



Revista de APS

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/index>



Apoio matricial, interprofissionalidade e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: percepção dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde de Salvador- Bahia

Matrix support, interprofessionalism and Family Health Support Center: perception of Primary Health Care workers in Salvador-Bahia

Madlene de Oliveira Souza¹, Brenda de Araújo Machado², Rafaelle Serra dos Santos³, Jesiellen de Almeida Damacena⁴, Marcio Costa de Souza⁵

RESUMO

O estudo teve por objetivo apresentar a percepção dos trabalhadores sobre a interprofissionalidade com ênfase das práticas de apoio matricial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Trata-se de um estudo exploratório de natureza qualitativa, realizado numa Unidade de Saúde da Família. Foram utilizadas a cartografia no território existencial e entrevista semiestruturada com quatro profissionais do NASF e quatro profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Emergiram das entrevistas realizadas as categorias: ampliação da Atenção Primária; a organização de trabalho do NASF; percepções do trabalho interprofissional com subcategorias: reuniões de equipe, atendimentos compartilhados e atividades coletivas; formação profissional e experiência dos diálogos. Os resultados evidenciaram o avanço do diálogo entre as equipes de NASF e ESF, referindo de forma construtiva a participação interdisciplinar no trabalho com ampliação do cuidado integral ao usuário. Apesar da fragmentação do tempo de trabalho do NASF em diferentes Unidades de Saúde, o estudo apontou as reuniões de equipe, atendimento compartilhado e atividades coletivas como momentos que potencializam a interprofissionalidade.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Equipe Interdisciplinar de Saúde. Gestão em Saúde.

¹ Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana, Brasil. Membro do Gestão, Políticas, Tecnologias e Segurança na Saúde, Brasil. *E-mail:* madlene.souzaa@gmail.com

² Graduação em Fisioterapia pela Universidade do Estado da Bahia.

³ Universidade do Estado da Bahia.

⁴ Universidade do Estado da Bahia.

⁵ Universidade do Estado da Bahia.

ABSTRACT

The aim of this study was to present the workers' perception regarding interprofessionalism with emphasis on the matrix support practices of the Family Health Support Center. It is an exploratory study of a qualitative nature, carried out in a Family Health Unit (USF) in the city of Salvador, Bahia. Cartography in existential territory and semi-structured interviews with four NASF professionals and four professionals from the Family Health Strategy (ESF) teams were used. Some categories emerged from the interviews: expansion of primary care, NASF's work organization, perceptions of interprofessional work with subcategories: team meetings; shared care and collective activities; professional training; and dialogue experience. The results showed the progress in dialogue between the NASF and ESF teams, referring constructively to the interdisciplinary participation in the work with the extension of integral care to the user. Despite the fragmentation of NASF's working time in different Health Centers, the study indicated team meetings, shared care and collective activities as moments that enhance interprofessionalism.

KEYWORDS: Primary Health Care. Patient Care Team. Health Management.

INTRODUÇÃO

O trabalho em equipe é um dispositivo inserido nas estratégias, para mudanças dos modelos de atenção à saúde, frente a um contexto complexo e cada vez mais dinâmico¹. Em torno disso, distinguem-se algumas formas organizativas de trabalho em equipe, como interdisciplinar, que são relações menos verticais entre as categorias profissionais relativamente à compreensão dos diferentes saberes e interprofissional, voltado aos desdobramentos na prática cotidiana dos trabalhadores².

Corroborando para a melhor abrangência sobre os serviços de saúde, adotaremos os seguintes conceitos de Núcleo e Campo: o Núcleo, define o conjunto de tarefas específicas e características de cada profissão ou especialidade, e Campo indica uma conceituação situacional, que representa a abertura da especialidade profissional para o trabalho em equipe³.

Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde ampliou os serviços da Atenção Primária com a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)⁴, composta por uma equipe interdisciplinar. A finalidade é apoiar as equipes de Saúde da Família (ESF) nos territórios sob sua responsabilidade, oferecendo apoio assistencial e técnico-pedagógico, orientado pelo conceito do apoio matricial^{3,5}.

Assim, o apoio matricial do NASF pretende oferecer uma retaguarda especializada aos profissionais das ESF, que acontece a partir da integração dessas equipes envolvidas às situações e problemas comuns de dado território, compartilhando saberes, práticas e articulação das intervenções^{3,5,6}. Cabe ressaltar que o termo apoio sugere uma relação horizontal com base em procedimentos dialógicos. Por sua vez, o termo matriz traz vários sentidos, sendo o lugar onde se geram ou criam as coisas, como também indica

um conjunto de números que guardam relação entre si, quer analisando na vertical, na horizontal ou em linhas transversais⁶.

Dessa forma, o matriciamento apresenta-se como recurso na organização do trabalho em saúde na Atenção Primária³, devendo priorizar o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes e responsabilidades mútuas, gerando, dessa maneira, experiências para todos os profissionais envolvidos, como dispositivo estratégico para a melhoria da qualidade e aumento da resolutividade das ações em saúde⁵. Portanto, torna-se necessária a existência de espaços coletivos e de cogestão para realização do apoio matricial⁶.

Nos últimos anos, as equipes de NASF têm mostrado uma expressiva expansão, que no Brasil, em 2016, totalizou 4.462 equipes nas modalidades do tipo I, II e III⁷, que se conformam de acordo com o porte do município e quantidade de equipes de Saúde da Família (ESF) implantadas. No entanto, o trabalho do NASF, para ser efetivado conforme suas diretrizes, precisa de condições para o desenvolvimento da interprofissionalidade entre os profissionais das equipes de NASF e ESF⁸. Apesar disso, as diversas realidades político-institucionais, nas várias regiões do País, geram o descompasso de distintas naturezas, entre o planejado e o implementado no serviço do NASF⁷. Diante desse cenário, o artigo teve como objetivo apresentar a percepção dos trabalhadores de uma Unidade de Saúde da Família de Salvador-BA sobre a interprofissionalidade com ênfase das práticas de apoio matricial do Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa exploratória de natureza qualitativa, visando à busca da significação que tal fenômeno ganha para aqueles que o vivenciam⁹. Também foi utilizada a Cartografia no território existencial, cujo método permite desenhar como o objeto ou fenômeno em questão se encontra conectado, dando conta de suas modulações e de seu movimento permanente¹⁰.

O município de Salvador, capital do estado da Bahia, possui 2.938.092 habitantes, com uma densidade demográfica de 3.859,4 hab/km², e etnicamente é constituído por negros representando 75,2% da população. As principais doenças crônicas são por aparelho circulatório, diabetes, neoplasias e doenças respiratórias crônicas¹¹.

Quanto ao nível de complexidade dos serviços de saúde, a rede de Atenção Primária apresenta 45,7% de cobertura populacional, distribuídas nas 46 Unidades Básicas sem Saúde da Família e 75 Unidades Básicas com estratégia de Saúde da Família, que contam com 250 ESF. Também dispõe de três equipes de Consultório na Rua e 11 equipes de NASF. Os serviços de NASF são compostos por seis categorias profissionais: psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas,

assistentes sociais e profissionais de educação física, do tipo modalidade I, com vinculação de 5 a 9 ESF, e apresentam 10,5% de cobertura em relação à população de Salvador¹¹.

Ademais, o município está organizado em 12 Distritos Sanitários que são caracterizados como territórios de saúde. O estudo foi realizado no Distrito Sanitário Cabula/Beiru, que se estima com maior tamanho populacional (385.852 habitantes), aponta 7,71% dos estabelecimentos assistenciais de saúde do SUS e, em relação aos serviços da estratégia Saúde da Família, tem cobertura de 24,6%¹¹.

O local do estudo foi numa Unidade de Saúde da Família (USF) desse distrito, realizado no período de outubro a dezembro de 2017. Os participantes foram oito trabalhadores de saúde da USF, sendo quatro profissionais do NASF (fisioterapeuta, profissional de educação física, nutricionista e psicólogo) e quatro profissionais das ESF (médico, enfermeiro, dentista e agente comunitário de saúde). O critério de participação do estudo foi por conveniência, e o número de participantes foi definido pela saturação das respostas coletadas.

Inicialmente acompanhamos atividades na USF, como reuniões de equipe, visitas domiciliares e atividades coletivas. Esses momentos fizeram parte da cartografia por meio da interação dinâmica, que foi potencializadora na produção dos dados. Na cartografia, o pesquisador lança-se na experiência, não estando imune a ela, pois é pela dissolência do ponto de vista que ele guia sua ação¹⁰.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com roteiro elaborado a partir da fundamentação teórica e conceitual, focando apontamentos sobre atuação da equipe e produção do cuidado. Foram abordados aspectos como interdisciplinaridade, construção de redes de cuidado, relação entre ESF e NASF, clínica ampliada, educação permanente, apoio matricial, projeto terapêutico singular, dificuldades/facilidades. Os participantes foram identificados por um número e equipe que compõe.

Após essa etapa, foi realizada a análise de conteúdo, adotando as seguintes fases: leitura flutuante de todo material (transcrição de gravações e releitura do material), com apreensão global das ideias principais e os seus significados gerais; seleção das unidades de análises com a escolha dos recortes a serem utilizados pela análise temática, e, por conseguinte, categorização e sub-categorização para a codificação das unidades de análise no meio da diversidade do material trabalhado¹².

Por fim, foi realizada a articulação dos dados empíricos com os referenciais teóricos, promovendo relação entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática. Os participantes aceitaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de acordo com os procedimentos do estudo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) sob parecer nº 1.619.591.

RESULTADOS

Emergiram, das entrevistas realizadas e com a experiência da cartografia no território, as categorias: novo serviço na Atenção Primária; a organização de trabalho do NASF; percepções do trabalho interprofissional com subcategorias: reuniões de equipe, atendimentos compartilhados e atividades coletivas; formação profissional e experiência dos diálogos.

Ampliação da Atenção Primária

O formato do NASF apresentou um novo modelo de serviço em saúde cujas ações devem estar integradas entre os diferentes profissionais. Contudo, apesar de sua potencialidade, o NASF traz consigo um conjunto de desafios, dentre elas, as limitações na atuação no apoio matricial⁵. De tal modo, com a entrada do serviço do NASF na Atenção Primária, trouxe algumas indagações aos profissionais entrevistados:

“Porque quando nós chegamos às equipes ficaram assim, um pouco receosa, assim sem saber de que forma iríamos atuar, se de fato seria necessária a presença do NASF” (Profissional 1 NASF).

“Quando a gente entrou a gente teve que ir ganhando a confiança aos poucos, muito pé atrás, muito [questionamento sobre] o que é que esse povo quer aqui? Não vai fazer nada, tá aqui pra ocupar espaço” (Profissional 2 NASF).

A organização de trabalho do NASF

Desde sua criação em 2008⁴, já ocorreram diversas modificações estruturais e organizacionais do NASF. No entanto, o apoio às distintas equipes e o acompanhamento nos diferentes territórios desencadeiam reflexões:

“Esta questão do NASF ainda estar com muitas equipes, muito dividido, eu acho que a gente ficar numa unidade só, sedimenta o trabalho, sedimenta a relação com as equipes e a relação com a comunidade” (Profissional 4 NASF).

“O que acho pequeno é o tempo que o NASF fica aqui. Na verdade, o NASF fica em duas unidades. Você vê que nesta unidade tem quatro equipes, entendeu [...] ou que fosse uma equipe de NASF por unidade, só que aí seria um sonho” (Profissional 4 e-SF).

“Funcionaria bem melhor, um grupo só para cá. Então como eles estão divididos lá e cá, então eles nunca vão conseguir fechar assim. Deveria ser um grupo fixo. Que ficasse aqui” (Profissional 3 e-SF).

Percepções do trabalho interprofissional

A interprofissionalidade em saúde é esperada nas competências do NASF e com isso se ampliam as significações do cuidado em saúde quando insere outros profissionais para maior resolutividade na Atenção Primária. Portanto, a discussão sobre integração de práticas e saberes tem início a partir dos movimentos de incorporar tais princípios no cotidiano das equipes, que fomentarão sobremaneira as discussões sobre o tema².

Assim, a experiência do trabalho interprofissional foi apresentada de forma positiva entre os profissionais e, ao mesmo tempo, destacaram-se as reuniões de equipe, atendimentos compartilhados e atividades coletivas como momentos que potencializam essa interação:

“Ah, acho que trabalhar em equipe, trabalhar multiprofissional é de uma riqueza que não tem palavras para dimensionar. É a oportunidade [para] avaliar o paciente pensando na integralidade e no paciente como um todo. Então, tem sido muito rico a vinda do NASF aqui na unidade. E a comunidade também é beneficiada com a participação nos grupos, intervenção multidisciplinar, um avanço. Não tem palavras para expressar o ganho produtivo que foi isso aqui” (Profissional 2 ESF).

“A proposta do NASF na rede: trabalhar em equipe interdisciplinar, trabalhar na questão da clínica ampliada, da territorialidade, aí você está mais próximo do paciente, tem vínculo com a comunidade, me fascinou bastante” (Profissional 1 NASF).

“Eu acho que acabou oferecendo um cuidado mais integral. Já ampliou o espectro, saiu um pouquinho só da parte clínica e criou a possibilidade de você fazer uma visão mais integral do paciente” (Profissional 1 ESF).

Reuniões de equipe

No NASF investigado, observamos esforços para operacionalizar suas diretrizes, as quais recomendam a participação de reuniões com as equipes de referência. Neste espaço, há a tentativa de estarem todos presentes, porém, nem sempre isso é possível, sendo as ausências um ponto de reavaliação constante entre os profissionais do NASF.

Nas falas dos participantes, pode-se notar que as reuniões de equipe foram valorizadas pelo caráter interdisciplinar e por enriquecer a discussão dos eventos de saúde:

“Naquele momento ali da reunião, quando o caso é apresentado, a gente acaba discutindo qual a melhor estratégia do trabalho multidisciplinar naquele caso” (Profissional 1 ESF).

“A gente tem um momento de discussão de casos, de repasses de casos, e a gente faz isso, ‘olha eu visitei, vi que você precisa visitar por isso, e isso’, aí ele traz também a contrapartida dele, e termina a gente se matriciando” (Profissional 3 NASF).

“Olhe esse momento de reunião é muito rico, dificilmente a gente vai ter outro momento tão rico como esse de ter vários profissionais reunidos assim” (Profissional 2 NASF).

Atendimentos compartilhados

Nas interconsultas, referidas pelos participantes como atendimento individual compartilhado, atendimento domiciliar compartilhado e reunião familiar, por sua vez, a percepção dos entrevistados foi relatada como experiência exitosa, que flui bem com o uso dessa ferramenta no trabalho. Apesar disso, os entrevistados mencionaram a existência de avanços e também de desafios para essa ação:

“Eu acho que com essa equipe do NASF a gente consegue trabalhar bem isso [indicar dentro das chaves o que é trabalhado]. Porque normalmente quando a gente precisa de uma interconsulta, a gente solicita e marca esse momento de fazer com eles ao mesmo tempo. Eu acredito que funciona bem dentro da Unidade” (Profissional 1 ESF).

“Eu já cheguei a mudar minha agenda para um dia em que eu não estaria na unidade, para fazer uma interconsulta com um médico. E em cima da hora ele falar: ‘Sabe o que é, é que estou cheio de pacientes, meio atrasado e ainda vou ter que sair mais cedo hoje. Eu posso atender sozinho?’” (Profissional 4 NASF).

Atividades coletivas

Nesta USF, as atividades de grupos foram organizadas em reuniões específicas por Grupos de Trabalho (GTs). Cada GT contava com a participação de profissionais das ESF e do NASF, além do apoio de residentes multiprofissionais em saúde e turmas da graduação em saúde. Embora exista uma diversidade de participantes, na organização dos grupos, ainda encontravam situações que comprometiam as atividades:

“O que acontece muito, que a gente percebe, é um depositar no NASF as responsabilidades para as atividades coletivas: ‘Ah, porque eu tenho que atender 10 pacientes por turno’. E naquela agenda típica da equipe mínima, a atividade coletiva normalmente é suprimida. É a última coisa” (Profissional 4 NASF).

“A gente realiza tanto a parte de atividades educativas de promoção à saúde, [como de] grupos também. Por exemplo, eu participo de um grupo de tabagismo, que tem o pessoal tanto da equipe mínima como do NASF” (Profissional 1 ESF).

Formação profissional

A formação ainda é um desafio no trabalho em equipe. Muitos profissionais envolvem-se no aprendizado de práticas mais colaborativas somente quando assumem o trabalho. Trata-se de uma condição que foi destacada na maioria das falas dos profissionais do NASF:

“A gente entrou de paraquedas e a gente aprendeu fazendo. A gente ainda aprende fazendo porque três anos não são nada, é muito pouco tempo. Então, a gente não teve esse acolhimento pedagógico, e eu não tive nada prévio” (Profissional 2 NASF).

Experiência dos diálogos

Na integração das equipes, a tecnologia leve dispõe de dispositivos que acontecem nos múltiplos espaços da Atenção Primária. Para além dos instrumentos e conhecimento técnico, no trabalho vivo em ato, o trabalhador conta com altos graus de liberdade podendo fortalecer os aspectos relacionais do seu trabalho¹³.

Com base nas reflexões trazidas pelos entrevistados, o diálogo foi de suma importância para obter experiência positiva sobre a interprofissionalidade:

“A gente já conseguiu ter um diálogo melhor com as equipes mínimas de referência. Isso facilita muito o processo de trabalho. Percebemos que quando temos uma relação mais próxima, o processo de trabalho flui de forma melhor. Não só deixa o trabalho leve, mas eu acredito que até a resolutividade nas ações, quando essa relação, interação acontece, fica mais fácil” (Profissional 1 NASF).

“Facilidades é o que eu disse, conversas, entendeu? Dá abertura a gente de discutir com eles um assunto, da gente concordando ou não concordar, então pra mim, o acesso a eles é [...] Só deles deixar a gente chegar até eles com mais facilidades, deixar a gente discutir o assunto com eles, não ter aquela individualidade” (Profissional 3 E-SF).

DISCUSSÃO

Pode-se perceber na categoria **Expansão da Atenção Primária** o impacto que houve entre os profissionais da ESF no estranhamento das outras possibilidades do cuidado em saúde, com certa resistência de uma possível mudança no processo de trabalho. Isso reflete no modelo de atenção da Saúde da Família, frente às dificuldades para alcançar um trabalho interprofissional.

Da mesma forma que existe uma escassez de interação dos serviços especializados ao contato direto com os profissionais da Atenção Primária, também ocorre dentro das próprias equipes de saúde uma tendência de pouco diálogo interdisciplinar, já que são

estruturadas em relações de poder excessivamente assimétricas. Destarte, a relação entre serviços é potencialmente uma relação de encontros de saberes diferentes, e não uma relação em que um sabe mais do que o outro³.

A inserção do serviço de NASF ocasionou uma mobilização dos atores envolvidos, pois demandou ajustes, mudanças e compartilhamento do processo de trabalho. No processo de implantação, ações que possibilitem uma preparação prévia dos trabalhadores tornam-se fundamentais para o conhecimento de sua finalidade e importância. No entanto, ambos os profissionais da ESF e NASF tiveram que ir compreendendo esse novo serviço por meio das experiências construídas na prática.

Em nosso estudo, todos os participantes possuem vínculo efetivo, e completaram-se quatro anos de atuação com esta equipe de NASF. Nessa trajetória, os profissionais do NASF têm buscado aprimoramento e empoderamento, como, por exemplo, a participação no *Curso de Apoio Matricial na Atenção Básica com ênfase nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família*¹⁴, oferecido pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

Cabe destacar que o apoio matricial se materializa por meio do compartilhamento dos saberes e práticas e da articulação pactuada das intervenções⁵, tanto interprofissional quanto intersetoriais, a depender da necessidade territorial. Assim, nas ESF que têm o apoio do NASF, exige-se desses profissionais alcançar algum grau de integração, de maneira que todos articulem as ações¹⁵. Isso pressupõe certo grau de transformação do modo como funcionam e organizam os serviços e sistemas de saúde⁶.

Nesse sentido, o NASF encontra-se em aperfeiçoamento constante, o que leva a requerer atitudes como flexibilidade, pró-atividade, resiliência, vínculo e comprometimento, face aos obstáculos vivenciados na implantação desse modelo de cuidado em saúde¹⁶.

No que se refere à **organização de trabalho do NASF**, nas entrevistas nota-se uma convergência dos participantes sobre a fragmentação do período de trabalho do NASF em diferentes USF. A modalidade tipo I, no momento da pesquisa, era responsável por cinco a nove equipes da Saúde da Família (ESF), e estas, geralmente, não estão concentradas em um único estabelecimento. O NASF em estudo acompanha sete ESF situadas em duas USF de territórios distintos. Isso faz com que a dinâmica de trabalho integrado do NASF seja ainda maior, de forma que, consigam atender as singularidades de cada equipe e território.

A reduzida carga horária dedicada ao Apoio e o elevado número de equipes responsáveis para cada NASF já foram relatados na literatura como uma das fragilidades no processo de trabalho¹⁷. Esse formato de subdivisão em diferentes locais implica no trabalho do NASF, que se depara por acolher as demandas mais requisitadas. Entre elas estão as visitas domiciliares, as reuniões de equipe, as atividades de grupo. Como consequência, observamos que ocorre a redução do tempo para dedicar às atividades mais abrangentes como os Projetos Terapêuticos Singulares, apoio na construção aos

Conselhos Locais de Saúde, até a utilização de instrumentos mais práticos como a realização de Genogramas e Ecomapas.

Assim, o presente estudo corrobora com a questão de que os diversos cenários de trabalho produzem desafios na organização da agenda para o NASF, de modo a contemplar essas diferentes interlocuções¹⁷. Ainda, a quantidade de demandas pode causar a dispersão do processo de trabalho e também comprometer a qualidade com que o processo é vivido e refletido. Quando agendas marcadas não são cumpridas a contento, a credibilidade no apoio matricial fica comprometida⁸.

Com relação às **percepções do trabalho interprofissional**, foram referidas como experiência construtiva para os entrevistados, tanto na relação entre as ESF e NASF, quanto por atuar na própria equipe do NASF. Isso configura um avanço para a Atenção Primária, cuja troca de saberes e intervenções compartilhadas contribui para a resolução de situações mais complexas. Destaca-se, ainda, a importância que foi dada ao trabalho em equipe na atenção que aproxima a equipe e usuário, ao atendimento integral e à valorização do vínculo com a comunidade.

Em nossas observações, evidenciamos que, quando esta integração entre os profissionais não acontece, há uma subutilização do serviço do NASF. Nessa situação, ocorrem limitações das potencialidades do trabalho em equipe. Dessa forma, não há aproveitamento dos momentos de troca dos diferentes saberes, tornam-se raras as intervenções compartilhadas, há uma tendência de desvalorização dos espaços de matriciamento, bem como de existirem encaminhamentos indiretos aos profissionais do NASF para atendimentos individuais como se fosse uma prática ambulatorial.

No entanto, quando esse contato entre as ESF e apoiadores ocorre, ele possibilita encontros periódicos e regulares para diálogo sobre temas clínicos, de saúde coletiva ou de gestão do sistema. Nesse contexto, além desses encontros, também atendem-se demandas para os casos imprevistos e urgentes, em que não seria recomendável aguardar a reunião regular, como na lógica dos sistemas hierarquizados⁶.

Quando se tem compreensão do propósito da interprofissionalidade, ampliam-se as possibilidades de ações que podem ir desde um atendimento conjunto, a análise de estratégias para lidar com demanda reprimida, a análise de encaminhamentos, até a simples disponibilidade do contato telefônico para discutir urgências ou seguimentos³.

O trabalho interdisciplinar exige também certa predisposição subjetiva, para se lidar com a incerteza, para tomada de decisão de modo compartilhado, receber e fazer críticas⁶. Nesse aspecto, também se espera o reconhecimento do trabalho do outro, no qual também implica uma concepção ampliada de saúde que contemple suas múltiplas dimensões e integralidade do sujeito¹⁵.

Assim, dentre as ações desenvolvidas pelo NASF em estudo, observamos momentos de apoio matricial que podem potencializar o trabalho interprofissional. As reuniões de equipe, os atendimentos compartilhados e atividades coletivas

foram apontadas como passos conquistados no fortalecimento de um trabalho mais colaborativo.

Vale lembrar que um dos avanços dos apoiadores relatados pelos entrevistados envolve a forma como as ESF compartilham os casos que precisam de acompanhamento especializado, e as reuniões de equipe proporcionaram a discussão desses casos.

Os entrevistados destacaram que as reuniões de equipe foram momentos oportunos para discussão dos casos que demandam maior atenção e de elementos que agreguem na resolução de cada situação. Eles também reconheceram esse momento como espaço privilegiado com a participação de diversas categorias profissionais, somando na construção de um aprendizado compartilhado através de um lugar comum.

Eles também referiram as situações em que um membro da ESF ou do NASF se ausenta das reuniões de equipe. Na percepção deles, foi perdida uma oportunidade para resolução de dúvidas, realizar planejamento conjunto e organizar atividades compartilhadas. Também foi evidenciado que essa sensação ocorre pelo fato de as equipes terem perpassado a condição de visualizar esse espaço como meramente de transferência de comunicados. Portanto, esses momentos foram reconhecidos e valorizados pelos participantes pela profundidade das discussões.

A reunião de equipe tornou-se um dos dispositivos que mais viabiliza as trocas coletivas entre os profissionais¹⁸, corroborando tanto na organização das agendas, na construção de projetos terapêuticos, como na manutenção de um espaço fixo de encontros e compartilhamento de saberes.

Essa metodologia organizativa permite conexões entre as intervenções, a busca de formas de estabelecer ligações e mediações da comunicação entre os próprios profissionais e destes com os usuários¹⁵. Assim, o apoiador matricial pode agregar recursos com saberes e contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe responsável pelo caso⁶.

Outra questão levantada foram os atendimentos compartilhados, nos quais é esperado um momento de duração maior, logo que a complementariedade dos saberes busca resolução na especificidade de cada caso. Observamos que esse tipo de atendimento procura oferecer aumento da qualidade das informações para o cuidado em saúde, preocupa-se com a avaliação de encaminhamentos, evitando o desgaste desnecessário para os usuários, bem como amplia as estratégias dos profissionais que recebem o apoio para saber lidar com situações parecidas.

Cabe ratificar que o atendimento compartilhado possibilita a troca de saberes em ato. Considera-se o trabalho vivo em ato o momento em que este está produzindo, pois se realiza enquanto o trabalho é executado, e nos serviços de saúde, pela sua natureza relacional, traz a centralidade do trabalho vivo¹³. Ele potencializa a lógica da clínica ampliada e oportuniza a educação permanente.

Desse modo, o espaço compartilhado permite promover o matriciamento no ato da produção, sendo elemento chave para se compreender a singularidade da produção do cuidado como acontecimento capaz de proporcionar um atendimento integral, humanizado e resolutivo¹⁶.

Em contrapartida, os apoiadores também relataram que houve ocasiões com desinteresse de alguns profissionais na realização da mesma, envolvendo motivos não associados às demandas da atenção ao usuário, e reforçaram que ainda existe, em algumas situações, o distanciamento da lógica da integralidade e clínica ampliada.

Esta dificuldade de compartilhar as ações se encontra no rol de fatores que limitam o desenvolvimento do apoio matricial. E alguns outros dificultadores permeiam todo o processo do apoio matricial, entre eles a avaliação de produção que regula o trabalho, a elevada demanda de atendimentos, a formação e a experiência de cada profissional¹⁸.

A proposta de trabalho do NASF aponta para ações integradas e abrangentes, não se pautando pela delimitação de atos profissionais exclusivos, nem pela anulação dos saberes nucleares e específicos⁵. Nessa perspectiva, indica então a necessidade de se construírem mecanismos para valorizar com mais equilíbrio os diversos profissionais de saúde³ e, assim, alcançar as possibilidades de articulação entre os serviços.

Outro momento destacado para o matriciamento foram as atividades coletivas. No entanto, as falas indicaram a estrutura organizacional do modelo de atenção, no qual os profissionais da ESF priorizavam atendimentos individuais, enquanto as atividades de grupos tornavam-se prática dos profissionais de apoio. Apesar de os relatos sinalizarem uma forte relação das atividades de grupo para o NASF, observamos também que há avanços na corresponsabilização com alguns profissionais da ESF.

Devido às suas características, o NASF tem mais abertura para demandas que aparecem e apresenta maior flexibilidade e inovações nas ações, fator que estimula a refletir sobre a rigidez das agendas das equipes da Saúde da Família¹⁸.

Ressalta-se que uma das perspectivas do NASF é produzir mais autonomia para as equipes de referência por meio do apoio pedagógico, bem como organizar o próprio trabalho, equilibrando o conjunto de atividades a serem desenvolvidas a partir das demandas que se apresentam⁵. Nesse sentido, apostar na transformação organizacional não significa negar a disputa e os conflitos presentes, mas ao contrário, reconhecê-los e dar a eles visibilidade e espaço necessários para um diálogo horizontal³.

Na categoria referente à **formação profissional**, a falta de preparação para atuar no serviço do NASF foi elencada pelos entrevistados de forma implicativa no seu processo de formação e ausência de capacitação/acolhimento para o trabalho. Mesmo com espaço conquistado na Atenção Básica, os cursos multiprofissionais em saúde ainda investem pouco no conhecimento necessário para trabalharem nas equipes de NASF.

Geralmente, os profissionais de saúde não recebem formação para trabalhar na lógica do apoio matricial. Outras questões que também são raramente aprofundadas,

como o trabalho em equipe, a construção do vínculo e a coordenação do cuidado, repercutem na prática do trabalho interprofissional⁵.

Nesse sentindo, reforçamos a importância da formação como território do trabalho vivo em ato, que configura a perspectiva de ampliar ações pedagógicas a partir da multiplicidade do coletivo, que se expressa durante o trabalho vivo¹⁹.

O estudo também apontou a **experiência dos diálogos** como um dos aspectos mais fortes do trabalho interprofissional, na valorização da fala e da escuta, numa relação de horizontalidade. Os entrevistados destacaram a comunicação como facilitador para o processo de trabalho, avançando na resolutividade das ações e reforçando a importância desta relação sem distinções de categorias profissionais.

Cabe lembrar, dos espaços em que ocorrem relações de fortalecimento do diálogo, o ambiente de refeitório dos funcionários exemplifica esses espaços, por meio de uma simples organização do café, almoço coletivo, momentos de confraternização e comemorações, participação de eventos de interesses comuns, dentre outras circunstâncias presentes na convivência do trabalho em equipe. Nas conversas nesses espaços há grandes chances de alguns sensibilizarem com o que está sendo falado e passarem a ver e agir de outro modo em relação ao processo de trabalho²⁰, oportunizando, assim, uma aproximação entre os envolvidos.

Destacamos que compreensão da interprofissionalidade na prática começa no momento em que existe um elo na comunicação das ações no trabalho. Isso reforça a relação das equipes de referência e de apoio matricial que buscam possibilidades de operar-se numa visão ampliada, no sentido que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral⁶.

Além disso, há uma noção de que os resultados obtidos na atuação em equipe são maiores do que a soma dos resultados individuais, aumentando assim a eficácia e eficiência do atendimento à população¹. Portanto, num espaço de diálogo, há produção de novos conhecimentos construídos coletivamente, como também novos processos de formação, sem que se tenha formalmente designado esse como lugar de formação²⁰. Destarte, o apoio matricial procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sobre a percepção dos trabalhadores a respeito da prática interprofissional entre as equipes de referência e NASF, observamos que eles avaliam de forma construtiva o trabalho em equipe interdisciplinar, e que este proporciona um cuidado mais integral ao usuário. Eles salientam como dificultadores dessa integração a fragmentação do período de trabalho do NASF em diferentes USF, a falta de preparação no processo de formação para atuar no NASF, bem como a ausência de capacitação para o trabalho.

Com relação ao apoio matricial, notamos um esforço do NASF para operacionalizar suas diretrizes, buscando dar conta às distintas realidades das equipes e territórios. Ademais, o apoio matricial alcança um modo para realizar a gestão da atenção em saúde e, ao mesmo tempo, é um arranjo organizacional que busca diminuir a fragmentação da especialização crescente em quase todas as áreas de conhecimento⁶.

Assim, cabe destacar o diálogo como avanço no caminho da interprofissionalidade, facilitando o processo de trabalho, na resolutividade das ações e a importância desta relação sem distinções de categorias profissionais. O estudo apontou alguns momentos em que o apoio matricial pode potencializar a interprofissionalidade, entre eles estão a valorização dos espaços de reuniões de equipe, atendimento compartilhado e atividades coletivas.

REFERÊNCIAS

1. Pereira RCA, Rivera FJU, Artmann E. O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades das equipes. *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(45):327-40.
2. Furtado, JP. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre as disciplinas e profissões. *Interface (Bocatu)*. 2007;11(22):239-55.
3. Cunha GT, Campos GWS. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde Soc*. 2011; 20(4):961-70.
4. Brasil. Portaria GM n.º 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF; 2008 jan 25; n. 18.
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 39. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
6. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(2):399-407.
7. Correia PCI, Goulart PM, Furtado JP. A avaliabilidade dos núcleos de apoio à saúde da família (NASF). *Saúde debate*. 2017; 41(Espec):345-59.
8. Araújo EMD, Galimbertti PA. A colaboração interprofissional na estratégia saúde da família. *Psicol. Soc*. 2013; 25(2):461-8.
9. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev. Saúde Públ*. 2005; 39(3):509.

10. Barros LP, Kastrup V. Cartografar é acompanhar processos. In: Passos E, Kartrup V, Escóssia L. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2015. p. 57-129.
11. Secretaria Municipal da Saúde de Salvador, Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão. Plano Municipal de Saúde do Salvador 2018-2021: Salvador (Brasil); 2018.
12. Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Rev Bras Enferm. 2004; 57(5):611-4.
13. Franco TB, Merhy EE. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. Rev Tempus Actas de Saúde Coletiva. 2012; 6(2).
14. Melo, EA, Vianna, EC, Pererira LA. Caderno do Curso Apoio Matricial na Atenção Básica com Ênfase nos NASF: aperfeiçoamento. 2ª edição. Rio de Janeiro: EAD/ENSP/FIOCRUZ; 2016.
15. Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: Abrasco; 2007.161-177.
16. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Mundo saúde. 2010; 34(1):92-6.
17. Castro CP, Oliveira MM, Campos GWS. Apoio matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. Ciênc. Saúde Colet. 2016; 21(5):1625-36.
18. Santos RABG, Uchôa-Figueiredo LR, Lima LC. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e NASF. Saúde debate. 2017; 41(114):694-706.
19. Abrahão AL, Merhy EE. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. Interface (Botucatu). 2014; 18(49):313-24.
20. Merhy EE. Educação permanente em movimento – uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. Saúde em Redes. 2015. p. 7-14.

Submissão: maio de 2018.

Aprovação: agosto de 2019.