho em equipe na medida em que as ações são acordadas e planejadas coletivamente.

Conforme preconizado pelo Documento Norteador para ESF (SÃO PAULO, 2005), os integrantes da equipe de saúde da família (médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) devem realizar reuniões de equipe diárias. Ao ingressar na ESF, NASF utiliza dessa reunião diária para iniciar seu trabalho de apoio matricial, chamando-a de reunião de matriciamento, quando há a sua participação. As reuniões da equipe de saúde da família, nesse sentido, asseguram a realização do trabalho compartilhado com a equipe de apoio matricial.

A visão dos profissionais sobre a reunião de equipe denota percepções relativas a aprendizado e benefícios para a atuação profissional na troca com outros. Isso pode ser observado nos discursos de AS2, FO2, E1 e E2 (p.47 e 48) em que reconhecem a reunião de matriciamento como recurso para o desenvolvimento do trabalho.

Para CAMPOS (1999), o apoio matricial tem como objetivo facilitar a comunicação entre os integrantes das equipes (referência e apoio), buscando melhorar a interação entre os profissionais e ampliar as possibilidades de atenção.

BOKHOUR (2006) analisou as perspectivas dos profissionais de um centro geriátrico sobre a reunião de equipe. A partir dessas percepções, o autor identificou que os objetivos das reuniões são: (1) fornecer o melhor cuidado possível; (2) articular decisões interdisciplinares; (3) coordenar o cuidado multiprofissional e (4) efetivar planos de cuidados. A reunião de equipe seria um espaço de encontro de diferentes categorias profissionais, utilizada para a articulação dos diferentes saberes e para a criação de

coesão entre seus integrantes.

Embora alguns profissionais identifiquem as reuniões como espaços propícios para potencializar o trabalho da equipe, alguns apontaram para uma visão de que a reunião seria perda de tempo. Nessa perspectiva, o encaminhamento para um especialista ao invés da discussão do caso com a equipe de apoio traria um benefício mais efetivo à necessidade do paciente. Essa percepção pode ser encontrada nos discursos de M3 e M2 (p.48) que demonstram a dificuldade em ampliar a discussão dos casos, com profissionais de apoio. Esta postura denota uma visão do trabalho individualizado e pouco compartilhado.

BOKHOUR (2006), em seus achados, relata que embora a importância da reunião de equipe para a coordenação do cuidado possa ser reconhecida pelos profissionais, os processos e os resultados das reuniões nem sempre alcançam este objetivo. As equipes mantêm-se fragmentadas, como grupos de indivíduos que avaliam e tratam o paciente de forma independente. Mesmo compartilhando informações nas reuniões, o profissional mantém uma atuação isolada com base em seu próprio conhecimento.

CUNHA e CAMPOS (2011) descrevem que os encontros regulares entre membros da equipe de apoio e membros da equipe de referência podem ser entendidos como espaços coletivos de cogestão, nos quais temas e/ou casos são analisados coletivamente como pré-condição para a tomada de decisões.

Ou seja, apenas o encontro programado de profissionais não garante a cooperação interprofissional. Para que ocorra, é necessária a articulação dos saberes profissionais, com a construção de diagnósticos ampliados e projetos terapêuticos integrados, tendo um objetivo compartilhado.

A organização da participação dos profissionais do NASF na reunião da equipe da ESF (matriciamento) apresentou variedade de composição.

Essas diferenças são expressas em (1) participação de toda a equipe NASF (AS1), (2) formação de “miniequipes” temáticas (E1) e (3) interação por meio de profissionais de referência (FI1) (p.49).

As equipes NASF se organizam para participar das reuniões conforme a realidade de cada UBS e equipe ESF. Nos documentos técnicos de NASF (BRASIL, 2008, 2009) é enfatizada a necessidade de se estabelecer espaços rotineiros de encontro, porém não é detalhada a forma de realização das reuniões de equipe com ESF.

A atuação do NASF está pautada na efetivação desses espaços para a pactuação e negociação do processo de trabalho, na forma de discussão de casos, definição de objetivos, critérios de prioridade, gestão dos encaminhamentos, critérios de avaliação dos trabalhos, entre outros (BRASIL, 2009). Aos profissionais são atribuídas as responsabilidades em assumir, coordenar e efetivar tais processos.

Para CAMPOS e DOMITTI (2007), as decisões sobre os casos e a realização do apoio matricial seriam tomadas de maneira interativa, entre equipe de referência e apoiadores. As equipes de referência, responsáveis pela condução dos casos (individual, família ou comunidade), apresentam informações relevantes para a equipe de apoio, realizando o planejamento de forma compartilhada.

Portanto, esse arranjo prevê que a organização da equipe de apoiadores deve se dar a partir da composição do trabalho das equipes de referência. Seja na demanda dos casos, seja na organização do processo de trabalho.

As reuniões de matriciamento se tornam espaços para a articulação do trabalho compartilhado entre ESF e NASF, a partir da realidade local. CAMPOS e DOMITTI (2007) sugerem que este espaço coletivo pode oferecer oportunidades para o funcionamento dialógico e integrado das equipes.

Algumas equipes, ao organizarem o trabalho, planejam a realização de encontros para a discussão de casos imprevistos e urgentes que não poderiam esperar a reunião programada, como os “plantões” ou as discussões fora de reunião, observados nos discursos de E1 (p.49) e M3 (p.50).

A adoção de tais estratégias denota a disponibilidade dos profissionais de NASF para o acolhimento das demandas da ESF, o que corrobora recomendações de que as equipes de apoio devem prever formas de contato ou espaços de encontros além dos programados. Esses encontros seriam realizados para aqueles casos em que não seria recomendável aguardar a reunião regular (CAMPOS e DOMITTI 2007).

Os entrevistados relatam a importância da postura do profissional de apoio nas situações de urgência. Apontam a disponibilidade do profissional em atender às solicitações fora das reuniões agendadas como um elemento facilitador do trabalho compartilhado.

SAN MARTIN-RODRIGUEZ (2005) ao estudar os determinantes da cooperação interprofissional propõe que uma das condições para a efetivação da prática cooperada é a disponibilidade do profissional, em tempo e atitude, para interagir com o outro. Esta disponibilidade resultaria num fortalecimento das relações interprofissionais, compartilhamento de informações e respostas às solicitações, reduzindo as fronteiras profissionais.

As justificativas para a adoção de diferentes formas de organização da participação em reunião de equipe apontam diferentes visões. Desde percepções voltadas para melhor aproveitamento dos momentos de discussão até aspectos relacionados à organização da agenda. Percebe-se assim, esforços para ampliar o nível de interação e reduzir a fragmentação do cuidado por categoria profissional.

Por outro lado, mesmo com a ampliação das equipes, agregando diferentes profissionais, persistem visões compartimentadas do cuidado. Alguns profissionais entendem a discussão de caso como um recurso para encaminhamentos (discursos de M3, p.48 e M2, p.48 e p.51). A perspectiva dos entrevistados apontaria mais para a transferência de responsabilidade pela condução do caso do que pela cogestão de projetos terapêuticos centrados no paciente. Nessa situação, o compartilhamento de responsabilidades é diminuído em prol de um gerenciamento do cuidado centralizado nos profissionais que direcionam as ações de cuidado, na forma de encaminhamentos.

Essas diferentes visões parecem marcadas por diferentes lógicas de cooperação interprofissional. Os profissionais não tem incorporado a mudança organizacional da atenção segundo o modelo de apoio matricial. Persistem a operar na antiga lógica do encaminhamento e esperam ações e respostas semelhantes a esta.

Segundo alguns especialistas, equipes de referência e apoio matricial são arranjos organizacionais que buscam diminuir a fragmentação decorrente da especialização observada em diversas áreas. Contatos pessoais, telefônicos ou eletrônicos podem ser empregados como instrumentos de interação entre as equipes. O apoio matricial não se restringe ao encaminhamento impresso entregue ao paciente, mas requer uma avaliação criteriosa para uma agenda compartilhada (CAMPOS 1999; CAMPOS e DOMITTI 2007).

CUNHA e CAMPOS (2011) descrevem como entrave organizacional para o apoio matricial, a presença da fragmentação da atenção nos serviços de atenção primária. Para os autores, existe uma racionalidade gerencial hegemônica operando nos serviços que diz respeito ao processo de trabalho e às decisões nas equipes e nas organizações sanitárias que reduz o foco aos procedimentos, doenças ou partes do corpo.

Por existirem dificuldades estruturais relacionadas a problemas de ordem organizacional ou gerencial, as mudanças para a operacionalização do modelo de apoio ainda estariam na dependência dos atores locais - os profissionais e os gestores (CUNHA e CAMPOS, 2011).

Com o apoio matricial e seus recursos há uma tentativa na ESF de se estabelecer gradualmente a lógica da cooperação interprofissional abolindo progressivamente a lógica da fragmentação do cuidado. A implantação do NASF requer movimentos de mudança organizacional e institucional nos serviços de saúde a fim de enfrentar o modelo biomédico.

Na presença ou não de entraves estruturais, os profissionais das equipes, não perdem sua condição de protagonistas das práticas de saúde. Admitir essa premissa implica considerar que a obstrução ou efetivação das propostas de cooperação interprofissional no âmbito do NASF e da ESF, é relacionada, em uma parte importante, aos sentidos e significados que os profissionais dão à sua atuação, ao papel da ESF e às diretrizes de trabalho.

Para MERHY (2007), independente das posições hierárquicas que ocupam, todos os agentes envolvidos nos cuidados e práticas de saúde desenvolvem ações de planejamento e governança nas organizações. Os profissionais de saúde atuam apontando para uma direção/projeto, mesmo este não estando explícito. Ou seja, as ações dos agentes têm sempre direcionalidade. O projeto pode ser considerado uma “aposta de alguns atores, mas não de todos” (p. 154).

Este mesmo autor considera que os processos de produção do cuidado estão sob tensões constitutivas relativas a visões sobre (1) o trabalho ora centrado em procedimentos, ora centrado no usuário; (2) na autonomia profissional ou no trabalho conjunto e (3) os agentes portam distintas intenções, disputando a direcionalidade das ações de saúde.

Portanto, o território das práticas de saúde pode ser considerado um espaço de disputas entre diferentes agentes, com diferentes interesses e

capacidades de agir. Estes agentes ora se aliam, ora se confrontam na tentativa de afirmar sua ação, exercendo seu trabalho de acordo com sua compreensão sobre os interesses em jogo e o sentido de sua ação/prática (MERHY, 2007).

Para BOURDIEU (1996), a prática social está relacionada ao interesse dos agentes pelo “jogo”. Interesse este, relativo a “estar em, participar, admitir, portanto, que o jogo merece ser jogado e que os alvos engendrados no e pelo fato de jogar merecem ser perseguidos; é reconhecer o jogo e reconhecer os alvos” (p.139). O indiferente ao “jogo” não percebe o que está em disputa.

Ou seja, a atuação dos agentes em determinado espaço estaria relacionada com a prática e adoção de determinados valores do próprio espaço. Os sentidos e os significados que os profissionais dão à sua prática parecem estar relacionados com sua forma de atuação e identificação com o trabalho e seu contexto social.

Os achados indicaram diferentes entendimentos da proposta do modelo de apoio matricial no NASF/ESF. Sua adoção, para alguns, parece alterar os processos e configurações habituais de trabalho na ESF, como observado no discurso de AS1 (p.69) quando descreve as mudanças na atuação profissional no NASF.

Para outros, há uma inadequação da proposta ao se compartilhar o caso com o especialista e a responsabilidade permanecer na ESF, o que pode ser observado no discurso de M3 (p.58) quando relata que a estrutura do apoio matricial não permite a transferência de responsabilidades.

Por outro lado, nos discursos de FO1 e FO2 (p.54), os profissionais de NASF enfatizam a necessidade de se compartilhar a responsabilidade dos casos discutidos entre referência e apoio.

O termo apoio matricial é sustentado pela noção de APOIO e MATRIZ. O conceito de matriz indica possibilidades de alterar as relações

entre os profissionais. Sugere que profissionais de referência e apoio mantenham uma relação horizontal e não apenas vertical (sistemas de saúde tradicionais). Está em oposição à hierarquização, em que é prevista uma diferença de autoridade entre o profissional que encaminha e o que recebe; havendo com isso uma transferência de responsabilidade para o outro (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Complementando a noção de matriz, o conceito de apoio sugere uma forma distinta de se operar o trabalho com o outro, na qual a relação de subordinação, com base na autoridade, entre referência e especialistas seria desconstruída a fim de se instaurar uma relação mais horizontal, com base em procedimentos dialógicos (CAMPOS e DOMITTI, 2007). Apoio matricial, portanto, seria uma tentativa de atenuar a rigidez dos sistemas de saúde segundo as diretrizes de hierarquização, propondo relações mais colaborativas entre os profissionais e estruturas, sugerindo a corresponsabilização entre as equipes.

Um dos achados, enquanto elemento de apoio para a cooperação, refere-se ao sentimento de responsabilidade dos profissionais de referência (ESF) e a intenção de dividi-la e não transferi-la para a equipe de apoio (NASF). Isso pode ser observado no discurso de E4 (p.55) que reconhece seu papel de profissional de referência e considera a ampliação das possibilidades de atuação com o NASF, compartilhando responsabilidades.

O caderno de diretrizes para NASF – CAB prevê que os casos e as ações sejam compartilhados entre equipes de saúde da família e NASF. Para tanto, a responsabilidade das práticas é descrita para ambas as equipes (BRASIL, 2009).

Ao prever a corresponsabilidade entre as equipes de referência e de apoio, o que se propõe é a alterar a lógica da fragmentação do cuidado e dos encaminhamentos para especialistas, responsabilizando-se juntamente com a ESF pelo cuidado longitudinal dos usuários e famílias.

Um dos conceitos da cooperação interprofissional é expresso pelo termo ‘compartilhar’ que diz respeito ao compartilhamento de responsabilidades, decisões, cuidado em saúde, visão, valores e outros (D’AMOUR et al., 2005).

Agrupar profissionais em equipes não necessariamente indica processos mais colaborativos. Ou seja, a cooperação interprofissional prevê que na interação entre os integrantes das equipes, haja o compartilhamento de responsabilidades, visões e práticas.

No caderno de diretrizes (BRASIL, 2009, p.25) recomenda-se que

(...) é uma situação desejável, mas que não acontece de forma espontânea e natural. Sendo assim, é necessário que os profissionais do NASF assumam suas responsabilidades em regime de cogestão com as equipes de saúde da família e sob a coordenação do gestor local, em processos de constante construção.

Para CAMPOS (1999), ainda opera-se, nos serviços de saúde, uma lógica da integração por procedimentos com baixo grau de articulação entre os profissionais. Estes tendem a atuar em ações separadas e individuais. A somatória dos procedimentos realizados cumpriria a “atenção ao todo”. O autor problematiza a questão de que a maioria dos profissionais ainda não trabalha se encarregando integralmente dos casos e conseqüentemente, a responsabilidade pelo processo saúde-doença é baixa e precária.

Nesse sentido, os especialistas são responsáveis por realizar procedimentos específicos de sua categoria profissional, com pouca intervenção compartilhada e integrada à história de vida/contexto dos usuários e comunidade (CAMPOS, 1999). Dessa forma, há um distanciamento do trabalho compartilhado uma vez que aponta para processos fragmentados, que pouco estimulam a troca e a composição de objetivos comuns, pois não insere as necessidades de saúde do paciente, no centro da produção do cuidado.

STARFIELD (2002) relaciona a responsabilidade na APS com os atributos de longitudinalidade e a coordenação da atenção. A longitudinalidade estaria relacionada ao acompanhamento de um paciente e ou comunidade ao longo do tempo. Implica uma relação de longa duração entre profissional e paciente nos serviços de APS. Os efeitos da atenção longitudinal estariam relacionados ao maior conhecimento a respeito das pessoas/pacientes, melhor reconhecimento de suas necessidades; e, diagnósticos e ações mais precisos.

Porém, nem todas as necessidades de saúde são atendidas na APS. Ao identificar a necessidade de outras abordagens profissionais, são realizados encaminhamentos para outros serviços. No caso da ESF, podem ser solicitadas ações de apoio para o NASF.

A coordenação da atenção está relacionada à integração dos serviços prestados por diferentes membros da equipe de profissionais ou por diferentes esferas de atenção (especialistas). O papel da equipe de APS seria de acompanhar o seguimento das ações com o paciente, evitando ações duplicadas desnecessárias (STARFIELD, 2002).

Ao operar na lógica da corresponsabilização entre as equipes, o NASF traz para o serviço o questionamento da lógica do encaminhamento para as especialidades. A prática da transferência das responsabilidades pelo acompanhamento e seguimento do paciente para outros serviços passa a ser problematizada.

Ao realizar o apoio para ESF, o NASF propicia a discussão sobre a responsabilização longitudinal dos casos e a coordenação da atenção. Com isso, haveria um impulso para aumentar a capacidade de resolução pela ESF sobre os problemas de saúde encontrados em seu território e clientela adscrita.

FIGUEIREDO e CAMPOS (2009) analisam que mesmo com a implantação do apoio matricial nos serviços, ainda existem duas lógicas

antagônicas que operam sobrepostas uma a outra, com pouco grau de substituição. Consideram que o apoio matricial opera um processo de mudanças em que os encaminhamentos deixam de ser automáticos e passam a ser discutidos em equipe.

Neste contexto, os processos de trabalho são variáveis, ocorrendo ora adequação ao modelo com iniciativas de corresponsabilização e cooperação; ora encaminhamentos e fragmentação.

Os achados também indicam a interdependência entre as equipes. O trabalho do NASF acontece quando a ESF traz a demanda para apoio. Isso pode ser observado nos discursos de F12 (p.57), quando relata que muitas vezes as ações não são efetivas porque a equipe de saúde da família não traz os casos para o apoio do NASF e pouco se envolve.

No mesmo trabalho citado anteriormente, D'AMOUR et al. (2005) encontraram também o termo interdependência dentre os conceitos da cooperação interprofissional. Nesse conceito, haveria uma mútua dependência entre os integrantes da equipe.

Esta interdependência está relacionada ao reconhecimento das limitações que caracterizam a prática autônoma. Para abordar as necessidades do paciente, haveria de se considerar a contribuição de outros profissionais para o cuidado do paciente (D'AMOUR et al, 2005). Isso pode ser observado nas falas dos profissionais E4 e M4 (p.60). Ao avaliar as condições da situação, a tendência do profissional em priorizar ações que não necessariamente competem ao seu campo de saberes e práticas profissionais, pode indicar uma postura favorável à cooperação, e um desejo comum de ir ao encontro das necessidades dos usuários/comunidade.

Alguns entrevistados mostraram interesse pelo resultado da ação em prol do paciente/usuário. No discurso de F11 (p.61 e 62; p.52), foi identificada uma postura pessoal em priorizar as necessidades do usuário em prol do conhecimento técnico que o profissional está propenso a colocar em prática.

Essa atitude demonstra uma visão voltada para a ampliação das possibilidades de atuação quando se trabalha com outros profissionais, além das práticas habituais da própria categoria profissional.

D'AMOUR et al. (2005) completam sua análise, identificando que quando os integrantes das equipes estão atentos a interdependência, ocorre sinergia entre eles. Resulta em valorização pessoal e ações coletivas pactuadas em equipe.

Para BALDWIN (2012), existiria uma relação entre a interdependência e as características dos profissionais. De um lado, aqueles que possuem uma visão mais forte de autonomia profissional trabalhariam de forma mais independente. Por outro lado, aqueles que reconheceriam a importância da cooperação, se identificariam como integrantes da equipe e trabalhariam de forma interdependente e não isolada.

O reconhecimento da contribuição do outro reflete em cooperação entre as partes e menos na defesa dos interesses específicos, como visto no discurso de FI1 (p.61 e 62). Esta disposição em atuar com o outro de forma colaborativa, indica uma postura do profissional como apoiador e não apenas como representante de uma categoria profissional específica. A identificação das prioridades de atenção e o reconhecimento da atuação do outro parece apontar elementos de apoio para a cooperação interprofissional na ESF.

Além disso, a interdependência se relaciona com o aumento da complexidade das demandas da área da saúde (D'AMOUR et al, 2005). Os profissionais ao integrarem equipes trazem contribuições tanto teóricas quanto práticas na resolução dos problemas de saúde mais complexos. Isso também pode ser observado nos discursos de E1, E4, M4 e FI2 (p.55 e 56) quando descrevem os casos que compartilham e solicitam apoio ao NASF, sendo estes casos os que a ESF apresenta certo grau de dificuldade. A demanda de apoio às complexidades dos casos e territórios se expressa no

discurso de AS1 (p.56) quando descreve as dificuldades encontradas nos territórios e as demandas sociais.

Outros dispositivos do NASF são a clínica ampliada e o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Ampliar a clínica significa ajustar os recortes teóricos de cada profissão às necessidades dos usuários/famílias. A discussão de casos/situações, principalmente os mais complexos, é um recurso clínico e gerencial para o apoio matricial no NASF (BRASIL, 2009).

No contexto do NASF, o PTS é um conjunto de propostas terapêuticas articuladas e direcionadas a um sujeito (individual ou coletivo), realizado entre as equipes de referência e apoio. É dedicado, geralmente, a situações mais complexas. Representa um momento em que a equipe compartilha informações a respeito do caso, articula saberes na tentativa de ampliar o diagnóstico e definir propostas de atuação (BRASIL, 2009).

Além disso, o apoio especializado matricial prevê uma ampliação das possibilidades de atuação. Com a agregação de diferentes categorias profissionais há uma maior variedade de atividades que podem ser realizadas para um mesmo caso sem apoio matricial (CUNHA e CAMPOS, 2011).

Para CAMPOS e DOMITTI (2007), existem obstáculos para a efetivação do apoio matricial relativos ao referencial sobre o processo saúde-doença que permanece restrito para algumas especialidades e profissões, filiadas mais fortemente à racionalidade biomédica. Portanto, o enfoque da clínica ampliada sugere maneiras para integrar diferentes perspectivas em um método de trabalho que reconheça a complexidade e variabilidade dos fatores e recursos envolvidos em cada caso/contexto. O apoio matricial é considerado como um dispositivo para a ampliação da clínica. Ao mesmo tempo, a abordagem do processo saúde-doença é feita de um modo mais dinâmico e complexo.

D'AMOUR et al. (2005) relacionam as características da tarefa a ser desempenhada com a cooperação interprofissional. A presença de processos de trabalho colaborativos e diferentes manifestações de cooperação dependem dos objetivos e da complexidade do trabalho/ação.

Outro fator importante diz respeito a uma rede de apoio insuficiente e pouco estruturada referida nos discursos de FI2 e E3 (p.68). Devido às situações de maior complexidade e às dificuldades de articulação do trabalho da ESF com os demais serviços da rede de saúde e de outros setores da sociedade, o trabalho essencial do NASF pode se alterar, assumindo relevância o apoio aos casos que seriam compartilhados com estes setores.

CUNHA e CAMPOS (2011) relacionam dificuldades na construção da integralidade na rede assistencial. Consideram a baixa articulação da rede assistencial como um todo, um entrave estrutural para efetivação do modelo de apoio. A dificuldade de compartilhar os casos entre os serviços (coordenação da atenção) e manter a longitudinalidade do cuidado na APS seriam alguns dos efeitos mais visíveis dessa limitação imposta pelo baixo grau de articulação e de compromissos pactuados entre os serviços.

LEATHARD (2003), ao descrever a evolução da política de saúde do NHS, define a cooperação interprofissional como integrante da assistência à saúde. A cooperação, como um conceito abrangente, refere-se também à articulação entre os demais setores da sociedade, além do setor saúde.

Ou seja, existe uma relação entre a prática interprofissional e a ampliação do enfoque do processo saúde-doença. Reconhece-se assim, a necessidade de que diferentes profissionais trabalhem juntos e articulados com diversos setores e políticas públicas.

Nesse sentido, o discurso de FI2 (p.68) traz a dificuldade de realizar o apoio matricial devido à grande demanda de casos agudos e/ou de urgência. DOMITTI (2006) aponta, em seu estudo, que um dos obstáculos à

consolidação do apoio matricial seria a questão do excesso de demanda e da carência de recursos. Considera isso como forte barreira na continuidade do processo de mudança.

Alguns achados foram mais específicos e podem ser relacionados ao nível interacional. Um deles diz respeito à disposição tanto do apoiador quanto do integrante da equipe de referência para a cooperação interprofissional. Esta atitude parece expressar características do perfil profissional relacionadas ao grau de interação mantido entre os membros das equipes.

Iniciativa, flexibilidade e abertura para colocar em ação interesses subjetivamente compartilhados, seriam características relacionadas ao perfil profissional que parecem constituir importantes elementos de apoio para a cooperação.

A disponibilidade e a postura de acolher às solicitações da equipe de referência também podem ser consideradas importantes fontes de apoio ao trabalho compartilhado. Tal postura favoreceria trocas entre os profissionais e a corresponsabilização dos casos.

O grau de interação mantido pelos profissionais para a formação de relacionamentos e conseqüentemente para o desenvolvimento da estratégia na assistência é um importante determinante da cooperação interprofissional (SAN MARTIN-RODRIGUEZ et al., 2005).

Para os autores, a cooperação interprofissional é um processo interpessoal que requer vontade e habilidades, por parte dos agentes, para ser efetiva. Descrevem como determinantes interacionais certos componentes da relação entre os membros das equipes, como a disponibilidade para a cooperação, a confiança e respeito mútuos e a comunicação.

Embora existam diversas iniciativas governamentais para a implantação de processos de cooperação interprofissional nos serviços de

saúde, esta ainda se mostra como um processo voluntário. O sucesso da cooperação depende da visão favorável dos profissionais e de objetivos comuns explícitos e conhecidos (SAN MARTIN-RODRIGUES et al., 2005).

Como estratégia para reforçar a mudança do modelo de atenção na APS, o NASF traz em seus princípios a questão do trabalho compartilhado. Os dados apresentados mostram que o estabelecimento de diretrizes e recomendações de cooperação não são suficientes para sua completa efetivação, pois este processo depende necessariamente dos agentes envolvidos que devem estar disponíveis para esta forma de atuação e ao mesmo tempo comprometidos com os processos colaborativos.

Dessa forma, os achados vão ao encontro dos outros fatores apontados pelos estudos de SAN MARTIN-RODRIGUEZ et al. (2005) e de BALDWIN (2012) que referem-se à receptividade ao ideal da cooperação, ao compromisso com o projeto de atenção, ao compartilhamento de objetivos, à expectativa profissional favorável à interação e seus benefícios. No que diz respeito à interação, a qualidade da comunicação, a abertura, o respeito e a confiança são outros determinantes da cooperação.

A receptividade aos ideais da cooperação é apresentada por BALDWIN (2012) como uma disposição que remete ao compromisso e à crença nos benefícios da cooperação. Esta receptividade refere-se a uma atitude de escuta interessada, paciente e tolerante. No estudo realizado pela autora, os profissionais de equipes de centros geriátricos relacionaram as atitudes de respeito e apoio ao reconhecimento da contribuição do outro.

As percepções encontradas no estudo de BALDWIN (2012) são semelhantes aos achados deste estudo. No discurso de M3 (p.58) podemos observar o relato de um médico que relaciona a postura do profissional em acolher as demandas da ESF. Ou seja, uma postura de escuta, receptividade às demandas e necessidades da ESF, mesmo em espaços não programados.

Os profissionais relataram a inclinação para atuação com determinado profissional ou tema, de acordo com sua afinidade. Nos discursos de FO2 e E1 (p.61) observamos que a relação com pessoas ou temas afins possibilitaria a construção e o compartilhamento de objetivos comuns entre os profissionais.

A coesão entre os profissionais, como um dos determinantes interacionais da cooperação, é um dos principais indicadores para a disponibilidade dos indivíduos para trabalhar em equipe e se sentir integrante da mesma. Além disso, SAN MARTIN-RODRIGUEZ et al. (2005) relacionam fatores como educação profissional, experiência prévia em trabalhos similares e maturidade pessoal.

Características profissionais apontadas como apenas assistir o trabalho do outro, não se envolvendo e a dificuldade de compreensão do trabalho compartilhado parecem representar obstáculos ao apoio matricial. Os profissionais não identificam essas características como falhas na cooperação, mas as indicam como possíveis barreiras para a ação conjunta, no que se refere à interação interpessoal.

BALDWIN (2012) identifica que a presença de diferentes crenças, valores, visões, expectativas e significados sobre a cooperação entre os profissionais se constitui como elemento de barreira na interação com o outro e no trabalho cooperado.

Nesse mesmo estudo, a cooperação é relacionada com valores e atitudes individuais. As diferenças entre os profissionais podem ser aproveitadas quando são articuladas em torno de objetivos comuns em prol da cooperação e do trabalho em equipe.

Os determinantes interacionais propostos por SAN MARTIN-RODRIGUEZ et. al (2005) são componentes da interação entre os profissionais, que compreende a relação com o outro e as características dos agentes.

Do ponto de vista sociológico, a disposição do agente em atuar e comprometer-se com o trabalho compartilhado, as características profissionais, a receptividade aos ideais da cooperação e a crença em seus benefícios na prática clínica encontrados neste estudo não são apenas manifestações de características pessoais.

Na perspectiva sociológica de Pierre Bourdieu, essa dimensão seria apenas a face subjetiva mais visível do agente. Para compreendê-la haveria que considerá-la como expressão de um *habitus* - um conceito que envolve uma interrelação entre a dimensão subjetiva e a dimensão objetiva ligada ao espaço ou campo social que seria um vetor estruturante da ação do agente.

Segundo o BOURDIEU (1996, p.144), o *habitus* é

(...) um corpo socializado, um corpo estruturado, um corpo que incorporou as estruturas imanentes de um mundo ou de um setor particular desse mundo, de um campo, e que estrutura tanto a percepção desse mundo como a ação nesse mundo. [...] E quando as estruturas incorporadas e as estruturas objetivas estão de acordo, quando a percepção é construída de acordo com as estruturas do que é percebido, tudo parece evidente, tudo parece dado.

O autor, em seus estudos, parte do pressuposto de que as ações sociais refletem as condições de existência dos indivíduos, porque são produtos de uma forma de operação prática, o *habitus*. Ou seja, as características dos sujeitos (corpo e alma) são adquiridas em processos de aprendizagens em sistemas de esquemas internalizados/incorporados.

As disposições que tornam o agente propenso a determinado ato são compreendidas como um esquema de percepção, valores, juízos, apreciações e ação (MONTAGNER e MONTAGNER, 2011).

Para BONNEWITZ (2005) e SETTON (2002), o conceito de *habitus* surge da necessidade em relacionar o comportamento e ações dos agentes sociais às estruturas e condicionamentos sociais.

A prática (ação) estaria relacionada com uma predisposição internalizada. Os agentes atuam de uma determinada forma, refletida em atitudes, inclinações para perceber, sentir, posicionar-se, pensar e fazer. Tal ação não se relaciona diretamente com seu conhecimento, não é objeto do pensar intelectual, necessariamente. O sujeito se antecipa, se predispõe e é induzido a atuar de uma forma ou de outra pelo seu *habitus* (BOURDIEU, 1996).

Analisando os discursos de F12 e M3 (p.59 e 60), E4, M4 e F11 (p.60 e 61), FO2 e E1 (p.61), constatou-se que os fatores interacionais relacionados ao perfil dos profissionais, como posturas em prol da cooperação (interesse, desejo de colocar em prática, flexibilidade e iniciativa) parecem constituir elementos importantes para o estreitamento das relações interprofissionais.

Esta disposição e abertura ao outro tendem a favorecer a troca de saberes e informações entre os agentes, a construção de relações menos hierarquizadas entre as equipes e a ampliação de espaços de contato.

Parte desses entrevistados possuía especialização em saúde da família e/ou saúde coletiva (E4, FO2 e M3) e especialização em temas mais generalistas (clínica médica e homeopatia) (F11 e M4). A escolha por um curso de formação em áreas mais abrangentes parece indicar para uma maior identificação com o trabalho na APS/ESF. Apesar do *habitus* ser influenciado por um conjunto de fatores, a formação nessas áreas (entendida aqui como trajetória social e escolar) parece apontar um componente do *habitus* manifesto por esses agentes.

O *habitus* é durável e possui uma tendência a sua conservação. Porém, pode ser alterado na medida da interação do agente com o contexto social (contato social). O *habitus* do agente

reflete o contexto em que ele foi formado e tende a levá-lo a crer nessa realidade como a única possível, direcionando seu pensamento para a manutenção da ordem social ao invés de questioná-la e buscar compreender suas contradições (ALMEIDA, 2005, p.153).

Para ALMEIDA (2005), as contribuições de BOURDIEU referem-se à dialética entre agente e estrutura social, que possibilita transformação social e não apenas reprodução.

Ao questionar a estrutura do modelo de apoio/cooperação, alguns profissionais do NASF discutem seu papel e suas ações. O modelo preconizado pelo NASF tende a operar com certo grau de reforma do sistema, produzindo tensões em relação às práticas de saúde tradicionais ainda vigentes. Isso pode ser observado no discurso de FI2 (p.66) quando questiona as mudanças propostas pelo NASF não apenas no cumprimento de ações compartilhadas, mas também na efetividade destas ações.

Porém, foram encontrados discursos que apresentaram disposições desfavoráveis à atuação compartilhada segundo o modelo de apoio matricial, o que pode ser observado nos discursos de FI2, FO2, FI3 e FI1 (p.62); E3, M3, M4 e E2 (p.66 e 67). O *habitus* manifesto pelos discursos destes profissionais tenderia a manutenção de posturas de assistir o trabalho do outro, pouco envolvimento, individualismo e não identificação com a proposta do modelo de apoio. O discurso de M1 (p.67 e 68) relaciona sua atuação com os profissionais de apoio, como produtiva. Porém mantém uma visão fragmentada do cuidado e de ações profissionais específicas.

Ao observarmos que as disposições desfavoráveis se referem tanto a profissionais de NASF quanto a de ESF, podemos notar que a inserção destes profissionais em um espaço supostamente comprometido com a mudança do modelo de atenção (ESF/NASF) não é suficiente para o desenvolvimento de práticas compartilhadas, pois este espaço é atravessado por diferentes arranjos organizacionais previstos pela lógica anterior (fragmentada).

As dificuldades para implementar o novo modelo passariam a operar como justificativas empregadas por certos profissionais para manter uma visão apoiada no modelo hegemônico voltado para as práticas tradicionais,

por meio do qual o encaminhamento de casos e a transferência de responsabilidades, é a manifestação mais visível.

Os profissionais formados em uma racionalidade biomédica, da atenção individualizada e fragmentada tenderiam a agir de acordo com essas representações que revelam seu meio social, permeados de interesse e percepções (ALMEIDA, 2005).

Posturas de pouca flexibilização para as mudanças e o baixo grau de questionamento sobre as contradições dessa estratégia de atenção podem ser encontradas nos discursos de alguns entrevistados, exemplificando as disposições simbólicas desfavoráveis para a atuação compartilhada.

A compreensão das contradições do modelo de apoio que envolve a formação profissional, a estrutura e elementos da interação se mostram importantes para a mudança/quebra da reprodução social da fragmentação ainda vigente.

As diferentes perspectivas e visões dos profissionais sobre a cooperação interprofissional parecem estar relacionadas a disposições desses agentes para a atuação neste modelo de atenção.

A construção dialogada e compartilhada de objetivos comuns entre apoio e referência e a construção de espaços e ações alternativos aos tradicionais podem ser importantes dispositivos para produzir transformações das práticas no estabelecimento da cooperação interprofissional na APS.

As perspectivas apresentadas pelos entrevistados sobre a consulta compartilhada refletem aspectos relacionados ao modelo de apoio/cooperação. Diferentes posturas puderam ser observadas, ora relativas à adequação e benefícios, ora relativas à resistência.

O modelo de cooperação/apoio proposto pelo NASF compreende a construção de um projeto terapêutico integrado entre as equipes. A articulação e a interação dos profissionais podem ocorrer em três planos: (1) atendimentos e intervenções conjuntas – referência e apoio; (2) atenção específica do apoiador; (3) troca de conhecimentos e orientações. (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Com isso, há uma ampliação das ações desempenhadas anteriormente na ESF, criando a possibilidade de atendimentos conjuntos com profissionais especialistas da equipe de apoio, o que pode ser observado nos discursos de FO1, AS2 e AS1 (p.63).

A implantação de outras categorias profissionais/especialidades com o NASF pode ter proporcionado diversificação nas formas de atuação, ampliando as possibilidades de cuidado oferecido na ESF. A inserção profissional nesta nova forma de atuação apontou dificuldades relativas às habilidades e à formação profissional específica que não contempla a atuação compartilhada, o que pode ser observado nos discursos de AS1 e FI3 (p.69).

Quanto à realização de consultas compartilhadas, os achados refletem diferentes perspectivas entre os profissionais. Alguns reconhecem a importância dessa ação para os resultados da atenção à saúde. Os profissionais se identificam como força de trabalho na confirmação deste modelo, e não apenas como instrumento para efetivação de normas.

PEDUZZI et al. (2011), ao analisar o trabalho em equipe, identificaram que o compromisso e envolvimento dos profissionais refletem adesão crítica ao projeto de atenção à saúde. Consideram que o compromisso dos trabalhadores com o projeto institucional “tenha base no questionamento das proposições e valores que o fundamentam” (p. 637).

Dificuldades no agendamento das ações compartilhadas, sobrecarga de trabalho da ESF, rede de apoio insuficiente parecem representar barreiras para o trabalho compartilhado. A fim de superá-las, alguns arranjos

específicos são colocados em prática para estabelecer a colaboração no cotidiano de trabalho. A utilização desses arranjos mostram que o trabalho permanece ainda pouco integrado e os espaços para efetivar a cooperação, limitados.

O NASF enfatiza em seus objetivos, a prática compartilhada entre os profissionais de referência (ESF) e os profissionais de apoio (NASF). Ao adotarem estratégias para fixar e priorizar as consultas compartilhadas, os profissionais demonstram considerar espaços de cooperação aqueles em que realizam em conjunto com o outro, num mesmo espaço e tempo.

CUNHA e CAMPOS (2011) identificam como “ampliação de cenários” na ESF, a implantação do apoio matricial. Esta ampliação estaria relacionada a

(...) um cardápio de atividades, que podem ir desde um atendimento conjunto [...], a participação em discussões de projetos terapêuticos, discussões de temas prevalentes, análise de estratégias para lidar com demanda reprimida, análise de encaminhamentos até a simples disponibilidade para contato telefônico para discutir urgências ou seguimentos (p.964).

Ou seja, essa ampliação das ações não estaria relacionada apenas às ações clínicas realizadas em conjunto. O trabalho compartilhado se caracterizaria também por ações com a equipe em diversas formas de interação que não apenas a consulta.

O apoio matricial no NASF prevê duas dimensões de suporte: (1) Assistencial – com ações clínicas e (2) Técnico-Pedagógica. A segunda refere-se a ações de apoio educativo com e para a equipe de referência, apesar das duas dimensões se mesclarem no processo de trabalho. Nesta perspectiva realizada de forma dialógica, a equipe de apoio teria a missão de agregar conhecimentos à equipe de referência, contribuindo com intervenções clínicas e/ou educativas que aumentem a capacidade de

resolver os problemas vivenciados na equipe (BRASIL, 2009; CAMPOS e DOMITTI, 2007).

O discurso de M3, quando o profissional refere não precisar do matriciamento (p.48), coloca em questão a dimensão educativa do apoio matricial, apesar de relatar trabalhar bem com o NASF (p.58). Como consequência, o profissional acaba não levando alguns casos para a equipe de apoio (p.58). Essa postura expressa uma reação negativa ao suporte educativo do NASF, ensejando um que caracteriza um trabalho pouco compartilhado e articulado.

Para DOMITTI (2006), o modelo de atenção proposto pelo apoio matricial não está totalmente incorporado na lógica de atendimento dos serviços de saúde. Analisa o fato de que alguns profissionais conseguem lidar com questões da realidade de apoio melhor do que outros. Refere que alguns profissionais necessitam de um monitoramento mais frequente do profissional de apoio, outros necessitam apenas de uma discussão de caso ou troca de informações para dar seguimento ao acompanhamento ou ações.

Para BALDWIN (2012), mesmo que os profissionais acreditem na capacidade dos demais, a reação ao outro depende da interpretação sobre as suas interações. Relações mais consultivas que diretivas, levando o outro a participar de processos decisórios e não apenas impostos apresentaram-se mais efetivas no desenvolvimento da cooperação interprofissional.

Os resultados mostram que os espaços garantidos para a troca entre os profissionais não são plenamente aproveitados. Excetuando-se o espaço da reunião de equipe com ESF, as demais atividades previstas para NASF e ESF não eram rotineiras e apresentavam dificuldades para articulação e combinação de horários compatíveis.

Além disso, a relação entre o número de equipes ESF e o de equipes NASF pode configurar uma situação desfavorável. O fato de o NASF

desenvolver seu trabalho em mais de uma unidade de saúde, diminuindo com isso, o tempo de interação com a ESF e as possibilidades de agendamento de ações compartilhadas emergiu como um problema em alguns discursos (AS2, FI2, M1 e M4; p.64).

Segundo CAMPOS E DOMITTI (2007), a utilização do apoio matricial como instrumento cotidiano de trabalho pressupõe certo grau de reforma ou de transformação na organização e funcionamento dos serviços e sistemas de saúde.

Para FIGUEIREDO e CAMPOS (2009) é preciso trazer à reflexão o modelo clínico que fomenta as propostas do apoio matricial bem como sua incorporação pelos profissionais. Em uma citação, os autores relatam que

Devemos reconhecer que a mudança da lógica de trabalho proposta pelo apoio matricial não é fácil de ser assumida pelas equipes e não ocorre automaticamente. Ela deve ser especificamente trabalhada junto às equipes, instalando-se espaços destinados à reflexão e à análise crítica sobre o próprio trabalho [...] (p.137).

Portanto, para que o modelo de apoio seja efetivo é necessária a implementação de instrumentos e dispositivos organizacionais que favoreçam o compartilhamento de responsabilidades entre as equipes. Os profissionais são importantes para a consolidação dessa estratégia de atenção, determinando, de acordo com sua visão, disposições ou não para a cooperação. As ações compartilhadas permanecem como um desafio, na questão organizacional da articulação e do agendamento entre as equipes e profissionais.

Percebe-se com as entrevistas, uma adequação gradual ao apoio matricial. Alguns profissionais se identificam com a proposta enquanto outros resistem a sua incorporação. A questão da interdependência entre as equipes, no cotidiano, se reflete num conflito entre competição e cooperação; de transferência ou corresponsabilização como visto nos discursos de M3 e M2 (p.48), FO1, FO2, FI1 (p.54), M3 (p.58); E3, M4, M3, E2 (p.66 e 67).

Para PEDUZZI et al. (2011), o enfrentamento das contradições e tensões entre a autonomia profissional e a interdependência depende da relação entre profissionais-profissionais e profissionais-usuários. Porém, há também uma interdependência entre o projeto de trabalho de cada equipe e o projeto institucional.

A justificativa da criação das equipes de NASF, na portaria 154 (BRASIL, 2008), foi de ampliar o escopo de ações realizadas pela ESF e estabelecer a mudança do modelo de apoio assistencial. Implantadas em épocas distintas, essa justificativa pressupõe que a ESF já não operava de forma satisfatória à mudança assistencial.

Apesar de ser criado como parte integrante da ESF, o NASF ainda permanece como uma equipe de apoio, pouco integrada a ESF. Há uma necessidade em integrar projetos NASF e ESF, ressaltando a relação de dependência de um em relação ao outro e o papel de ambos em efetivar a mudança do modelo assistencial de saúde.

Outro achado relacionado a este conflito entre competição e cooperação, refere-se à identificação da ação do outro como apoio ao paciente e não apoio para a equipe, como visto no discurso de E3 (p.67). O profissional se sente apoiado quando as ações do NASF se voltam para suas necessidades profissionais e não apenas para o usuário do serviço.

Para D'AMOUR et al. (2005), os processos coletivos deveriam servir às necessidades tanto dos usuários dos serviços quanto das equipes de saúde. A construção de ações endereçadas às complexidades dos problemas de saúde e a integração da equipe no cotidiano de trabalho possibilitam o desenvolvimento de respeito e confiança mútua através de espaços dialógicos.

Os profissionais esperam ser respeitados e valorizados pelos outros. Sentir-se valorizado consiste em ser reconhecido por alguma contribuição

em prol do coletivo e com impacto positivo sobre os usuários e suas famílias (BALDWIN, 2012).

Estas questões podem ser indicativas de valores e visões incorporados pelos agentes sociais em um determinado campo de disputas simbólicas, em que diferentes projetos de atenção à saúde e cooperação interprofissional se encontram e se confrontam.

Bourdieu nomeia como campo, o *lócus* onde ocorrem disputas por interesses específicos, em que as posições dos agentes sociais encontram-se fixadas, *a priori*. O campo está baseado nas desigualdades de “capital social” entre os agentes que o compõem (MISOCZKY, 2003).

O campo é um espaço social delimitado, dotado de uma autonomia relativa, com leis fundamentais próprias (especificidade), apresentando fronteiras de “ocupação”. Neste espaço, as relações sociais são movidas por posições de poder, por interesses e investimentos. Exige, de seus envolvidos, um saber prático das leis fundamentais de funcionamento, um *habitus* adquirido pela socialização prévia ou praticado no campo (MISOCZKY, 2003).

Portanto, campo refere-se à situação social em que os agentes realizarão a prática de acordo com o *habitus* apreendido. Representa um espaço delimitado por valores ou capitais que o sustenta (ALMEIDA, 2005).

Neste espaço social, são travadas “lutas simbólicas” de poder pelas posições que os agentes ocupam no campo. Estas ações são, ora para promover o campo (preservando sua estrutura), ora para mudar o poder estruturado, fundamentadas no *habitus* manifesto pelos agentes e grupos em conflito. Incorporados ao campo, os agentes, trabalham para se diferenciar dos demais e ocupar posições hierarquicamente superiores. Portanto, se estrutura a partir de relações de aliança e/ou conflito entre seus diferentes agentes que lutam pela posse de capital simbólico e mudança de posição social dentro do campo (BOURDIEU, 1989).

Para SCHENATO (2011), a analogia do campo cabe para diferentes universos sociais. Apesar das particularidades de cada campo, há propriedades que são comuns a todos os campos. O campo possui regras, limites e possibilidades que estruturam o jogo das lutas simbólicas. Os diversos campos do espaço social podem ser considerados microcosmos, em que os agentes atuam compartilhando os mesmos esquemas de percepção devido ao *habitus* que condicionam as práticas. A prática social dos agentes é impulsionada por uma acumulação de capital simbólico, na tentativa de se alcançar posições de maior prestígio no campo.

No contexto da saúde, enquanto integrante do universo social, pode-se inscrever a ESF e NASF como um campo simbólico de conhecimentos e práticas, em que oscilam visões e lutas entre os interesses de um modelo mais tradicional (fragmentação da atenção) e outro mais cooperativo com ampliação da clínica (equipes de referência e apoio matricial).

No interior do campo, existe uma produção e difusão de bens simbólicos (valores ou visões de mundo) que estruturam o poder. As lutas no campo são travadas na forma de reconhecimento, legitimidade e consagração, podendo ser institucionalizadas ou não. Os conflitos entre os agentes determinam e validam representações desses bens simbólicos (BOURDIEU, 1989).

Para SILVA (2011), a transformação de um determinado fenômeno social não acontece de forma livre. Também não depende de mudanças da estrutura social. O homem participa das transformações no campo social que depende das relações entre os diversos agentes no interior desse campo.

No contexto dessa pesquisa, de acordo com os conceitos de campo e *habitus* apresentados, a incorporação da cooperação interprofissional na ESF dependerá em alguma medida, da coerência entre o *habitus* manifesto pelos agentes envolvidos e as lutas travadas no campo social da atenção

primária à saúde.

Nesse sentido, os agentes sociais envolvidos com o trabalho na ESF e NASF, agiriam no campo ora na direção de um trabalho mais fragmentado fundamentado no modelo biomédico ora no sentido de um trabalho mais compartilhado centrado nas necessidades do paciente e na integralidade da atenção.

Nos achados, alguns profissionais possuíam tendências (visões e práticas) a manter uma cultura dominante operando no campo, mesmo com mudanças na estrutura do modelo, com a implantação das equipes de apoio. A fragmentação da atenção ainda pode ser observada na manutenção de estruturas, como encaminhamentos e poucas ações compartilhadas, no desejo de transferir a responsabilidade para outro profissional.

Para PEDUZZI et al. (2011), “embora a política pública de saúde do SUS proponha um modelo de atenção integral, o processo de trabalho em saúde tende a reproduzir a racionalidade do processo hegemônico em saúde – o modelo biomédico” (p.638). Para os autores, existem tensões de diferentes configurações entre as implementações do modelo biomédico e outro de atenção integral à saúde.

Os profissionais tem origem em diferentes contextos de formação e trabalho, e são inseridos em um campo de disputas onde estão em operação diferentes lógicas e tensões entre um modelo biomédico e um modelo de atenção integral à saúde, que requer um forte componente de cooperação interprofissional.

Diante do exposto, é nítida a necessidade de aperfeiçoar a gestão do trabalho dotando os serviços de mais recursos de apoio à cooperação interprofissional.

Demandas administrativas expressas por metas de produção, segundo os entrevistados, parecem interferir na composição da agenda de trabalho e no planejamento de ações. Podemos observar isto nos discursos

de E3 e F11 (p.70), quando os profissionais descrevem as metas e as ações a serem desempenhadas.

Os profissionais ESF orientam seu trabalho a partir de metas determinadas pela organização responsável pela gerência dos serviços e pela secretaria municipal de saúde responsável pela gestão do sistema. O NASF por ter como objetivo, o apoio à ESF, organizaria seu trabalho a partir da ESF. Como ESF organiza seu trabalho a partir das metas, o NASF, em consequência, também comporia seu trabalho a partir das metas da ESF.

Na prefeitura de São Paulo, as metas foram implantadas pelo “Instrumento Normativo Técnico, Administrativo e Financeiro dos convênios da Estratégia Saúde da Família no âmbito do município de São Paulo” (SÃO PAULO, 2009) como um dos indicadores de monitoramento e avaliação dos contratos de gestão e/ou convênios com as instituições parceiras ou organizações sociais de saúde que realizam a gestão de recursos humanos nos serviços da ESF.

O instrumento define normas de acompanhamento da execução dos convênios. Inclui plano de trabalho anual, sistema de avaliação e monitoramento com 17 indicadores e a criação dos Conselhos de Acompanhamento da ESF (CONAC) (SÃO PAULO, 2009).

A despeito de ter sido constatada uma orientação para o plano de trabalho não ficar voltado apenas para o cumprimento das metas (SÃO PAULO, 2009):

O monitoramento sistemático destes indicadores permitirá o acompanhamento e redirecionamento das ações da Estratégia Saúde da Família [...], não significando que o processo de trabalho das equipes ficará voltado apenas para atingir as metas aqui propostas, ao contrário, deverá ser planejado de forma que contemple todas as atribuições da Estratégia Saúde da Família (p.61),

o que foi observado é que, independente da realidade de cada contexto em que o profissional está inserido, há indicadores de produção para cada

categoria inserida na ESF. Podemos citar o exemplo do profissional médico que deve realizar 400 consultas e 40 visitas ao mês.

Neste caso, as metas estão configuradas como número de procedimentos a serem realizados pelos profissionais da ESF. São utilizadas como instrumento de avaliação do trabalho. Porém esta avaliação permanece quantitativa, baseada em procedimentos e limitada ao processo de trabalho nas equipes.

A definição de metas no planejamento-avaliação das atividades de saúde, não é algo recente e recebeu impulso a partir da Segunda Guerra Mundial com a difusão dos conceitos ligados à administração científica no âmbito dos serviços de saúde. A reunião de diferentes unidades de serviços formando organizações complexas, hierarquizadas, passaram a exigir um suporte administrativo e gerencial que fosse capaz de responder às especificidades do processo de produção das ações de saúde (CASTANHEIRA, 2000).

A ênfase na definição de metas dirigidas ao processo de trabalho é uma característica que tem origem na Reforma Burocrática ou Reforma do Serviço Público, empreendida na administração dos serviços estatais do país a partir da década de 1930. O deslocamento da ênfase para os resultados é impulsionado somente a partir de 1995 com a Reforma Gerencial, sendo o contrato de gestão, um dos instrumentos empregados (BRESSER-PEREIRA, 1999).

A utilização de contratos de gestão tem sido comum nas parcerias estabelecidas entre órgãos da administração direta do Estado brasileiro e setores não estatais, para a oferta de serviços sociais e científicos considerados de responsabilidade não exclusiva do Estado. No setor saúde, os contratos de gestão são compromissos gerenciais entre o governo e a diretoria de uma empresa ou organização social, com o estabelecimento de objetivos e metas periódicas para a supervisão e controle da qualidade e eficiência dos serviços (DITTERICH et al, 2012).

Pressupõe a definição de objetivos e o estabelecimento de prioridades, metas qualitativas e quantitativas dos serviços de saúde, definição de responsabilidades de cada esfera, instrumentos de monitoramento e avaliação de resultados e o cumprimento das metas estabelecidas, mecanismos de participação e controle social (DITTERICH e MOYSÉS, 2012).

As metas representam apenas uma parcela dos objetivos dos contratos de gestão. Estão incluídas em uma modalidade de avaliação de serviços de saúde, chamada gestão por resultados que tem o objetivo de flexibilizar a gestão e aumentar a prestação de contas da administração pública pela contratualização de resultados (DITTERICH et al, 2012).

DITTERICH et al (2012) trazem como principal questão do modelo de contratualização, a definição de resultados por meio de metas e indicadores, que implica processo permanente de avaliação e reajustes. Este monitoramento do cotidiano dos serviços de saúde deveriam ser balizas para o desenvolvimento permanente dos profissionais e adequação das ações de saúde, baseadas na demanda e perfil epidemiológico da população atendida.

É importante lembrar que a implantação do SUS em São Paulo se deu de forma diferenciada aos demais municípios do país. A ESF foi iniciada e se mantém através de convênios com instituições parceiras do município e/ou organizações sociais de saúde. A estas, cabem a responsabilidade pelo gerenciamento de recursos locais e materiais de consumo, a contratação de pessoal e, a operacionalização e gestão da ESF (CAMPOS e MALIK, 2008).

Portanto, o fato do município adotar esta modalidade de gestão se configura como uma particularidade de São Paulo e se manifesta através das questões sobre as metas apresentadas nos discursos dos entrevistados. A gestão de pessoal, a operacionalização do trabalho da ESF e também do NASF podem ser consideradas expressões dessa política de gestão por resultados que tem implicações para as relações de interação e

consequentemente para a cooperação interprofissional. Segundo certos agentes, a cobrança das metas de consultas da ESF, a dificuldade de adaptação da agenda ESF/NASF, as metas específicas ESF e NASF, e os tempos de consultas diferentes entre as categorias profissionais representariam barreiras ao trabalho compartilhado.

Como visto anteriormente, o NASF compõe seu trabalho e sua agenda a partir da ESF. Em razão da cobrança das metas, ESF compõe sua agenda a partir dos procedimentos solicitados. Para alguns entrevistados, a cobrança de metas justificaria o pouco espaço na agenda ESF para as ações compartilhadas com o NASF.

As metas NASF foram implantadas posteriormente às metas da ESF. Apesar de não existirem documentos técnicos que contenham instruções sobre as metas do NASF, os profissionais referem que há em sua composição a meta de consultas compartilhadas realizadas com ESF, como tentativa da organização/instituição em formalizar e adequar o trabalho compartilhado no NASF.

O NASF, ao ter meta de consulta compartilhada, normatiza a ação conjunta em seu processo, porém não a efetiva como uma necessidade levantada pela ESF, mas sim pelo cumprimento de normas centrais.

No discurso de alguns agentes, emergem dificuldades para se alcançar a meta de consultas compartilhadas, visto que as agendas e o trabalho ainda não são integrados. Os profissionais se responsabilizam pela reflexão sobre o papel do apoio matricial e a gestão do trabalho, o que pode ser observado no discurso de FO2 (p.72) quando relata que as metas requisitadas não condizem com a realidade do território e do trabalho.

Este tipo de perspectiva reflete um anseio dos profissionais em participar da construção de mecanismos de avaliação do trabalho, não apenas como instrumentos de avaliação de processo (quantificação de procedimentos), mas como parâmetros de avaliação do trabalho e de seus

resultados a partir da realidade encontrada nos territórios e do objetivo da equipe de apoio.

Os contratos de gestão definem os resultados por meio de indicadores e metas. Não se trata de um acordo fixo, mas uma proposta de pactuação, que deve sofrer repactuação após a análise dos resultados obtidos. A definição de indicadores e metas deveria ser negociada e acordada entre as partes (profissionais e gestores), como um dispositivo de diálogo e visando o estabelecimento de compromissos e responsabilidades em torno de objetivos e metas condizentes com as necessidades da população (DITTERICH e MOYSÉS, 2012).

DITTERICH e MOYSÉS (2012) consideram que a apropriação dos indicadores e dos resultados pelos profissionais de saúde e também pela população, possibilitaria a ampliação da efetividade das ações e a produção de impacto na qualidade do cuidado em saúde.

O trabalho compartilhado, com a implantação das metas é entendido como a ação realizada em conjunto com o outro profissional de forma presencial. Para se cumprir a meta de consultas compartilhadas, os profissionais deverão realizar consultas em horários e espaços coincidentes.

Com o estabelecimento das metas na construção do trabalho, os profissionais relacionam apenas as ações realizadas presencialmente com o outro como compartilhada. Outras ações como a discussão em conjunto, o planejamento e a articulação de ações não são entendidas como trabalho compartilhado, ainda que as ações propostas coletivamente possam ser realizadas de modo compartilhado ou individualmente.

Para PEDUZZI et al. (2011), a prática de prestação de contas e a responsabilidade de cada profissional perante usuários/pacientes estão relacionadas com a possibilidade de controle do processo de trabalho.

Para tanto, quando se pensa em mudança do processo de trabalho, enfatizando relações mais horizontais entre os profissionais das equipes,

estes mecanismos também precisam ser definidos de forma compartilhada e comunicativa, não apenas como fiscalização de ações realizada de forma impositiva (PEDUZZI et al., 2011).

As metas relacionadas apenas ao processo de trabalho provocam uma alteração no modo de se realizar o apoio matricial. O trabalho que deveria ser realizado a partir das necessidades dos usuários e das dificuldades da equipe de referência, passa a ser planejado em torno do cumprimento de metas, sem levar em consideração os resultados a serem alcançados.

Existe, segundo CUNHA E CAMPOS (2011), uma racionalidade gerencial hegemônica direcionando os processos e o modo de organizar o trabalho que

(...) contribui para que os profissionais de saúde reduzam seu objeto de trabalho (e, portanto, sua responsabilidade clínica) a procedimentos, doenças ou partes do corpo (em vez de se responsabilizarem por pessoas de forma global) [...] assim como entre gestores e serviços de saúde, predomina a dimensão quantitativa (número de consultas e procedimentos, por período de trabalho) (p.963).

MERHY (2007) questiona a avaliação e controle administrativos por meio de parâmetros quantitativos. Traz à discussão que as ações de saúde devem ser orientadas por parâmetros clínicos e epidemiológicos encontrados nos territórios das equipes, o que possibilitaria a responsabilização e o compromisso das equipes em produzir não apenas indicadores de procedimentos, mas resultados que são orientados pelas necessidades do usuário e território.

Para DITTERICH e MOYSÉS (2012), a utilização da gestão por resultados só será possível quando existir corresponsabilidade e compromisso entre trabalhadores e nível diretivo. Entendem que as metas devem incluir aspectos qualitativos e ser pactuadas entre todos os agentes envolvidos, periodicamente.

Para tanto, discutem a necessidade de desenvolvimento de métodos de acompanhamento avaliativo, numa modalidade de gestão negociada, participativa e comunicativa. O cumprimento das metas, pelos profissionais, não seriam avaliadas no sentido de fiscalização, mas como parâmetros para o desenvolvimento de ações formativas, através da gestão por compromissos (DITTERICH et al, 2012).

Outra questão colocada por ALMEIDA e MISHIMA (2001), refere-se à definição de perfis profissionais para a atuação na ESF por normas e documentos técnicos descritos a partir de categorias profissionais. Como a unidade produtora dos serviços de saúde da família é a equipe e não o profissional, a definição de metas por categoria profissional e por atividades e funções a serem desempenhadas foi considerado insuficiente por muitos entrevistados para este tipo de trabalho.

O perfil esperado para este profissional não se refere apenas ao trabalho particularizado da categoria profissional, mas sim como este profissional se integra com os demais membros de sua equipe, articulando atividades e funções desempenhadas coletivamente.

Quanto ao tempo preconizado para as consultas, os profissionais relatam diferenças de acordo com a categoria profissional. Como o trabalho é definido pela meta, o tempo de consulta também é estipulado de acordo com a meta. Isso também acaba sendo um entrave para o trabalho compartilhado, visto a dificuldade de conciliar a agenda.

A diferença na carga horária de trabalho entre os profissionais da equipe de apoio foi elencada como barreira para a efetivação do trabalho compartilhado, como podemos observar nos discursos de FI3, AS2, FO1 (p.73) quando problematizam a questão.

De acordo com a portaria 154 de 2008 (BRASIL, 2008) que cria os NASF, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e médicos especialistas serão contratados para exercerem suas atividades por 20 horas semanais.

No caso de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, os profissionais são contratados em número de dois, para completar o encargo de 40 horas semanais. Os demais profissionais exercem seu trabalho, com carga semanal de 40 horas.

Os entrevistados que pertencem a categorias com carga de trabalho de 20 horas referiram que o tempo que permanecem no serviço de saúde é insuficiente para o estabelecimento de vínculo entre os profissionais, dificultando a articulação e a continuidade do trabalho com ESF. Podemos observar isso na fala de F13 (p.73), quando relata as diferenças na dinâmica de trabalho de acordo com o período do dia. A permanência durante todo o período de trabalho no serviço possibilitaria a interação com os demais profissionais em diferentes espaços e ações.

Assim, a carga horária reduzida para estes profissionais se configuraria como barreira, por dificultar a articulação e a integração das agendas NASF e ESF. Para estas categorias, a composição do trabalho se diferencia do previsto para a ESF, que cumpre 40 horas semanais de trabalho.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica de 2007 e Portaria GM/MS 648/2006, os profissionais da ESF devem exercer o seu trabalho, cumprindo 40 horas semanais de trabalho. Em 2011, há uma revisão da portaria para que o profissional médico possa realizar diferentes cargas horárias de trabalho (BRASIL, 2011).

Entende-se que a composição de 40 horas semanais estreitaria o vínculo dos profissionais das equipes de saúde da família entre si e com sua população/clientela adscrita, para um cuidado continuado e longitudinal.

Para BALDWIN (2012), a interação com o outro pode promover o conhecimento das características e a compreensão do que o outro pode contribuir em termos de competências profissionais. Para que essa interação

promova este conhecimento, a autora relaciona a construção dos processos com o tempo proporcionado para a interação dos agentes.

Outro achado refere-se à dificuldade de fixação de profissionais na ESF e NASF, como encontrado nos discursos de M3, AS2, E3 (p.74). A rotatividade dos profissionais pode ser considerada um elemento de barreira ao trabalho compartilhado na ESF, pois interfere na construção do relacionamento entre os profissionais e sua interação.

PEDUZZI et al. (2011) identificaram as percepções de gestores de unidades de saúde sobre o trabalho em equipe. Atribui à rotatividade dos profissionais, as dificuldades de fixação e a baixa flexibilização das relações de trabalho. Além disso, cita: “o trabalho em equipe requer certa estabilidade à continuidade do projeto de trabalho e da participação dos trabalhadores” (p.639).

Com isso, traz à reflexão de que

(...) a gestão pública e os gerentes de cada serviço devem promover vínculo empregatício duradouro, com baixa rotatividade de pessoal e educação permanente em saúde, como instrumentos de integração das equipes (p.639).

CAMPOS e MALIK (2008) consideram que a satisfação no trabalho é um fator importante para a fixação dos profissionais. Em uma pesquisa, as autoras identificaram correlações entre a satisfação no trabalho na ESF com a rotatividade de médicos, no município de São Paulo. Ou seja, quanto maior a satisfação geral, menor a rotatividade.

Os fatores de satisfação no trabalho na ESF que foram identificados no estudo estão relacionados com: capacitação – espaços de formação profissional; distância das unidades - regiões periféricas; e disponibilidade de recursos materiais – estrutura da unidade, disponibilidade de medicamentos e materiais, entre outros. Quanto à remuneração, a pesquisa indicou que o salário atrai os profissionais, mas não os fixa.

DITTERICH e MOYSÉS (2012) apresentam os sistemas de incentivos como resposta à dificuldade de fixação dos profissionais nos serviços de saúde do SUS. Descrevem-nos como um conjunto de estímulos, financeiros e não financeiros que tem como objetivo melhorar o processo de produção de saúde nos serviços. Estes sistemas devem considerar a cultura local; remuneração justa, equitativa e transparente; bom desenho estratégico; refletir as necessidades e preferências dos profissionais de saúde, e ser aplicável.

Ou seja, apenas aspectos financeiros não garantem a fixação dos profissionais. Os sistemas de incentivos deveriam prever estímulos relacionados também com a motivação e identificação dos profissionais com a proposta de trabalho, como processos de formação e melhores condições de trabalho e de recursos.

No presente estudo verificou-se que algumas condições organizacionais para evitar a rotatividade e a baixa fixação dos profissionais na ESF não estavam totalmente asseguradas. Outros fatores relacionados a identificação e motivação do profissional para a atuação neste modelo de atenção precisariam ser revistos. Verificou-se necessidade em se trabalhar aspectos formativos permanentes entre os profissionais, para uma atuação voltada para as necessidades de saúde do território e dos serviços, fortalecendo a fixação destes profissionais.

O presente estudo procurou identificar os dispositivos simbólicos associados às diferentes percepções dos profissionais da ESF envolvidos num modelo de assistência no qual a cooperação interprofissional é um componente relevante. Para tanto, utilizou-se da metodologia qualitativa em sua condução. Embora os resultados sejam de difícil generalização, os excertos dos discursos oferecem pistas e caminhos para compreender

barreiras e pontos de apoio sentidos pelos profissionais num campo atravessado por disputas de modelos de produção do cuidado em saúde.

O recorte metodológico de elencar uma região do município de São Paulo (Zona Sul) e algumas categorias profissionais (assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e médicos) foi utilizado para a realização das entrevistas no tempo previsto desta pesquisa. O tempo limitado, para a coleta de dados, impossibilitou a condução de mais entrevistas e a revisão das transcrições (conferência do texto) pelos entrevistados.

Apesar deste recorte e limitações de tempo, os resultados poderão ser utilizados em situações similares, contribuindo para ampliar o conhecimento e a reflexão sobre a temática da cooperação interprofissional nos serviços de saúde.

6. CONCLUSÕES

As mudanças dos sistemas de saúde têm sido enfatizadas pela adoção de estratégias de atenção primária à saúde no mundo. Trazem, com isso, abordagens mais abrangentes e coordenadas, bem como o trabalho em equipe e a cooperação entre os profissionais.

No Brasil, a Saúde da Família representa uma estratégia para tornar a atenção primária um componente estruturante da transformação do modelo de atenção em saúde. Com a implantação do núcleo de apoio à saúde da família (NASF) são incorporados outros profissionais a fim de reforçar e ampliar as ações de APS no contexto brasileiro.

O NASF traz em seus princípios o trabalho compartilhado e articulado com a ESF, sendo um espaço propício para a cooperação interprofissional.

Uma amostra intencional de profissionais da ESF e NASF com diferentes graus de interação foram entrevistados sobre as atividades de apoio matricial. Os resultados permitiram identificar as diferentes perspectivas dos profissionais sobre os recursos utilizados, o modelo de apoio/cooperação e fatores organizacionais.

A utilização dos recursos e a forma como os profissionais lidam com as metas denotam a coexistência de pelo menos dois modelos de produção do cuidado em saúde: um voltado para um cuidado mais fragmentado e outro que busca colocar as necessidades de saúde do usuário e do território no centro da produção do cuidado.

Certo grau de reforma para um modelo de atenção mais colaborativo pode ser observado com a implantação do NASF. Os profissionais, enquanto agentes sociais nesse campo mantêm-se como força motriz na efetivação desse modelo.

O apoio matricial tenta estabelecer gradualmente a lógica da cooperação interprofissional sobre a lógica da fragmentação do cuidado e o encaminhamento para especialistas. Entretanto, observa-se insuficiência de dispositivos organizacionais para apoiar o trabalho compartilhado na ESF e enfrentar o modelo biomédico de atenção.

A cooperação interprofissional precisa ser entendida não apenas como um esforço individual e pessoal do trabalhador em saúde, mas também como um esforço coletivo e ampliado de diversos agentes (profissionais, gestores e usuários) e componentes do sistema (gestão do trabalho, sistema de informação etc). Para tanto é preciso ampliar o conhecimento e entendimento sobre os processos colaborativos na ESF, reconhecendo o seu potencial de contribuição no campo da gestão do trabalho e da reforma dos modelos de atenção.

Este estudo traz contribuições para o desenvolvimento da pesquisa científica, no campo da cooperação interprofissional na APS. As percepções acerca da vivência dos profissionais com o NASF possibilitaram a descrição do apoio matricial e as equipes de referência como metodologia adotada na ESF.

Admite-se que os resultados apresentados possam contribuir para o debate sobre a cooperação interprofissional, enquanto um componente estratégico para reforma do sistema de saúde brasileiro e, mais especificamente, para a atenção primária à saúde, não apenas com a implantação de novos dispositivos como o apoio matricial, por meio do NASF, mas também, no desenvolvimento de novas práticas clínicas que coloquem as necessidades do paciente no centro da produção do cuidado.

7. RECOMENDAÇÕES PARA OS SERVIÇOS E PESQUISAS FUTURAS

Embora a pesquisa tivesse o objetivo de capturar as percepções acerca da interação profissional na ESF, o desenvolvimento dos resultados e da discussão possibilitou um exercício de reflexão sobre algumas recomendações para os serviços de APS/ESF e para pesquisas futuras.

A efetivação das propostas de cooperação interprofissional no âmbito do NASF e da ESF está relacionada, em uma parte importante, aos sentidos e significados que os profissionais dão ao seu papel no trabalho compartilhado, à sua forma de atuação e às diretrizes de trabalho.

Os gestores dos serviços e coordenação central, ao conhecer as diferentes percepções dos profissionais que atuam na ESF/NASF, podem utilizar estas informações para o planejamento e o trabalho na ESF. A identificação dessas diferentes visões pode ajudar no desenvolvimento de processos colaborativos nos serviços.

Para tanto, é necessário implementar rotinas para a escuta dos profissionais, e sistematização de suas percepções sobre o modelo de apoio/cooperação. Com isso, pode-se examinar os efeitos subjetivos dos processos gerenciais em curso e identificar medidas que possam reorientar e corrigir os rumos no âmbito da gestão do trabalho na ESF. Para isso, estratégias de educação permanente em saúde com o acompanhamento e desenvolvimento dos profissionais em processos formativos para atuação neste modelo de atenção deveriam ser consideradas.

Através destes processos, espera-se que os profissionais atuem em cogestão, participando de espaços de pactuação, tomada de decisões e construção de objetivos e metas pautados nas necessidades reconhecidas pelas equipes de saúde e não apenas nas demandas administrativas.

Tal pactuação poderá se dar através do estabelecimento de prioridades a serem compartilhadas entre os profissionais e do reconhecimento da importância do trabalho colaborativo e integrado, para a construção de uma visão e objetivo comum do modelo de cooperação.

A análise do discurso dos entrevistados sugere a necessidade de desenvolvimento de ferramentas conceituais e operacionais de apoio matricial para potencializar as equipes a fim de operarem mais colaborativamente. Dividindo a responsabilidade da mudança dos processos de trabalho não apenas entre os profissionais, mas implementando dispositivos organizacionais que facilitem a cooperação interprofissional.

As ações compartilhadas entre NASF e ESF permanecem como um desafio para a gestão, na questão organizacional da articulação e do agendamento entre as equipes e profissionais. Há, portanto, uma necessidade de aperfeiçoar a gestão do trabalho compartilhado dotando os serviços de mais recursos de apoio à cooperação interprofissional.

O NASF ainda permanece como um recurso limitado, no que se refere ao número de equipes quando comparado com a ESF. Nos territórios sob responsabilidade da ESF são encontradas diversas situações nas quais a complexidade para a instauração de um novo modelo de atenção é grande. Ao realizar o apoio, NASF deveria auxiliar a ESF na coordenação do cuidado dos casos mais complexos, caracterizando-os e detalhando as ações a serem desenvolvidas de forma compartilhada. Para tanto, seria preciso caracterizar técnica e socialmente os casos complexos e estruturar indicadores de avaliação do trabalho para essas situações que demandam a ação compartilhada.

Ao identificar a necessidade de uma ação compartilhada nos casos complexos, incorporando o cuidado interprofissional, o ponto de partida do trabalho seria a necessidade do usuário, da comunidade, do território e não o cumprimento das metas relacionadas ao processo de trabalho como

observado nos discursos. Com isso, deslocar-se-ia o foco principal das metas, do processo para os resultados.

As instituições parceiras de gestão realizam não apenas a contratação de pessoal, mas também a gestão dos processos na ESF e no NASF. Esta forma de gestão e gerenciamento do trabalho acaba interferindo na operacionalização e implantação do modelo de apoio. Para tanto, é preciso considerar estas particularidades no acompanhamento e implementação dos processos de trabalho nas equipes.

A composição das metas de trabalho na ESF permanece relacionada aos indicadores de processo, através da quantificação de procedimentos. Ou seja, não são previstos indicadores de resultado da ação colaborativa sobre os casos complexos.

Os profissionais ainda não participam de processos de elaboração e composição das metas de trabalho, mantendo-se distantes de processos de planejamento-avaliação. As metas permanecem individualizadas reproduzindo o trabalho fragmentado por profissional. Verifica-se a necessidade de uma discussão ampliada sobre o uso das metas e o acompanhamento dos resultados nos serviços da ESF/NASF.

Há que se pensar também nos processos de formação profissional. Mudanças nos currículos dos cursos de graduação e a adoção de metodologias que privilegiem a colaboração entre as categorias podem facilitar a inserção do profissional nos serviços que demandam a ação colaborativa.

Quanto à questão da alta rotatividade dos profissionais nos serviços de saúde, é preciso considerar o desenvolvimento de políticas profissionais e condições organizacionais que assegurem a fixação, através de sistemas de incentivos (financeiro, melhores condições de trabalho, flexibilização das jornadas de trabalho, plano de carreiras, entre outros).

Apesar da pesquisa ter sido realizada a partir da perspectiva do cuidado clínico compartilhado, a mesma produziu informações relativas ao território das práticas de saúde na ESF, que não foram abordados nesta discussão. Isso aponta direções para pesquisas futuras, no que diz respeito ao papel do território de abrangência e suas complexidades e a construção de projetos de intervenção voltados ao desenvolvimento comunitário a partir dos princípios de vigilância e promoção da saúde.

Portanto, é preciso ampliar o conhecimento sobre a cooperação interprofissional na ESF. A identificação de determinantes dos processos colaborativos nas equipes pode desempenhar importante fonte de contribuição no campo da gestão do trabalho e da reforma dos modelos de atenção.

REFERÊNCIAS

1. Aleixo JLM. A Atenção Primária à Saúde e o Programa Saúde da Família: Perspectivas de Desenvolvimento no início do terceiro milênio. *Revista Mineira de Saúde Pública*. 2002; 1: 1-16.
2. Almeida LRS. Pierre Bourdieu: a transformação social no contexto de “A Reprodução”. *Inter-Ação: Revista da Faculdade de Educação da UFG*. 2005; 30(1): 139-55.
3. Almeida MCP, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2001; 9: 150-53.
4. Baldwin A. Exploring the interactional determinants of collaboration on interprofessional practice in community-based geriatric care [Tese de Doutorado]. Winnipeg: Faculty of Education, University of Manitoba, 2012.
5. Baldwin DMC. Some historical notes on interdisciplinary teams and interprofessional education and practice in health care in USA. *Journal of Interprofessional Care*. 2007; 21(S1): 23-37.
6. Bokhour BG. Communication in interdisciplinary team meetings: what are we talking about? *Journal of Interprofessional Care*. 2006; 20(4): 349-63.
7. Bonnewitz P. Primeiras Lições sobre a Sociologia de P. Bourdieu. 2ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2005.
8. Borges CF, Baptista TWF. A política de atenção básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*. 2010; 8(1): 27-53.
9. Bourdieu P. Esboço de uma Teoria da Prática. In: Ortiz R. Pierre Bourdieu: Sociologia. São Paulo: Ática, 1983. p. 46-81.
10. Bourdieu P. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.
11. Bourdieu P. É possível um ato desinteressado? In: Bourdieu P. Razões Práticas. Sobre a teoria da ação. Campinas: Editora Papirus, 1996. p. 137-156.
12. Bousquat A, Cohn A, Elias PE. Implantação do Programa Saúde da Família e exclusão sócio-espacial no Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006; 22(9): 1935-43.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF. Brasília, 2008. Diário Oficial da União. 25 de janeiro de 2008, Seção 1: 47-9.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica 27, versão preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a política nacional da atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, 2011. Diário Oficial da União. 24 de outubro de 2011. Seção 1: 48.
17. Bresser-Pereira LC. Reflexões sobre a reforma gerencial brasileira de 1995. Revista do Serviço Público. 1999; 50(4): 5-30.
18. Campos CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa Saúde da Família. Revista de Administração Pública. 2008; 42(2): 347-68.
19. Campos GWS. Equipes de referência e Apoio Especializado Matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciência e Saúde Coletiva. 1999; 4(2): 393-403.
20. Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? Ciência e Saúde Coletiva. 2007; 12(2): 301-6.
21. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cadernos de Saúde Pública. 2007; 23(2): 399-407.
22. Capistrano Filho D. O programa de saúde da família em São Paulo. Estudos Avançados. 1999; 13(35): 89-100.
23. Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa Qualitativa: Análise do Discurso versus Análise de Conteúdo. Texto Contexto Enfermagem. 2006; 15(4): 679-84.
24. Castanheira ERL. A gerência na prática programática. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 222-33.
25. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. American Journal of Public Health. 2004; 94(11):1864-74.

26. Cunha GT, Campos GWS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde e Sociedade*. 2011; 20 (4): 961-70.
27. D'Amour D, Ferrara-Videla M, Rodriguez LSM, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*. 2005; S1: 116-31.
28. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, San Martín-Rodríguez, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*. 2008; 8:188 [acesso em 15 de junho de 2010]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/188>
29. Ditterich RG, Moyses SJ. A gestão da saúde baseada em resultados e processos de contratualização. In: Goes PSA, Moyses SJ (org.). *Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 2012. p. 113-22.
30. Ditterich RG, Moyses ST, Moyses SJ. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2012; 28(4): 615-27.
31. Domitti ACP. Um possível diálogo com a teoria a partir das práticas de apoio especializado matricial na atenção básica de saúde [Tese de Doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2006.
32. Feeley N, Gottlieb LN, Dalton C. *The collaborative partnership approach to care: a delicate balance*. Toronto: Elsevier Mosby, 2005.
33. Figueiredo MD, Campos RO. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência e Saúde Coletiva*. 2009; 14(1): 129-38.
34. Franco TB, Merhy EE. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhaes Jr HMM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 4ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 55-124.
35. Gaboury I, Bujold M, Boon H, Moher D. Interprofessional collaboration within Canadian integrative healthcare clinics: key components. *Social Science & Medicine*. 2009; 69: 707-15.
36. Gibbs G. *Análise de dados qualitativos*. Porto Alegre: Artmed, 2009.
37. Gil AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 2007.
38. Gill R. Análise de Discurso. In: Bauer MW, Gaskell G. *Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e Som: um manual prático*. 7ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002. p. 238-55.

39. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 575-625.
40. Gitlin L, Lyons K, Kolodner E. A model to build collaborative research or educational teams of health professionals in gerontology. *Educational Gerontology*. 1994; 20:15-34.
41. Goldman J, Meuser J, Rogers J, Lawrie L, Reeves S. Interprofessional collaboration in family health teams: An Ontario-based study. *Canadian Family Physician*. 2010; 56: 368-74.
42. Hall P. Interprofessional Teamwork: Professional culture as barriers. *Journal of Interprofessional Care*. 2005; S1: 188-96.
43. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@: São Paulo (SP), 2010 [acesso em 02 de maio de 2012]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>
44. Kelle U. Análise com auxílio de computador: codificação e indexação. In: Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 393-415.
45. Leathard A. Models for interprofessional collaboration. In: Leathard A. (Ed.). *Interprofessional collaboration: from policy to practice in health and social care*. Hove, UK: Routledge; 2003. p. 93-117.
46. Martin JS, Ummenhofer W, Manser T, Spirig R. Interprofessional collaboration among nurses and physicians: making a difference in patient outcome. *Swiss Medical Weekly*. 2010; 140:w13062.
47. McDonald C, McCallin A. Interprofessional collaboration in palliative nursing: what is the patient-family role? *International Journal of Palliative Nursing*. 2010; 16(6):286-9.
48. Mendes EV. *A Atenção Primária à Saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
49. Merhy EE. Todos os atores em situação, na saúde, disputam a gestão e a produção do cuidado. In: Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo, Hucitec, 2007. p. 149-78.
50. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
51. Misoczky MCA. Implicações do uso das formulações sobre campo de poder e ação de Bourdieu nos estudos organizacionais. *Revista de Administração Contemporânea - RAC*. 2003; Edição Especial: 19-30.
52. Mitchell R, Parker V, Giles M, White N. Review: Toward realizing the potential of diversity in composition of interprofessional health care teams: an



- examination of the cognitive and psychosocial dynamics of interprofessional collaboration. *Medical Care Research and Review*. 2010; 67(1): 3-26.
53. Montagner MI, Montagner MA. Ruptura biográfica, trajetórias e *habitus*: a miséria do mundo é um câncer. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva-Antropologia e Sociologia: novas tendências*. 2011; 5(2): 193-216.
 54. Nogueira-Martins MC, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004; 13 (3): 44-57.
 55. Oandasan I, D'Amour D, Zwarenstein M, et al. *Interdisciplinary education for collaborative, patient-centred practice*. Ottawa: Health Canada; 2004.
 56. Organização Mundial de Saúde (OMS). Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata/URSS; 1978.
 57. Organização Mundial de Saúde (OMS). *La Atención Primaria de Salud: más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
 58. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*. Geneva: World Health Organization, Department of Human Resources of Health, 2010.
 59. Orlandi EP. Discurso, Imaginário Social e Conhecimento. *Em Aberto*. 1994; 14 (61): 53-9.
 60. Orlandi EP. *Análise de Discurso: princípios e procedimentos*. 8ed. Campinas: Editora Pontes, 2009.
 61. Patton MQ. *Qualitative research & evaluation methods*. Thousand Oaks: Sage, 2002.
 62. Peduzzi M, Carvalho BG, Mandú ENT, Souza GC, Silva JAM. 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.
 63. Pinto NRS, Tanaka OY, Spedo SM. Política de saúde e gestão no processo de (re) construção do SUS em município de grande porte: um estudo de caso de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009; 25(4): 927-38.
 64. Rivero DAT. Alma-Ata: 25 años después. *Perspectivas de Salud*. 2003; 8(2): 2-7.
 65. San Martin-Rodriguez L, Beaulieu MD, D'Amour D, Ferrara-Videla M. The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*. 2005; S1: 132-47.

66. São Paulo (Município). Decreto nº 46.209, de 15 de agosto de 2005. Dispõe sobre a transferência das Coordenadorias de Saúde das Subprefeituras para a Secretaria Municipal de Saúde. Diário Oficial da Cidade de São Paulo. São Paulo, 16 ago.2005, p.01.
67. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Documento Norteador – compromisso das unidades básicas de saúde com a população. São Paulo: Coordenação da Atenção Básica, 2005.
68. São Paulo. Lei Municipal nº 14.132, de 24/01/2006. Dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais. Diário Oficial da Cidade de São Paulo. São Paulo, 25 jan. 2006, p.03.
69. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Estratégia Saúde da Família. Diretrizes e parâmetros norteadores das ações dos núcleos de apoio a saúde da família – NASF. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2009 [acesso em 20 de maio de 2010]. Disponível em http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/esf/diretrizes_nasf.pdf
70. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Atenção Básica. Instrumento normativo para monitoramento técnico, administrativo e financeiro dos convênios da Estratégia Saúde da Família no âmbito do município de São Paulo. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 2009.
71. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação da Atenção Básica. SIGMA - NASF. Aplicativo para acompanhamento das ações NASF [banco de dados]. São Paulo: Coordenação da Atenção Básica, Secretaria Municipal de Saúde, 2010 [Acesso em maio de 2011].
72. São Paulo (a). Secretaria Municipal de Saúde. Organização [homepage na internet]. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde [acesso em 06 de maio de 2012]. Disponível em: <http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/organizacao/sobre-a-secretaria>
73. São Paulo (b). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadorias Regionais de Saúde e Supervisões Técnicas de Saúde [homepage na internet]. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde [Acesso em 06 de maio de 2012], Disponível em: http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/organizacao/0009/SupervisaoTecnica_CoordRegional.pdf
74. Schenato VC. A síntese entre objetividade e subjetividade mediada pela noção de habitus em Bourdieu. Revista Perspectivas Sociais. 2011; 1(1): 31-46.
75. Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MIB, Castanhera ERL, Kon R. Planejamento, Gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. Ciência e Saúde Coletiva. 1999; 4(2): 221- 42.
76. Setton MGJ. A teoria do *habitus* em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. Revista Brasileira de Educação. 2002; 20: 60-70.

77. Shaw A, Lusignan S, Rowlands G. Do primary care professionals work as a team: a qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*. 2005; 19(4): 396-405.
78. Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*. 2004/2005; 9(16): 25-30.
79. Sinclair LB, Lingard LA, Mohabeer RN. What's So Great about Rehabilitation Teams? An Ethnographic Study of Interprofessional Collaboration in a Rehabilitation Unit. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*. 2009; 90: 1196-201.
80. Sobrinho EJMA, Capucci PF. Saúde em São Paulo: aspectos da implantação do SUS no período de 2001-2002. *Estudos Avançados*. 2003; 17(48): 209-27.
81. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.
82. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*. 2002; 60: 201–18.
83. Strasser DC, Falconer já, Stevens AB, Uomoto JM, Herrin J, Bowen SE, Burrige AB. Team training and stroke rehabilitation outcomes: a cluster randomized trial. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*. 2008; 89: 10-5.
84. Taylor SJ, Bogdan R. Introduction to qualitative research methods: the search for meanings. New York: John Wiley, 1984.
85. Vuori H. Primary Health Care in Europe – problems and solutions. *Community Medicine*. 1984; 6: 221-31.
86. Way D, Jones L, Busing N. Implementation Strategies: “Collaboration in Primary Care – Family Doctors & Nurse Practitioners Delivering Shared Care”: Discussion Paper Written for the Ontario College of Family Physicians. Ontario: Ontario College of Family Physicians, 2000.
87. Way D, Jones L, Baskerville B, Busing N. Primary health care provided by nurse practitioners and family physicians in shared practice. *JAMC*. 2001; 165(9): 1210-14.
88. Yan J, Gilbert J, Hoffman S. WHO Announcement – Study Group on Interprofessional Education and Collaborative Practice. *Journal of Interprofessional Care*. 2007; 21(6): 588-9.
89. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009; 8(3):CD000072 [acesso em 02 de dezembro de 2010]. Disponível em: http://ipls.dk/pdf-filer/ip_collaboration_cochrane.pdf

ANEXOS

Anexo 1 – Ficha para registro diário de atividades adotadas no município de São Paulo, por categoria profissional. Fonte: São Paulo, 2009.

 Prefeitura do Município de São Paulo Secretaria Municipal da Saúde Coordenação da Atenção Básica Sistema de Informação da Atenção Básica		Ficha D Diária Assistente social Data / /									
Estabelecimento de saúde _____ Profissional _____											
Ficha para registro diário de atividades, procedimentos de ASSISTENTE SOCIAL											
		1	2	3	4	5	6	7	8	Faltas ¹	
Nr equipe											
Nr Micro área											
Nr família											
Idade do usuário											
		Tipo de procedimento ²									
Visitas	Visita domiciliar										
	Visita domiciliar/institucional - avaliação (in locu) das condições disponíveis ao processo de reabilitação										
Cons / Atend	Consulta de profissionais de nível superior (exceto médico)										
	Consulta domiciliar										
Tipo de Atendimento ³											
GRUPOS		1	2	3	4	5	Tema do grupo				
		Tipo de procedimento ²									
Grupos	Atividade educativa/orientação em grupo						1.				
	Prática corporal / atividade física em grupo						2.				
	Práticas corporais em medicina tradicional chinesa						3.				
							4.				
							5.				
Nº de participantes											
Nº de faltoso(s)											
DISTRIBUIÇÃO CARGA HORÁRIA DIÁRIA											
		Quant		Hs ⁴		Obs					
1. Consulta											
2. Visita domiciliar											
3. Visita institucional											
4. Procedimentos											
5. Grupo terapêutico/ Atividade educativa/ Oficina											
Outras Atividades	6. Reunião com ESF										
	7. Reunião com a comunidade										
	8. Reunião técnica / geral										
	9. Reunião NASF										
	10. Capacitação em serviço para ESF										
	11. Trabalho administrativo/ Planejamento										
	12. Capacitação/ Curso/ Atualização/ Congresso										
	13. Outro (descrever na Obs)										
Total											

(¹) Apontar usuários que faltaram à consulta agendada ou VD não realizada em virtude da ausência do usuário na residência, ou recusa no atendimento domiciliar (assinalando com "X" na linha referente ao procedimento)

(²) Quando for registrar o procedimento realizado, utilizar a codificação abaixo:

- "F" se o procedimento for compartilhado com outro profissional da equipe SF
- "N" se o procedimento for compartilhado com outro profissional da equipe NASF
- "P" para procedimento não compartilhado

(³) Tipo de atendimento: apontar a sigla referente ao atendimento do usuário:

- tabagismo (TG), -alcooolismo (ALC), -diabetes (DIA), -hanseníase (HAN), -hipertensão arterial (HAS), -tuberculose (TB), -gestação (GES), -deficiência (DEF), -outros (O)

As deficiências incluem as limitações neurológicas, motoras, síndromes e deficiência mental.

(⁴) O total de horas deve corresponder à carga horária diária (8hs para profissionais 40hs/sem ou 4hs pf 20hs/sem)

Assinatura do profissional

FONTE: Coordenação Atenção Básica - SMS

Anexo 2 – Termo de anuência – Secretaria Municipal de Saúde: Autorização da utilização dos dados do Sistema Sigma e trabalho de campo com profissionais.



Termo de anuência

Tendo sido informado(a) sobre as características da proposta de pesquisa "*Cooperação Interprofissional: percepção dos profissionais na Estratégia Saúde da Família*", a ser conduzida pela fisioterapeuta Caroline Guinoza Matuda, RG 34544193-X, CREFITO-3 72354F; sob a orientação do Prof. Dr. Paulo Frazão, no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sobre a necessidade de que esta anuência seja parte do protocolo de pesquisa a ser apreciado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) credenciado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), e o compromisso assumido pelos pesquisadores em:


1. manter sob sua guarda, e para seu uso exclusivo, todos os dados obtidos;
2. cumprir as determinações éticas da Resolução 196/98 do Conselho Nacional da Saúde;
3. assegurar todos os esclarecimentos que se fizerem necessários, antes, durante e depois do curso da pesquisa;
4. reconhecer a liberdade da instituição e/ou organização não governamental em recusar a participar ou retirar a anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo ou penalização;
5. garantir que não haverá nenhuma despesa para instituição e/ou organização não governamental decorrente da pesquisa;

CONCORDO em oferecer acesso aos dados do Sistema Sigma a fim de, com base na consolidação desses dados por profissional e por equipe, auxiliar na seleção dos sujeitos a serem entrevistados.

Definidos os sujeitos, ACEITO que os serviços identificados operem como *campo da pesquisa*, ficando a critério de cada sujeito e respectivo dirigente do serviço, colaborar ou não com o estudo, desde que o protocolo de investigação seja aprovado por um CEP credenciado pela CONEP.

Nome: _____
 Assinatura: _____ *Maria Cristina H. dos Santos*
 Assinatura: _____
 Contato: _____

Anexo 3 – Parecer aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Faculdade de Saúde Pública / Universidade de São Paulo.

 **COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**
Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

OF.COEP/172/11


25 de abril de 2011.

Prezada pesquisadora e orientador,

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em sua 3ª/11 Sessão Ordinária, realizada em 15/4/2011, analisou, de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, o protocolo de pesquisa n.º 2207, intitulado "COOPERAÇÃO INTERPROFISSIONAL: PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA", do grupo III, sob responsabilidade da pesquisadora **Caroline Guinoza Matuda** e orientação do Professor **Paulo Frazão São Pedro**, considerando o **APROVADO**.

Cabe lembrar que, de acordo com a Res. CNS 196/96, são deveres do(a) pesquisador(a): 1) Comunicar de imediato qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste Comitê de Ética em Pesquisa para dar continuidade à pesquisa; 2) Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo COEP, no caso eventual auditoria; 3) Comunicar formalmente a este Comitê quando houver o encerramento da pesquisa; 4) Elaborar e apresentar relatórios parciais e final; 5) Justificar perante o COEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,


Prof. Dr. Claudio Leone
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - FSP/USP

Ilmo. Sr.
Prof. Dr. Paulo Frazão São Pedro
Departamento de Prática de Saúde Pública
Faculdade de Saúde Pública da USP

Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César – CEP 01246-904 – São Paulo – SP
Contato: (55 11) 3061 7779 | coep@fsp.usp.br | www.fsp.usp.br

Anexo 4 – Parecer aprovado – Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura da cidade de São Paulo.



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0212.0.162.207-10

São Paulo, 23 de Dezembro de 2010
PARECER Nº 448/10 – CEP/SMS
CAAE: 0212.0.162.207-10

Ilma. Sra.
Caroline Guinoza Matuda

Título: “Cooperação Inter-profissional: percepções dos profissionais da Estratégia Saúde da Família.”

Pesquisadora responsável: Caroline Guinoza Matuda;

Instituição: Faculdade de Saúde Pública da USP

Local: PSF/NASF a serem selecionadas.

I- Objetivos

- **Geral:** Descrever as percepções dos profissionais da ESF sobre a cooperação inter-profissional
- **Específicos:**
 1. Caracterizar o trabalho desenvolvido por equipes de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) no município de São Paulo.
 2. Descrever as diretrizes do trabalho do NASF
 3. Descrever as percepções da ESF e NASF sobre certas dimensões da cooperação inter-profissional.
 4. Identificar elementos facilitadores e barreiras para o trabalho compartilhado.

II - Resumo do Projeto.

A autora inicia a sua apresentação apontando que “a atenção primária à saúde (APS) é considerada como um conjunto integrado de ações básicas articulado a um sistema de promoção, prevenção e assistência à saúde”, sendo o primeiro componente de um processo permanente de atenção que seria garantido a todas as pessoas. Aponta ainda que esta concepção parte de questionamentos sobre ações “verticais de controle às endemias e ao modelo médico-hegemônico especializado, fragmentado e intervencionista que não responde às principais necessidades de saúde das populações”. Nesse sentido, aponta a necessidade da concepção de programas mais abrangentes de atenção.

Historia os processos que desembocaram nessa nova forma de atenção. Introduce a explicação sobre as diretrizes da APS (com equipes multiprofissionais) e as equipes de saúde da família. A ESF já conta com 17 anos de implantação tendo sido analisada sob diversos aspectos (aponta trabalhos). Indica a inserção do NASF (também com equipe multiprofissional) em 2008 que deveria servir de apoio à ESF (cobrindo de 8 a 20 equipes de SF; portaria do MS de 2008). São os gestores municipais que definem a composição das equipes das NASF a partir das demandas reconhecidas em cada território “e outros critérios de prioridade”. Uma “ferramenta” utilizada pela NASF é o “apoio matricial”. A autora descreve. Afirma também que as ações e conceitos da NASF reforçam “a necessidade de articulação do conhecimento nas equipes de saúde, o aprimoramento da interação entre os integrantes e o desenvolvimento de novos conhecimentos e a prática do trabalho”.



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0212.0.162.207-10

Por tudo isso considera a NASF um grande desafio para a gestão. Levanta problemas e justifica a pesquisa define os seus objetivos (ver item II).

III- Metodologia e Referencial Teórico

A pesquisa será qualitativa (justifica e aponta bibliografia). Diz ainda que o estudo “terá caráter descritivo-explicativo” dado que se propõe a “descrever as características do trabalho e dos profissionais das ESF/NASF, compreender o seu contexto de trabalho e identificar os fatores que determinam ou contribuem para a cooperação inter-profissional” da ótica dos próprios participantes.

O referencial teórico: É calcado na sociologia para dar conta da construção social das identidades profissionais...” em um campo de forças e de posições sociais”. Seu suporte será BOURDIEU (na sua definição do conceito de campo e do conceito de habitus); cita autores complementares.

Discute o contexto da pesquisa e as particularidades do município de São Paulo no que diz respeito à implantação e formas de gestão da ESF (descreve procedimentos e processos de implantação desde 96 até 2009).

Procedimento para composição de AMOSTRA: Trabalhará com uma amostra intencional de casos extremos composta de 12 a 16 profissionais - com formação superior completa- da ESF (medicina e de enfermagem) e de NASF (assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, psicólogo, psiquiatra, ginecologista, pediatra, educador físico, entre outros).

Segundo a pesquisadora em novembro de 2009 foram implantadas as NASF que nesse período somavam “ 84 equipes de NASF, gerenciadas de acordo com a região por diferentes organizações sociais responsáveis também pela gestão da ESF”.(p.20)

Identificação dos casos extremos: dados da produção diária dos profissionais das equipes da NASF, usando sistema SIGMA, elaborado pela SMS/SP. Desse modo serão identificadas as 10 equipes de NASF com maior e menor quantidade de ações compartilhadas com a equipe de saúde de sua referência. Destas 10 serão sorteadas 2 para cada grupo (maior e menor número de ações compartilhadas).

O total de equipes selecionadas: 4 (segundo os critérios acima).

Profissionais a serem entrevistados:

Critérios de inclusão. 1) Médicos e Enfermeiros das equipes de SF serão indicados pelo profissional da NASF entrevistado. Isto é, os profissionais das NASF entrevistados serão solicitados a indicar as equipes de SF que colaboram mais e menos com o seu trabalho(p.21). 2) Serão selecionados profissionais (SF e NASF) que integrem as equipes desde a implantação do programa no município.

Idade, sexo, etnia não serão critérios de inclusão ou exclusão.

Procedimentos de Coleta: Após a exploração dos dados de produção e a seleção dos participantes, será feita a apresentação do projeto às instituições gestoras da ESF e NASF em que os profissionais estão alocados. Será feito o convite aos profissionais. Serão realizadas entrevistas individuais. Define as condições físicas ideais dos espaços para a entrevista (p.23). Define o modelo de entrevista como “não estruturado e em profundidade” – entrevista aberta. As entrevistas serão gravadas e transcritas para a análise.

Análise: Será realizada análise de discurso (indica bibliografia). Usará software para análise de dados qualitativos.



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0212.0.162.207-10

Resultados esperados: Descrever as percepções dos participantes sobre as diretrizes e desafios organizacionais; produzir informações que permitam ampliar discussão sobre gestão do trabalho nas equipes de saúde. Considera que os resultados da pesquisa poderão ser utilizados pela SMS/SP. Aponta os limites do estudo dada a metodologia preconizada que não busca generalizações, embora “não impeça validação posterior”.

Parecer:

Projeto bastante detalhado e longo (37 páginas incluindo bibliografia; há ainda os anexos), a pesquisadora mostra familiaridade com o tema sendo ela mesma integrante de equipe NASF e da Associação Comunitária Monte Azul, atuando como fisioterapeuta; foi até 2008, funcionária estatutária em Taboão da Serra. Estes dados podem justificar a escolha do tema e o seu envolvimento. Apresenta bibliografia pertinente, currículos resumidos dela e do orientador, compatíveis com a proposta. Apresenta um item de discussão das questões éticas falando também do TCLE e das garantias dos direitos dos entrevistados; aponta que o projeto deverá ser encaminhado também ao CEP da FSP da USP (mas não consta deste processo). A folha de rosto está correta e totalmente preenchida.

A pesquisadora apresenta cronograma: o trabalho se estenderá de setembro/dezembro de 2010 a abril/junho de 2012; a coleta de dados está prevista para ser iniciada em janeiro de 2011.

Apresenta orçamento, sendo que não conta com nenhuma bolsa. Detalha os gastos em diversos quadros nem sempre auto-explicativos. Assim, em “gastos com pessoal” diz que correrão por conta da própria pesquisadora (faz um cálculo dos próprios gastos por 2 anos, mas não diz os critérios) e da FSP/USP (isto porque inclui aí as horas de orientação, num cálculo também não explicado, ver pag. 30). Estes “gastos com pessoal” totalizam para os 2 anos da pesquisa de mestrado R\$69.120,00 (dos quais R\$30.720,00 com o orientador e R\$38.400,00 dela mesma). Arrola em outro quadro os gastos com “material permanente” (computador, impressora, gravador digital, cartão de memória, fones de ouvido, material bibliográfico, software) que foram orçados em R\$7.440,00 (não explica o sentido do “permanente” neste contexto: farão parte dos “gastos da ESP e, portanto, os itens reverterão para ela?); apresenta ainda quadro de “gastos com material de consumo” (R\$1308,80); outro para “serviços de terceiros” (transcrição, revisão, encadernações) num total de R\$7 100,00; e outro ainda para “despesas de transporte”, num total de R\$6.060,00. Este conjunto de gastos soma R\$21.900,80. Na página 32 apresenta um quadro com o “valor total do projeto” incluindo todos os quadros anteriores somando: R\$91.028,80.

A metodologia qualitativa baseada em entrevistas é adequada aos objetivos e o roteiro permite atingir as metas propostas; os critérios de inclusão de entrevistados, entretanto, são no mínimo complexos (levantamento dos dados das unidades através do Sigma, escolha das unidades que representem casos extremos (10 no total), dentre estas seleção de 4 unidades representando os 2 extremos. Apresentação do projeto às unidades selecionadas e convite à participação. Salvo engano, os primeiros entrevistados são da equipe da NASF e estes indicarão os profissionais da ESF (especificamente médicos e enfermeiros) que, a critério desses entrevistados, seriam os mais e os menos colaborativos “com o seu trabalho”.



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

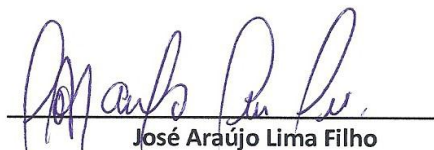
CAAE: 0212.0.162.207-10

TCLE: O texto é adequado e bastante claro; faltou apenas incluir o telefone do CEP/SMS e informar aos participantes que se tiverem dúvidas quanto às questões éticas em geral podem pedi-las ao CEP/SMS. Foi solicitado em pendência que informasse que a pesquisadora está ligada ao NASF profissionalmente. Incluísse a informação do tempo previsto para entrevista e incluísse forma de contato com o CEP/SMS para dúvidas e denúncias quanto a questões éticas. Feito isto em resposta a pendência o relator considerou adequado.

III - Situação do Protocolo: Aprovado

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

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. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.



José Araújo Lima Filho
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

MHelG/ba

APÊNDICES

Apêndice 1 – Roteiro de Entrevista



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA
Av. Dr. Arnaldo, 715 - CEP 01246-904 - São Paulo – Brasil
Telefone: (11) 3061-7743 fax (11) 3083-3501



Roteiro para entrevistas

Este roteiro apresenta proposições sobre aspectos que o pesquisador pretende obter com a realização das entrevistas.

1. O entrevistador pedirá ao entrevistado que responda objetivamente aos dados de identificação:
 1. Idade;
 2. Estado Civil;
 3. Formação e Ocupação dos Pais;
 4. Formação (grau de instrução, curso superior, especializações);
 5. Tempo de Formado;
 6. Função exercida;
 7. Experiência Profissional e Tempo de trabalho na ESF;
 8. Carga horária de trabalho.

2. A seguir, o pesquisador procurará realizar a entrevista, solicitando ao entrevistado que discorra sobre os seguintes temas:
 1. Características do trabalho desenvolvido – ações que desenvolvem, agenda, produção, coordenação, planejamento, compartilhamento de ações, deveres etc.;
 2. Facilidades e dificuldades vivenciadas para compartilhar ações e interagir com os demais profissionais da equipe;
 3. Exemplos de ações;
 4. Principais hipóteses explicativas.

Apêndice 2 – Carta Convite à Participação na pesquisa.



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE PRÁTICA DE SAÚDE PÚBLICA
 Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 - São Paulo - Brasil
 Telefone (011) 3061-7782 - Fax (011) 3083-3501



Convite para Colaboração em Pesquisa

Meu nome é **Caroline Guinoza Matuda**, sou aluna do Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, razão pelo qual estou realizando uma pesquisa, sob orientação do Prof. Dr. Paulo Frazão, denominada “*Cooperação interprofissional: percepções dos profissionais da Estratégia Saúde da Família*”.

Esta pesquisa tem como objetivo descrever as percepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família, incluindo o seu Núcleo de Apoio, sobre cooperação interprofissional. A metodologia da pesquisa prevê entrevistas sobre esse assunto e você foi selecionado para ser um dos entrevistados. O critério de seleção dos participantes envolveu um procedimento técnico com base nos dados registrados no Sistema Sigma, seguido de sorteio de profissionais. Portanto, a escolha dos entrevistados não está relacionada com qualquer influência ou indicação pessoal de seu empregador ou do próprio pesquisador.

Sua participação é muito importante para que a pesquisa tenha valor científico. Para isto, convido-o(a) a participar falando do que você conhece sobre o assunto. A entrevista terá duração aproximada de uma hora. Para abreviar o tempo da entrevista e facilitar a coleta, os dados serão gravados. As gravações serão mantidas em sigilo sob minha posse.

Esclareço que seu nome não será divulgado de nenhuma forma, que as perguntas da entrevista não se referem a aspectos morais sobre sua intimidade, nem tratam de temas que possam prejudicar sua vida funcional na organização/instituição de saúde. As respostas serão confidenciais e utilizadas exclusivamente para fins desta pesquisa, não tendo qualquer outra finalidade, nem representando, até onde o conhecimento alcança, qualquer risco para os entrevistados. A participação é voluntária. Um *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* é usado para proteger os sujeitos de pesquisa envolvendo seres humanos em nosso país. As informações e opiniões expressas por você não causarão nenhum dano, risco ou ônus à sua pessoa e serão tratadas anonimamente no conjunto das demais entrevistas apenas para fins acadêmicos. Não está previsto pagamento ou ressarcimentos de qualquer despesa para o entrevistado.

A realização desta pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo (Rua General Jardim, 36 – 1o andar). Caso necessite de algum esclarecimento sobre os aspectos éticos da pesquisa, você poderá entrar em contato com o CEP pelo telefone (11) 3397-2464 ou e-mail: smscep@gmail.com


Você poderá obter esclarecimentos ou tirar dúvidas sobre os procedimentos da pesquisa, em qualquer momento, entrando em contato comigo pelo telefone (11) 8374-9411 ou email: carolinematuda@gmail.com

Caso aceite participar da pesquisa, favor responder através dos contatos acima.

Agradeço sua cooperação e me coloco à disposição.

Caroline Guinoza Matuda

Apêndice 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

	<p>UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA</p> <p>Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – São Paulo - Brasil</p>
---	---

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é *Caroline Guinoza Matuda*, trabalho (20 horas semanais) como fisioterapeuta em um Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Sou aluna do Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, razão pelo qual estou realizando uma pesquisa, sob orientação do Prof. Dr. Paulo Frazão, denominada “*Cooperação interprofissional: percepções dos profissionais da Estratégia Saúde da Família*”.

Esta pesquisa tem como objetivo descrever as percepções dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, incluindo o seu Núcleo de Apoio, sobre a cooperação interprofissional, identificando elementos facilitadores e barreiras para o trabalho compartilhado. A metodologia da pesquisa prevê entrevistas sobre esse assunto e você foi selecionado para ser um dos entrevistados. Sua participação é muito importante para que a pesquisa tenha valor científico. Para isto, convido-o(a) a participar falando do que você conhece sobre o assunto. A entrevista terá duração aproximada de uma hora. Para abreviar o tempo da entrevista e facilitar a coleta, os dados serão gravados. As gravações serão mantidas em sigilo sob minha posse.

Esclareço que seu nome não será divulgado de nenhuma forma, que as perguntas da entrevista não se referem a aspectos morais sobre sua intimidade, nem tratam de temas que possam prejudicar sua vida funcional na organização/instituição de saúde. As respostas serão confidenciais e utilizadas exclusivamente para fins desta pesquisa, não tendo qualquer outra finalidade, nem representando, até onde o conhecimento alcança, qualquer risco para os entrevistados. A participação é voluntária. As informações e opiniões expressas por você não causarão nenhum dano, risco ou ônus à sua pessoa e serão tratadas anonimamente no conjunto das demais entrevistas apenas para fins acadêmicos. Não está previsto pagamento ou ressarcimentos de qualquer despesa para o entrevistado.

Você poderá obter esclarecimentos e/ou tirar dúvidas sobre os procedimentos da pesquisa. Participar ou não da pesquisa não acarretará em nenhum benefício indevido, nem prejudicá-lo (a) de nenhum modo. Você também não precisa responder às perguntas que não quiser e pode desistir de participar a qualquer momento. Se após sua participação, em algum momento, você quiser saber sobre o andamento da pesquisa, ou esclarecer alguma dúvida, pode me telefonar, ligando para (11) 8374-9411, ou enviar uma mensagem pela internet para e-mail: carolinematuda@gmail.com

A realização desta pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo (Rua General Jardim, 36 – 1o andar). Caso necessite de algum esclarecimento sobre os aspectos éticos da pesquisa, você poderá entrar em contato com o CEP pelo telefone (11) 3397-2464 ou e-mail: smscep@gmail.com

Agradeço sua cooperação e me coloco à disposição.

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, declaro que fui devidamente informado (a) sobre os objetivos, procedimentos e relevância da pesquisa intitulada “*Cooperação interprofissional: percepções dos profissionais da Estratégia Saúde da Família*”.

Autorizo a realização da entrevista e sua gravação. Estou ciente de que os resultados serão tratados de forma sigilosa, tendo garantido meu anonimato. Estou ciente de que terei liberdade em retirar este consentimento em qualquer etapa da pesquisa. Em concordância com os termos da pesquisa, aceito participar e assino abaixo.

Assinatura: _____

Data: _____

CURRÍCULOS

Aluna: Caroline Guinoza Matuda

Possui graduação em Fisioterapia pela Universidade de São Paulo (2004). Atualmente é fisioterapeuta da Associação Comunitária Monte Azul - ESF. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: atenção primária a saúde, educação em saúde, saúde da família e fisioterapia.

(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 05/10/2010

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/3353069839953734>



**Certificado
pelo autor em
05/10/10**

Dados pessoais

Nome Caroline Guinoza Matuda

**Nome em citações
bibliográficas** MATUDA, Caroline Guinoza; MATUDA CG.

Sexo Feminino

Formação acadêmica/Titulação

- 2010** Mestrado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 5) .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: -, *Orientador:* Prof. Dr. Paulo Frazão de São Pedro.
Palavras-chave: Gestão do Trabalho; Política de Saúde; Estratégia Saúde da Família.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva.
- 2005 - 2007** Especialização em Residência Multiprofissional em Saúde da Família . (Carga Horária: 5520h).
Faculdade Santa Marcelina.
Título: Uma Aproximação ao "ser residente" multiprofissional.
Orientador: Prof Dr. Gilberto Tadeu Reis da Silva.
Bolsista do(a): Ministério da Saúde, , .
- 2001 - 2004** Graduação em Fisioterapia .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Aprendizagem sensório-motora: comparação entre crianças de 8-10 anos e adultos..
Orientador: Prof. Dra. Maria Elisa Pimentel Piemonte.

Orientador: Professor Doutor Paulo Frazão



Paulo Frazão obteve título de Livre Docente pela Universidade de São Paulo em 2009. Concluiu o doutorado em Saúde Pública pela USP em 1999. Atualmente é Prof Doutor do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e consultor do Ministério da Saúde. Foi Vice-Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos. Publicou 47 artigos em periódicos especializados e 83 trabalhos em anais de eventos. Possui 15 capítulos de livros e 1 livro publicado e 2 organizados. Participou de 3 eventos no exterior e 33 no Brasil. Orientou 11 dissertações de mestrado e 1 tese de doutorado, e supervisionou 6 monografias de especialização e 5 trabalhos de iniciação científica nas áreas de Saúde Coletiva e Odontologia. Recebeu 12 prêmios e/ou homenagens. Entre 1987 e 2004 participou da condução de 10 projetos de pesquisa. Atua na área de Saúde Coletiva, com ênfase na Vigilância da Saúde Bucal, linha de pesquisa na qual coordena projetos de interesse da Saúde Bucal Coletiva. Atualmente é responsável pela coordenação de um projeto sob financiamento do CNPq. Em suas atividades profissionais interagiu com 71 colaboradores em co-autorias de trabalhos científicos. Em seu currículo Lattes os termos mais freqüentes na contextualização da produção científica e tecnológica são: Epidemiologia, Saúde Bucal, Cárie Dentária, escolares, Saúde Pública, Políticas Planejamento e Adm Sistemas e Serviços de Saúde, Má oclusão, Pessoal Auxiliar Odontológico, Sistemas locais de saúde e dentição decidua.

(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 10/11/2010

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/0336022787699316>



Dados pessoais

Nome Paulo Frazão

Nome em citações bibliográficas FRAZÃO, P.;Frazão, Paulo

Sexo Masculino

Endereço profissional Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública.
Av. Dr. Arnaldo 715
Cerqueira Cesar
01246904 - Sao Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30667782 Fax: (11) 30833501
URL da Homepage: <http://>

Formação acadêmica/Titulação

1996 - 1999 Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5) .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Epidemiologia da oclusão dentária na infância e os sistemas de saúde,
Ano de Obtenção: 1999.
Orientador: Professor Doutor Roberto Augusto Castellanos Fernandez.

1991 - 1995 Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5) .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: A participação do pessoal auxiliar odontológico em dez sistemas locais de saúde de cinco municípios no estado de São Paulo, 1994, *Ano de Obtenção:* 1995.
Orientador: Professor Doutpr Antonio Galvão Fortuna Rosa.