



Trabalho, Educação e Saúde

ARTIGO

<https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs504>

Paradoxos e limites da colaboração interprofissional: análise de um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

Paradoxes and limits of interprofessional collaboration: analysis of an Extended Family Health and Primary Care Center

Paradojas y límites de la colaboración interprofesional: análisis de un Núcleo Ampliado de Salud de la Familia y Atención Primaria

Atila Mendes da Silva¹  Lilian Miranda² 

¹ Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, Brasil. atilams1@yahoo.com.br

² Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, Brasil. lilian.miranda@ensp.fiocruz.br

Resumo

Este artigo analisa as possibilidades e os limites da colaboração interprofissional no âmbito do cuidado em saúde mental, considerando-se as articulações entre as equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família em um município do estado do Rio de Janeiro. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, baseada na abordagem hermenêutica filosófica, que se pautou em um estudo de caso, utilizando como estratégias metodológicas a observação participante, grupos focais narrativos e entrevistas semiestruturadas. Os resultados indicam a indissociabilidade dos elementos estruturais, organizacionais e intersubjetivos na colaboração interprofissional, com fortes tensionamentos no que diz respeito à organização dos processos de trabalho tanto em sua dimensão formal quanto intersubjetiva. Identificou-se que o compartilhamento de alguns objetivos do cuidado, como a desmedicalização, fomentava a construção de parcerias entre as equipes. Por outro lado, a partir do diálogo com os referenciais utilizados, compreendeu-se que regras construídas com o intuito de induzir a cooperação tiveram efeito paradoxal, gerando participação desimplicada em parte dos trabalhadores. Conclui-se que as relações de confiança no trabalho mostraram-se um elemento fundamental para a colaboração, o que exige a configuração de um ambiente organizacional capaz de aglutinar interesses e lidar com conflitos.

Palavras-chave colaboração interprofissional; apoio matricial; Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica; Atenção Primária à Saúde; assistência à saúde mental.

Como citar: SILVA, Atila M.; MIRANDA, Lilian. Paradoxos e limites da colaboração interprofissional: análise de um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 20, 2022, e00504189. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs504>

Recebido: 07/03/2022
Aprovado: 26/05/2022



Abstract

This article analyzes the possibilities and limits of interprofessional collaboration in mental health care, considering the articulations between the teams of the Extended Family Health and Primary Care Center and the Family Health Strategy in a city in the state of Rio de Janeiro, Brazil. This is a qualitative research, based on the philosophical hermeneutic approach, which was based on a case study, using as methodological strategies participant observation, narrative focus groups, and semi-structured interviews. The results indicate the inseparability of structural, organizational, and intersubjective elements in interprofessional collaboration, with strong tensions regarding the organization of work processes in both their formal and intersubjective dimensions. It was identified that the sharing of some care goals, such as demedicalization, fostered the construction of partnerships among the teams. On the other hand, from the dialog with the references used, it was understood that rules constructed with the intention of inducing cooperation had a paradoxical effect, generating unimplicated participation on part of the workers. It is concluded that trust at work has proven to be a fundamental element for collaboration, which requires the configuration of an organizational environment capable of bringing together interests and dealing with conflicts.

Keywords interprofessional collaboration; matrix support; Extended Family Health and Primary Care Center; Primary Health Care; mental health care.

Resumen

Este artículo analiza las posibilidades y los límites de la colaboración interprofesional en el ámbito de la atención de salud mental, considerando las articulaciones entre los equipos del Núcleo Ampliado de Salud de la Familia y Atención Primaria y de la Estrategia de Salud de la Familia en un municipio del estado de Río de Janeiro. Se trata de una investigación cualitativa, basada en un enfoque hermenéutico filosófico, que se basó en un estudio de caso, utilizando como estrategias metodológicas la observación participante, grupos focales narrativos y entrevistas semiestructuradas. Los resultados indican la indisociabilidad de los elementos estructurales, organizacionales e intersubjetivos en la colaboración interprofesional, con fuertes tensiones en cuanto a la organización de los procesos de trabajo tanto en su dimensión formal como intersubjetiva. Se identificó que el intercambio de algunos objetivos de la atención, como la desmedicalización, fomentaba la construcción de asociaciones entre los equipos. Por otro lado, a partir del diálogo con las referencias utilizadas, se entendió que las reglas construidas con el objetivo de inducir la cooperación tuvieron un efecto paradójico, generando una participación desinteresada en parte de los trabajadores. Se concluye que las relaciones de confianza en el trabajo demostraron ser un elemento fundamental para la colaboración, lo que requiere la configuración de un entorno organizacional capaz de aglutinar intereses y tratar conflictos.

Palabras clave colaboración interprofesional; soporte matricial; Núcleo Ampliado de Salud Familiar y Atención Primaria; Atención Primaria de Salud; atención de salud mental.

Introdução

A Atenção Básica (AB) pressupõe a atuação em equipe multiprofissional, com trabalho realizado por meio de ações compartilhadas, o que exige algum nível de colaboração interprofissional (CIP). Colaboração esta que, segundo o arcabouço normativo da AB (Brasil, 2017), tem por objetivo principal a centralidade do cuidado, materializando-se por meio de equipes interdisciplinares integradas a serviços de outros níveis de atenção e de outros setores, como educação e assistência social.

A discussão sobre a CIP é particularmente importante no caso dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), pois, tal como consta em suas diretrizes (Brasil, 2008; 2014), parte essencial da construção de seu trabalho deve basear-se no estabelecimento de relações colaborativas com as equipes de Saúde da Família (eSF) (Araújo e Galimberti, 2013; Bispo Júnior e Moreira, 2018; Melo et al., 2018; Iacabo e Furtado, 2020). Para tanto, seu principal método é o Apoio Matricial (AM) (Campos, 1999), criado justamente para organizar o trabalho interprofissional, com o objetivo de facilitar o contato direto entre o profissional encarregado de um determinado caso e o especialista de apoio. Tal facilitação deve ocorrer no âmbito clínico e formativo, mediante interconsultas, discussões

de casos, atendimentos desenvolvidos diretamente pelo especialista, reflexões em equipe sobre as formas de organização do cuidado, oficinas de formação sobre temas críticos, dentre outras estratégias adaptadas às necessidades e recursos de cada realidade.

Na literatura internacional, a questão da colaboração entre trabalhadores e serviços tem sido estudada sob diversos aspectos e de distintas formas, dentre elas, a noção de Cuidados Colaborativos (*Collaborative Care*) (Bower et al., 2006) e de CIP (D'Amour et al., 2005; D'Amour et al., 2008). Os primeiros podem ser compreendidos como uma intervenção organizacional estruturada que apresenta algumas convergências e divergências com a noção de AM, especialmente ao preverem a realização de atividades colaborativas diretas em torno de problemas clínicos. Por outro lado, os Cuidados Colaborativos pressupõem melhor estruturação das atividades colaborativas, bem como mais apoio organizacional à colaboração (Saraiva, Zepeda e Liria, 2020).

A CIP consiste em um processo complexo e dinâmico, que concerne à construção de uma relação que integra as perspectivas de cada profissional e de uma ação coletiva, voltada para a complexidade das necessidades de saúde dos usuários. Nessa perspectiva, a colaboração é influenciada tanto por aspectos organizacionais como por características relacionais da dinâmica de articulação entre os trabalhadores (D'Amour et al., 2005; D'Amour et al., 2008).

As dimensões organizacionais da CIP referem-se à formalização e à governança voltadas para práticas colaborativas entre os profissionais. A formalização refere-se ao esclarecimento das expectativas e definição de responsabilidades, por meio de processos de pactuação e da valorização dos mecanismos de comunicação e de trocas de informação entre os profissionais, de maneira formal e informal. Outra dimensão organizacional da CIP é a governança, que está relacionada à liderança e a funções de apoio à colaboração, voltadas, por exemplo, à implementação de inovações de práticas colaborativas. Envolve, portanto, a existência de direcionalidade e apoio da gestão para o desenvolvimento do trabalho interprofissional colaborativo. Essa dimensão compreende uma orientação clara e explícita dos gestores para implementação de estruturas e processos colaborativos, existência de gestão participativa nas equipes, suporte à inovação institucional no sentido do trabalho colaborativo e existência de espaços de encontro para discussão de casos e construção de vínculos e compromissos entre os profissionais (D'Amour et al., 2008).

No âmbito dos aspectos relacionais, destaca-se a necessidade de conhecimento mútuo e confiança entre os trabalhadores, além do compartilhamento de visões e objetivos centrado no usuário dos serviços. Considera-se que o trabalho colaborativo envolve uma dimensão relacionada à existência de objetivos comuns e à sua apropriação pelas equipes, bem como o reconhecimento de motivações diferentes e de múltiplos interesses, o que requer, conseqüentemente, constante negociação com foco no cuidado centrado no usuário. A internalização, outra dimensão da CIP, refere-se ao conhecimento mútuo entre os trabalhadores e à construção de relações de confiança que reduzem a incerteza da continuidade do cuidado na articulação interprofissional (D'Amour et al., 2008).

Acerca da CIP entre NASF-AB e eSF, podem ser destacadas duas especificidades importantes: trata-se de uma colaboração em que uma equipe recebe apoio especializado de outra equipe distinta; esta (o NASF-AB) aporta não apenas novas especialidades à AB, mas também propõe, por meio do apoio matricial, novas estratégias de cuidado e organização do trabalho, o que implica um desafio adicional à colaboração. Ou seja, a presença do NASF-AB, atuando pelo apoio matricial, tende a desestabilizar rotinas de trabalho e formas de relação muitas vezes estabelecidas há longo tempo (Bispo Júnior e Moreira, 2018).

Estudos sobre NASF-AB baseados no modelo teórico da CIP (D'Amour et al., 2008) indicam: a fragilidade das gestões municipais em direcionar e dar suporte para o trabalho colaborativo entre NASF-AB e eSF; a necessidade de construção de mecanismos de comunicação e de pactuação de responsabilidades, visando a construção de acordos, regras e expectativas referentes às funções dos

profissionais (Araújo e Galimberti, 2013; Bispo Júnior e Moreira, 2018); o desconhecimento e a resistência ao método do AM; e a inexistência de um processo de acompanhamento dos usuários a partir de suas necessidades (Bispo Júnior e Moreira, 2018).

A nosso ver, a compreensão da CIP e seus desafios pode se beneficiar de uma integração entre o modelo de D'Amour (2008) e um referencial que aborde as dimensões intersubjetivas ou aquelas que extrapolam a esfera volitiva e normativa na colaboração. Por isso, optamos por adotar também o referencial teórico da psicodinâmica do trabalho, especificamente sobre a cooperação segundo Christophe Dejours (2004, 2012).

Nessa perspectiva, a cooperação é compreendida como a vontade das pessoas de trabalharem juntas e superarem coletivamente as contradições que surgem da própria natureza ou da essência da organização do trabalho. A cooperação, portanto, não pode ser prescrita nem decretada. Para o autor, ela depende da possibilidade de os agentes estabelecerem relações intersubjetivas de confiança. Esta não é apenas um sentimento, mas diz respeito, sobretudo, à ordem do deontológico, ou seja, da construção de acordos, normas e regras que enquadram a maneira como se executa o trabalho. O autor compreende a cooperação como um fenômeno que emerge espontaneamente nas relações de trabalho, exceto quando ocorrem falhas que dificultam o estabelecimento de relações intersubjetivas de confiança (Dejours, 2004; 2012).

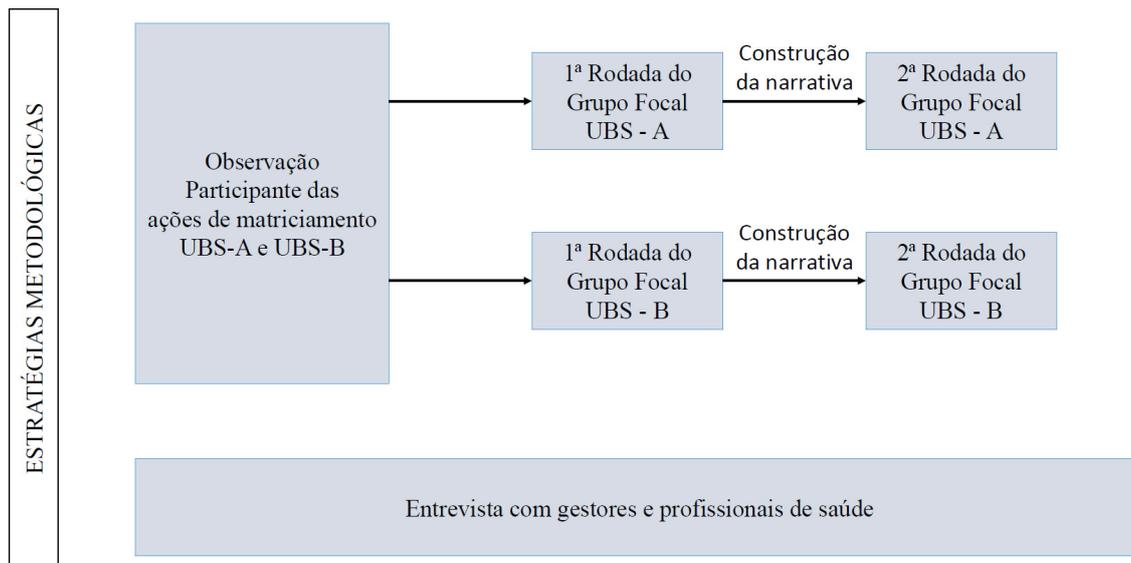
Entendemos, assim, a cooperação como um dos aspectos da colaboração, mais abstrato e essencialmente subjetivo, mas, ao mesmo tempo, influenciado pela configuração de um ambiente organizacional que permite a mobilização das inteligências práticas dos trabalhadores (Dejours, 2004; 2012) e a construção de uma relação de respeito e confiança mútua.

A discussão a respeito da CIP no contexto dos NASF-AB mostra-se relevante na medida em que o trabalho desse arranjo organizacional vem encontrando desafios e limitações desde a sua implantação (Sampaio et al., 2012; Araújo e Galimberti, 2013; Azevedo e Kind, 2013; Lancman et al., 2013; Hori e Nascimento, 2014; Hirdes e Scarparo, 2015), e o cuidado em saúde mental é uma das principais dificuldades apontadas pelos profissionais da AB (Hori e Nascimento, 2014; Hirdes e Scarparo, 2015). Trata-se, ainda, de uma discussão oportuna, sobretudo num contexto de drásticas mudanças na política de AB (Brasil, 2017) e em seu financiamento (Brasil, 2019), com impactos sobre o NASF-AB, que deixou de ter financiamento diretamente da esfera federal, o que implica risco para sua manutenção e para a sustentação de seu caráter interprofissional e interdisciplinar (Morosini, Fonseca e Baptista, 2020).

Considerando a complexidade inerente à CIP e sua centralidade para a AB, esse estudo teve como objetivo analisar as possibilidades e limites para a colaboração interprofissional no âmbito do cuidado em saúde mental, observando-se a articulação entre as equipes NASF-AB e eSF de um município do estado do Rio de Janeiro. Ressalta-se que este estudo de caso pode proporcionar uma reflexão relevante para além de si próprio, porque possibilita um aprofundamento da dinâmica de colaboração entre equipes, lançando luz sobre questões comuns à realidade de grande parte das cidades do país.

Método

O material aqui apresentado deriva de uma pesquisa pautada na abordagem clínico-qualitativa (Levy, 2001), desenvolvida por intermédio de um estudo de caso (Yin, 2015) em um município do estado do Rio de Janeiro. Para tanto, utilizamos a observação participante (Minayo, 2008) e grupos focais narrativos (Onocko-Campos, 2011; Miranda et al., 2013) com os profissionais de uma equipe NASF-AB, além de entrevistas com atores-chave na AB e em demais serviços da rede de cuidados em saúde mental. Ainda que a pesquisa tenha reunido um escopo maior em sua análise, este artigo foca a relação da equipe NASF-AB com duas eSF. As estratégias metodológicas utilizadas estão sintetizadas na Figura 1.

Figura 1 – Síntese das estratégias metodológicas

Fonte: Elaboração própria.

Ao todo, foram 122 horas de trabalho de campo, compreendendo 40 participantes da pesquisa, no período de maio a dezembro de 2019. O município foi escolhido por contar com equipes de NASF-AB implantadas há longo tempo, com uma prática correspondente, ao menos no nível discursivo, ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2014). Para aprofundamento do estudo, selecionou-se a equipe NASF-AB com mais profissionais de saúde mental com experiência de trabalho no AM, bem como com disponibilidade para participação na pesquisa.

A maior parte da observação participante envolveu ações de apoio do NASF-AB, permitindo compreender como ocorriam as reuniões de matriciamento, planejamento das atividades, discussões de caso clínico, atendimentos e visitas compartilhadas. Possibilitou, ainda, a identificação das condições de trabalho das equipes, do modo como as ações eram produzidas, bem como a apreensão dos significados dessas ações e da motivação dos trabalhadores no momento da produção das atividades. Foram realizadas entrevistas com os profissionais de saúde e gestores da AB e de outros pontos de cuidado em saúde mental. Houve também observação de reuniões e oficinas de qualificação do processo de trabalho dos NASF-AB e eSF que ocorriam no município no momento da realização da pesquisa.

Os grupos foram nomeados como grupos focais narrativos (Onocko-Campos, 2011; Miranda et al., 2013), porque a sua condução objetivou facilitar construções narrativas (que envolvem processos de rememoração, descrição, discussão e elaboração) acerca da experiência de trabalho. Para tanto, foram desenvolvidos em duas rodadas: a primeira para discussão de casos selecionados previamente pelos profissionais; e a segunda para leitura e discussão de uma narrativa construída pelo pesquisador sobre a discussão produzida na primeira rodada do grupo.

Acerca da seleção prévia dos casos, vale esclarecer que um mês antes da realização do primeiro encontro de cada grupo, o pesquisador solicitou que os profissionais escolhessem um caso complexo, cuja condução foi considerada exitosa, e outro frente ao qual reconheciam limites e dificuldades. Tal estratégia foi utilizada com o objetivo de observar o modo como o grupo conduzia a discussão a respeito do cuidado aos usuários. Além disso, permitiu identificar interação entre os trabalhadores no decorrer dos encontros, com base em uma situação real do processo de trabalho e não apenas por meio de temas selecionados previamente pelo pesquisador. Solicitou-se que os participantes apresentassem a história do caso, destacando as principais demandas, problemas e desafios. Mediante o incentivo para que todos explicitassem suas opiniões, mesmo que divergentes ou contraditórias, conduziu-se a discussão no sentido de conhecer as condições socioculturais, familiares e territoriais dos usuários envolvidos

no caso, bem como as principais estratégias de cuidado desenvolvidas pelos diferentes profissionais e os resultados alcançados. Ao longo de toda a discussão procurou-se, ainda, explorar os vários afetos experimentados nas relações com os usuários, seus familiares e com os próprios colegas no momento do exercício do cuidado.

A organização dos grupos focais em duas etapas permitiu aos integrantes do grupo discutir e validar as narrativas construídas, participando de maneira ainda mais ativa do processo de pesquisa. Possibilitou, também, o aprofundamento de questões tratadas, já que foram colocados em discussão pontos controversos identificados nas primeiras rodadas do grupo (Miranda et al., 2013).

O material produzido ao longo de todo o trabalho de campo foi analisado com base na perspectiva da hermenêutica filosófica (Gadamer, 2003). Por meio dela se busca valorizar o processo dialógico de negociação entre aquilo que os participantes da pesquisa dizem e as questões do pesquisador. Portanto, o lugar de onde ele escuta e interroga o campo, o que envolve suas tradições teóricas e seus preconceitos ou implicações derivadas do envolvimento prévio com o objeto de estudo.

As tradições teóricas com que se empreendeu um diálogo consistiram em autores do campo da saúde pública e coletiva sobre a temática da colaboração interprofissional (Campos, 1999; D'Amour et al., 2005) ou aspectos micropolíticos que a influenciam (Cecílio, 2007) e da psicodinâmica do trabalho, acerca da reflexão sobre a cooperação no trabalho (Dejours, 2004; 2012).

A análise do material foi realizada após sucessivas leituras flutuantes das anotações de diário de campo e transcrições de entrevistas e grupos focais, elaboração de narrativa e leitura da transcrição da discussão que dela emergiu. Assim como em todo o trabalho de campo, durante essa leitura o pesquisador desenvolveu análises de sua implicação em discussões com sua orientadora e com o grupo de pesquisa. Desse trabalho de leitura e análise da implicação, puderam-se reconhecer os núcleos de sentido que emergiram do material empírico e organizá-los em dois eixos temáticos, que serão apresentados a seguir.

Resultados e discussão

O trabalho do NASF-AB e as colaborações (im)possíveis: limites da formalização e da governança na CIP

A pesquisa foi desenvolvida em um município da região norte do estado do Rio de Janeiro, que no momento da realização do estudo possuía médio porte (aproximadamente 250 mil habitantes), Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) alto, cobertura de AB de 58,18%, com 43,87% de eSF. Contava com seis equipes NASF-AB, cada uma delas apoiando entre seis e oito eSF de uma mesma região da cidade, o que permitia que considerassem que todas as eSF eram apoiadas. A maior parte da observação participante e os grupos focais envolveram uma equipe NASF-AB e duas eSF, para as quais serão utilizados os codinomes ESF-A e ESF-B.

A rede de saúde mental do município era composta por três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – um CAPS 2, um CAPSAD e um CAPSi –, um serviço de residência terapêutica, um serviço ambulatorial de saúde mental, um espaço de convivência e um pronto-socorro (responsável pelos atendimentos ambulatoriais e de urgência em psiquiatria). Trata-se de uma rede vista pelos profissionais como bastante complexa e fragmentada, composta por serviços que possuem diferentes regras de acesso e não respondem a uma mesma coordenação. A falta de articulação aponta para uma dificuldade na qualificação dos encaminhamentos dos profissionais e no acesso dos usuários aos serviços especializados.

A equipe NASF-AB que participou do estudo era composta por sete profissionais: um nutricionista, duas fisioterapeutas, um assistente social, um psicólogo, um terapeuta ocupacional e um fonoaudiólogo. A assistente social deixou de trabalhar nessa equipe um mês após o início das observações participantes. Por isso, houve menos interação com ela. O psicólogo, o terapeuta ocupacional e o fonoaudiólogo

atuavam especificamente no cuidado em saúde mental, fazendo parte do que os profissionais caracterizavam como 'NASF Saúde Mental'. Os três profissionais possuíam aproximadamente 15 anos de experiência no apoio matricial em saúde mental, tendo atuado no apoio matricial em um programa de saúde mental na AB iniciado em 2002 no município. Após a publicação da portaria n. 154/08 (Brasil, 2008), que cria os NASF-AB, o município aderiu ao arranjo. Inicialmente coexistiam de maneira separada as equipes de apoio matricial em saúde mental e as equipes NASF-AB com profissionais de outras categorias, que foram unificadas em 2015.

As duas equipes – ESF-A e ESF-B – eram completas. A primeira contava com sete e a segunda com onze agentes comunitários de saúde (ACS). Lotadas em unidades básicas de saúde (UBS) diferentes, ambas se encontravam em territórios de grande vulnerabilidade, atravessados pela violência e habitados por uma população bastante pauperizada. Outra especificidade era a proximidade com um grande hospital municipal que realizava atendimentos de urgência e emergência, regularmente acessados pelos usuários.

As UBSs apresentavam precariedade na estrutura física e nos recursos disponíveis para o trabalho: não eram informatizadas (todos os registros realizados apenas em prontuários físicos); uma delas contava com salas com pouca ventilação e necessidade de reformas; as equipes não dispunham de transporte para visitas domiciliares, que eram realizadas, a maior parte das vezes, a pé, mesmo em lugares distantes da unidade de saúde. Trata-se de fragilidades estruturais que impactavam na colaboração, impondo dificuldades para a realização de visitas domiciliares e atendimentos compartilhados, bem como para as reuniões de matriciamento, com base nas quais costumam ser desenvolvidas discussões dos casos e planejamento das ações em colaboração entre as equipes NASF-ESF.

Na ESF-B, a atuação do NASF-AB era centrada fortemente na realização das práticas integrativas e complementares (Terapia Comunitária Integrativa – TCI – e *Mindfulness*) e, esporadicamente, atendimentos individuais aos usuários. Segundo os profissionais da eSF e do NASF-AB, as práticas integrativas voltavam-se para a desmedicalização do cuidado, o que os mobilizava para a sustentação de práticas colaborativas comuns de promoção da saúde mental. A médica dessa equipe concentrava seus atendimentos em saúde mental no dia em que o NASF-AB estava na unidade, de forma a poder compartilhar alguns deles com os matriciadores, bem como convidar novos usuários a participar do grupo da TCI. Era consensual o entendimento de que os grupos coordenados pela equipe NASF-AB consistiam numa estratégia de cuidado alternativa, que poderia ser desenvolvida junto, ou no lugar, da prescrição de medicação.

Estabelecidos como parte da rotina de trabalho da unidade, os grupos eram vistos pelos profissionais da equipe NASF-AB e ESF-B como uma alternativa de cuidado aos pacientes com sofrimento mental, em especial os que possuíam problemas considerados menos 'graves'. Além disso, a equipe NASF-AB apoiava a eSF, por solicitação da enfermeira da unidade, na condução do grupo de tabagismo, atividade coletiva compreendida como de atuação nuclear dos profissionais da eSF. Já os atendimentos individuais, durante a observação participante, destinaram-se a usuários que participavam dos grupos e para os quais havia sido identificada a necessidade de escuta individual, ou àqueles solicitados pela médica da unidade. Em geral, os ACSs interagiam pouco com os matriciadores no sentido de discutir algum caso ou levantar alguma demanda de apoio a usuários.

Processo muito diferente observava-se na ESF-A, onde a atuação do NASF-AB concentrava-se, majoritariamente, nos atendimentos individuais, assim como observado em outras pesquisas (Hori e Nascimento, 2014; Iacobo e Furtado, 2020). Tais atendimentos, em geral, eram realizados junto de algum ACS, não necessariamente aquele responsável pelo acompanhamento do usuário, mas alguém destinado a acompanhar a equipe do NASF-AB no dia. Além disso, não parecia haver clareza sobre os critérios para encaminhamentos a atendimentos da equipe de apoio. Em algumas situações, os usuários chegavam para o atendimento do profissional do NASF-AB sem que este soubesse do que se tratava, o que denotava não ter havido uma conversa prévia entre as equipes.

No que diz respeito à dimensão da formalização da CIP (D'Amour et al., 2008), pode-se destacar que a colaboração entre as equipes NASF-AB e eSF era pouco estruturada, não havendo critérios definidos para acionamento do apoio do NASF-AB ou para que este apresentasse suas ofertas. Além disso, inexistiam fluxos preestabelecidos de acesso a outros serviços, os quais compunham uma rede de atenção especializada reconhecida pelos trabalhadores como 'frágil e insuficiente'.

Conforme descrevemos, o modo como os usuários chegavam para o atendimento da equipe de apoio diferia, em alguns momentos, do preconizado pelas normativas oficiais (Brasil, 2008; 2014), causando tensões na interação entre as equipes. Além disso, foram observadas, em certas situações, solicitações de atendimentos individuais ao NASF-AB em um número maior do que o suportável diante da estrutura da unidade e da quantidade de profissionais disponíveis.

Ao mesmo tempo, os profissionais do NASF-AB queixavam-se da baixa compreensão da eSF a respeito da metodologia de trabalho do apoio matricial, o que, de acordo com eles, dependeria de uma busca de conhecimento a ser protagonizada pelos trabalhadores da unidade. A falta de conhecimento das eSF em relação ao matriciamento também foi queixa identificada em participantes de outras pesquisas (Bispo Júnior e Moreira, 2018; Ribeiro et al., 2014), o que parece denotar não apenas problemas na formalização do trabalho (D'Amour et al., 2008), mas no próprio compartilhamento da gestão entre diferentes atores de uma rede, o que, segundo Campos (1999), seria uma das bases do funcionamento do apoio matricial.

A questão referente ao acesso dos usuários ao atendimento dos profissionais do NASF-AB é tematizada em um dos grupos focais por meio do caso de uma usuária que chegou até a equipe NASF-AB diretamente, sem antes ter sido atendida pelos profissionais da eSF. Processo que, de acordo com os profissionais, envolveu uma 'falha no sistema', consequente da falta de transmissão dos conhecimentos obtidos nas 'oficinas de equipe' para os profissionais que atuam na recepção e não participavam dessas reuniões.

Outro desafio que acho importantíssimo é que os profissionais, como um todo, realmente consigam entender e aceitar o que é matriciamento. Esse é outro grande desafio. Porque, às vezes, as pessoas entendem, mas não aceitam. E, às vezes, as pessoas não entendem e aí quando não entendem não têm como dizer se aceitam ou não aceitam porque não entendem. (Profissional de saúde do NASF-SM).

A compreensão pedagógica identificada diferia-se, portanto, da concepção pedagógica sobre a qual se baseia a noção de apoio matricial. Na concepção do apoio Paideia (Campos, 2003), a gestão e as práticas de saúde têm potencial pedagógico e terapêutico e podem contribuir para a constituição dos sujeitos. A proposta de apoio matricial está articulada com a ideia de democracia institucional e tem como objetivo produzir uma reorientação das práticas de saúde, voltando-as para a ampliação da capacidade de análise e de cogestão dos sujeitos e coletivos, não se tratando, portanto, de uma transmissão de conteúdos a serem incorporados acriticamente.

Acerca das 'oficinas de equipe', vale esclarecer que consistiam em reuniões de matriciamento, cujo objetivo era discutir o processo de trabalho entre as equipes ou casos específicos identificados pelas eSF. O termo 'oficina', no sentido utilizado pelos profissionais, denotava a ideia de um curso prático voltado à transmissão de conhecimentos de alguém que detém o saber para um grupo que o recebe. No caso da discussão sobre os processos de trabalho, essa postura parece impor uma hierarquia velada, abrindo pouco espaço para a participação dos profissionais da eSF e obtendo, portanto, pouca participação destes nas decisões. Parte da equipe NASF-AB denotava, assim, apostar numa compreensão majoritariamente instrumental da organização dos processos de trabalho e integração com as eSF. Algo que é possível identificar, também, em entrevista com uma profissional da equipe, que aponta como um dos principais

desafios para o trabalho do NASF-AB a compreensão e aceitação da metodologia do apoio matricial pelos profissionais da eSF e do próprio NASF-AB.

Tais ‘oficinas de equipe’ encontravam dificuldades em sua realização, pois o espaço físico era inapropriado para comportar as equipes durante as reuniões – na ESF-A, eram realizadas em uma varanda, onde havia pouquíssima disponibilidade de cadeiras e barulho, que atrapalhava a conversa entre os profissionais. Na ESF-B, as oficinas eram feitas em uma sala que não comportava toda a equipe. Além disso, as reuniões ocorriam ao final do expediente, quando os profissionais encerravam seus atendimentos e os ACSs retornavam das visitas domiciliares, restando pouco tempo para algum nível de aprofundamento das discussões.

Outro aspecto apontado por D’Amour et al. (2005) é a existência de uma governança direcionada para a CIP. Na maior parte do tempo da pesquisa de campo, não havia uma coordenação específica para os NASF-AB no município, ficando esta sob o encargo da gerência da AB, que ocupava há pouco tempo a função. Simultaneamente, a própria equipe de gestão da AB também era percebida como bastante frágil, contando com pouco investimento dentro da estrutura administrativa da Secretaria de Saúde e desfalcada de profissionais técnicos.

Os profissionais do NASF-AB e das eSF expressavam que havia um baixo investimento na gestão da AB e pouco empenho na avaliação e monitoramento dos processos de trabalho, parecendo compartilhar um sentimento de ‘desamparo’ no que diz respeito ao apoio para suas ações. Além disso, foi percebido que a equipe de matriciadores construía regras para o trabalho que acabavam por produzir tensionamentos com os profissionais da equipe de referência, conforme exemplificado na próxima seção. Tal situação denotava a carência de uma direção clara para o trabalho colaborativo e uma liderança que aglutinasse interesses e gerenciasse conflitos, elementos relevantes para a CIP (D’Amour et al., 2005).

Relações interpessoais e intersubjetivas: tensões e paradoxos nos processos de trabalho e cooperação das equipes NASF-AB e eSF

Envolvendo duas equipes interprofissionais distintas, a interação entre profissionais do NASF-AB e das eSF se desenvolve mediante uma diferença de posições (apoiador e equipe de referência), algo que impõe mais uma especificidade para o trabalho do NASF-AB (Melo et al., 2018). No caso analisado, as equipes NASF-AB mantinham uma frequência de trabalho nas unidades, aspecto relevante para a CIP, porém isso não impedia a existência de conflitos de difícil manejo.

Observou-se que a prescrição de colaboração e integração entre NASF-AB e eSF (Brasil, 2014; 2017) é vivenciada de maneira diferente entre as equipes – enquanto a primeira necessita dessa integração para realizar seu trabalho, a eSF consegue trabalhar e produzir valor de uso para os usuários independentemente de sua colaboração com a equipe de apoio, ainda que tenha dificuldades ou permaneça imobilizada frente a alguns casos. Tal como também indicam Barros et al. (2015), as ações compartilhadas com a equipe de apoio são vistas, muitas vezes, como acréscimo de trabalho para os profissionais da eSF, que precisam reorganizar o seu cotidiano assistencial para incluir os matriciadores.

Assim, do ponto de vista do matriciador, há um movimento constante de incluir os outros profissionais e ‘explicar’ o apoio matricial, enquanto, para os profissionais da equipe mínima, a lógica do encaminhamento e da divisão de responsabilidades diminuiria o volume de trabalho e de casos a se responsabilizarem. Simultaneamente, como já assinalamos, há um número muito grande de equipes a serem apoiadas pelo NASF-AB, equipes de NASF-AB desfalcadas, baixa infraestrutura para a realização do trabalho, pouco apoio da gestão aos processos de trabalho de ambas as equipes e, portanto, aos processos de colaboração entre elas. Consequentemente, imperava no cotidiano dos profissionais sentimentos de desvalorização no trabalho, o que dificulta o reconhecimento e a transformação do sofrimento em prazer (Dejours, 2012).

Para lidar com essas diferenças no modo de experimentar e pensar o trabalho, a equipe NASF-AB havia criado algumas regras voltadas a ampliar a colaboração entre ela e as eSF. Exigia que algum

membro da eSF estivesse presente em todas as ações da equipe (coletivas ou individuais). Em uma das unidades, por exemplo, havia uma agenda afixada no mural da sala dos ACSs com uma escala daqueles que participariam das atividades do NASF-AB. Em geral, os ACSs eram os profissionais delegados pelas eSF para participar das ações do núcleo, mas em geral eram pouco participativos ou envolvidos com os casos em atendimento. Observamos, por exemplo, uma ACS que, destinada a acompanhar um atendimento individual do NASF-AB (ao mesmo tempo que estava responsável pela recepção da unidade), permaneceu a maior parte do tempo na porta da sala, sem mostrar qualquer tipo de participação. Noutra UBS, durante um grupo coordenado pelo NASF-AB, a ACS designada a participar permaneceu com fone nos ouvidos e olhando o celular durante a maior parte do tempo em que esteve presente. Portanto, os efeitos das regras eram paradoxais: voltadas para o compartilhamento, elas resultavam em desimplicação com o cuidado.

Outro objeto de tensão com a ESF-A foi o estabelecimento, feito pelo NASF-AB, de que todos os seus membros estivessem juntos (mesmo dia e horário) nas mesmas unidades, com o intuito de manter o sentido de unidade da equipe de matriciadores e não reforçar a cisão entre os profissionais de saúde mental e os demais. Porém, a presença simultânea de muitos profissionais, somada à precariedade da infraestrutura das unidades, gerava mal-estar entre os trabalhadores, em especial na ESF-A, cujo espaço era insuficiente para comportar todos.

Em uma das observações, uma ACS queixava-se da indisponibilidade da equipe de apoio em atender os casos identificados em sua área, o que atribuía à ausência de salas para atendimento e à decisão, por parte dos profissionais do NASF-AB, de atuarem todos ao mesmo tempo na unidade. Relata que, incomodados com essa decisão e o desconforto na ocupação da unidade, os profissionais da eSF deixavam de compartilhar com o NASF-AB as demandas que identificam no território. Com isso, ressaltava também a diferença a respeito de como a pressão assistencial é sentida pelas equipes de apoio e referência.

A ACS, bastante nervosa (chorando), queixou-se do não atendimento de um usuário de sua microárea, sobre o qual já havia conversado com a equipe NASF-AB. Relata que, por morar no território da unidade, a promessa frustrada de atendimento pela equipe de saúde mental do NASF-AB tem provocado problemas na sua relação com os usuários, o que ocorre inclusive nos momentos de sua folga. Já os matriciadores, por não residirem no local e trabalharem na unidade apenas um dia na semana, não são impactados pela demanda e pelas queixas dos usuários (Registro em diário de campo).

Concluimos, assim, que as regras, apesar de objetivarem manter as características da metodologia do apoio matricial, foram fonte de tensionamentos para grande parte dos profissionais das eSF. Embora visem expandir a colaboração, podem não fazer sentido para os trabalhadores ou podem ser experimentadas como invasão e constrangimento. Trata-se de uma situação paradoxal, cuja compreensão pode se beneficiar das reflexões de Christophe Dejours e Vincent de Gaulejac. Para Dejours (2004), a tentativa de prescrever cooperação pode levar a injunções paradoxais, um encontro de regras ou determinações que, uma vez sobrepostas, impõe uma contradição que não admite escolha entre seus polos; conseqüentemente, exige-se que o trabalhador viva a contradição.

De maneira semelhante, Gaulejac (2007) compreende que há regras no âmbito da organização do trabalho que apresentam contradições insolúveis, inclusive aquelas construídas em torno da valorização do trabalho em equipe. De acordo com o autor, quando confrontados com lógicas contraditórias, os trabalhadores têm a necessidade de fazer compromissos e inventar soluções para manter sua saúde mental, como uma clivagem entre o 'eu oficial' na organização, que manifesta seu entusiasmo e sua adesão aos projetos, e um 'eu privado', que murmura suas reticências e críticas. Para ele, "como as resistências não podem se exprimir sob a forma de críticas abertas, elas se exprimem de modo incongruente, como os mecanismos de defesa detectados pela psicanálise" (Gaulejac, 2007, p. 107).

Na realidade estudada, observamos que o estabelecimento da regra da participação de profissionais em todas as atividades do NASF-AB não proporciona uma colaboração ativa no cuidado, não resultando em engajamento ou mobilização de zelo nas atividades compartilhadas por parte dos profissionais da eSF. Ainda que na maior parte do tempo não fosse identificada uma objeção clara a essa regra, foi possível notar, em alguns momentos, uma resistência dos profissionais diante da injunção paradoxal marcada pela imposição da cooperação. A resistência de tais trabalhadores parece se manifestar de forma semelhante às estratégias de defesa descritas por Gaulejac (2007), em especial a renúncia à produção de sentido para a atividade e o cumprimento desimplicado do que foi prescrito. Desimplicação esta que pode ser traduzida pela imagem de uma profissional que usava fones de ouvido durante um grupo.

Notamos, ainda, que a prescrição de regras cujo sentido não foi construído conjuntamente ou compartilhado parece produzir impactos sobre as possibilidades de os profissionais estabelecerem relações de confiança, cruciais para a expansão dos graus de CIP. Também, para D'Amour et al. (2005), o desenvolvimento de confiança entre os trabalhadores é um dos fatores essenciais para a colaboração, na medida em que é confiando nas competências dos colegas e na sua capacidade de assumirem responsabilidades que os trabalhadores podem reduzir sua incerteza no trabalho colaborativo, acreditando e aceitando que o cuidado iniciado por um profissional terá seguimento. Para tanto, são imprescindíveis o desenvolvimento do sentimento de pertencimento a um grupo e o estabelecimento de objetivos comuns, o que requer interação social, além de alguma compreensão do quadro de referência disciplinar dos colegas, da abordagem do cuidado e do escopo das diferentes práticas.

Com base em referenciais teóricos distintos, Dejours (2012) também compreende que a cooperação depende da possibilidade de que os agentes estabeleçam entre eles relações intersubjetivas de confiança. O autor defende que a confiança não se baseia em razões de ordem técnica nem psicológica, mas de ética. Na sua visão, a confiança se refere, sobretudo, à ordem do deontológico, ou seja, da construção de acordos, normas e regras que enquadram a maneira como se executa o trabalho (regras de trabalho). A confiança entre os trabalhadores depende principalmente da visibilidade dos ajustamentos singulares de que lançam mão diante das insuficiências e das contradições do trabalho prescrito. Tal visibilidade, por sua vez, beneficia-se de espaço de discussão qualificada sobre a organização do trabalho (Mendes, 1995).

No caso analisado, as regras em torno do trabalho articulado entre NASF-AB e eSF eram construídas de maneira unilateral e instituídas de maneira arbitrária. Ainda que tivessem a intenção de produzir cooperação, acabavam por gerar resistências em parte dos profissionais, o que se exemplifica pela baixa frequência de discussão dos casos que eram encaminhados ao NASF-AB. Além disso, como ilustra as 'oficinas de equipe', os espaços de discussão tinham caráter 'pedagógico', portanto, pouco participativo na definição de estratégias coletivas de organização do trabalho.

Outro aspecto que impacta na capacidade de estabelecer relações de confiança entre os profissionais diz respeito ao compartilhamento da responsabilidade no cuidado aos usuários. Os profissionais do NASF-AB, em diversos momentos, reiteram que a eSF é a 'referência' no atendimento dos usuários, denotando que a equipe de apoio tem baixa responsabilidade sobre o acompanhamento. O termo 'referência' indica o profissional ou equipe a que os usuários devem se referir prioritariamente, mas também carrega o sentido de responsabilidade principal ou exclusiva, tal como ilustrado no trecho a seguir: "A gente está tentando construir esse fluxo a partir dessas visitas com a estratégia, pois a estratégia é a referência" (Profissional de saúde do NASF; Transcrição do Grupo Focal ESF-A, 2ª rodada).

Essa concepção da responsabilidade pôde ser verificada também no grupo focal em que era perceptível que o papel de condução dos casos, em especial os de maior complexidade, ficava a cargo dos profissionais da eSF. Os profissionais da ESF-B, por exemplo, relatam que o trabalho do NASF-AB se direcionava mais aos usuários com problemas de menor complexidade, aqueles que se inseriam nos grupos. Pessoas com problemas mais complexos mantinham-se em acompanhamento pela eSF, que tinha o NASF-AB como uma espécie de 'consultor'. Um consultor que, embora desempenhasse a função pedagógica própria ao matriciamento, não a integrava com a responsabilidade clínica, também característica desse arranjo. A esse respeito, vale lembrar que, de acordo com a normativa que orienta os

NASF-AB (Brasil, 2014), tal arranjo tem por função articular seu processo de trabalho em torno de duas dimensões: uma técnico-pedagógica e outra clínico-assistencial. A primeira está relacionada a ações de apoio educativo com e para as eSF (discussões de caso com esclarecimentos sobre especificidades técnicas, reflexões sobre diretrizes e protocolos clínicos, dentre outras), enquanto a segunda refere-se à materialização de práticas de cuidado, como consultas e grupos, desenvolvidas em conjunto ou não.

De modo geral, fosse discutindo casos, coordenando grupos ou realizando atendimentos individuais, os profissionais do NASF-AB concebiam sua função centralmente como pedagógica, esquivando-se da responsabilização compartilhada pelos casos. Viam-se como referência para a equipe, mas não no que tange à corresponsabilidade no acompanhamento dos usuários: “Porque matricular, para mim, é você apoiar, é você inovar, é você incentivar, é você dar ideias, é você contribuir com o seu saber, é você compartilhar o saber” (Profissional de saúde do NASF em entrevista).

Tesser (2017) pondera que a origem comum da noção de apoio matricial e as experiências institucionais voltadas para a transformação das práticas de cuidado e democratização da gestão em saúde pode ter contribuído para um distanciamento das equipes de apoio da ação clínica direta com usuários referenciados. Adicionalmente, em sua leitura, o afastamento dos profissionais do NASF-AB da pressão assistencial na AB pode levar ao que ele chama de *apartheid* entre NASF-AB e eSF, no qual as últimas suportam a pressão assistencial enquanto os matriciadores permanecem protegidos por restrições de agenda ou desvio para ações generalistas. Assim, rompe-se ou fragiliza-se a parceria, a cumplicidade e os compromissos mútuos entre os profissionais para com o cuidado, elementos que, na visão do autor, são pré-requisitos para a efetividade do suporte técnico-pedagógico.

Compreende-se que a baixa responsabilização dos profissionais do NASF-AB no cuidado aos usuários encontra raízes no insuficiente direcionamento político e técnico assistencial para o trabalho e na natureza ambígua do discurso oficial quanto à função de tais equipes (Sampaio et al., 2012; Araújo e Galimberti, 2013; Barros et al., 2015; Tesser, 2017). Mas, adicionalmente, associamos a baixa responsabilização dos matriciadores a uma estratégia de defesa (Dejours, 2012) contra o sofrimento advindo do confronto com uma demanda vista como insolúvel, diante da pouca capacidade de operacionalizar o cuidado.

Na análise da rede de cuidados em saúde mental, identificou-se, ainda, um conjunto de serviços atuando de maneira fragmentada, com baixa comunicação e compreensão dos fluxos de atenção em saúde mental e, conseqüentemente, dificuldade de prover acesso aos usuários atendidos na AB. As dificuldades referentes à disponibilidade e modo de funcionamento da atenção especializada tende a intensificar a descontinuidade e fragmentação dos projetos terapêuticos iniciados na AB, remetendo à concepção de uma ‘AB seletiva’ (Klein e D’Oliveira, 2017). Observamos, então, que a extensa solicitação de cuidados em saúde mental no território, associada à grande fragilidade quanto à absorção dos usuários por parte da rede especializada, produziu nos profissionais do NASF-AB um ‘afastamento da demanda’ (Tesser, 2017) e uma preferência pela função pedagógica existente no arcabouço normativo do NASF-AB, denotando dificuldades quanto ao compartilhamento de responsabilidade pelos problemas de saúde mental.

Destaca-se, assim, que o compartilhamento de responsabilidade pelo acompanhamento longitudinal dos usuários é aspecto decisivo para a colaboração entre os profissionais, na medida em que este consiste num atributo indissociável do cuidado, em especial na AB. Porém, a condição de trabalho a que a equipe NASF-AB se encontra submetida, associada à percepção dos profissionais da eSF acerca dos problemas de saúde mental, poderia conformar uma demanda penosa, quase insustentável para os apoiadores. Em geral, os problemas de saúde mental na AB são entendidos como de natureza ‘especial’ e, conseqüentemente, necessitados de acompanhamento especializado (Onocko-Campos, 2011; Rosa et al., 2021), capaz de oferecer solução rápida. Trata-se de cenário em que dificuldades de naturezas diferentes interferem umas nas outras, demonstrando a indissociabilidade entre os aspectos estruturais, organizacionais e intersubjetivos existentes na problemática da colaboração interprofissional centrada no usuário.

Considerações finais

Os processos de trabalho estudados reafirmam a interdependência entre aspectos estruturais, organizacionais e intersubjetivos na CIP entre NASF e eSF no cuidado em saúde mental no contexto investigado.

No que tange aos processos de mudança de cultura nas organizações de saúde (Rivera, 2003), é importante refletir que eles não ocorrem como uma substituição radical do novo pelo antigo, mas apresentam, por outro lado, a convivência em uma tensão dialética, entre características diferentes e contraditórias. Assim, não é de se estranhar a coexistência de diferentes formas de interação na realidade estudada, diferenças que abrangem desde cooperação em torno de alternativas de cuidado voltadas para a desmedicalização, que mobilizava parceria e confiança entre os trabalhadores, até a pressuposição compartilhada de impotência diante da complexidade dos problemas de saúde mental dos usuários.

Os aspectos estruturais e organizacionais apontam para o fato de que a CIP não se materializa apenas pelo esforço pessoal dos trabalhadores, pois requer uma governança que a estimule, ofereça condições estruturais e sustente um esforço sistemático para a qualificação do cuidado aos usuários (Saraiva, Zepeda e Liria, 2020).

Tomando emprestada a discussão sobre o que Cecílio (2007) chama de 'trabalhador moral em saúde', que aponta para uma modéstia necessária ao tratarmos das possibilidades de transformação dos serviços de saúde, compreendemos que as propostas colaborativas se pautam, em alguma medida, em uma concepção de 'coletivo moral', ao entender os trabalhadores como um conjunto de sujeitos prontos a orientar suas práticas no sentido de uma integração sinérgica. Sabendo-se que a moral e a prescrição de normas não controlam desejos e atos, há que se reafirmar a necessidade de uma governança que reconheça a importância e, ao mesmo tempo, os desafios para a colaboração interprofissional, compreendendo-a como um processo de constante negociação com os trabalhadores.

Admitindo os inevitáveis atravessamentos estruturais, políticos e intersubjetivos inerentes às negociações envolvidas na CIP, chamamos a atenção para a importância da pactuação coletiva das regras de trabalho entre os profissionais de saúde, de modo a se evitar efeitos paradoxais sobre as situações de trabalho. Com isso, é imprescindível a disponibilização de espaços de diálogo e pactuação mediados por atores capazes de manejar conflitos intersubjetivos e instaurar negociações em processos que, muitas vezes, configuram-se como disputas mobilizadas por interesses particulares de sujeitos, categorias ou grupos específicos.

É relevante, ainda, apontar que a construção de relações de confiança, aspecto importante de convergência entre a noção de CIP (D'Amour et al., 2005) e de cooperação (Dejours, 2004, 2015), é influenciada pela configuração de um ambiente organizacional em que vigora a negociação entre os trabalhadores e entre estes e os gestores, sendo possível a aglutinação de interesses, bem como o reconhecimento e o manejo de inevitáveis conflitos.

Por fim, cabe ressaltar que uma das principais limitações deste artigo é a ausência de uma abordagem da perspectiva dos usuários a respeito da colaboração interprofissional, embora a compreendamos como essencial para a discussão da temática. Além disso, a pesquisa foi concluída em um período imediatamente anterior à pandemia de Covid-19, o que permitiu a realização de apenas uma devolutiva das análises, por meio do diálogo com um dos atores-chave do processo em uma reunião na modalidade remota.

Informações do artigo

Contribuição dos autores

Concepção do estudo: AMS e LM.
Curadoria dos dados: AMS.
Coleta de dados: AMS.
Análise dos dados: AMS e LM.
Redação – manuscrito original: AMS.
Redação – revisão e edição: LM.

Financiamento

A pesquisa foi realizada de 2017 a 2021, com apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), conforme o processo n. 141505/2017-6, mediante pagamento de bolsa de doutorado a um dos autores. Apoiado pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da ENSP/Fiocruz (PPGSP-ENSP), modalidade Proex.

Conflitos de interesses

Não há.

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), em 8 de maio de 2019, conforme o parecer n. 3.311.308.

Apresentação prévia

Este artigo é resultante da tese de doutorado intitulada *Potencialidades, paradoxos e limites da colaboração interprofissional: uma análise a partir da experiência de um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica*, de autoria de Atila Mendes da Silva, apresentada em 2021 ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro-RJ.

Referências

- ARAÚJO, Eliezer M. D.; GALIMBERTTI, Percy. A. A colaboração interprofissional na estratégia saúde da família. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 25, n. 2, p. 461-468, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/vFKZFXT58XWLj6sdKXhDP3w/?/lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2022.
- AZEVEDO, Natália S.; KIND, Luciana. Psicologia nos núcleos de apoio à saúde da família em Belo Horizonte. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 33, n. 3, p. 520-535, 2013. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000300002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/xxrKW6Vx6Vx6FJfcbN8ppfSKRz/?lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2022.
- BARROS, Juliana de O. *et al.* Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2.847-2.856, set. 2015. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.12232014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5kgYHr6VbLbZtdL5nM55LFH/?lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2022.
- BISPO JÚNIOR, José P.; MOREIRA, Diane C. Núcleos de apoio à saúde da família: concepções, implicações e desafios para o apoio matricial. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 683-702, maio/ago. 2018. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00122>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/fjpZgzgpn3chfbTMtXjvVrk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2022.

BOWER, Peter *et al.* Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. *The British Journal of Psychiatry*, v. 189, p. 484-493, dez. 2006. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.023655>. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/collaborative-care-for-depression-in-primary-care/913D0784C897F788868630C64D29FD96>. Acesso em: 20 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 154*, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 5 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf. Acesso em: 5 jun. 2022.

BRASIL. *Portaria n. 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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 15 jun. 2022.

BRASIL. *Portaria n. 2.979*, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação n. 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html. Acesso em: 15 jun. 2022.

CAMPOS, Gastão W. de S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999. <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/BLy9snvLVLbQRcZCzGfGyD/?lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2022.

CAMPOS, Gastão W. S. (org.). *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CECÍLIO, Luiz C. O. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 345-351, ago. 2007. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000200012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/f5p3dhvpm78wnqQQwVMmvzg/?lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2022.

D’AMOUR, Danielle *et al.* The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, v. 19, supl. 1, p. 116-131, maio 2005. <https://doi.org/10.1080/13561820500082529>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13561820500082529>. Acesso em: 15 jun. 2022.

D’AMOUR, Danielle *et al.* A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, v. 8, n. 1, dez. 2008. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-188>. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-8-188.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2022.

DEJOURS, Christophe. *Addendum: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. In: LANCMAN, Selma; SZNELWAR, Laerte (org.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Brasília, DF: Paralelo15; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2004. p. 47-104.

DEJOURS, Christophe. *Trabalho vivo: trabalho e emancipação*. Brasília, DF: Paralelo, 2012. v. 15.

GADAMER, Hans-Georg. *Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Tradução: Flávio Paulo Meurer. Petrópolis: Vozes, 2003.

GAULEJAC, Vincent de. *Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*. 3. ed. Aparecida: Ideias e Letras, 2007.

HIRDES, Alice; SCARPARO, Helena B. K. O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 383-393, fev. 2015. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.12642013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jk7v4HcTBCFvj7vBXfFp6R/?lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2022.

HORI, Alice A.; NASCIMENTO, Andreia F. O projeto terapêutico singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3.561-3.571, ago. 2014. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.11412013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MJPK7QSnsM9wQ8vfkVYRJ Tm/?lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2022.

IACABO, Patrícia; FURTADO, Juarez P. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: análises estratégica e lógica. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, p. 666-677, jul./set. 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012606>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/VkMjBt8j8DsJywWMY7nrPqh/?lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2022.

KLEIN, Ana P.; D'OLIVEIRA, Ana F. P. L. O “cabo de força” da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, jan. 2017. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00158815>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/dbrztmsd3cfsrzmwqbd4df/?lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2022.

LANCMAN, Selma *et al.* Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 968-975, out. 2013. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004770>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/sFc7pW364xDfpmJg8fkPvgD/?lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2022.

LÉVY, Andre. *Ciências clínicas e organizações sociais*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. 224p.

MELO, Eduardo A. *et al.* Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): problematizando alguns desafios. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, supl., p. 328-340, set. 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S122>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/SskhD8q88hvTkv3wgvvG5Tc/?lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2022.

MENDES, Ana M. B. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. *Revista Ciência e Profissão*, Brasília, v. 15, n. 1-3, p. 34-38, 1995. <https://doi.org/10.1590/S1414-98931995000100009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/R4yymBFkPGNFb3BSvXFnZzn/?lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2022.

MINAYO, Maria C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2008.

MIRANDA, Lilian *et al.* Dos grupos focais aos grupos focais narrativos: a descoberta no caminho da pesquisa. In: ONOCKO-CAMPOS, Rosana *et al.* (org.). *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 249-277.

MOROSINI, Marcia V. G. C.; FONSECA, Angelica F.; BAPTISTA, Tatiana W. F. Previsão Brasil, agência de desenvolvimento da atenção primária e carteira de serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Hx4DD3yCsxkcx3Bd6tGzq6p/?lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2022.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1269-1286, dez. 2011. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000400006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/gqpckXpjxyS9GDpJWGzPsp/?lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2022.

RIBEIRO, Mara D. A. *et al.* Avaliação da atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 27, n. 2, p. 224-231, abr./jun. 2014. <https://doi.org/10.5020/2426>. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2426/pdf>. Acesso em: 20 jun. 2022.

RIVERA, Francisco J. U. Cultura e liderança comunicativa. In: RIVERA, Francisco J. U. *Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p.185-218.

ROSA, Débora C. J. *et al.* “Paciente-problema”: imaginário coletivo de enfermeiros acerca do usuário com diagnóstico de esquizofrenia. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, 2021. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310108>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/nm8vstnprnycvzblzfsd6h/>. Acesso em: 15 jun. 2022.

SAMPAIO, Juliana *et al.* O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, João Pessoa, v. 16, n. 3, p. 317-324, 2012. <https://doi.org/10.4034/RBCS.2012.16.03.06>. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/12572/7870>. Acesso em: 15 jun. 2022.

SARAIVA, Sonia A. L.; ZEPEDA, Jorge; LIRIA, Alberto F. Componentes do apoio matricial e cuidados colaborativos em saúde mental: uma revisão narrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, p. 553-565, fev. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.10092018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JgQqJ9gCWXGRNcyTf3pT7NG/?lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2022.

TESSER, Charles D. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 565-578, jul./set. 2017. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0939>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/zBhWdfDtYq67F3874K6KY8F/?lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2022.

YIN, Robert K. *Estudo de caso: Planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2015.