



Psicologia & Sociedade

ISSN: 0102-7182

revistapsisoc@gmail.com

Associação Brasileira de Psicologia Social
Brasil

Diógenes Araújo, Eliezer Magno; Galimberti, Percy Antonio
A COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
Psicologia & Sociedade, vol. 25, núm. 2, -, 2013, pp. 461-468
Associação Brasileira de Psicologia Social
Minas Gerais, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309328218023>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

INTERPROFESSIONAL COLLABORATION IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

Eliezer Magno Diógenes Araújo e Percy Antonio Galimbertti

Universidade Federal do Ceará, Sobral, Brasil

RESUMO

As equipes de Saúde da Família realizam ações que não produzem bens, mas serviços que são processados, em grande parte, por um trabalho imaterial, derivado do contato entre organizações, equipes, profissionais e pacientes, e das ações e interações que constituem essas relações. O propósito deste estudo é compreender o processo de colaboração interprofissional, no contexto do trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Trata-se de um estudo de caso com postura etnometodológica, analisando as características relacionais presentes no cotidiano do processo de trabalho interprofissional, utilizando a observação participante. Foram realizadas nove observações, nos momentos coletivos, envolvendo seis equipes de NASF de um município de grande porte da região Nordeste do Brasil. Como resultado, foram encontradas cinco categorias que contribuem para uma compreensão mais aprofundada dos processos colaborativos e foram identificadas áreas que precisam de intervenções e melhoramentos em relação ao funcionamento do NASF.

Palavras-chave: colaboração interprofissional; saúde da família; NASF; etnometodologia.

ABSTRACT

The Family Health teams do not produce goods, but services that are processed in large part by an immaterial labor, derived from contact between organizations, teams, professional and patients, the actions and interactions that constitute these relationships. The purpose of this study is to understand the process of interprofessional collaboration in the context of the work of the Support Center for Family Health (NASF). This is a case study with ethnomethodological approach, analyzing the relational features in the everyday work process using participant observation techniques. We realized nine observations, in collective meetings, among six teams from a large city in the Northeast region of Brazil. The study found five categories which contribute to a deeper understanding about the collaborative processes, and also identified areas in the operation of the NASF, in need of interventions and improvements.

Keywords: interprofessional collaboration; family health; NASF; ethnomethodology.

Nossas vidas de trabalho são organizadas em ambientes coletivos, através de um processo constante de interação com outras pessoas. Vivemos a maior parte de nossas vidas nos relacionando por meio de organizações sociais, trabalhando, aprendendo, consumindo e produzindo bens, serviços e produtos. Essa relação entre sociedade e organizações do trabalho vem sendo debatida sob várias perspectivas em várias disciplinas, como sociologia, filosofia, economia, psicologia e administração, desde autores clássicos como Weber e Marx.

Nessa perspectiva, as equipes, e não mais os indivíduos isoladamente, têm se constituído como unidades básicas de trabalho, requerendo novas maneiras de lidar com as pessoas e cuidar

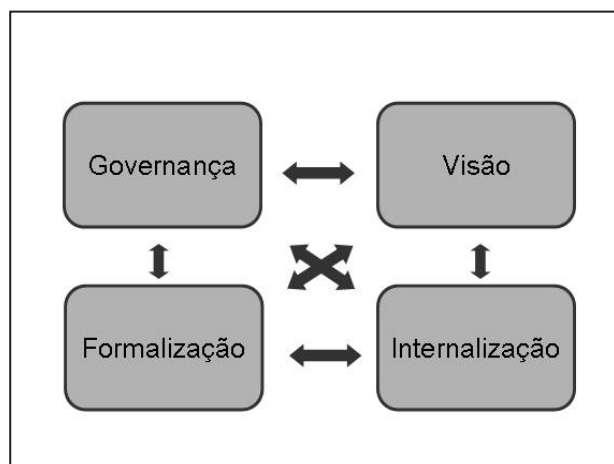
das organizações (Chiavenato, 2004). Isso se torna particularmente significativo no cenário das equipes de Saúde da Família, cujas ações não produzem bens, mas serviços que são processados, em grande parte, por um trabalho imaterial, derivado do contato entre organizações, equipes, profissionais e pacientes, e das ações e interações que constituem essas relações (Serapione, 2006).

Os processos interativos desenvolvem-se na vida cotidiana, compartilhada com outros seres humanos. Cada indivíduo contribui decisivamente e singularmente na “construção” de seus processos de interação social (Guesser, 2003). Essas interações podem tomar diferentes formas, como, por exemplo, a colaboração interprofissional.

A Colaboração Interprofissional (CI) é um tópico bastante significativo no contexto geral dos processos e organizações de trabalho, apresentando-se como um construto polissêmico, complexo, atual e emergente no sentido de dar respostas às necessidades envolvidas no trabalho em equipes, sobretudo nos serviços de saúde (D'Amour et al., 2005).

Danielle D'Amour et al. (2008), da Universidade de Montreal, Quebec, Canadá, em um estudo sobre ação coletiva e CI no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), desenvolveu um modelo que pode ser utilizado para analisar os níveis de colaboração em sistemas complexos, com formas heterogêneas de interação entre os diversos atores, e sugere que a CI pode ser analisada com base em quatro dimensões, que são: Visão, Formalização, Internalização e Governança, conforme vemos na Figura 1.

Figura 1. Dimensões da colaboração interprofissional, segundo modelo de D'amour, D. et al. (2008)



Essas dimensões estão interligadas e influenciam umas às outras. Resumidamente, podem ser entendidas como: 1) Visão: refere-se à existência de objetivos comuns e sua apropriação pela equipe e à diversidade de definições e expectativas sobre a colaboração; 2) Internalização: refere-se a uma tomada de consciência dos profissionais de sua interdependência, que se traduz em um sentimento de pertença e confiança mútua; 3) Formalização: refere-se aos procedimentos documentados que comunicam e esclarecem fluxos, expectativas e responsabilidades; e 4) Governança: refere-se à liderança e funções de apoio à colaboração, como o apoio à implementação de inovações relacionadas com práticas colaborativas.

Com relação aos serviços de saúde, destacando aqui a Saúde Pública, no âmbito nacional, o trabalho de forma interdisciplinar e em equipe é um dos

fundamentos da APS, que tem a Estratégia Saúde da Família (ESF) como estratégia prioritária para sua organização, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso implica que os processos de trabalho em equipe devem se focar na efetivação da integralidade e na articulação das ações de promoção da saúde (Ministério da Saúde, 2006).

Considerando esse contexto, são constituídos os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) enquanto equipes multiprofissionais que funcionam como uma estratégia de apoio à ESF, com a grande missão de desenvolver a integralidade e auxiliar no desenvolvimento da interdisciplinaridade (Nascimento & Oliveira, 2010). A atuação dos NASF deve obedecer a certas diretrizes gerais como: ação interdisciplinar e intersetorial, educação permanente, desenvolvimento da noção de território, participação social e promoção da saúde (Ministério da Saúde, 2009).

Em documento recente (Ministério da Saúde, 2010), observa-se que o processo de trabalho dos NASF, nos territórios de sua responsabilidade, deve ser estruturado priorizando: (a) ações clínicas compartilhadas, para uma intervenção interdisciplinar e realização de projeto terapêutico singular (PTS); (b) intervenções específicas do profissional do NASF junto aos usuários e/ou famílias, com discussão e negociação *a priori* com os profissionais da equipe do Centro de Saúde da Família (CSF) responsáveis pelo caso; e (c) ações compartilhadas, no âmbito da saúde comunitária, nos territórios de sua responsabilidade, desenvolvidas de forma articulada com outros setores.

A partir de uma perspectiva singular, atuando como preceptor (atividade docente-assistencial) e acompanhando o cotidiano das equipes multiprofissionais em atuação nos CSF, pude perceber os desafios que surgem no desenvolvimento do processo de colaboração, de forma que o objetivo deste estudo é compreender o processo de CI no processo do trabalho dos NASF.

Metodologia

Este estudo segue uma lógica de planejamento de um estudo de caso que, segundo Yin (2010), é uma investigação empírica sobre um fenômeno contemporâneo, em profundidade e em seu contexto real, especialmente útil quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são totalmente esclarecidos.

Optou-se pela observação participante, seguindo uma postura etnometodológica. O termo etnometodologia designa uma corrente da sociologia americana, que tem seu marco fundador na publicação

do livro *Estudos em Etnometodologia*, de Harold Garfinkel (1967), que gerou intensos debates no meio acadêmico das universidades americanas e europeias (Guesser, 2003).

Segundo Guesser (2003), essa vertente chegou às universidades europeias a partir de 1970, mas somente nas décadas posteriores é que passou a ser ensinada e posteriormente utilizada em trabalhos científicos, sobretudo na área da educação. Ainda segundo o autor, a etnometodologia ainda é pouco conhecida no campo das ciências sociais no Brasil, possuindo raros trabalhos publicados e poucas obras traduzidas.

A perspectiva de Garfinkel parte da teoria parsoniana da ação, fazendo profundas reformulações a partir de influências diversas, como o interacionismo simbólico da Escola de Chicago e a fenomenologia social de Alfred Schultz.

Talcot Parsons, importante sociólogo americano (1902-1979), buscou integrar trabalhos de Durkheim, Weber e outros no desenvolvimento de sua teoria da ação. Para Parsons, o ator social “submete-se às normas sociais, que por sua vez determinam suas ações”, sendo esse ator incapaz de analisar sua dependência ao conjunto de normas. Garfinkel posicionou-se criticamente em relação à noção de uma normatividade que se coloca de “fora”, de forma coercitiva, afirmando que as normas estão presentes e influenciam o ator social, “entretanto ele interage com elas, interpretando-as, ajustando-as e modificando-as” (Guesser, 2003, p.151). Para a etnometodologia, a comunicação e o uso da linguagem não são estabelecidos a partir de sistemas de referência externos e preexistentes, mas são construídos e produzidos por processos interpretativos a partir das interações sociais.

A realidade social (e seu processo construtivo) é um aspecto que a etnometodologia incorporou a partir da fenomenologia social de Schultz, para quem o mundo é interpretado à luz de categorias e construtos do senso comum, que são sociais em sua origem: “A realidade social é fruto dessa contínua atividade de interpretação dos sentidos das ações que são empreendidas no dia-a-dia” (Guesser, 2003, p.155).

A preocupação central da etnometodologia está na análise dos métodos empregados pelos atores na produção da realidade na vida cotidiana. Segundo Guesser (2003), os conceitos básicos mais importantes para a compreensão da etnometodologia são: (a) prática/realização, (b) a indicialidade, (c) a reflexividade, (d) a relatabilidade, (e) a noção de membro, apresentados a seguir:

a) Prática/realização: os etnometodólogos procuram descobrir no senso comum os verdadeiros

sentidos que os atores dão às suas ações e esperam desvendar o raciocínio prático que orienta as ações sociais;

b) Indicialidade: refere-se a expressões empregadas pelos atores sociais nos processos interativos e que possuem significado no momento da interação e no contexto local onde são produzidas;

c) Reflexividade: a propriedade reflexiva dos atores sociais permite que eles expressem as significações de seus atos e de seus pensamentos;

d) Relatabilidade: é uma característica que permite aos atores sociais comunicarem e tornarem as atividades práticas racionais compartilháveis. Não se trata apenas da descrição pura e simples da realidade enquanto pré-constituída, mas de um processo interativo de construção da realidade;

e) Noção de membro: para os etnometodólogos, membro não é apenas um ente que pertence a um determinado grupo, mas, ao contrário, é um ente que compartilha a construção social daquele determinado grupo.

A postura etnometodológica adotada neste estudo segue uma perspectiva inspirada na antropologia e na etnografia, com particular atenção às práticas discursivas, seguindo uma tendência que, conforme Atkinson (1988), está mais diretamente associada à formulação original de Garfinkel, não descrevendo simplesmente a realidade, mas observando a constituição dessa realidade a partir das práticas cotidianas, especialmente através do uso da linguagem.

Segundo Angrosino (2009), a pesquisa com caráter etnográfico é fundamentada na observação sistemática e repetida de pessoas e situações, na intenção de responder a alguma questão teórica ou compreender a natureza do comportamento ou organização social, sendo importante verificar o grau de envolvimento do pesquisador com aquilo que está sendo observado. O pesquisador é conhecido e reconhecido, mas relaciona-se com seus colaboradores apenas como pesquisador.

Segundo Queiroz et al. (2007), a observação participante tem sua origem na Escola de Chicago, em meados de 1920, auxiliando nas descrições e interpretações mais globais. O autor ressalta a necessidade de certas habilidades por parte do pesquisador na utilização da técnica: ser capaz de estabelecer uma relação de confiança com os sujeitos, ser um bom ouvinte, ter familiaridade com as questões investigadas, ter flexibilidade para se adaptar a situações inesperadas, elaborar um plano sistemático e padronizado para a observação e

registro dos dados e relacionar os conceitos e teorias aos dados coletados.

Neste estudo foram utilizados dois instrumentos para registro dos dados: o uso de um diário de pesquisa, que teve a forma de um memorando reflexivo, permitindo ao pesquisador um processo constante de auto-observação, e o uso de um protocolo de registro observacional, discriminando notas de campo descritivas e reflexivas e interações verbais.

Baseado nesse método, foram realizadas observações junto a seis equipes de NASF de um município de grande porte do Nordeste. No total, foram realizadas nove observações em diferentes momentos coletivos, como reuniões, capacitações para as equipes de NASF e intervenções junto à ESF, acontecendo em espaços diversos.

Resultados

É significativo destacar que, no município em questão, essas reuniões periódicas do NASF e das equipes da ESF seguem os princípios do Método da Roda, ou Método Paideia, que é uma proposta de cogestão de coletivos e democratização das relações de poder, apostando na politização da gestão nas equipes de trabalho, gerindo espaços de negociação e transformação de práticas (Cunha & Campos, 2010).

Com a implantação desse método, cada equipe tem uma roda semanalmente, envolvendo todos os trabalhadores e gerência, onde são tomadas decisões sobre os problemas cuja governabilidade está na própria equipe (Andrade et al., 2004), devendo também haver espaço para capacitações e desenvolvimento das relações interprofissionais.

Isso é bastante relevante no contexto de trabalho dos NASF, cuja proposta de atuação tem por pressuposto a gestão das equipes, no contexto do apoio matricial, com atendimentos compartilhados, discussão de casos e formulação de projetos terapêuticos, na intenção de possibilitar a troca de saberes e de práticas.

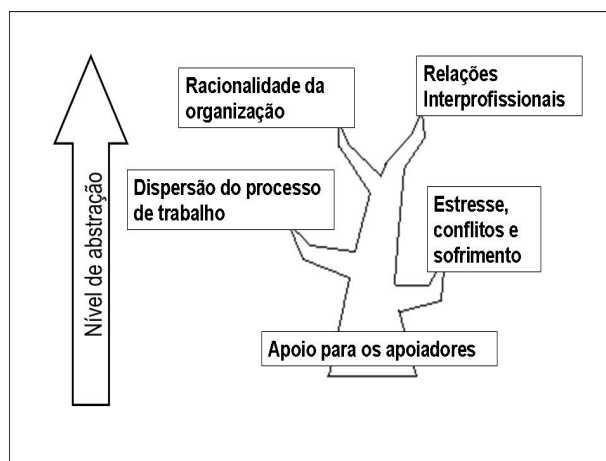
Portanto, as rodas se constituíram em cenários propícios para a observação (participante) da CI, seus limites e potencialidades, a partir dos quais foi possível o registro de notas (descritivas e reflexivas), com riqueza de detalhes, incluindo as interações verbais entre os participantes e entre estes e o pesquisador.

Sobre a relação entre pesquisador e colaboradores, destaca-se que todos os contatos com profissionais do NASF, seja individualmente, por equipe de NASF, em reuniões gerais ou rodas dos CSF, foram amistosos e transparentes, sempre obedecendo ao princípio ético

da beneficência, solicitando ao final o *feedback* por parte dos colaboradores, que, em geral, expressaram aceitação e compreensão acerca do papel do pesquisador como observador-participante. Esse bom relacionamento com os colaboradores também ficou evidenciado nos convites para realização conjunta de diversas atividades nos territórios.

Buscaram-se a identificação de padrões, consistências e inconsistências e o reconhecimento de categorias empíricas e teóricas. Organizadas na forma de uma “árvore hierárquica” (Figura 2) que, segundo Angrosino (2009), é uma forma de apresentação dos dados em um diagrama que mostra os diferentes níveis de abstração, sendo o topo da árvore a informação mais abstrata ou conceitual e a base a menos abstrata, proveniente diretamente dos dados da observação. Essas categorias estão explicitadas a seguir. Doravante, serão utilizados os termos *nasfiano* ou *nasfiana* para designar os profissionais do NASF.

Figura 2. Árvore hierárquica das categorias encontradas, por nível de abstração



1. Apoio aos apoiadores:

Os *nasfianos* são um grupo heterogêneo formado por profissionais de várias idades e com tempos variados de experiência profissional. Alguns já atuaram na ESF em outros serviços, alguns estão fazendo parte do NASF desde o início, em 2008, outros são recém-formados e cuja entrada no NASF possibilitou o primeiro contato real com o campo da saúde pública.

Pude observar que os *nasfianos* sentem falta de um acompanhamento mais técnico, como uma supervisão, pois têm de lidar com situações clínicas complexas para as quais não se percebem totalmente qualificados. Isso corresponde ao contexto de trabalho na ESF, um cenário dinâmico, complexo e que requer do NASF uma sensibilidade para as demandas dos usuários e para as demandas da própria ESF.

Esse apoio para o bom funcionamento do NASF já acontece e envolve o trabalho de uma coordenação, uma apoiadora para cada equipe e capacitações. Sistemáticamente, cada equipe de NASF discute, planeja e aprende junto. Mas aparentemente isso não está sendo o suficiente para os nasfianos, que, no exercício do apoio matricial, devem (ou deveriam) priorizar ações de alto nível de complexidade, como atendimento compartilhado, para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas.

2. Dispersão do processo de trabalho:

No decorrer das observações são notórios a dificuldade e o sofrimento vividos pelos nasfianos no que diz respeito ao acompanhamento de um número excessivo de equipes de ESF (oito equipes de ESF).

Desde os primeiros registros foi possível perceber o quanto a agenda do NASF pode ser “desafiadora”, pois suas rodas de equipe, que deveriam acontecer uma vez ao mês, nem sempre acontecem e quando acontecem não têm uma data muito certa. Alguns nasfianos simplesmente não faziam ideia de quando iriam se reunir.

Operacionalizar equipes de NASF em diversos cenários é uma tarefa delicada. Observaram-se dificuldades em relação ao transporte das equipes de NASF, que, além de inviabilizar o suporte adequado à produção do cuidado e promoção da saúde, têm causado conflitos interpessoais e sofrimento emocional.

Imaginando que a fragmentação pudesse gerar um clima organizacional desmotivador ou ameaçador, fiz uma pergunta direta a que uma nasfiana respondeu:

Nasfiana – “*Não penso que haja um clima ruim entre nós (NASF), é que somos meio dispersos mesmo!*”

Pesquisador – “*Dispersão em quê?*”

Nasfiana – “*É que são muitas atividades, é muito cansativo.*”

Penso que não é simplesmente a quantidade de trabalho que causa esse efeito dispersivo, mas a qualidade com que o processo é vivido e refletido. Quando agendas marcadas não são cumpridas a contento, a credibilidade no apoio matricial fica comprometida.

Na discussão sobre a dificuldade de organizar a demanda de acompanhamentos e visitas, os nasfianos falam que as agendas são mal organizadas, sem triagem ou nenhuma explicação sobre o caso para o qual se está sugerindo o acompanhamento especializado.

Nasfiana (a) – “*Eu não vou mais visitar sem o Agente Comunitário de Saúde (ACS). Fecho a agenda e pronto! É um absurdo a gente ficar ouvindo grito.*”

Nasfiana (b) – “*Eu não sou soldado para ficar levando porrada!*”

Nessa última fala, vemos claramente que a eficácia do NASF está comprometida pelo efeito dispersivo provocado pelo arranjo organizacional que se lhes impõe. Focando apenas o ambulatório, se escolhe uma resposta míope, que não condiz com o que esperamos da política de apoio à ESF.

3. Estresse, conflitos e sofrimento:

A relação entre os nasfianos e a ESF parece ameaçada por uma série de rivalidades e conflitos mal administrados. Vários desses conflitos têm origem nas equipes da ESF, no entanto acabam afetando os nasfianos direta ou indiretamente.

Algumas falas marcaram a presença do NASF como auxiliador no processo de resolução desses conflitos; no entanto, outras falas apontaram certa desconfiança. Pude perceber que, apesar dos desgastes, a equipe ainda tem disposição para trabalhar junto, visando a interesses comuns. Apesar do bom entrosamento da equipe do NASF para a atividade, pude perceber como o conflito expresso na roda provoca consequências como estresse, perda de energia, recusa em cooperar e dificuldades de comunicação.

Nasfiana – “*Nós não estamos sempre no CSF, mas fica muito difícil não tomar partido, entrando também em situações difíceis.*”

Essa última fala registra algo importante, que precisa ser levado em consideração: a dificuldade de gerir o trabalho em equipe, nas equipes de Saúde da Família. Porém, segundo o Caderno das Diretrizes do NASF quanto ao trabalho em equipe, os NASF têm como responsabilidade: a disposição para crítica com maturidade (dar e receber *feedback* da forma adequada), o reconhecimento e gestão de conflitos de forma positiva, e o entendimento de que alguns processos coletivos dependem da capacidade de tomar as diferenças e conflitos na sua dimensão positiva e produtora. (Ministério da Saúde, 2009).

Segundo Chiavenato (2004), devemos considerar que a “grupalidade” ou organização idealizada e sem conflitos não existe, pois as pessoas nunca têm os mesmos objetivos, sendo o conflito inerente a cada indivíduo. Seja entre indivíduos ou grupos, o conflito é muito mais que um simples desacordo ou desavença, constituindo-se em uma interferência nos processos de trabalho.

Ainda segundo Chiavenato (2004), podem ocorrer três níveis de gravidade do conflito: (a) percebido, quando o conflito está apenas latente e as partes percebem sua existência potencial; (b) experienciado, quando provoca sentimentos de hostilidade, raiva, medo ou descrédito, ainda não expresso com clareza e (c) manifestado, quando é expresso no comportamento, com interferência ativa ou passiva por alguma das partes envolvidas, sem mais dissimulações.

Segundo essa leitura, pude perceber que o NASF vive um conflito com alto nível de gravidade, expresso de formas diversas, gerando situações de impasses em nível interpessoal, intergrupal e organizacional e tendo várias condições antecedentes, como os recursos organizacionais limitados ou mal gerenciados.

Nasfiano – *“Acho muito difícil trabalhar na saúde, por causa dos atores. É um tentando ser melhor que o outro. Minha equipe de NASF é ótima, mas e o resto? É todo o conjunto, não há cooperação”*.

Esses conflitos podem ser constrangedores no cotidiano dos serviços, gerando ansiedade, frustração, inviabilizando a prática colaborativa e comprometendo a qualidade do cuidado. Mas há também manifestações de resiliência e enfrentamento a essas situações desgastantes, no esforço de integração em cada equipe de NASF.

4. Racionalidade da organização:

Segundo a teoria da Ação Coletiva, que está na base do modelo de colaboração utilizado neste estudo, as interações estratégicas e processos sociais entre os diversos atores de um sistema têm uma estrutura dinâmica que envolve a interdependência para resolução de objetivos comuns (Olaya & Ruess, 2008).

Nesse sentido, é importante compreender o jogo de interações e as relações de poder entre NASF e gestão (coordenação) e equipes de Saúde da Família, entendendo que a definição das tarefas ajustadas entre gestor, equipe do NASF e ESF é um aspecto-chave no processo de trabalho.

Segundo o Caderno das Diretrizes do NASF, na relação entre gestor e equipe de NASF deve imperar a flexibilidade; para com as atividades do apoiador, abertura para o diálogo, reavaliação e reprogramação. Os gestores devem, entre outras coisas, ser capazes de negociar as atividades prioritárias e avaliar a capacidade de articulação do NASF com as equipes de Saúde da Família e o trabalho em conjunto com elas (Ministério da Saúde, 2009).

Cunha e Campos (2010) destacam a necessidade de uma reflexão crítica sobre o papel da racionalidade gerencial hegemônica, que define pressupostos introjetados socialmente, que dificilmente são colocados em questão, como a especialização e a seleção instrumental do trabalhador e a separação entre quem pensa, sabe e decide e a de quem executa o trabalho, não sabe e apenas obedece. Disso resulta que, nos serviços de saúde, sob a égide de uma teoria transcendente (modelo biomédico, por exemplo), certos conflitos são desvalorizados e os trabalhadores são convidados a abrirem mão dos seus interesses e desejos. Os autores apontam severos limites a esse tipo de organização e propõem que o poder seja distribuído através do exercício da cogestão democrática e da construção de coordenações interdisciplinares, para além da fragmentação corporativista.

Em relação à gestão propriamente dita, o NASF, como já foi dito, teria no espaço das rodas a possibilidade de exercitar essa participação politizada, mas isso nem sempre ocorre com facilidade, conforme observado em campo.

Nos primeiros contatos houve a impressão de uma relação amigável entre ambas as partes (NASF e coordenação). Pude, porém, observar às vezes certa cautela no falar dos participantes, que pode denunciar cuidados necessários para evitar ou mascarar conflitos. Essa observação ficou muito mais evidente a partir do registro do momento de educação permanente, ou melhor, capacitação sobre o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), que deve ser preenchido regularmente pelos nasfianos para o controle da produção em termos de procedimento. Aparentemente, o objetivo último dessa roda seria o controle, por parte da gestão, sobre o trabalho de seus colaboradores. Aqui caberia perguntar: como estariam acontecendo essas capacitações? Será que elas têm se constituído em lugar de debate, problematização e transformação de práticas? Ou seria apenas lugar de reprodução do instituído? Vejamos o que afirma uma nasfiana:

Por que estamos trabalhando sobre BPA? É muito mais um controle administrativo! Porque apenas duas perguntas: qual a importância e quais as dúvidas? Onde está a terceira questão: quais os limites do BPA? Ou o que pode ser mudado? Na verdade isto não é para ser discutido porque não nos estão oferecendo nenhuma possibilidade de mudança. O BPA não está em questão aqui.

Segundo Silveira (2008), o sistema burocrático visa a uma metodização dos processos de trabalho que possa gerar previsibilidade, considerando os aspectos subjetivos e afetivos do comportamento humano como disfuncionais à racionalidade, devendo prevalecer o

argumento técnico. De forma que a legitimidade do poder dos nasfianos nesses espaços parece ameaçada pela racionalidade organizacional, pelos limites e restrições impostos pelo sistema.

5. Relações interprofissionais:

Segundo D'Amour e Oandasan (2005), a interprofissionalidade é uma resposta para as práticas de saúde fragmentadas, sendo desenvolvida através da prática coesa entre profissionais de diferentes disciplinas com foco nas necessidades do usuário, da família e da comunidade. Ela requer uma mudança de paradigma em termos de valores, códigos de conduta e processos de trabalho. O desenvolvimento da interprofissionalidade não se dá espontaneamente, necessitando de uma série de fatores que possam dar suporte à prática interprofissional no cotidiano dos serviços, como, por exemplo, a interação entre gestores e profissionais.

Até aqui, temos visto muitos desafios à efetivação de práticas colaborativas pelo NASF, contrastando com aquilo que é esperado pela teoria que está na base dessa política de saúde. De fato, o trabalho do NASF só pode ser efetivado de forma integral se forem garantidas condições para o desenvolvimento da interprofissionalidade entre os nasfianos e entre esses e os profissionais da ESF.

Considerando a matriz de competência e desenvolvimento da CI, competências propostas pelo Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010), pode-se verificar que:

1. Enquanto estratégia, o NASF visa ao cuidado centrado no usuário/família/comunidade, mas encontra barreiras organizacionais que por vezes dificultam o reconhecimento dessa centralidade como um objetivo que deveria ser compartilhado por todos;

2. Através da adoção do método da roda, a comunicação interprofissional é estimulada, como parte do diálogo intrínseco aos processos de trabalho. Mas demonstram, ainda, poucos posicionamentos críticos e propositivos que evidenciem o coletivo como um todo. Também parece haver pouco espaço para mudanças ou flexibilidade na divisão das tarefas;

3. Faz-se necessário um esclarecimento de papéis com relação à real tarefa do NASF junto às equipes de Saúde da Família e um projeto assistencial que garanta um funcionamento melhor da equipe no sentido de gerar integração;

4. A capacidade de resolução de conflitos intra-NASF parece encontrar uma saída através das rodas de equipe facilitadas por apoiadoras institucionais, mas não alcança a dimensão da relação entre NASF

e ESF, o que impede o desenvolvimento da liderança colaborativa, que deveria ser exercida pelo NASF enquanto equipe de apoio matricial.

Considerações finais

Considera-se que o estudo atingiu seu objetivo, na medida em que possibilitou maior compreensão sobre o processo de CI no contexto do trabalho dos NASF, contribuindo com o debate nacional acerca dos NASF e suas formas de regulação e funcionamento, sobretudo enquanto uma estratégia e política relativamente nova.

Através da postura etnometodológica (e da observação participante) foi possível uma leitura dos processos interativos cotidianos e a análise das interações verbais no processo de trabalho dos NASF, facilitando a construção de categorias empíricas e teóricas.

A metodologia dialógica e interativa favoreceu também o aspecto formativo, através da problematização de certos aspectos do processo de trabalho dos nasfianos, amadurecendo processos de mudança de práticas.

Constatou-se que o atual arranjo dos NASF não tem possibilitado, de forma eficaz, o desenvolvimento de práticas colaborativas. Também é de se questionar se forneceu subsídios para o planejamento e gestão em saúde e a identificação de áreas que precisam de intervenções e melhoramentos.

As categorias de “apoio aos apoiadores” e “dispersão do processo de trabalho” mostram os desafios e dificuldades práticas na organização do trabalho dos NASF e a fragilidade de certos arranjos organizacionais como, por exemplo, a ênfase no trabalho ambulatorial em vez de apoio matricial. Tais dificuldades afetam diretamente as dimensões de Visão e Formalização (D'Amour et al., 2008), na medida em que têm feito com que a orientação da relação profissional-usuário esteja centrada em interesses particulares, dificultando certos acordos, regras e expectativas quanto aos papéis profissionais.

A categoria de “estresse e conflitos” relaciona-se diretamente com a dimensão da Internalização, apontando o quanto as dificuldades vividas no cotidiano dos serviços provocam situações conflituosas, que têm sido mal gerenciadas, quebrando vínculos entre os nasfianos e ESF, gerando ansiedade e diminuindo o desempenho da equipe.

As categorias de “racionalidade da organização” e “relações interprofissionais” relacionam-se com a dimensão da Governança, mostrando que há espaços

institucionalizados para o NASF, que visam a uma melhor comunicação interprofissional. Porém esses espaços têm seu potencial diminuído pela baixa flexibilidade da gestão e pelo não gerenciamento de situações críticas entre NASF e ESF, o que afeta diretamente a relação com as lideranças locais e participação legítima dos nasfianos nesses espaços.

Além disso, a colaboração pode ser investigada com foco na distribuição do poder corporativo entre as diferentes categorias profissionais, incluindo a questão da defesa do mercado de trabalho e identificação de procedimentos específicos. Por exemplo, como podemos efetivar práticas colaborativas no contexto de uma racionalidade médica que ainda prioriza os aspectos biológicos e a medicamentação das doenças?

Estudos posteriores podem se beneficiar da utilização de outras estratégias de base etnometodológica como a gravação de cenas cotidianas, a análise da conversação, ou a análise do discurso, na vertente da psicologia discursiva, investigando, por exemplo, processos de tomada de decisões clínicas e construção de projetos terapêuticos no momento em que acontecem.

Referências

- Andrade, L. O. M. et al. (2004). Estratégia Saúde da Família em Sobral: oito anos construindo um modelo de atenção integral à saúde. *SANARE, Revista de Políticas Públicas*, 5(1), 9-20.
- Angrosino, M. (2009). *Etnografia e observação participante* (Coleção Pesquisa Qualitativa, U. Flick, Coord.). Porto Alegre: Artmed.
- Atkinson, P. (1988). Ethnomethodology: a critical review. *Annual Review of Sociology*, 14, 441-465.
- Canadian Interprofessional Health Collaborative. (2010). *A National Interprofessional Competency Framework*. Vancouver: College of Health Disciplines, University of British Columbia. Acesso em 20 de junho, 2011, em http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf
- Chiavenato, I. (2004). *Comportamento organizacional: a dinâmica do sucesso das organizações*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Cunha, G. T. & Campos, G. W. S. (2010). Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. *Org & Demo*, 11(1), 31-46.
- D'Amour, D. & Oandasan, I. (2005). Interprofessionalism as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, Supplement 1, 8-20.
- D'Amour, D. et al. (2005). Conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, Supplement 1, 116-131.
- D'Amour, D. et al. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8, 188.
- Garfinkel, H. (1967). *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Guesser, A. H. (2003). A etnometodologia e a análise da conversação e da fala. *TESE - Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*, 1(1), 149-116.
- Ministério da Saúde. (2006). *Portaria N° 648/GM*, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2009). *Diretrizes do NASF* (Série B. Textos Básicos de Saúde, Cadernos de Atenção Básica, 27). Brasília: Autor.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2010). *Oficina de qualificação do NASF*. Brasília: Autor.
- Nascimento, D. & Oliveira, M. A. (2010). Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O Mundo da Saúde*, 34(1), 92-96.
- Olaya, C. & Ruess, M. (2008). *The sociological theory of Crozier and Friedberg on organized action seen through a simulation*. Acesso em 14 de março, 2011, em <http://www.necsi.edu/events/iccs/openconf/author/papers/f769.pdf>
- Queiroz, D. T. et al. (2007). Observação Participante na Pesquisa Qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. *Revista de Enfermagem*, 15(2), 276-83.
- Serapione, M. (2006). Avaliação da qualidade em saúde: delineamentos para um modelo multidimensional e correlacional. In M. L. Bosi & F. Mercado (Orgs.), *Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde* (p. 22). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Silveira, V. N. S. (2008). Racionalidade e organização: as múltiplas faces do enigma. *Revista de Administração Contemporânea*, 12(4), 1107-1130.
- Yin, R. (2010). *Estudo de caso: planejamento e métodos* (A. Thorell, Trad., 4ª ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Recebido em: 03/04/2012
Revisão em: 25/07/2012
Aceite em: 22/11/2012
- Eliezer Magno Diógenes Araújo é Psicólogo, professor do Curso de Psicologia da Faculdade Luciano Feijão, em Sobral – CE. Mestre em Saúde da Família, pela Universidade Federal do Ceará. Endereço: Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia - UFC. Av. John Sanford. Junco. Sobral/CE, Brasil. CEP: 62030-000. Email: elimagno@gmail.com
- Percy Antonio Galimberti é Médico Psiquiatra, Professor da Faculdade de Medicina e do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará. Campus Sobral. É doutor em Políticas Públicas e Ciência Política pela University of Texas at Dallas. Email: galimberti@ufc.br

Como citar:

Araújo, E. M. D. & Galimberti, P. A. (2013). A colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família. *Psicologia & Sociedade*, 25(2), 461-468.