



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

ISSN: 2358-2898

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Machado, Maria de Fátima Antero Sousa; Xavier, Samyra Paula Lustosa;
Rodrigues, Andreza de Lima; Lima, Thiago Fernandes; Silva, Lielma
Carla Chagas da; Moita, Marina Pereira; Dias, Maria Socorro de Araújo

Trabalho em equipes multiprofissionais na atenção
primária no Ceará: porosidade entre avanços e desafios

Saúde em Debate, vol. 45, núm. 131, 2021, Outubro-Dezembro, pp. 987-997

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113104>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406369708005>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

redalyc.org
UAEM

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Trabalho em equipes multiprofissionais na atenção primária no Ceará: porosidade entre avanços e desafios

Multiprofessional teams in Ceará primary health care: porosity between advances and challenges

Maria de Fátima Antero Sousa Machado¹, Samyra Paula Lustosa Xavier², Andreza de Lima Rodrigues², Thiago Fernandes Lima², Lielma Carla Chagas da Silva³, Marina Pereira Moita⁴, Maria Socorro de Araújo Dias⁴

DOI: 10.1590/0103-1104202113104

RESUMO Com o objetivo de analisar a atuação das equipes multiprofissionais conformadas nos Núcleos Ampliados de Apoio à Família e Atenção Básica, frente às dimensões clínico-assistencial e técnico-pedagógica no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil, delineou-se estudo multicêntrico, de natureza qualitativa, realizado no período de 2018 a 2020, em três municípios no estado do Ceará. A coleta de dados ocorreu através de observação e grupo focal com as equipes multiprofissionais. Os registros das observações e dos discursos dos grupos focais foram tabulados no software Interface de R pour L Analyses Multidimensionnelles de Textes L de Questionnaires (IRAMUTEQ®). Na Classificação Hierárquica Descendente, obteve-se um aproveitamento de 75,46% do *corpus* textual, formando cinco classes, cujos vocábulos têm associação estatisticamente relevante ($p<0,0001$). Os resultados evidenciam avanços na atuação das equipes multiprofissionais na produção do cuidado integral dos indivíduos e coletivos, a partir de ações de planejamento e tomada de decisões partilhadas com vistas à melhoria da qualidade de vida destes. Outrossim, identifica-se uma ênfase na dimensão clínico-assistencial do cuidado, o que torna a dimensão técnico-pedagógica um desafio. Contudo, reconhece-se o potencial indutor da atuação das equipes para um trabalho colaborativo e orientado pela interprofissionalidade, corroborando o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Política de saúde. Promoção da saúde. Saúde.

ABSTRACT In order to analyze the performance of the multiprofessional teamwork at the Family Primary Health Care Expanded Support Centers, regarding the clinical-assistance and technical-pedagogical dimensions in Brazilian Primary Health Care, a multicentered study was outlined. This study is qualitative and descriptive in nature, and it was carried out between 2018 and 2020 in three northeast Brazilian towns. Data were collected through observation and focus groups with multiprofessional teams which worked in Primary Health Care. Observations were made during the baseline phase, follow-ups one and two. Documentation of observations and focal group's speech were tabulated using the Interface de R pour L Analyses Multidimensionnelles de Textes L de Questionnaires (IRAMUTEQ®) software. 106 text units were identified in the Descending Hierarchical Classification, with 807 follow-ups, 28.304 occurrences, 1.809 active forms with average frequency ≥ 3.737 , $\text{chi}^2 \geq 57,64$, and 75.46% use of textual statistics, which formed five classes of statistically relevant words ($p<0,0001$). The results show advances in the work done by the multiprofessional teams on the production of comprehensive care of both individuals and collectivity, due to action plans and collaborative decision seeking improvements in the quality of life of individuals and collectivity. It is also possible to identify emphasis on the clinical-assistance dimension of care and that makes the technical-pedagogical dimension a challenge. However, we highlight the teams' collaborative driving force that was guided by the interprofessionality, corroborating thus, the strengthening of Primary Health Care.

KEYWORDS Primary Health Care. Health policy. Health promotion. Health.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Fortaleza (CE), Brasil.

²Universidade Regional do Cariri (Urca) – Crato (CE), Brasil.
samyralustoza@gmail.com

³Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) – Sobral (CE), Brasil.

⁴Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) – Sobral (CE), Brasil.



Introdução

Ao longo de pouco mais de 30 anos, desde a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado brasileiro, com vistas a garantir os princípios da universalidade e da integralidade da atenção à saúde, vários programas e políticas foram criados e implementados para ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, entre eles, estratégias indutoras para a formação de equipes multiprofissionais.

Nesta senda, equipes multiprofissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) ganharam vertiginoso significado e espaço no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS)¹, com subsequente ampliação a partir da incorporação de outras categorias profissionais que pudessem contribuir para o alcance de níveis máximos em saúde.

Assim, em janeiro de 2008, por meio da Portaria nº 154, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que, em 2017, se converteram em Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), com o propósito de atuarem em parceria com os profissionais da ESF, compartilhando a responsabilidade pelas práticas de saúde no território adscrito, dando apoio matricial nas dimensões clínico-assistencial e técnico-pedagógica a todos os atores envolvidos^{2,3}.

Compete ao NASF-AB compartilhar práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, contribuindo no manejo e na resolução de problemas clínicos e sanitários, ao agregarem tecnologias de trabalho que ampliem o escopo das ofertas de cuidados nas dimensões referidas³. Compreende-se que as práticas de saúde realizadas pelo NASF-AB se refletem diretamente na qualidade de vida dos usuários da atenção básica, na perspectiva da realização de atividades integrativas, que contemplam aspectos sociais, físicos e emocionais dos indivíduos, mostrando-se como importantes ferramentas no âmbito da promoção da saúde⁴.

A promoção da saúde se articula ao conceito de qualidade de vida na medida em que torna visíveis vulnerabilidades no enfrentamento de

riscos e agravos à saúde. Assim, a articulação intersetorial surge como proposta para a mobilização de outros campos de saberes e práticas, que ampliam a capacidade de enfrentamento dos determinantes socioambientais a favor de melhores condições de vida⁵.

Esse entendimento é válido para consolidar práticas de promoção da saúde voltadas para indivíduos e coletivos, em uma perspectiva multidisciplinar, que visa a um cuidado integral e em redes, com ampla participação e controle social⁶.

Ciente da complexidade dos aspectos que são requeridos para atender as necessidades populacionais, é preciso que a atuação multiprofissional seja organizada e implementada de forma colaborativa, de modo que não haja sobreposição e/ou hiatos assistenciais. Ademais, a expectativa é que as ações desenvolvidas sejam efetivas e colaborem para a segurança e satisfação dos pacientes. Por isto, o NASF-AB é tão importante enquanto equipe multiprofissional capaz de fortalecer a responsabilidade social da APS, a partir da produção do cuidado fundamentada na territorialização, no trabalho em equipe e na clínica ampliada, assim garantindo a integralidade e a autonomia do indivíduo no processo saúde-doença⁷.

O cuidado em saúde, ainda que, por vezes, esteja relacionado como função precípua de uma categoria profissional específica, é um aspecto central em todas as dimensões do trabalho de quaisquer profissionais de saúde, pois nele está imbricada uma relação clínica na qual o outro – usuário ou profissional – é um ator essencial no campo dos elementos subjetivos que envolvem o processo saúde-doença⁸.

Nesse contexto de problematização, foram levantadas as seguintes questões de pesquisa: Como a atuação multiprofissional contribui para a qualificação do cuidado na APS? A equipe multiprofissional assenta suas atividades nas dimensões clínico-assistencial e técnico-pedagógica? Parte-se da hipótese de a presença dos NASF-AB no contexto da APS brasileira qualificar o cuidado e atuar com focos assistenciais e pedagógicos.

Espera-se, com este estudo, produzir evidências sobre a atuação de equipes multiprofissionais no campo da APS, com ênfase na promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida e, a partir destas, inferir potencialidades que possam ser difundidas para outros territórios de atuação e necessidades de aprendizagem dos profissionais, que possam orientar os planos municipais, estaduais e nacional de educação permanente em saúde e contribuir para o aprimoramento dos processos de matriçamento e desenvolvimento profissional dos que compõem os Nasf-AB, com impacto esperado na melhoria dos processos de trabalho em equipe, do exercício da promoção do cuidado e da autonomia dos usuários, consequentemente colaborando para a resolutividade da APS.

Nesse sentido, este estudo tem o objetivo de analisar a atuação das equipes multiprofissionais conformadas em Nasf-AB frente às dimensões clínico-assistencial e técnico-pedagógica no contexto da atenção primária.

Material e métodos

Pesquisa multicêntrica, de natureza qualitativa, do tipo descritiva. Realizada em três municípios situados no estado do Ceará, Região Nordeste do Brasil, sendo uma metrópole e dois grandes municípios localizados ao norte e ao sul do estado.

A definição de tais municípios se justifica por apresentarem Índice de Desenvolvimento Humano por Município (IDHM) médio de 0,7, variando entre 0,6694 e 0,754. No campo da saúde, eles se apresentam como as três maiores referências do estado do Ceará, sendo responsáveis por uma cobertura de APS superior a 75%, em uma complexa rede assistencial. Esta caracterização é indicativa de sistema de saúde que requer, de modo mais expressivo, uma atenção multiprofissional às necessidades da população, ao mesmo tempo em que requer maior resolutividade da APS.

Em cada município foram identificados dois Centros de Saúde da Família (CSF),

apresentando equipes multiprofissionais reduzidas, compostas por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista e profissionais técnicos; e dois CSF apoiados por equipe multiprofissional ampliada, contendo não somente os profissionais referidos nas equipes reduzidas, mas também profissionais vinculados à nutrição e à assistência social, e profissionais de educação física, fisioterapia e fonoaudiologia, entre outros, configurando os arranjos institucionais Nasf-AB.

A coleta de dados foi ancorada nas técnicas de Observação Participante (OP) e Grupo Focal (GF), norteadas por um roteiro adaptado do instrumento de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para o Nasf-AB.

As nove observações foram realizadas em três períodos distintos: baseline (primeiro encontro), segmento 1 (seis meses depois) e segmento 2 (um ano após a baseline). No que se refere aos GF, foram realizados seis, sendo dois em cada centro de pesquisa, com duração média de 78 min cada, e variação de, no mínimo, 60 min e, no máximo, 95 min. Nos GF foram abordados aspectos relacionados aos conceitos fundamentais de atuação do Nasf-AB e sua aplicabilidade no cotidiano do processo de trabalho das equipes. Participaram 43 profissionais vinculados às 4 equipes de Nasf-AB e às 9 equipes de Saúde da Família (eSF) estudadas, sendo: 12 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 4 educadores físicos, 2 dentistas, 4 psicólogos, 3 nutricionistas, 4 farmacêuticos, 2 assistentes sociais, 9 enfermeiros, 2 fisioterapeutas e 1 agente administrativo. As duas técnicas de coleta de dados foram aplicadas em diferentes dias de rotina programada das equipes Nasf-AB, entre os anos de 2018 e 2020.

Os dados provenientes das OP e dos GF foram registrados, respectivamente, em relatórios e gravações de áudio, posteriormente transcritos na íntegra para o programa LibreOffice® Versão 6.2.4.2 (x64) e processados no software Interface de R pour L Analyses Multidimensionnelles de Textes

L de Questionnaires (IRAMUTEQ®), versão 0.7 alfa 2⁹. O programa gerou a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que subsidiou as análises descritiva e discursiva, com base nas evidências científicas disponíveis na literatura afim.

Ressalta-se que foram resguardadas as identidades dos profissionais, os serviços e os municípios. Nesta garantia, eles encontram-se codificados como ‘PeNasf-AB’ para profissionais do Nasf-AB; ‘PeSF’ para eSF; e ‘Loc’ para municípios de referência destas equipes. Ademais, registra-se que a pesquisa foi conduzida em conformidade com os princípios da bioética em saúde, ancorada na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde¹⁰ brasileiro, que regulamenta a pesquisa com

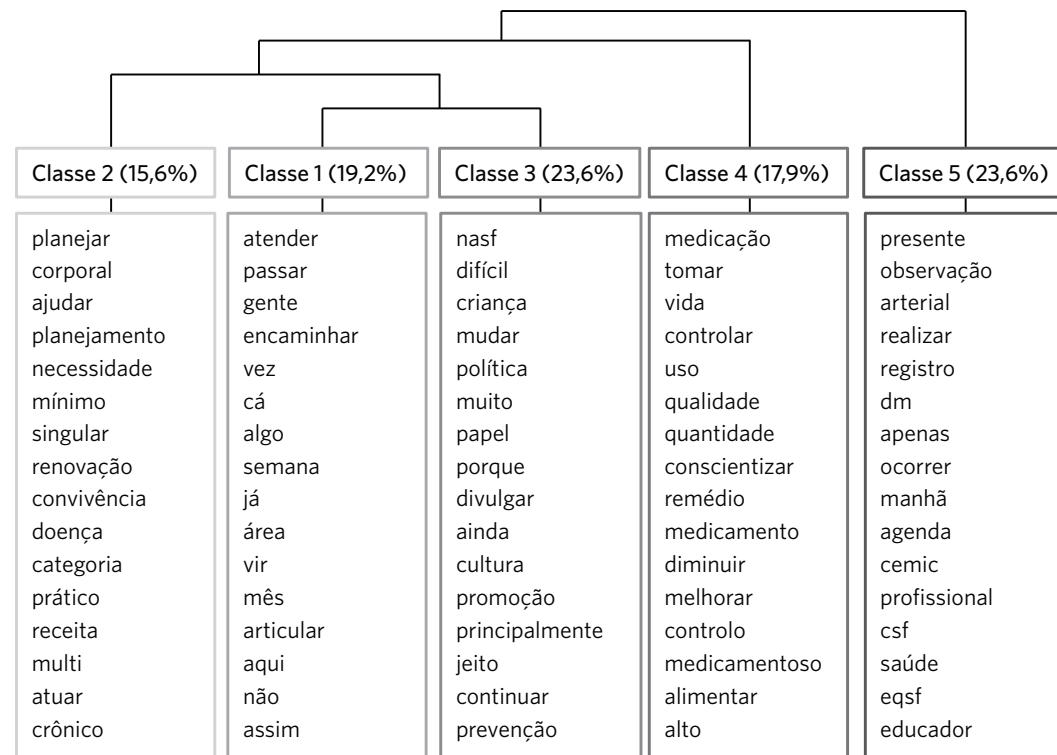
seres humanos, obtendo aprovação ética através do parecer 2.113.413.

Resultados

O processamento dos dados no IRAMUTEQ® possibilitou a identificação da raiz semântica das palavras e extraiu as classes de enunciados, gerando a CHD.

A CHD (*figura 1*) reconheceu 106 unidades de texto, 807 segmentos de texto, 28.304 ocorrências, 1.809 formas ativas com frequência média $\geq 3:737$ e qui-quadrado (*chi2*) $\geq 57,64$, gerando um aproveitamento de 75,46% do *corpus* textual, formando 5 classes, cujos vocábulos têm associação estatisticamente relevante ($p < 0,0001$).

Figura 1. Classificação Hierárquica Descendente. Ceará, 2020



Fonte: Elaboração própria.

O conjunto da análise demonstra que as classes 3 e 5 apresentam-se mais evidenciadas, seguidas das classes 2, 4 e 1, nesta sequência. Destaca-se a classe 5, que apresenta significativa representatividade e relação direta com as demais, com maiores aproximação e grau de concordância com as classes 2 e 4, e, por fim, as classes 1 e 3. Tais classes retratam, em termos gerais, o fazer do Nasf-AB na APS, anunciando aspectos potencializadores da atuação multiprofissional em saúde e situações que se configuraram como desafiadoras para esta atuação.

A classe 3 obteve 23,6% de representação das Unidades de Contexto Elementar (UCE) ($\chi^2=63,78$; $p<0,0001$) com tema central do ‘processo de trabalho do Nasf-AB na APS’. Esta classe se relaciona aos aspectos que se apresentam como pontos de fortaleza e de fragilidades sobre o papel do Nasf-AB em apoio à eSF, considerando seu objetivo de contribuir na ampliação do acesso e na melhoria da qualidade da atenção, provocando mudanças nos estilos de vida, a partir da promoção da saúde e prevenção de agravos.

Percebe-se uma similaridade entre dois dos três centros de pesquisa, evidenciando o reconhecimento do papel do Nasf-AB em apoio às eSF, seja nas ações de cunho clínico-assistencial, seja na dimensão técnico-pedagógica, como pode ser observado nos registros de fala, a seguir:

O Nasf-AB trabalha em sintonia com a equipe, principalmente com as agentes comunitárias de saúde, que são a porta de entrada da nossa instituição, do nosso posto [...]. (Loc02, PeSF07).

Com certeza, eles [Nasf-AB] fazem muito esse trabalho [...] e, a partir de uma demanda também dos profissionais, eles fazem as educação permanentes, e ajudam até aquelas questões que vão gerando dúvida. Eles vão nos ajudando. (Loc03, PeSF02).

Tem sim alguns pacientes que a gente consegue fazer esse cuidado integral, com a ajuda do Nasf, com certeza. (Loc03, PeSF05).

As falas ecoam sinais de um trabalho em equipe multiprofissional, com o estabelecimento de comunicação das necessidades e suporte para dúvidas e/ou cuidados que podem ser apoiados pela equipe Nasf-AB, a partir de um objetivo comum, que é o cuidado integral da população, garantido pela proposta de um trabalho colaborativo.

As semelhanças entre os aspectos apontados na classe 1, com 19,2% das UCE ($\chi^2=57,64$; $p<0,0001$), e na classe 4, com 17,9% das UCE ($\chi^2=171,81$; $p<0,0001$), aqui denominada ‘Atendimentos do Nasf-AB’, possibilita que estas sejam unificadas, com vistas a favorecer a compreensão das amplas dimensões dos atendimentos realizados pelo Nasf-AB, os quais acontecem a partir dos encaminhamentos feitos pelos profissionais da eSF, conforme demandas de saúde nas áreas adscritas.

Eu só sei que o encaminhamento, quando vem pra mim [...] eu tento fazer essa conscientização no atendimento individual e nos grupos, mas, ainda assim, ‘tá muito difícil’. (Loc01, PeNasf-AB04).

Orientação medicamentosa, a prática de atividade física em forma de controle e alimentação saudável, pr'a questão da obesidade, que vai envolver hipertensão e diabetes. (Loc01, PeNasf-AB01).

Acho que o diferencial entre atividades do Nasf-AB e aquelas que eles participam do posto é a questão da linguagem acessível. (Loc01, PeNasf-AB01).

Quando a gente faz as orientações, a gente sempre busca contextualizar as orientações na realidade de vida dos indivíduos, a depender da renda e do tipo de atividade que eles fazem. (Loc01, PeNasf-AB04).

Verifica-se uma intencionalidade para a realização de um cuidado individualizado, assim como são observadas ações coletivas, como a prática de atividades físicas e orientações sobre alimentação, visando à promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida. Um grande atributo destas ações é o uso de linguagem e

metodologias acessíveis para cada realidade social do território.

Uma vez, eu vi uma crítica [...] que no posto de saúde tinha zumba, mas não tinha médico. Então, a população não entende que atividade física é uma promoção da saúde. É tudo muito centrado no atendimento médico. (Loc01, PeNasf-AB06).

É difícil para a população ir pro posto toda semana, para estar no grupo. Geralmente, só vai pro posto pra olhar a fila de espera. Então, é uma cultura que a gente tem ainda que quebrar. (Loc01, PeNasf-AB06).

No que se refere à classe 2, com 15,6% das UCE ($\chi^2=54,47$; $p<0,0001$), intitulada ‘Planejamento das ações’, emergem as possibilidades para discutir a importância deste planejamento pela equipe de saúde como forma de garantir que as ações desenvolvidas estejam de acordo com as demandas dos usuários, e que sejam efetivas.

O planejamento, geralmente se reúne, nós, equipe do Nasf-AB [...] com antecedência e, dentro desses meses, planejamos os encontros que vão ter e para que tema a gente vai direcionar. Quando possível [...] a gente traz a equipe da atenção básica para participar do planejamento com a gente. (Loc01, PeNasf-AB01).

A gente tem essa equipe multidisciplinar, que realiza grupos e que faz essa atenção especial para os portadores. Mensalmente, a cada final do mês, senta toda a equipe: agente comunitário de saúde, enfermeira, médico e a equipe do Nasf, para que seja feito em sintonia esse calendário de atendimento, mensalmente, aos usuários. (Loc02, PeSF07).

As ações são planejadas assim: os diabéticos e hipertensos, em algumas unidades que a gente trabalha [...] têm o hiperdia, que já trabalha a questão dos diabéticos e hipertensos em outras unidades. A gente planeja as atividades nos grupos de práticas corporais [...] a gente sempre trata

de planejar temas pertinentes pra eles, como alimentação saudável, práticas de exercícios; tenta sempre trazer pra eles dentro dos grupos sobre a temática, e tentando melhorar a qualidade de vida deles. (Loc03, PeNasf-AB011).

Como se pode ver, as ideias expressas não são uniformes em todos os centros de pesquisa, assim como também há variações entre equipes, de modo que os processos de trabalho são influenciados por: realidade social, formas de organização, visão dos papéis pelas equipes etc. Neste cenário desafiador, observam-se a desarticulação e a ‘incompreensão’ na definição dos papéis de cada equipe, sendo ainda visível o desconhecimento da proposta do Nasf-AB em relação a ser o apoio para a eSF. Os trechos abaixo realçam a dificuldade de integração e compartilhamento das responsabilidades individuais e coletivas no cuidado com os usuários:

Infelizmente, como a gente nem conhece a equipe, eu não sei todos os médicos, nem os nomes. Eu só sei que o encaminhamento, quando vem pra mim, não consigo nem articular, tentar fazer uma interconsulta, porque, às vezes, o paciente vai pro retorno do médico só pra mostrar exames e renovar uma receita, e pronto: gastou 20 minutos ali e não teve uma efetividade, que teria se tivesse sido atendido conjuntamente. (Loc01, PeNasf-AB04).

O paciente vai para um profissional e, às vezes, a própria equipe não é integrada, porque não tem reunião da equipe. Então, é preciso ter essa integração para realmente poder ter um plano de cuidados pros pacientes. (Loc01, PeSF02).

Outro aspecto identificado refere-se ao fato de que, além das problemáticas relacionadas à baixa integração da equipe, também podem ser observadas a rotatividade dos profissionais e uma elevada demanda para a equipe do Nasf-AB, uma vez que este se configura como referência para mais um território de atuação da ESF.

Também existe essa situação, d'eles terem vários territórios. Tem uns que a gente consegue. Às vezes, tem semana que uns não vêm porque o outro território absorve os dias todos. Depois, também vêm pra cá e o outro território fica sem eles. Então, existem essas limitações. (Loc03, PeSF02).

Os dados compilados na classe 5 ($\chi^2=73,7$; $p<0,0001$), com 23,6% das UCE, destacam os desafios do cotidiano das atividades desenvolvidas pela equipe Nasf-AB na ESF, inferidos a partir dos registros de observação da realidade.

Verifica-se a necessidade de melhoria nas formas de monitoramento das atividades desenvolvidas, incluindo o processo de registro das ações realizadas. A observação do campo e os trechos discursivos dão conta de que esta necessidade é percebida pelos profissionais, e que são realizadas ações de educação permanente com a eSF, contudo, não há a incorporação da sistemática de registro, o que limita a autoavaliação e a avaliação externa. O trecho a seguir realça o dito:

Há uma tentativa, da equipe do Nasf, de realizar educação permanente mensal com os agentes comunitários de saúde, de acordo com a demanda de temas solicitados por eles [...] porém, dificilmente é feito um registro. (Relatório OP Loc01).

Outro aspecto que demonstra a insuficiência da efetividade do processo de trabalho das equipes multiprofissionais é a frágil articulação entre as equipes com outros pontos da rede de atenção à saúde, o que dificulta a integralidade do cuidado, principalmente diante de casos complexos, que requerem mais integração entre os vários serviços de saúde, conforme registro de observação realizada pelos pesquisadores.

Não há articulações junto às equipes de atenção básica com outros pontos da rede de saúde [...].

Não há um registro específico para acompanhar o número de encaminhamentos do Nasf-AB para atenção especializada [...]. (Relatório OP, Loc01).

A proposta do Nasf-AB tem como referencial a clínica ampliada na perspectiva multiprofissional, contudo, ainda é um desafio sua realização de forma efetiva, principalmente no que compete às ferramentas de apoio para sua prática, como a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) ou consultas compartilhadas envolvendo ambas as equipes, pois tais consultas, quando são realizadas, não envolvem as equipes básicas e ampliadas, como destacado nos registros das observações realizadas.

Os profissionais sinalizam que é muito difícil ocorrer as atividades, discussão de casos, PTS ou até mesmo consultas compartilhadas entre as equipes Nasf e Saúde da Família. Mas, que geralmente ocorrem entre os profissionais da equipe Nasf. E as visitas domiciliares pouco acontecem, pois há um distanciamento também com os ACS. (Relatório OP, Loc02).

Os registros de observação reforçam impressões já sinalizadas pelos GF, no que compete à integração entre as equipes e o planejamento das ações, sempre com potencialidades e dificuldades em sua efetivação. Os momentos, em sua maioria, são reconhecidos como pontuais e nem sempre envolvem ambas as equipes. Entretanto, apesar da restrita integração entre as equipes na maioria dos CSF, há, em outros, vinculação e compartilhamento de planejamento, e propostas de cuidado com o reconhecimento da potencialidade do apoio do Nasf-AB à eSF.

As informações de saúde da população são compartilhadas entre equipe Nasf-AB e eSF durante reuniões mensais, em que são discutidos os casos e planejado ações necessárias. Nestas reuniões de planejamento, estão presentes ACS, enfermeiros, gerente e profissionais do Nasf-AB. (Relatório OP, Loc03).

As reuniões são mais voltadas para organizar o calendário mensal. (Relatório OP, Loc02).

Considerando que o processo de trabalho do Nasf-AB encontra-se fundamentado em quatro conceitos, que versam sobre territorialização, trabalho em equipe, integralidade e produção da autonomia dos sujeitos e coletivos, e estão ancorados nas dimensões técnico-assistencial e pedagógica, prossegue a discussão dos resultados aqui descritos com fulcro nestas premissas anunciadas.

Discussão

O Nasf-AB apresenta-se como uma estratégia brasileira de ampliação da equipe de apoio, que tem como objetivo fortalecer as ações da APS, ofertando métodos para a melhoria da qualidade de vida da população¹¹.

Contudo, há desafios para a operacionalização do trabalho de forma plena e conjugada às ações das eSF. Os impasses são relacionados à lógica do modelo medicalocêntrico e ao curativismo, bem como à resistência das equipes apoiadas na compressão do modelo de apoio matricial¹².

Um estudo realizado no estado de Pernambuco, Brasil, identificou que as barreiras para o atendimento do Nasf-AB, enquanto apoio matricial, apresentam-se desde a própria interação com a eSF, onde o dispositivo Nasf-AB é enxergado como um sistema de referência para casos complexos e não como apoio¹³. Esta realidade também é identificada nos resultados, existindo insuficiência de compreensão na definição dos papéis de cada equipe e na efetivação das propostas das políticas de saúde.

Os resultados apontam que a integração das equipes não é uniforme em todos os centros de pesquisas estudados. Em dois dos três municípios, é possível atestar uma prática colaborativa entre as equipes mínima e a equipe multiprofissional ampliada, colaborando para maiores segurança e qualidade do cuidado. Em outro centro, no entanto, tem-se uma atuação do Nasf-AB paralela ao processo de trabalho da eSF, considerando as demandas de saúde da

população da área adscrita. Indo de encontro aos resultados de um estudo realizado em São Paulo, Brasil, no ano de 2015, que também apresentaram diferenças diante das eSF e das Nasf-AB de cada território, na maioria das vezes, existe a falta de interação entre tais equipes¹⁴.

Para a atuação efetiva das equipes multi-profissionais, acredita-se que seja necessária uma harmonia entre elas, a partir da realização de um planejamento conjunto, com definição de objetivos e metodologias para as ações a serem desenvolvidas nos serviços de saúde, priorizando a assistência multidisciplinar e integral, objetivo primeiro da ampliação da equipe da APS. Ademais, o sentido de pertencimento é aflorado quando todos os integrantes se sentem parte de uma só equipe, embora sejam assegurados seus objetivos específicos.

Considerando o exposto, tem-se que os resultados expressos pelas equipes não traduzem em plenitude a efetividade ordenada do planejamento e da avaliação das ações nos serviços de saúde, na expectativa do ideal. Outrossim, foi evidenciada a adoção de reuniões mensais para o planejamento dos atendimentos e, com menor frequência, para outras pautas, como o desenvolvimento de ações compartilhadas. Esse resultado foi apresentado de forma semelhante em outros estudos^{13,15}, nos quais a discussão sobre as ações foi realizada em momentos pontuais, e não como uma agenda de livre demanda. Ou seja, não se constituiu como cultura institucional.

Esse modo de agir, por vezes ainda compartmentalizado, se reflete nas relações entre as equipes, as quais deveriam compartilhar o mesmo sentimento de pertencimento. Apesar de ser inferido nos GF que existe interação entre as equipes Nasf-AB e eSF, os momentos de observação verificaram aspectos desafiadores no que compete à garantia dessa integração de forma efetiva, resultando na sobreposição de ações ou hiatos assistenciais, dada a frágil efetividade da colaboratividade.

O entrosamento entre as equipes faz-se necessário para a efetivação da proposta de

apoio matricial, considerando a necessidade do agir interprofissional para uma melhor resolutividade de casos complexos, por meio da longitudinalidade do cuidado, para que se cumpra o princípio da integralidade¹⁶. Ressalta-se que o sentimento de pertencimento é indutor também de ações dirigidas à promoção da saúde, com vistas a fortalecer os vínculos e colaborar para a autonomia dos usuários em seu processo de melhoria da qualidade de vida.

A equipe multidisciplinar, mais do que ser um aspecto organizacional, deve obter uma função de arranjo estruturado para o processo do trabalho em equipe¹⁵, sendo este o principal suporte para a assistência integral e igualitária em saúde, facilitando a abordagem à população através da soma dos distintos olhares e conhecimentos envolvidos, favorecendo a qualidade na assistência¹⁷.

Ademais, ressente-se que o agir das equipes multiprofissionais ampliadas centra suas ações na dimensão clínico-assistencial do cuidado, com espaço limitado para o agir concernente à dimensão técnico-pedagógica. Embora entenda-se que deva haver indissociabilidade entre tais dimensões, observa-se a prevalência da primeira sobre a segunda. Para Marin e Ribeiro¹⁸, é reconhecido que a atenção à saúde orientada para a integralidade dos sujeitos e da comunidade requer que a multidisciplinariedade reflita um modelo de atenção acolhedor, que compreenda as diversidades do sujeito, do usuário do sistema e do território de saúde no qual ele está inserido. Para tanto, rompem-se as barreiras das abordagens uniprofissionais, limitadas diante do processo saúde-adoecimento, e lançam-se ao exercício da busca da interprofissionalidade, na perspectiva do desenvolvimento de práticas colaborativas.

Conclusões

Ciente de que o cuidado é uma prática intrínseca ao trabalho em saúde, e que a efetivação da promoção da saúde é um desafio que perpassa

múltiplas questões (inter)setoriais, o processo de trabalho na APS requer o aprimoramento e a integralidade de suas ações, visto que ela se manifesta como uma estratégia potente para o fortalecimento da APS.

Diante do exposto, mediante a análise sobre a atuação multiprofissional na qualificação do cuidado, reconhece-se o potencial indutor da atuação das equipes do Nasf-AB para um trabalho colaborativo, orientado pela interprofissionalidade e corroborando a qualificação do cuidado na APS. No entanto, os dados sinalizam que o arranjo organizacional do trabalho realizado pelo Nasf-AB tem se dado, predominantemente, na dimensão clínico-assistencial.

Ademais, o percurso a ser trilhado, de uma atuação multiprofissional efetiva que seja convergente para um trabalho em equipe colaborativo, com abordagem interprofissional, requer maior interação da equipe, o desenvolvimento de competências colaborativas e de estratégias de planejamento, bem como a implementação e a avaliação de planos de cuidados comuns e afins, critérios parcialmente desenvolvidos nos centros de estudo desta pesquisa.

Reconhece-se que estudos que tenham como *corpus* de análise a atuação profissional em equipes multiprofissionais – aqui exemplificado por Nasf-AB e eSF – devem ser cautelosos em virtude de diversos fatores que podem influenciar, principalmente, as diferenças entre as realidades locorregionais. Assim, há a necessidade de estudos que possam analisar em profundidade medidas de enfrentamento para os desafios sinalizados.

Colaboradores

Machado MFAS (0000-0002-2541-8441)*, Xavier SPL (0000-0002-5295-7627)*, Rodrigues AL (0000-0001-9181-0970)*, Lima TF (0000-0002-4154-945X)*, Silva LCC (0000-0002-2688-9309)*, Moita MP (0000-0002-1920-480X)* e Dias MSA (0000-0002-7813-547X)* contribuíram igualmente para a elaboração deste manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Souza TS, Medina MG. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS? *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2020 ago 6]; 42(21):45-158. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S210>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União. 24 Jan 2008. [acesso em 2010 jan 30]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22 Set 2017. [acesso em 2019 dez 7]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
4. Fernandes ETP, Souza MNL, Rodrigues SM. Práticas de grupo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: perspectiva do usuário. *Physis: Rev. Saúde Colet.* 2019 [acesso em 2020 ago 7]; 29(1):1-18. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312019290115>.
5. Silva KL, Sena RR, Akerman M, et al. Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2014 [acesso em 2021 abr 7];19(11):4361-4370. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kzQjPDPNKsbsG8mjqhV9Jjr/?format=pdf&lang=pt>.
6. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF: MS; 2018.
7. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento da Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica, n. 39. Núcleo de apoio à saúde da família: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília, DF: MS; 2014. [acesso em 2020 ago 29]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf.
8. Carnut L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde debate*. 2017 [acesso em 2021 abr 7]; 41(115):1177-1186. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2017v41n115/1177-1186.pt>.
9. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*. 2013; 21(2):513-518.
10. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário oficial da União. 12 Dez 2012. [acesso em 2020 abr 30]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
11. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
12. Nascimento AG, Cordeiro JC. Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica: análise do processo de trabalho. *Trab. Educ. Saúde*. 2019 [acesso em 2020 ago 29]; 17(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00194>.
13. Nascimento CMB, Albuquerque PC, Sousa FOS, et al. Configurações do processo de trabalho em núcleos de apoio à saúde da família e o cuidado integral. *Trab. Educ. Saúde*. 2018 [acesso em 2020 ago 10]; 16(3):1135-1156. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00154>.
14. Santos RABG, Uchôa-Figueiredo LR, Lima LC. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. *Saúde debate*. 2017

- [acesso em 2020 ago 7]; 41(114):694-706. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711402>.
15. Reis ML, Medeiros M, Pacheco LR, et al. Evaluation of the valuation of the multiprofessional work of the family health support center (NASF). *Texto contexto – Enferm.* 2016 [acesso em 2020 ago 8]; 25(1):1-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720160002810014>.
16. Hirdes AA. Perspectiva dos profissionais da atenção primária à saúde sobre o apoio matricial em Saúde mental. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015; 20(2):371-382.
17. Silva MVS, Miranda GBN, Andrade MA. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. *Interface* (Botucatu). 2017 [acesso em 2020 ago 8]; 21(62):589-99. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0420>.
18. Marin J, Ribeiro CDM. Problemas e conflitos bioéticos da prática em equipe da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Bioética.* 2018 [acesso em 2020 jul 17]; 26(2):291-301. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422018262250>.

Recebido em 25/11/2020

Aprovado em 23/08/2021

Conflito de interesses: inexistente

Supporte financeiro: Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (número do processo: PP3-0118-00048.01.00/17)