

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

César Augusto Fávaro Siena

QuestNASF:

Desenvolvimento de um instrumento de avaliação dos NASF-AB

São Paulo

2019

CÉSAR AUGUSTO FÁVARO SIENA

QuestNASF:

Desenvolvimento de um instrumento de avaliação dos NASF-AB

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Juarez Pereira Furtado

São Paulo

2019

S572q

Siena, César Augusto Fávaro, 1975-

QuestNasf: desenvolvimento de um instrumento de avaliação dos NASF-AB. /César Augusto Fávaro Siena ; Orientador: Prof. Dr. Juarez Pereira Furtado – Santos, 2019.

134 f. : il : 30 cm.

Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Federal de São Paulo - campus Baixada Santista, Curso de Pós-Graduação em Saúde da Família, 2019.

1. Avaliação em saúde. 2. Interdisciplinaridade. 3. NASF. 4. Trabalho colaborativo. 5. Atenção primária à saúde. I. Furtado, Juarez Pereira, Orientador. II. Título.

CDD 610.7

César Augusto Fávaro Siena

QuestNASF: Desenvolvimento de um instrumento de avaliação dos NASF-AB

PRESIDENTE DA BANCA

Orientador: Prof. Dr. Juarez Pereira Furtado

Universidade Federal de São Paulo

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Nicanor Rodrigues da Silva Pinto

Universidade Federal de São Paulo

Profa. Dra. Carmen Lúcia de Albuquerque Santana

Universidade Federal de São Paulo

Prof. Dr. Igor da Costa Borysow

Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Profa. Dra. Nina Isabel Soalheiro dos Santos Prata

Universidade de São Paulo

Aprovada em: ____/____/____

Mais diligente e virtuosa

Nunca dantes houvera

A ti dedico este trabalho e tudo o mais

Minha querida mãe, Vera

AGRADECIMENTOS

Obrigado, Senhor, por todas as coisas boas que vieram e hão de vir.

Obrigado, minha mãe Vera, por toda a sua luta e sacrifícios. Os mestrandos tem o costume de citar sua própria luta, porém, cito a sua. Meu mais profundo agradecimento.

Obrigado, Prof. Dr. Juarez; sua experiência revelou-se bússola preciosa a corrigir rumos da navegação nessa viagem. Seu auxílio igualmente exemplificou prática real interdisciplinar, fulcro da própria dissertação. Parabéns à conquista da Livre-Docência, forte exemplo dado ao seu aluno.

Obrigado, Daiane, pelo seu apoio e compreensão. Que Deus a ilumine sempre para novas conquistas.

Obrigado, Prof. Dr. Sérgio Mascarenhas. A valorização da interdisciplinaridade na prática real me foi mais um estímulo virtuoso.

Obrigado, Dr. Diego Meloni, pelo incentivo que originou este caminho.

*“O todo sem a parte não é todo,
A parte sem o todo não é parte,
Mas se a parte o faz todo, sendo parte,
Não se diga que é parte, sendo todo”*

Gregório de Matos (1636-1696). Uma interpretação poética da interdisciplinaridade.

“We are not students of some subject matter, but students of problems. And problems may cut right across the borders of any subject matter or discipline.”

Carl Popper (1902-1994). Uma interpretação filosófica da interdisciplinaridade.

Grupos de pessoas talentosas em contato umas com as outras, tendo discussões e trabalho conjunto, vão polir umas às outras e vão polir suas ideias. O resultado disso é um lindo trabalho polido ("pedras polidas" sic - na tradução livre).

Steve Jobs (1955-2011). The lost interview. PBS, 1995. Uma interpretação prática da interdisciplinaridade.

RESUMO

Elaboramos um questionário de avaliação da interdisciplinaridade em grupos que trabalham na saúde primária, levando em consideração complexos fatores como conflitos e ambiguidades de papéis, estabelecimento da liderança, inovação no trabalho, diversidade profissional, objetivos e diretrizes compartilhadas, local de trabalho, aspectos da gestão, capacitação em cooperação interprofissional, avaliação no local de trabalho, entre outros. O questionário foi adaptado aos trabalhadores do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), nomeados posteriormente como NASF-AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica), instituídos com o objetivo de ampliar a abrangência e a resolutividade das ações da Atenção Básica (AB), por meio do apoio matricial, um modo de gestão do trabalho interdisciplinar na AB. Pretende-se preencher lacunas deixadas por instrumentos de avaliação do NASF vigentes, focando na interdisciplinaridade e subsidiando feedback para a evolução desta proposta de trabalho.

Palavras-chave: Interdisciplinaridade, Avaliação em Saúde, Atenção Primária à Saúde, Trabalho Colaborativo, NASF, Assistência à Saúde Interprofissional, Co-gestão, Apoio Matricial.

ABSTRACT

We elaborated an interdisciplinarity evaluation questionnaire of primary health group of workers, considering complex factors as role conflict and ambiguity, leadership establishment, innovation at work, professional diversity, shared goals and guidelines, team size, premises and composition, organisational (management) support, training in interprofessional cooperation, audit (evaluation) in workplace and others. The questionnaire was adapted to NASF (Family Health Support Nucleus), appointed subsequently as NASF-AB (Extended Family and Primary Health Support Nucleus), established aiming to expand comprehensiveness and problem resolution (case-resolving) of primary care by the means of matrix support, a primary health interdisciplinary management mode. We intend to fill gaps left by current NASF evaluation instruments, focusing on interdisciplinarity subsidizing feedback for the evolution of this work proposal.

Keywords: Interdisciplinarity, Health Assessment, Primary Health Care, Collaborative Care, Interprofessional Care, Co-governance, Matrix Support.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
EAD	Ensino à distância
EC	Educação continuada
EP	Educação permanente
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
EqSF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FCFAS	Fórum dos Conselhos Federais da Área da Saúde
FENTAS	Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
MS	Ministério da Saúde
NAISF	Núcleos de Atenção Integral à Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NSI	Núcleo de Saúde Integral
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

Apresentação	13
1. INTRODUÇÃO	14
1.1 A ATENÇÃO BÁSICA E A NECESSIDADE DE DIVERSIDADE DE ÁREAS E PROFISSÕES	14
1.2 ESPECIALIDADES NA AB - A CRIAÇÃO DOS NASF	15
1.3 CONCEPÇÕES DE COLABORAÇÃO ENTRE DISCIPLINAS E PROFISSÕES E SUAS IMPLICAÇÕES NAS PRÁTICAS DO NASF	21
1.3.1 OBSTÁCULOS E LIMITAÇÕES DA INTERDISCIPLINARIDADE	24
1.3.2 FATORES DE FOMENTO OU ENTRAVE DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR	31
1.3.3 A INOVAÇÃO INTERRELACIONADA À COLABORAÇÃO NTERPROFISSIONAL	35
1.4 ARRANJOS ORGANIZACIONAIS DOS NASF	40
1.4.1 APOIO MATRICIAL	40
1.4.1.1 SÍNTESE DA COMPREENSÃO SOBRE O APOIO MATRICIAL	47
1.4.2 CLÍNICA AMPLIADA.....	48
1.4.3 CARACTERIZAÇÃO DOS NASF	50
1.5 AVALIAÇÃO DA INTERDISCIPLINARIDADE	51
1.5.1 AVALIAÇÃO DA DIVERSIDADE.....	52
1.5.2 AVALIAÇÃO DOS DEMAIS FATORES DE FOMENTO OU ENTRAVE DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR	56
1.6 AVALIAÇÕES ENVOLVENDO O NASF	58
1.6.1 DIFERENÇAS PRIMORDIAIS ENTRE O AMAQ-NASF E ESTE TRABALHO (QUESTNASF).....	62
2. OBJETIVOS	63
2.1 OBJETIVO GERAL	63
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	63
3. METODOLOGIA	63
3.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS	63
3.2 AVALIAÇÃO POR QUESTIONÁRIOS	64
3.2.1 O QUESTIONÁRIO COMO INSTRUMENTO DO LEVANTAMENTO DE DADOS ...	64
3.2.2 ESCALAS UTILIZADAS EM QUESTIONÁRIOS.....	66
3.2.3 A ESCALA DE LIKERT	67
3.2.4 NÚMERO DE ITENS E PARIDADE	68
3.2.5 A ESTATÍSTICA LEGITIMANDO A ESCOLHA.....	70
3.3 O MÉTODO DELPHI.....	72

3.3.1 CARACTERÍSTICAS E RESULTADOS DO DELPHI	78
4. CONCLUSÃO	80
5. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA INTERDISCIPLINARIDADE DO NASF - QUESTNASF.....	87
6. BIBLIOGRAFIA.....	113
ANEXO I.....	130
ANEXO II.....	132

Apresentação

"Quest" não é somente o prefixo da palavra "questionário"; igualmente significa "jornada" em inglês. QuestNasf é uma jornada de aprofundamento no complexo campo da interdisciplinaridade.

O autor tem experiência de uma década como médico da família no interior do estado de São Paulo, com interesse no aprofundamento do estudo da proposta NASF e melhoria desta por meios avaliativos. No embrião do trabalho, buscou-se um referencial, um norte que representasse a espinha dorsal do NASF. O apoio matricial se apresentou como nítido candidato e a essência deste, a interdisciplinaridade. Foi natural a busca de fórmulas e roteiros prontos visando pavimentar um caminho ágil e ameno, como o atalho que a avaliação da *diversidade* oferecia. Todavia, *"tinha uma pedra no meio do caminho"* (ANDRADE, 2010), ou várias; não houve atalhos, nem tampouco caminhos fáceis. Documentos oficiais como os Cadernos de Atenção Básica 27 e 39, a Portaria Ministerial 154/2008 ou mesmo o instrumento de avaliação AMAQ-NASF não verteram indícios práticos de como avaliar a engrenagem-mor do NASF no cenário real, bem como não foram encontradas fórmulas prontas de avaliação da interdisciplinaridade de pequenos grupos, apenas abordagens bibliométricas inadequadas para esse cenário específico.

Descortinou-se um amplo horizonte de variáveis, inclusive comportamentais, durante esta jornada. Uma interpretação mais abrangente e holística das diversas facetas da interdisciplinaridade tomou rumo. *"Que a importância esteja no teu olhar, não naquilo que olhas"* (GIDE, 1947). *"Que a importância de uma coisa há que ser medida pelo encantamento que a coisa produza em nós"* (BARROS, 2015).

Pinceladas de subjetividade e criatividade se misturaram ao cabedal de publicações encontradas, dando alguma cor a esse discreto esboço, que esperamos ser agregado junto à galeria de estudos e contribuições a respeito do NASF e da interdisciplinaridade. Todos os percursos integrantes da jornada QuestNasf fomentaram enriquecimento dos capitais cultural, técnico (científico) e até mesmo social deste pesquisador, uma grata e humilde oportunidade de afetar positivamente o *habitus*, como descrito por Bourdieu (WACQUANT, 2013; LIMA e CAMPOS, 2015).

1. INTRODUÇÃO

1.1 A ATENÇÃO BÁSICA E A NECESSIDADE DE DIVERSIDADE DE ÁREAS E PROFISSÕES

A percepção da necessidade da colaboração entre disciplinas e profissões na atenção básica não é contemporânea; encontram-se recomendações do ministério da saúde do Reino Unido para o trabalho interdisciplinar na saúde primária desde 1920, como exemplo (XYRICHIS e LOWTON, 2008).

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 2011) considera os termos “Atenção Básica” (AB) e “Atenção Primária à Saúde” (APS) como equivalentes. Segundo STARFIELD (2002), os atributos essenciais da AB são a prestação de serviços de primeiro contato, a responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade dos cuidados, a garantia de cuidado integral e a coordenação das diversas ações e serviços para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas, bem como a orientação para a comunidade, a centralidade na família e a competência cultural. A coordenação do cuidado, incluindo encaminhamentos a serviços especializados, se torna cada vez mais indispensável em razão do envelhecimento populacional e mudanças no perfil epidemiológico, com crescente prevalência de doenças crônicas e diversificação tecnológica nas práticas assistenciais (ALMEIDA, 2010). A abrangência ou integralidade da AB implica no reconhecimento do amplo espectro de necessidades, considerando-se os âmbitos orgânico, psíquico e social da saúde (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2013). Não há como o cuidado integral ser realizado apenas pelo médico da família. Há que se ter suporte de outros profissionais e outras áreas do conhecimento.

Desde a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), realizada em Alma-Ata (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978), ampliou-se a concepção da AB como uma "atenção à saúde fundada em *tecnologias apropriadas* e custo-efetivas, com acesso à todos e com foco na proteção e promoção da saúde" (sic - grifo acrescentado). A Lei brasileira nº 8.080/90 (BRASIL, 1990), incorporou esses conceitos, oficializando a participação de profissionais especializados ao incluir *procedimentos fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social* no cuidado integral domiciliar, com cuidados realizados por *equipes multidisciplinares* (sic) que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora (acréscimos incluídos pela Lei nº 10.424) (BRASIL,

2002), tornando patente a necessidade de efetivar a integralidade nesse nível de atenção agregando *campos disciplinares diversos*.

É interessante notar a menção da multidisciplinaridade pela Lei. O conceito colaborativo evoluiu anos depois para a interdisciplinaridade nos textos legislativos, como a portaria 2.488/11 (BRASIL, 2011), a qual rege que a AB tem a Estratégia Saúde da Família (ESF) como prioritária para a sua expansão e consolidação e, entre seus fundamentos e diretrizes, deve coordenar a integralidade do cuidado com tratamento, reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado, trabalhando de *forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe*, com a presença de *diferentes formações profissionais* em um *alto grau de articulação* entre si, de forma que os núcleos de competência profissionais vão *enriquecendo o campo comum de competências e ampliando a capacidade de cuidado de toda a equipe*. Essas são algumas expressões textuais da PNAB, concordantes com os conceitos de matriciamento e interdisciplinaridade.

1.2 ESPECIALIDADES NA AB - A CRIAÇÃO DOS NASF

O Ministério da Saúde (MS) reconhece ser a AB incapaz de oferecer atenção integral de forma isolada (BRASIL, 2013). As ações estratégicas definidas para operacionalização da AB correspondem a um conjunto limitado de ações para o controle de determinados agravos. Considerando a representação do primeiro nível de contato com o usuário, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde as pessoas residem e trabalham, bem como o princípio fundamental da acessibilidade, necessidade de tecnologias apropriadas, integralidade do cuidado e ordenação de ações destinadas a garantir o bem-estar físico, mental e social para o fortalecimento da ESF, o MS, por meio da portaria nº 154 (BRASIL, 2008), instituiu os NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), firmando o dever dos serviços de saúde em oferecer uma resposta capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta. Os NASF foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolutividade (Art. 1º - portaria 154/2008). Nada mais oportuno para se vislumbrar a necessidade de elaborar instrumentos de avaliação dos núcleos, visando estimar a distância de sua prática real aos textos das portarias e Leis.

Trata-se de uma política verticalizada do MS, operacionalizada por meio de incentivo financeiro a criar equipes de profissionais de diferentes áreas de conhecimento. O objetivo dessas equipes é de atuar em parceria com os profissionais da ESF e compartilhar as práticas em saúde nos territórios sob sua responsabilidade.

Os NASF não se constituem em porta de entrada do sistema, nem tampouco serviços com unidades físicas independentes ou especiais. Fazem parte da AB, porém, não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo, devendo atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes da ESF (EqSF). Devem complementar o trabalho dessas equipes no que tange à integralidade do cuidado físico e mental dos usuários do SUS baseando-se na atuação de áreas estratégicas especializadas.

As áreas estratégicas que compõem o NASF são: atividade física/práticas corporais, práticas integrativas e complementares, reabilitação, alimentação e nutrição, saúde mental, serviço social, saúde da criança, saúde da mulher e assistência farmacêutica. Todas previstas para serem desenvolvidas em conjunto com as EqSF, segundo o Anexo I da portaria 154/2008. Entre essas áreas, uma recebe destaque nessa portaria: a saúde mental. Segundo o parágrafo 2º do Art. 4º, recomenda-se que cada NASF conte com pelo menos um profissional da área de saúde mental, considerando a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais (BRASIL, 2008).

A portaria 2.488/11 (BRASIL, 2011) acrescentou novas ocupações ao NASF, podendo atuar os seguintes profissionais: médico acupunturista, ginecologista, homeopata, pediatra, psiquiatra, geriatra, internista (clínica médica) e médico do trabalho. Os demais profissionais são: assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, profissional com formação em arte e educação (arte educador), médico veterinário e profissional de saúde sanitária (graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas).

Segundo OLIVEIRA FILHO (2015), as ocupações mais comuns a compor os NASF são dos seguintes profissionais: fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, assistente social e fonoaudiólogo, respondendo por 78% de todos os profissionais atuantes. Se somados o farmacêutico e terapeuta ocupacional, essas áreas chegam a pouco mais que 89%.

Apesar de o produto final atual do NASF poder ser apresentado e resumido de forma enganosamente simples, a criação dessa estratégia decorreu de longos embates técnicos e políticos, que, se dissecados, permitem realizar um resgate mais crítico e profundo sobre as

dinâmicas das metodologias propostas para o seu funcionamento, baseando-se nas raízes e origens que marcam a história burocrática da sua gênese, segundo a perspectiva dos agentes que a traçaram.

Analisando os agentes políticos envolvidos ao longo da trajetória histórica de construção do NASF, ALMEIDA (2016) considerou os espaços sociais e os campos ocupados pelos mesmos no contexto da teia de capitais acumulados por cada um e a influência resultante do conflito ou interação dessa bagagem. Capitais como o cultural, social, científico, político, burocrático, militante e simbólico foram considerados segundo a teoria do social de Bourdieu (WACQUANT, 2013; LIMA e CAMPOS, 2015), assim como o *habitus* (disposições dos agentes ao longo de sua trajetória de vida e suas relações com as instituições). As diferentes políticas que culminaram no NASF podem ser compreendidas por meio da análise das disputas entre esses agentes no campo social onde atuam e a resultante da influência da soma de seus capitais. Essa rica análise elucidada por Almeida, desvenda um estudo histórico, cronológico, sociológico e político que esclarece a origem dos NASF, superando a amnésia de gênese, segundo Bourdieu (PITONDO, 2017).

Ainda nos primórdios de criação da ESF, entre 2000 e 2002, era patente a insuficiência da equipe mínima na APS, qual seja, médico e enfermeiro, em suprir todas as necessidades de saúde da população. Secretários municipais de saúde, por meio do CONASEMS e CONASS, apontavam ao Ministério da Saúde (MS) essa composição profissional deficitária, demandando incremento no apoio à referência clínica para outros profissionais.

Por volta do ano 2000, o relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde mencionou a necessidade de recursos humanos centrados na multiprofissionalidade e na garantia de atuação de profissionais como psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, odontólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e outros, no contexto particular de cada município. Já havia atuação de alguns desses profissionais em nível municipal; a pressão política visava obter apoio financeiro do MS a fim de viabilizar o sustento dessas iniciativas espontâneas. Em outras palavras, a pressão dos municípios não consistia na permissão para introduzir diferentes profissionais visando ampliação das equipes mínimas, mas no rogo pelo financiamento daqueles que já atuavam na AB, sob iniciativa própria de alguns desses municípios.

A pronunciada presença de representantes da odontologia na Câmara Legislativa, Senado Federal e em cargos políticos do MS acompanhou a incorporação de profissionais da saúde bucal à AB, dando início a essa tendência multiprofissional. Natural, então, a propensão das demais profissões em demandar mesmo tratamento, o de serem incorporadas à AB. Essa

demanda transcorreu reiteradamente por meio de requisições nos espaços políticos do Fórum dos Conselhos Federais da Área da Saúde (FCFAS) e no Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde (FENTAS); todavia, não vingou resultados imediatos. Segundo Almeida, as propostas das demais profissões de saúde na época quedavam-se mal sucedidas, pois careciam de análises de impacto financeiro, além de serem isoladas, uniprofissionais. Tratavam-se de propostas embasadas na carência de postos de trabalho e em interesses corporativos, ao invés de se centrarem na multiprofissionalidade, interdisciplinaridade, ou mesmo, resolubilidade da APS. Tais vieses ainda se chocavam contra o orçamento insuficiente do MS para a viabilização da incorporação de diversas categorias profissionais simultaneamente.

Projetos de lei como o PL 3.256/2004 (BRASIL, 2004), versando sobre a obrigatoriedade do atendimento fisioterapêutico e incorporação desses profissionais pelas EqSF, foram arquivados posteriormente, exemplificando a dificuldade orçamentária relacionada a esse tópico. O MS dava liberdade aos municípios em inserir na AB os profissionais que julgassem mais convenientes, todavia, naquele contexto, sem suporte financeiro federal.

A incorporação de novos atores políticos em cargos de alta gestão ocorreu a partir de 2003, fomentando o andamento de processos anteriores e a formulação de novas políticas públicas visando a formação e qualificação de profissionais de saúde, bem como orientação da gestão, tal como o Decreto nº 4.726/2003 (BRASIL, 2003 - posteriormente revogado pelo Decreto nº 5.678, de 2006). A 12ª Conferência Nacional de Saúde apresentou uma diretriz que criava incentivos técnicos e financeiros objetivando a implantação de equipes multiprofissionais de apoio às EqSF.

A influência social, militante e política desses novos agentes políticos imprimiu diferente ritmo e modificou o andamento das políticas de saúde, tendo instituído grupo de trabalho no MS orientado a revisar portarias relacionadas à AB. Essa intensa revisão resultou na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), revogou vinte e oito portarias e visou a expansão da cobertura de atuação da ESF e o aumento de sua resolubilidade por meio da incorporação de novos profissionais às EqSF. A multiprofissionalidade ganhava ímpeto e seu incentivo estava associado à ideia do aumento da resolubilidade na AB.

Ainda em 2006 foram publicadas a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC).

Apesar da PNAB, PNPS e PNPIC caracterizarem claro esforço e progresso dessa nova força atuante, nenhuma delas sequer mencionou a formulação, seja do NSI, NAISF ou NASF.

A incorporação de novos profissionais na AB ganhou fôlego, mas não tomou forma organizada em núcleos específicos.

A trajetória da multidisciplinaridade na saúde teve forte contribuição do Ministério do Esporte, com a formulação de proposta agregando várias categorias profissionais a um conjunto denominado de Núcleo de Saúde Integral (NSI), um primórdio do futuro NASF. A participação do Ministério do Esporte nesse complexo processo remonta ao volume de capital militante e político de seu dirigente na época, Lúcio Rogério, o qual também esteve à frente do FCFAS por dois mandatos. O diálogo com representantes da saúde mental, com uma proposta intermediária entre o CAPS e o PSF, tem importância igualmente reconhecida nesse percurso. Interessante notar que forças políticas ligadas ao esporte avivaram a aproximação da saúde mental à AB, bem como a necessidade de aglutinar diversas outras profissões em um núcleo organizado, também mais próximo da AB, consolidando importante etapa rumo ao NASF.

A implantação dos NSI foi fruto de política verticalizada de indução do MS, como o foi mais tarde para o NASF, com estímulo financeiro aos municípios. Diante da impossibilidade de incorporar todas as categorias profissionais, os municípios eram livres para agregar aquelas consideradas mais prioritárias para o seu contexto. Diversas versões do NSI foram sendo formuladas, renomeadas posteriormente para Núcleos de Atenção Integral à Saúde da Família (NAISF).

Ao longo do histórico da gênese do NASF, Almeida destaca a influência em particular do prof. Gastão Wagner, personalidade de expressivo capital científico, simbólico, burocrático, militante e político, e sua experiência com as chamadas equipes temáticas, com as quais trabalhou anteriormente em Campinas. Nessas equipes, diferentes profissionais atuavam como assessores das equipes de AB, em uma retaguarda terapêutica, metodologia que acompanhou o início dos estudos e pesquisas do professor versando sobre a interdisciplinaridade e o trabalho em rede, resultando posteriormente nas propostas de apoio matricial. Em entrevista com Almeida, o mesmo atribuiu ao apoio matricial a tentativa de superar a burocracia de referência e contrarreferência, metodologia que fragmenta o cuidado do indivíduo e lentifica processos de saúde. No intuito de personalizar as relações interprofissionais, compartilhar o atendimento entre profissionais e equipes e até mesmo com os usuários, foi sendo elaborado um "trabalho coletivo de experimentação", cuja evolução culminou na proposta de apoio matricial.

Em 2008, os conceitos e dinâmicas profissionais associados ao apoio matricial foram incorporados à Portaria 154 que instituiu o NASF.

Outros agentes que participaram da elaboração do NASF, tais como a sanitária Socorro Matos, também relataram experiências prévias de multidisciplinaridade na AB, tal como a implantação de equipes de apoio em saúde mental, reabilitação e HIV-AIDS nesse nível básico de atenção por David Capistrano em São Paulo, ou também a existência do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos-SP, no qual serviços de saúde mental produziam ações de integração social, lazer e cultura.

Outras ocorrências de multidisciplinaridade na AB foram citadas como precursoras do NASF, como o de Reneide Muniz, em Pernambuco, trabalhando com reabilitação comunitária na AB; Luiz Sampaio e Berardo Nunan, em Minas Gerais, com equipes de retaguarda especializada na AB que já praticavam, por volta de 1995, o que hoje se entende por matriciamento de práticas e saberes; Maria José Evangelista, em Aracaju, com especialistas que apoiavam e treinavam as equipes da AB.

Ciente da existência dessas experiências prévias, o MS conduziu oficinas e seminários em todas as regiões do país no intuito de colher ideias e experiências para compor a proposta do NASF, juntamente com áreas técnicas do próprio MS, CONASS, CONASEMS e reuniões do FCFAS e FENTAS que precediam as reuniões do Conselho Nacional de Saúde (CNS), revelando ser o NASF não o produto de um documento burocrático isolado e imposto, mas de um amplo compartilhamento de opiniões especializadas e realidades vividas por municípios com alguma experiência em multidisciplinaridade na AB.

Diante de exemplos concretos em vários municípios, houve debate entre os dois componentes fundamentais de atuação do NASF. O equilíbrio entre a atuação assistencial (retaguarda assistencial ou atendimento individual especializado) e o suporte técnico-pedagógico (compartilhamento de práticas e saberes) não existiu sem tensões dentro das propostas de elaboração do Núcleo. Houve quem defendesse predomínio de apoio dos especialistas às equipes básicas, em uma perspectiva de matriciamento de práticas e saberes, enquanto outros defendiam o predomínio do cuidado direto ao usuário com atendimento individual pelos especialistas, isto é, uma face assistencialista de parte das propostas apresentadas.

A composição das equipes, carga horária, salários e impacto financeiro da proposta também foram pivôs de outras disputas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e no CNS, de modo que o NASF não foi desenhado ou implantado linear e pacificamente; houve turbulências ideológicas e políticas ao longo de sua construção.

Em 2004, há registros de reuniões do CNS mencionando a elaboração de uma estratégia que incluía equipes matriciais de apoio, multidisciplinares, sob o termo "núcleo de

atenção integral à saúde da família" (NAISF), que auxiliaria o Programa de Saúde da Família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a e 2004b). Em julho de 2005, os NAISF foram instituídos pela Portaria 1.065, revogada no dia seguinte.

A construção e instituição dos NAISF/NASF voltou à pauta somente em 2007 por meio de debate organizado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e, em seguida, em reunião do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Nas entrevistas com Almeida, os agentes descreveram um cenário consensual e predominantemente concordante das ideias e propostas em torno do Núcleo nesse período, diferentemente do ocorrido no passado, quando houve predomínio de dissensos e ideias divergentes. O Núcleo ressurgiu como NASF, à luz da Portaria 154/2008 (BRASIL, 2008), publicada em janeiro, e depois republicada em março do mesmo ano a fim de o texto se adequar à Portaria 971/2006 (instituição da PNPIC).

O Núcleo evoluiu, ao longo da história da sua gênese, partindo da necessidade de ampliação das EqSF em agregar a multidisciplinaridade. Focou inicialmente na integralidade do cuidado, com predomínio de ações curativas e individuais, para posteriormente incorporar os conceitos de apoio matricial, com predomínio de ações técnico-pedagógicas (compartilhamento de práticas e saberes com as EqSF), em detrimento dos atendimentos individualizados especializados (retaguarda assistencial), em um novo modelo que se distancia do hegemônico hospitalocêntrico e curativo, na tentativa de romper barreiras ou dificuldades impostas pela fragmentação do cuidado baseada na referência/contrarreferência, passando a estimular ou prever a necessidade de compartilhamento de práticas em saúde nos territórios cobertos pela ESF e também da responsabilização compartilhada do atendimento, qualificando e ampliando a clínica da equipe e estimulando a interdisciplinaridade.

1.3 CONCEPÇÕES DE COLABORAÇÃO ENTRE DISCIPLINAS E PROFISSÕES E SUAS IMPLICAÇÕES NAS PRÁTICAS DO NASF

O NASF germinou da multidisciplinaridade e evoluiu rumo à interdisciplinaridade. A compreensão desses degraus de relacionamento profissional é condição *sine qua non* de estudo do apoio matricial, cerne do funcionamento do NASF.

XYRICHIS e LOWTON (2008) consideram haver uso inapropriado de termos na literatura como colaboração interprofissional e trabalho em equipe, além do que, termos como

multidisciplinaridade e interdisciplinaridade são usados erroneamente e com frequência como sinônimos, havendo debates e discordância da exata definição dos mesmos, fato que pode dificultar revisões e interpretações sobre o assunto.

ALMEIDA FILHO (1997) facilita o processo didático de compreensão desses termos, citando e interpretando diversas alternativas de interação ou integração de distintos campos disciplinares. A multidisciplinaridade, que é uma delas, abrange um conjunto de disciplinas que simultaneamente tratam de uma dada questão, sem que os profissionais de cada disciplina estabeleçam entre si efetivas relações no campo técnico ou científico. Não há uma cooperação sistemática entre eles, todos coordenados por ordem administrativa. O exemplo clássico é do paciente internado que necessitou ser visto por diferentes médicos. Não houve cooperação mútua, com um mínimo de compartilhamento de informações entre eles (anotações de prontuário).

Na interdisciplinaridade, outra alternativa de interação ou integração entre campos disciplinares presente no apoio matricial, uma disciplina se posta como hierarquicamente superior, integrando, mediando e coordenando o campo disciplinar, estando todas elas relacionadas a uma problemática comum e havendo reciprocidade e enriquecimento mútuo entre os campos, com tendência à horizontalização das relações e do poder.

Interdisciplinaridade envolve uma relação de reciprocidade e de mutualidade, um esforço de integração entre disciplinas fragmentadas ou especializadas (VILELA e MENDES, 2003). Saúde é considerada uma área eminentemente interdisciplinar e as tendências contemporâneas buscam vincular a educação em saúde à interdisciplinaridade, na tentativa de rejeitar a fragmentação desconexa do conhecimento.

Segundo ALMEIDA FILHO (1997), transdisciplinaridade é o efeito da integração das disciplinas de um campo particular sobre a base de uma axiomática geral compartilhada baseada em um sistema de vários níveis e com objetivos diversificados, mas com uma finalidade comum. Há horizontalização das relações de poder e uma coordenação que gira em torno dessa finalidade comum. Trata-se da radicalização da interdisciplinaridade, onde se cria um novo campo teórico, operacional ou disciplinar mais amplo.

Neste ponto de vista, a transdisciplinaridade iria mais além: não se restringiria às interações e à reciprocidades entre as disciplinas, uma vez que propõe a ausência de fronteiras entre elas.

Muitos dos conceitos teóricos ligados à transdisciplinaridade envolvem relacionamentos subjetivos entre campos e disciplinas, carecendo de precisão ou maior objetividade. O mesmo autor ainda desnuda a falta de sistematização na definição do termo

transdisciplinaridade ao considerar a "febre dos paradigmas" na qual vários autores que utilizam o termo se envolvem, utilizando significados bastante distintos entre si, com abuso conceitual no seu emprego no âmbito da saúde coletiva. Esse autor considera a saúde coletiva um objeto de conhecimento com mais alto grau de complexidade, com uma pluralidade e não linearidade que justificam plenamente descrevê-lo como transdisciplinar. A fim de construir seu raciocínio, o autor propôs uma série oposta de pressupostos visando formular uma crítica lógica e pragmática que justificasse essa colocação; trabalha a epistemologia dos termos de forma a seguir o raciocínio bachelardiano na construção do objeto científico (BACHELARD, 1972). Nessa construção, ele rejeita sínteses abstratas na esfera retórica e busca um pragmatismo pelo "processo prático exercido pela mentecorpo de pesquisadores em trânsito", isto é, ele se afasta do conceito de campos disciplinares que interagem entre si, adotando o ponto de vista dos sujeitos que os constroem na prática. Os campos disciplinares são considerados abstratos e tem sido usados na definição de conceitos teóricos tais como multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. Almeida Filho troca os campos pelos sujeitos da ciência e os chama de "novos operadores transdisciplinares da ciência", sujeitos prontos para o trânsito interdisciplinar, capazes de transpassar fronteiras e atuarem como transformadores, conceitos que podem se encaixar para descrever propriedades do NASF. Ele conclui afirmando que o processo de produção do conhecimento científico será social, político-institucional, *matricial* e amplificado, provando que a transdisciplinaridade pode ser usada para descrever as ações ou o comportamento do NASF. A concepção teórica da dinâmica de trabalho do NASF inclui o apoio matricial, embasado na relação profissional interdisciplinar como instrumento de otimização da saúde em sua mais ampla concepção, da promoção à assistência, candidatando o NASF à alcunha de transdisciplinar.

Considerando esses conceitos teóricos, a saúde como um todo pode ser considerada como um campo transdisciplinar, dada a complexidade do seu objeto. O cenário prático, porém, descortina equipes multiprofissionais operando de forma fragmentada. A ausência de cooperação sistemática e de relações técnicas ou científicas entre eles descaracteriza a transdisciplinaridade e até mesmo a interdisciplinaridade, restando uma multidisciplinaridade sem dinamismo e de pouca evolução. Alguns dos propósitos da Educação Permanente (EP) e da Educação Continuada (EC), bem como do NASF, é unir o quebra-cabeça resultante dessa fragmentação de conhecimento e saberes, rumo ao dinamismo, cooperação, cogestão e matriciamento presentes na transdisciplinaridade.

No esforço de aprofundar a compreensão da transdisciplinaridade, SILVA (1999) revisa modelos antigos e conclui que a perspectiva transdisciplinar seria baseada em zonas de

permeabilidade epistêmica entre as disciplinas e pelo foco comum no objeto. Essa abordagem instigaria transcender as disciplinas em meio à multidimensionalidade da realidade.

A transdisciplinaridade, porém, é sujeita a questionamentos e polêmicas. Termo criado por Piaget, na década de 70, a transdisciplinaridade representaria uma evolução da interdisciplinaridade, com o desenrolar das interações entre os conhecimentos sem fronteiras disciplinares, um norte para onde os estudos de interação profissional tem apontado com constância (FREITAS, MORIN, NICOLESCU, 1994; BERNSTEIN, 2015; MONTUORI, 2012). Se, por um lado, há quem defenda a existência desse modo de trabalho e interação e até mesmo o considere como *única* forma válida de superar as limitações da interdisciplinaridade (SILVA, 1999), há outros que já o consideraram utópico (FAZENDA, 2008). Por vezes, o mesmo pesquisador evolui o seu pensar; a pedagoga Fazenda, antes cética em relação ao termo, mais recentemente reconhece a polissemia que o envolve e a necessidade do estudioso em interdisciplinaridade em se aprofundar no estudo da transdisciplinaridade (FAZENDA (ed.), 2012).

CAMPOS (1999) ultrapassa os conceitos de multidisciplinaridade e interdisciplinaridade ao tecer a descrição e a justificativa teórica do apoio matricial e das equipes de referência que viriam a servir de base para o modelo do NASF, atribuindo-lhes transdisciplinaridade. Apesar do receio e polissemia relativos ao termo, segundo autores retromencionados, as premissas de funcionamento do NASF se encaixam às concepções da transdisciplinaridade. Dissensos teóricos à parte, esses conceitos estão bem trabalhados em relatos de interdisciplinaridade (FURTADO, 2007), termo passível de ser utilizado com menor polêmica no cenário prático. Para Furtado, a interdisciplinaridade representa o grau mais avançado de relação e real entrosamento entre disciplinas, gerando canais de trocas entre os campos em prol de uma tarefa conjunta.

1.3.1 OBSTÁCULOS E LIMITAÇÕES DA INTERDISCIPLINARIDADE

A beleza das teorias sobre transdisciplinaridade é atraente por ser um conceito instigante e promissor, porém, segundo FURTADO (2007), impraticável atualmente na área da saúde frente aos limites impostos pelos conselhos de classe e pela realidade de atuação dos profissionais de saúde. Segundo este autor, a pretensão de transcender os espaços estritamente disciplinares coloca a transdisciplinaridade além do que seria aceitável por parte dos

conselhos de classe e outros reguladores formais das profissões da saúde. Mesmo a interdisciplinaridade não pode ser inserida tão somente no mundo abstrato das ideias, mas moldada por condições objetivas que a cercam.

De fato, a observação empírica da realidade comprova haver fronteiras de difícil ruptura no campo de interação entre disciplinas, como demonstra D'AMOUR (1997). Os dados dessa enfermeira e pesquisadora convergem e coincidem com as conclusões realísticas de FURTADO (2007). Segundo D'Amour, há tendência em satisfazer aspirações profissionais e manter a autonomia uniprofissional, em detrimento da colaboração multiprofissional. A pesquisadora revelou que não há um estabelecimento consensual de regras formais que superem as desigualdades de poder e a lógica emocional dos profissionais, no cenário de colaboração interprofissional. As concepções de colaboração interprofissional são diferentes de um profissional para o outro, havendo interesses divergentes que se opõem aos objetivos de programas colaborativos. A pesquisadora detectou graus deficientes de conhecimento mútuo entre os profissionais. Há modelos conceituais adotados por alguns grupos profissionais que colaboram com esse desconhecimento e os impedem de estabelecer áreas comuns de responsabilidade, de forma a existirem conflitos que ela denomina de territoriais: a lealdade ao próprio grupo profissional a que pertence e a tendência em alistar outros ao serviço de seus próprios projetos. Como se não bastassem esses sentimentos subjetivos, normas provenientes de conselhos profissionais e legislação consolidam a unidisciplinaridade, colocando os profissionais em um estado de tensão entre a integração e a diferenciação; entre o compartilhamento e a retenção da própria técnica. A autonomia individual decresce com o aumento do grau de colaboração profissional e vice-versa, sendo dois fatores interdependentes.

A lógica da profissionalização teria que ser abandonada em prol do avanço à lógica da colaboração interprofissional, que promove interações e partilha de conhecimentos, experiências e habilidades, em um plano hierárquico horizontal. Essa evolução é necessária, mas os dados empíricos colhidos por D'Amour a revelam difícil; necessária frente à complexidade dos problemas de saúde e frente à fragmentação do cuidado sem a tecnologia colaborativa. Difícil em virtude da forte tendência uniprofissional resultante das desigualdades de poder, dos conflitos territoriais, da sensação de pertencimento à própria classe e da dificuldade em estabelecer áreas comuns de responsabilidade.

MATUDA (2015) descreve a existência dessa mesma tensão profissional no NASF, com disparidade de entendimento entre as diferentes categorias profissionais e, quiçá, entre profissionais da mesma categoria, proveniente de distintas percepções entre eles. Segundo

MATUDA (2015), tais tensões resultam no isolamento profissional, na fragmentação dos processos de trabalho e dificuldades na colaboração interprofissional.

Além das dificuldades citadas por D'AMOUR (1997) e MATUDA (2015), WEST e FIELD (1995) e FIELD e WEST (1995) descrevem entrevistas com profissionais de equipes de saúde da AB reportando falha da equipe em estabelecer encontros regulares voltados a definir objetivos, esclarecer papéis e responsabilidades, estabelecer mudanças e encorajar participação, refletindo negativamente na interdisciplinaridade. Os autores apontam como causas do insucesso do trabalho interdisciplinar a diferença entre o nível de instrução e de *status* entre integrantes da equipe; a diferença de assertividade entre eles e também a falta de preparo ou de apoio à liderança administrativa dos médicos generalistas. Os autores dão a entender que as equipes de AB compreendem que o médico generalista (no caso brasileiro se faria um paralelo ao médico da família) é o responsável pela liderança, porém o mesmo ora carece da competência para tanto, ora é destituído do apoio dos demais integrantes da equipe.

Não se trata de ressalva de uma área profissional específica com o médico de família, mas deste frente a todas as demais áreas. Por essa razão, este instrumento de avaliação (QuestNasf) levou em consideração essa possibilidade, instigando desvendar respostas não somente de integrantes do NASF dentro de sua própria equipe, como também desses integrantes no contexto de matriciamento (trabalhador do NASF junto à EqSF) quanto aos comportamentos, tolerância e possíveis tensões.

BOND et al. (1985) descobriu que alguns profissionais não tinham bom conhecimento do papel ou atuação de outros da mesma equipe, comprometendo a interdisciplinaridade ao gerar pouca colaboração. A efetiva colaboração interprofissional e o apoio entre membros da equipe são dificultados por conflitos de atribuições (papéis profissionais de cada integrante) e por comunicação deficitária dentro da equipe (BOWER, CAMPBELL e BOJKE, 2003). A definição clara de papéis dentro da equipe é tão importante que tem relação direta com a satisfação no trabalho (PEIRO, GONZALES-ROMA e RAMOS, 1992).

CORREIA (2017) demonstra que o NASF sofre grande carência na definição desse quesito para o exercício interdisciplinar e colaborativo. Na revisão bibliográfica de Correia, um elevado número de artigos expressa dúvidas referentes à atribuição de papéis dos integrantes da equipe, em todas as áreas profissionais citadas.

O indivíduo disfuncional e as consequências dessas disfunções às organizações complexas decorrem da existência de conflito e ambiguidade de papéis, segundo RIZZO, HOUSE E LIRTZMAN (1970). Esses autores foram pioneiros em realizar medidas quantitativas sistemáticas dessas duas variáveis e desvendaram que ambas são independentes

(conflitos de papéis x ambiguidades de papéis) e se correlacionam com práticas gerenciais, comportamentos de líderes, satisfação/insatisfação no trabalho, ansiedade e propensão a sair da organização.

É provável que esses conflitos e ambiguidades não aconteçam em organizações com uma cadeia única de comando, isto é, um único chefe para seus subordinados diretos. porém, há contextos nos quais há um fluxo de autoridades (quebra da cadeia única de comando), onde mais de uma pessoa dá ordens conflitantes com as de outrem, induzindo conflitos e ambiguidades de papéis e gerando ansiedade e insatisfação. Instituições públicas de saúde (RIZZO, HOUSE E LIRTZMAN, 1970) como hospitais e unidades básicas de saúde (UBS) encaixam-se nesse contexto, por serem consideradas "organizações profissionais". Estas frequentemente violam o princípio da cadeia única de comando, porque duas ou mais fontes de autoridade coexistem: o(s) superior(es) da organização e a autoridade dos conselhos de classe e normas profissionais que devem ser seguidas. Os autores revisam sete estudos demonstrando haver ruptura da orientação do trabalhador voltado às normas profissionais, maior postura crítica à organização, maior chance de ignorar detalhes administrativos e maior estresse. Isso se traduz em conflito.

Segundo RIZZO, HOUSE E LIRTZMAN (1970), "papéis" (profissional ou laboral) é definido como um conjunto de expectativas sobre o comportamento para uma posição na estrutura social; a ambiguidade de papéis se traduz na falta da informação necessária àquela posição na organização e que resulta em desempenho menos efetivo (produtividade mais baixa) em virtude da ansiedade, menor autoconfiança, insatisfação no trabalho e distorção da realidade pelo uso de mecanismos de defesa, na tentativa de resolver a situação em meio a ordens e opiniões discordantes. O conflito de papéis envolve a congruência (ou incongruência) e compatibilidade (ou incompatibilidade) das requisições para um determinado papel. Até 35% de funcionários, em uma amostra nacional (EUA), não têm uma clara ideia da abrangência ou responsabilidades de seus cargos e sofrem por essa razão (RIZZO, HOUSE E LIRTZMAN, 1970).

Dadas as considerações e achados supracitados de RIZZO, HOUSE E LIRTZMAN (1970), D'AMOUR (1997), CORREIA (2017), WEST e FIELD (1995), FIELD e WEST (1995), BOND et al. (1985) e (BOWER, CAMPBELL e BOJKE, 2003), concluímos que os conflitos e ambiguidades de papéis têm relevância à avaliação do NASF, cujo fulcro é o trabalho interdisciplinar em instituições públicas de saúde consideradas organizações profissionais, isto é, locais muito propensos à ocorrência desses conflitos e ambiguidades. Esses fatores fazem parte do instrumento de avaliação criado (QuestNasf). O questionário de

RIZZO, HOUSE e LIRTZMAN (1970), que avalia conflitos e ambiguidades de papéis, está disponível no Anexo I e alguns de seus itens inspiraram outros deste questionário, tendo passado pelo crivo de especialistas (método Delphi), a fim de incorporar ou adaptar uma ou mais questões a este instrumento de avaliação do NASF.

MCCLURE (1984) pesquisou sobre a troca de informações intraequipe e detectou comunicação insuficiente a respeito de objetivos, estratégias e processos de trabalho da equipe, prejudicando a evolução do trabalho e priorizando apenas resolução aguda de problemas. O desentendimento entre membros da equipe, bem como incompreensão sobre as atribuições e responsabilidades foram descritos por WILES e ROBISON (1994).

A interdisciplinaridade não germina somente diante da multidisciplinaridade, como demonstra SHAW, LUSIGNAN e ROWLANDS (2005). Equipes de saúde com maior diversidade profissional não modificam seu modo de trabalho espontaneamente. Os achados de WEST e WALLACE (1991) corroboram essa inferência, concluindo que a *tolerância* à diversidade, mas não a diversidade somente, tinha relação com colaboração profissional, entre outros fatores. MATUDA et al. (2015) não tiveram conclusão diferente: agrupar profissionais de campos disciplinares diferentes em equipes nem sempre resulta em uma prática colaborativa.

A diversidade disciplinar, inerente à multidisciplinaridade e à interdisciplinaridade, tem sua importância reconhecida ao longo dos anos e do evoluir da sociedade por inúmeros pesquisadores. A diversidade promove o aprendizado entre programas diferentes, como aqueles de estratégia em pesquisa (DAVID e ROTHWELL, 1996). É considerada importante para aumentar a criatividade do trabalho em equipe (KUHN, 1970), sendo um estímulo à inovação (ROSENBERG, 1982; LANDAU et al., 1996; GRABHER e STARK, 1997). STIRLING (2007) acrescenta que a diversidade oferece meios de promover a inovação, restringe a ignorância, reduz o bloqueio de criatividade e acomoda o pluralismo, tendo o próprio autor criado uma fórmula voltada a medir a diversidade, mencionada à frente.

A diversidade dos sistemas é importante, mas apresenta custos, não somente financeiros (MATTHEWS e MCGOWAN, 1992). A diversidade pode trazer dificuldades na padronização de condutas (COWAN, 1991) e na responsabilidade (GRABHER e STARK, 1997). Isso talvez tenha reflexos na responsabilização compartilhada esperada entre os membros do NASF e as equipes de referência. Trata-se de um ponto delicado que pode ser explorado, considerando que a responsabilização compartilhada tem sido reiterada desde o planejamento dos NSI-NAISF, precursores dos NASF.

Essas conclusões revelam o extenso debate científico, tecnológico e político de décadas a respeito da importância e da necessidade da diversidade em diferentes campos disciplinares, não constituindo o NASF o primeiro, nem o último, sendo o debate da diversidade e da interdisciplinaridade, interdisciplinar ele próprio. Indubitável, pois, que a interdisciplinaridade (e, conseqüentemente, a diversidade) seja um dos principais focos de análise do NASF.

Considerando, pois, que a diversidade profissional e a interdisciplinaridade padecem de tantos obstáculos, geram todos esses custos, conflitos e dificuldades, poder-se-ia questionar a razão de insistir com tanto afinco na implantação, funcionamento e sucesso desse modo de trabalho. A insistência na interdisciplinaridade encontra justificativa nos benefícios a ela associados. BORRILL (2002) reúne evidências de que "a mais alta qualidade e eficiência" é alcançada via trabalho interdisciplinar. Segundo Borrill, os melhores e mais custo efetivos resultados para pacientes são atingidos diante do trabalho conjunto bem sucedido e inovador. Há comprovações de que times com diversidade profissional trabalhando de forma organizada são mais eficientes em desenvolver qualidade nos cuidados em saúde (SHAW, LUSIGNAN e ROWLANDS, 2005).

Acreditamos que as dificuldades geradas pela diversidade, especialização profissional, tendência à manutenção da autonomia uniprofissional, conflitos de poder e dificuldade de compartilhamento de responsabilidades e cogestão possam ser mitigadas pela maneira como a gestão é conduzida ou, em outras palavras, por intervenção da gestão, como demonstram de forma bem sucedida, no cenário real, FURTADO e MIRANDA (2006) e SOUSA (2016).

A diversidade e a presença da especialização profissional podem gerar certos obstáculos, tender à lógica do encaminhamento e fortalecer o modelo hegemônico e fragmentado de saúde, sendo duramente criticados (JAPIASSU, 1976).

Segundo XYRICHIS e LOWTON (2008), a especialização profissional (gerando diversidade) conduziu os cuidados em saúde à fragmentação, resultando na perda da abordagem holística, porém, a especialização não deve ser execrada, já que o sucesso na atenção à saúde pode ser atribuível, em alguns casos, à capacidade individual do profissional. Por outro lado, os serviços de saúde não podem mais arcar com a duplicação de consultas geradas por encaminhamentos excessivos e demora na resolução do caso em filas de espera do especialista. Os cuidados holísticos podem ser resgatados não através da extinção das especialidades, mas da coordenação do trabalho entre elas por meio da interdisciplinaridade.

FURTADO (2007) segue essa linha ponderada de raciocínio; se, por um lado, há irracionalidade paradoxal por parte do excesso de racionalização e compartimentalização das

práticas profissionais em saúde, por outro, condenar a especialização não é o caminho a ser seguido. Contrariamente ao radicalismo de extirpar qualquer especialização e adotar uma postura quase religiosa da pandisciplinaridade, há espaço para a crítica à postura condenatória da especialização como câncer do saber. A interdisciplinaridade cumpre um papel mediador entre as diferentes disciplinas, não é uma nova área da ciência e garante a convivência criativa com as diferenças. Para esse autor, o desafio de promover a colaboração não deve ser levado à frente negando uma especificidade duramente alcançada, mas tentando estabelecer pontes entre posições inicialmente antagônicas.

Furtado ressalta que a interdisciplinaridade media saberes e competências, aponta insuficiências de campos disciplinares, abre caminhos e legitima o tráfego de sujeitos concretos e de conceitos e métodos entre as diferentes áreas do conhecimento, não devendo ser tomada como um fim em si mesma. A interdisciplinaridade é um instrumento que potencializa os campos disciplinares e a atuação de diferentes profissionais, devendo ser cultivada e ter seus obstáculos superados. Essa necessidade se acentua na complexa área da saúde, na qual coexistem diferentes especialidades em um mesmo serviço, com grande especialização em categorias e procedimentos, regidas por órgãos externos, simultaneamente à necessidade de reduzir a fragmentação ao cuidado do usuário, em um cenário antagônico de carência de dispositivos no SUS que implementem a colaboração profissional, dificultando alcançar a integralidade.

Buscando paradigmas resolutivos da corrente questão, Furtado cita a proposta de CAMPOS (1999) (reiterada por CAMPOS e DOMITTI, 2007) em organizar o trabalho em saúde por meio de equipes de referência como uma possível solução para a articulação de diferentes profissionais em prol da integralidade da atenção à saúde, proposta que culmina na metodologia interdisciplinar de trabalho denominada de apoio matricial. O arranjo organizacional das equipes de referência tem como pilares o vínculo terapêutico, a interdisciplinaridade e a gestão colegiada buscando superar o modelo de saúde hegemônico e fragmentado. Trata-se de um conjunto de profissionais de distintas especialidades voltados a solucionar um mesmo problema de saúde em comum, atuando com habilidades diferentes e buscando a longitudinalidade do acompanhamento e vínculo com a clientela, podendo se dedicar com mais afinco em casos mais complexos de projetos terapêuticos singulares (PTS). Essas equipes devem ter poder de decisão quanto ao trabalho em equipe (co-gestão) e compartilhar conhecimentos e prática sob uma lógica de apoio matricial.

A prática e real adoção de equipes de referência também encontram respaldo nos relatos de FURTADO (2001) e FURTADO e MIRANDA (2006), que compartilham sua

experiência na gestão de equipes concluindo haver interação técnica e subjetiva entre os integrantes dessas equipes de referência trabalhando sob co-gestão e apoio matricial de modo a qualificar a atenção ao usuário. Há expectativa de que a responsabilização e o vínculo sejam uma das decorrências dessa forma de trabalho, mas não sem óbices; o excesso da demanda e a carência de recursos são alguns deles. As disputas de poder, também relatadas como entraves por esses autores, confirmam as descrições de D'Amour retrocitadas, revelando tratarem-se de obstáculos não somente regionais, mas universais ao manejo colaborativo interprofissional.

Apesar das dificuldades, o modelo de equipes de referência tende a mitigar a fragmentação do cuidado superando a lógica da referência e contrarreferência (interações profissionais em interconsultas), privilegiando a atuação interdisciplinar em detrimento de especialidades isoladas ou corporações de especialistas. FURTADO (2007) acena para um horizonte otimista ao cenário colaborativo citando haver várias cidades brasileiras que já adotam iniciativas de reorganização da dinâmica de suas equipes, relatando êxito nos resultados da colaboração interprofissional.

1.3.2 FATORES DE FOMENTO OU ENTRAWE DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR

O que dificulta ou estimula a interdisciplinaridade no cenário da atenção primária? XYRICHIS e LOWTON (2008) identificaram fatores associados ao *fomento* ou *entruve* do trabalho interdisciplinar na AB, por meio de revisão sistemática e a análise temática de dados qualitativos e quantitativos, chegando a dois grandes temas: a estrutura da equipe e os processos envolvidos. Nota-se similaridade com pontos conceituais (estrutura e processo) de avaliação de qualidade em saúde (DONABEDIAN, 2005) e, interessantemente, a estrutura e os processos descritos tem influência não somente no fomento ou entruve da interdisciplinaridade, como também na *qualidade do produto* do trabalho interdisciplinar na AB.

No tema "estrutura", Xyrichis e Lowton agruparam os seguintes fatores de influência:

- 1) Local de trabalho
- 2) Tamanho da equipe
- 3) Composição da equipe
- 4) Formação ou status profissional de cada membro

- 5) Liderança
- 6) Estabilidade da equipe
- 7) Suporte da gestão

No tema "processos", foram agrupados:

- 1) Reuniões de equipe
- 2) Objetivos
- 3) Avaliação

Dentro do tema "estrutura", no que concerne ao "local de trabalho", as evidências apontaram que este influi na troca de informações. A maior proximidade entre os profissionais facilita a comunicação e melhora o relacionamento interpessoal dos participantes (XYRICHIS e LOWTON, 2008); em relação ao "tamanho", quanto menor a equipe, maior a efetividade de sua atuação.

O fator "composição" da equipe favoreceu a *diversidade* profissional. Equipes com maior diversidade apresentaram maior efetividade e as inovações introduzidas por elas tiveram impacto significativamente maior no cuidado ao paciente (XYRICHIS e LOWTON, 2008). Lembramos que a diversidade não atua isoladamente; somente a sua presença não garante a interdisciplinaridade (SHAW, LUSIGNAN e ROWLANDS (2005); WEST e WALLACE (1991); MATUDA et al. (2015)).

A "formação ou status profissional" foi responsável por inibir certos profissionais na participação em processos decisórios e também em prover opiniões e informações durante as reuniões (XYRICHIS e LOWTON, 2008). Isso é condizente com as observações de D'AMOUR (1997) a respeito das desigualdades de poder e da lógica emocional entre os profissionais de cada área.

Quanto ao fator "liderança", a falta de clareza sobre esse papel associou-se à menor qualidade do trabalho da equipe e foi preditiva da menor efetividade da mesma (XYRICHIS e LOWTON, 2008). Essa questão remete à dificuldade das equipes em esclarecer papéis de cada membro e o impacto negativo que tal dificuldade causa no cenário interdisciplinar, como frisado por WEST e FIELD (1995), FIELD e WEST (1995), BOND et al. (1985), RIZZO, HOUSE e LIRTZMAN (1970) e também, especificamente no NASF, por CORREIA (2017). Meios claros e objetivos de definir a liderança são importantes, segundo essas evidências. Talvez essa necessidade não anule a prática da cogestão (gestão colegiada), a metodologia democrática de gestão proposta por CAMPOS (1998). A existência de um líder ou

coordenador do grupo não é incompatível com essas proposições, as quais mencionam uma democratização da gestão, não uma anarquia.

Quanto ao fator "estabilidade", Xyrichis e Lowton descrevem que profissionais trabalhando em tempo integral e que contam mais tempo de trabalho juntos resultam em equipes mais efetivas. Aqueles movidos para outros setores se manifestaram desapontados. Existe a vontade de produzir em conjunto.

O fator "suporte da gestão" se mostrou crucial. A falta de estímulo, por parte da gestão, à inovação, à implementação de mudanças e ao reconhecimento dos profissionais, se acompanhou da queda da efetividade da equipe (XYRICHIS e LOWTON, 2008). Essa evidência é concordante com o Caderno de Atenção Básica nº 39 - CAB 39 (BRASIL, 2014), o qual reconhece a importância do apoio da gestão no aspecto colaborativo do NASF.

Abordando o tema "processos", Xyrichis e Lowton concluem que as "reuniões regulares de equipe" estão associadas ao trabalho mais efetivo e um maior nível de inovação. Todavia, um número elevado de participantes pesquisados (três quartos em um trabalho e cinco sextos em outro) *não* participam de reuniões regulares de equipe, encontrando-se apenas quando há problemas que demandam discussões. A pressão do tempo (e, conseqüentemente, o excesso de trabalho) foi um dos fatores citados como justificativa. A pressão do tempo ligada a metas numéricas de atendimento também foi citada por MATUDA et al. (2015) por dificultar a realização de reuniões de equipe.

Há evidências, segundo Xyrichis e Lowton, de que uma melhor comunicação entre membros da equipe é alcançada por meio das reuniões e que a falta de uma comunicação adequada leva a concepções errôneas sobre papéis e responsabilidades profissionais, de forma que as reuniões podem colaborar reduzindo a dificuldade de estabelecer papéis entre os membros. É importante que existam relacionamentos interpessoais positivos, quais sejam, de confiança e mútuo respeito, para que o trabalho em equipe possa existir. Porém esses autores reúnem evidências preocupantes de que boas relações interpessoais parecem utópicas dados os conflitos interpessoais e interprofissionais relatados em quase todos os estudos encontrados. Muitos dos conflitos foram atribuíveis à falta de objetivos claros da equipe, da definição de papéis de cada um no grupo e do apoio da gestão. Esse trabalho reitera a importância da definição de papéis dentro da equipe para o bom funcionamento da interdisciplinaridade.

O fator "objetivos" foi considerado por Xyrichis e Lowton como um dos mais importantes para a promoção do trabalho em equipe efetivo. Objetivos claros e compartilhados entre os membros tiveram o maior impacto isolado na efetividade do trabalho

de equipes da atenção primária. O CAB 39 (BRASIL, 2014), dá liberdade para o desenvolvimento conjunto de agendas, rotinas e objetivos de equipe, todavia, isso não se acompanha de capacitação para o estabelecimento desses objetivos, deixando a possibilidade temerária de que esses não sejam desenvolvidos adequadamente e, conseqüentemente, resultem em trabalho de equipe não efetivo. O próprio CAB 39 reconhece que profissionais de saúde *não* são treinados para a atuação colaborativa. Para CORREIA (2017) e FURTADO (2017), há falta de capacitação às equipes do NASF a fim de trabalhar de forma interdisciplinar e dar legitimidade ao mesmo.

Em 2018, foi anunciado um curso de Apoio Matricial na AB com ênfase nos NASF-AB, ministrado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), ligada à FIOCRUZ, no estilo EAD (ensino à distância), porém, com turmas limitadas frente ao número de profissionais do NASF existentes (CURSO APOIO, 2018).

Finalmente, resta o fator "avaliação", considerado importante por Xyrichis e Lowton para um trabalho em equipe mais eficaz. Não se trata de avaliação somativa e punitiva, mas de uma inspeção do que está sendo produzido localmente, acompanhada de reconhecimento das contribuições individuais de cada membro. Os autores frisam a *necessidade da recompensa* pelo trabalho em grupo, interpretada como sendo a chance dada a cada um de discutir os problemas, ser ouvido a respeito de soluções apropriadas e ter as contribuições individuais consideradas (até mesmo elogiadas), frisando o *reconhecimento do trabalho* como gerador de recompensa. A avaliação, nesses termos, é essencial para sustentar e melhorar a atuação da equipe.

A revisão de XYRICHIS e LOWTON (2008) revela ainda algo surpreendente sobre as avaliações: as mesmas guardam evidências fortes com a *mortalidade* de pacientes; quanto maior a extensão e sofisticação das avaliações realizadas, menor a mortalidade encontrada, desvelando resultados extraordinários decorrentes da implantação de mecanismos avaliativos na AB. O presente trabalho visa implantar mais um mecanismo avaliativo para os NASF, passível, portanto, de melhorar a atuação da equipe e, quiçá, a mortalidade dos pacientes, segundo a referência citada. Esperamos que seus resultados possam também ser usados como *feedback* (retroalimentação) de reconhecimento das contribuições de cada trabalhador.

WEST e WALLACE (1991) comentam sobre uma evidência empírica de que a ausência de avaliação estava correlacionada com o aumento da produção de ideias em grupos de trabalho, porém essa constatação ocorreu em avaliações externas feitas em *empresas comerciais*, enquanto XYRICHIS e LOWTON (2008) estudaram avaliações feitas em grupos de trabalho na *atenção primária à saúde*, feita pelos próprios grupos e seguidas de

reconhecimento das contribuições individuais (avaliação com recompensa), concluindo resultados favoráveis a partir desse cenário.

1.3.3 A INOVAÇÃO INTERRELACIONADA À COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL

Trabalhando com psicologia, o pesquisador West tem um longo histórico de trabalhos com inovação (WEST, 2018), focando particular atenção à inovação gerada por grupos, enquanto um corpo maior de literatura menciona somente inovação em instituições (WEST e WALLACE, 1991).

A inovação é o processo de desenvolver novas e melhores maneiras de realizar as coisas (WEST e WALLACE 1991) e, segundo XYRICHIS e LOWTON (2008), na atenção primária à saúde, o suporte à inovação mostrou-se influente no trabalho em equipe em 60% dos estudos encontrados na revisão de artigos, afetando positivamente a colaboração interprofissional e a efetividade da equipe. Por essa razão, acreditamos que o fator inovação deverá estar presente neste instrumento de avaliação.

WEST e WALLACE (1991) reuniram evidências de que equipes inovadoras têm lideranças participativas e colaborativas. Esses dados são concordantes com o embasamento teórico-prático da cogestão (gestão colegiada) proposta por CAMPOS (1998): participativa, democrática e anti-taylorista e, por consequência, inovadora.

Equipes mais heterogêneas tendem a ser mais *inovadoras* em decorrência da diversidade profissional, a qual conduz a opiniões diferentes decorrentes de valores menos coesos entre si (WEST e WALLACE, 1991). Outros trabalhos também concluem haver correlação positiva entre a diversidade profissional e a inovação (ROSENBERG, 1982; LANDAU et al., 1996; GRABHER e STARK, 1997). Como já vimos, o trabalho interdisciplinar inovador também se acompanha de melhor custo-efetividade (BORRILL, 2002).

WEST e WALLACE (1991) não se restringiram a somente opinar sobre o assunto (inovação em equipes de atenção primária); realizaram pesquisas empíricas sistemáticas por meio de questionários a fim de quantificar o grau de inovação nessas equipes. As questões foram extraídas de diversos instrumentos de avaliação adaptados. Os autores referem terem feito modificações arbitrárias em algumas questões, adaptando-as ao objetivo do trabalho, porém, não apresentaram as questões no formato final em que foram aplicadas.

Os instrumentos de avaliação utilizados por West e Wallace que compuseram o questionário final foram:

- 1) Conhecimento dos resultados (*Knowledge of results*): escala de quatro itens; mede o grau que um empregado sabe de quão efetivo tem sido seu trabalho.
- 2) Ambiguidade de papéis (*Role ambiguity*): escala de seis itens; mede a clareza de definição de papéis como autoridade, objetivos, responsabilidade, ações e a clareza do desempenho de papéis (*clarity of role performance*).
- 3) Comprometimento dentro da organização (*Commitment*): escala de nove itens; avalia a identificação do sujeito na organização (orgulho que tem no grupo e incorporação do valores e objetivos do grupo), lealdade à organização (afeição e ligação que tem ao grupo; senso de pertencimento ao grupo), envolvimento com a organização (desejo de investir esforços pessoais para o bem do grupo).
- 4) Coesão do grupo (*Group cohesiveness*): escala original de dois itens (com mais um item acrescentado pelos autores) que mede sentimentos do grupo de trabalho. Os três itens dessa escala foram disponibilizados pelos autores:
 - Há fortes vínculos entre os membros do grupo.
 - Membros do grupo estão dispostos a defender uns aos outros de críticas externas.
 - Geralmente eu aprecio estar na companhia dos meus colegas todos os dias.

Segundo os autores, grupos coesos protegem os membros da ansiedade e da tensão. A coesão, nos grupos de trabalho é uma característica na qual as forças atuando nos membros para permanecer no grupo são maiores que as forças contrárias (WEST e WALLACE, 1991).

- 5) Participação na tomada de decisões (*Participation in decision making*): escala de cinco itens envolvendo participação nas decisões sobre métodos de trabalho, organização do trabalho, atividades e receptividade dos superiores a sugestões. A palavra "superiores" foi omitida pelos autores e substituída por "colegas do grupo", adequando a escala à suposta horizontalização da autoridade compartilhada que se espera. Os autores acrescentaram mais três itens à escala original, extraídos de uma outra escala que mede "organicidade" do grupo (*group organicity*), visando avaliar o grau com que membros individuais se sentem à vontade para verbalizar desaprovação a decisões feitas pelo grupo ou para criticar outros membros.
- 6) Discrição no trabalho (*Work discretion*): escala de cinco itens; explora a percepção individual de liberdade de exercício do papel de cada um no trabalho.

- 7) Colaboração da equipe (*Team collaboration*): escala de dezoito itens; mede relacionamentos de trabalho em um contexto de colaboração e consenso relacionado ao compromisso com esse consenso. Essa escala mede resolução de problemas por meio do apoio e integração entre os membros, autêntica comunicação aberta e riscos assumidos baseados no conhecimento, valorizando a habilidade, em detrimento do status ou posição ocupada.
- 8) Liderança de pares (*Peer leadership*): é parte de uma escala maior, o Questionário de pesquisa de organizações (*Survey of Organizations Questionnaire*) e mede a liderança informal em aspectos como suporte dos colegas ao sentimento de valor de cada um; comportamentos de facilitação do trabalho e do cumprimento de objetivos; ênfase no cumprimento de objetivos; encorajamento de relacionamentos mutuamente satisfatórios na equipe. A liderança de pares pode ser interpretada como um processo de aprendizado colaborativo proveniente de um engajamento ativo de membros de um grupo (BENSFIELD, 2008; ALBERTA HEALTH SERVICES, 2010).
- 9) Clima para inovação (*Climate for innovation*): escala de sessenta e um itens (West e Wallace citaram apenas vinte e quatro deles) que mede o suporte à inovação dentro da organização e o quanto os membros percebem que a organização os apoia enquanto trabalhadores independentes em busca de novas ideias. Trata-se de escala de SIEGEL and KAEMMERER (1978) esmiuçada mais adiante, dividida em cinco escalas menores.

Dentre as inúmeras escalas utilizadas por West e Wallace a fim de avaliar a inovação, esta última (Clima para inovação), de SIEGEL e KAEMMERER (1978), foi considerada por eles próprios como a mais importante. Usando somente o questionário de Siegel e Kaemmerer, 93% de todos os grupos tiveram a mesma classificação de inovação obtida com as nove escalas em conjunto, de forma que é de nosso interesse incorporar questões de Siegel e Kaemmerer neste instrumento de avaliação dos NASF.

Organizações inovadoras são aquelas que estimulam o funcionamento criativo de seus membros (SIEGEL e KAEMMERER, 1978). O instrumento avaliativo criado por Siegel e Kaemmerer, composto por essas cinco escalas, tem o propósito de diferenciar organizações inovadoras daquelas tradicionais.

A escala criada por Siegel e Kaemmerer é composta por cinco escalas menores, denominadas de subescalas:

- 1) Liderança (tipo de)
- 2) Propriedade (das ideias e soluções)

- 3) Normas referentes à diversidade
- 4) Desenvolvimento contínuo
- 5) Consistência desse desenvolvimento

Essas cinco escalas são esmiuçadas a seguir:

(1) - *Leadership* (liderança). O tipo de liderança característica de organizações inovadoras é aquele que suporta a geração e o desenvolvimento de novas ideias sobre o sistema e também garante a difusão do poder pelo sistema, de forma que a capacidade de todos os membros seja respeitada, havendo uma descentralização da autoridade. A proposta de CAMPOS (1998) para a cogestão (gestão colegiada) inclui a ideia de descentralização da autoridade local por meios democráticos e participativos nos processos decisórios.

(2) - *Ownership* (domínio ou propriedade): tem relação com a percepção dos membros da equipe de que geram e desenvolvem ideias, processos ou procedimentos, isto é, percepção de participação ativa, de forma que as pessoas do grupo não apenas copiam e executam soluções de outrem, mas as suas próprias. Isso tem diversos desdobramentos. A participação ativa e sua percepção implicam que as pessoas participam, em última instância, do processo decisório do sistema (SIEGEL E KAEMMERER, 1978), o que se coaduna com as características esperadas do NASF, entre elas, a cogestão. Por outro lado, a percepção de domínio ou propriedade, gerada a partir da permissão da participação no processo decisório, pode ser encaixada como apreciação dos esforços e opiniões individuais e do grupo, um fomento ao trabalho interdisciplinar bem sucedido, segundo XYRICHIS E LOWTON (2008), considerada por esses autores como uma recompensa. A avaliação de domínio ou propriedade consta em nosso instrumento de avaliação (QuestNasf), já que reforça a importância da cogestão, contribuindo com o sucesso da interdisciplinaridade.

(3) - *Norms for diversity* (normas referentes à diversidade). Os grupos de trabalho não devem somente tolerar a diversidade (WEST e WALLACE, 1991), como estimular a criatividade, desde que voltada a resolver os mesmos problemas do grupo (SIEGEL e KAEMMERER, 1978). West e Wallace relacionam a tolerância à diversidade à colaboração interprofissional, enquanto Siegel e Kaemmerer demonstram que ela está presente em organizações inovadoras.

(4) - *Continuous development* (desenvolvimento contínuo). Trata-se da busca contínua por soluções alternativas à resolução dos problemas, sendo considerada por Siegel e Kaemmerer como uma das principais características das organizações inovadoras.

(5) - *Consistency* (consistência). O desenvolvimento contínuo deve ocorrer por meios não discrepantes aos fins. Por exemplo, evita-se adotar uma alternativa onerosa visando solucionar uma situação gerada por recursos insuficientes. A consistência ocorre com a elaboração de soluções adaptadas ao local e às circunstâncias.

O questionário original de 61 itens foi disponibilizado por Siegel e Kaemmerer em sua publicações. Tomamos a liberdade de redigir uma tradução livre, a qual se encontra no ANEXO II, tendo inspirado vários itens deste questionário (QuestNasf), submetidos posteriormente ao método Delphi, a fim de incorporar ou adaptar uma ou mais questões.

Manifestamos um apreço particular à avaliação da inovação no NASF porque, como visto, o suporte à inovação melhora a colaboração interprofissional e efetividade da equipe (XYRICHIS e LOWTON, (2008), a inovação melhora a custo-efetividade do trabalho interdisciplinar (BORRILL, 2002) e pode modificar o modelo de atenção à saúde: após a avaliação e quantificação realizadas, WEST e WALLACE (1991) concluem que a inovação na atenção primária aumenta a ênfase da prática de processos preventivos em detrimento de cuidados curativos voltados a situações agudas e reduz a fragmentação da atenção à saúde. Isso implica na confluência entre os benefícios gerados pela inovação e os objetivos do NASF e seus pilares, como o apoio matricial, a cogestão, a interdisciplinaridade, voltados para aumentar a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações da AB (DAB, 2018). A inovação, portanto, é uma característica a se almejar como presente e desenvolvida no NASF, passível de combater o modelo hegemônico e fragmentado de cuidados à saúde. Esses achados da literatura ensejam questionar e descobrir o quão inovadoras são equipes de NASF, de modo que a avaliação da inovação constará, sem dúvida, deste instrumento de avaliação.

Acreditamos, porém, que a inovação no NASF ou em grupos de atenção à saúde não deve ter a mesma magnitude que em organizações comerciais, industriais, de produção de bens ou prestação de outros tipos de serviço. Diversas práticas em saúde não podem se embasar apenas na criatividade ou inventividade dos profissionais, seja por restrições de seus conselhos ou órgãos de classe, leis e normas estabelecidas ou pela existência de evidências comprovadas de que certos tratamentos, procedimentos ou ações são superiores aos demais na cura, prevenção, promoção à saúde, tratamento ou reabilitação das pessoas ou coletividades. Não será surpreendente, portanto, constatar níveis de inovação abaixo dos valores máximos permitidos por essas escalas, porém, será preocupante se a inovação inexistir, ou gratificante se a mesma se revelar substancial, dadas as constatações da literatura apresentada, a qual

demonstra *existir inovação na atenção primária à saúde*, sendo ela benéfica; melhora a colaboração interprofissional, a efetividade da equipe, a custo-efetividade do trabalho interdisciplinar e o modelo de atenção à saúde, reduzindo sua fragmentação.

A escala de medida de suporte à inovação de SIEGEL and KAEMMERER (1978), bem como a escala de ambiguidade de papéis (Role ambiguity - RIZZO, HOUSE AND LIRTZMAN (1970)) se destacam em meio às referências já vistas que comprovam sua importância. Ambas as escalas completas se encontram como anexos neste trabalho (Anexo I e II), inspiraram questões avaliativas e terão vários de seus itens utilizados no questionário. Acreditamos que o uso dessas questões não incorreria em plágio. Tais escalas foram feitas e publicadas exatamente para esse fim e suas fontes foram devidamente citadas. Seu uso pode aumentar a legitimidade deste trabalho e não implica em falta de criatividade, mas labor na busca pela literatura em encontrar questões que nunca antes foram aplicadas ao NASF ou ao trabalho interdisciplinar da AB no Brasil.

1.4 ARRANJOS ORGANIZACIONAIS DOS NASF

1.4.1 APOIO MATRICIAL

A organização do processo de trabalho do NASF tem como um de seus fundamentos mais caros a parceria com as EqSF denominada de apoio matricial, que consiste no compartilhamento das práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das EqSF no qual o NASF está cadastrado. Esse compartilhamento se baseia na responsabilização, na gestão compartilhada e no apoio à coordenação do cuidado, tendo como pivô a interdisciplinaridade.

O embrião do apoio matricial, visto desde seu início como uma estratégia de cogestão, nasceu em Campinas-SP, década de 90, iniciando-se pela área de saúde mental e atenção básica e se expandindo para outras áreas (CAMPOS, 1999). Essa expansão teve apoio da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e, posteriormente, foi adotada como política da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas e fortalecida pela oferta de cursos de formação em Análise Institucional, Manejo de Grupos e outras temáticas ligadas ao apoio matricial para os profissionais e gestores ligados a essa estratégia. A mesma se enfraqueceu posteriormente, a partir de 2005, quando o apoio matricial deixou de ser uma diretriz pública

e as capacitações profissionais sofreram redução em seus investimentos. Apesar disso, CASTRO, OLIVEIRA e CAMPOS (2016) descrevem que o apoio matricial se manteve incorporado às práticas de diversos profissionais da atenção básica e especializada, enraizado na rotina colaborativa interdisciplinar que germinou a partir dessa iniciativa.

Essa prática, porém, não tem sido uniforme. O apoio matricial tem sido discutido ou implantado heterogeneamente; segundo FURTADO (2015), a proposta do NASF frequentemente é objeto de dúvidas, questões, dissensos e interpretações diversas ao alcançar o plano municipal, tomando distintas configurações conforme a localidade em que são implantados, apesar da existência de diretrizes e portarias ministeriais versando sobre o assunto. CORREIA (2017) expõe as dúvidas quanto a atribuição dos papéis de cada integrante do NASF, oriundas da carência de referenciais estabelecidos para dar sustentação às práticas profissionais nesse novo arranjo organizacional.

A autora procedeu com revisão da literatura a qual revela áreas profissionais isoladas buscando encontrar ou definir seus papéis e sua atuação no NASF com base na sua atuação especializada isolada, o que descortina um paradoxo entre debates unidisciplinares espelhados no próprio núcleo de competência, e não nos campos comuns de competência e responsabilidade interdisciplinar que o apoio matricial e o próprio NASF pressupõem. Em outras palavras, o cenário real revela uso de referenciais uniprofissionais em detrimento de uma concepção e atuação interdisciplinares.

ZEPEDA (2013) argumenta de forma concordante com CORREIA (2017) no sentido da indefinição prática da normativa legal, generalizando que programas e políticas de saúde em geral, não somente relativos ao NASF, não dispõem seus textos prescritivos de forma clara o suficiente, gerando dificuldades de entendimento e falta de consenso envolvendo sua operacionalização.

O CAB 39 (BRASIL, 2014) deixa transparecer uma liberdade de estabelecimento das modalidades de comunicação entre equipes de referência e o NASF, bem como de desenvolvimento de agendas, rotinas e discussões de casos. Essa liberdade é própria do apoio matricial e dos fundamentos da interdisciplinaridade, sendo natural que se espere não haver normas restritivas à mesma ou engessamento dessa dinâmica por protocolos burocráticos. Porém, o modelo é novo na história da saúde do país e desafia as rotinas do modelo hegemônico fortemente enraizadas, de forma que, ao menos no início dessa jornada de implantação e tentativa de funcionamento do apoio matricial, seria sensato haver não somente um "cardápio de opções" (BRASIL, 2014), mas orientações mais precisas, tendo em vista a consideração de que não há capacitação prévia sistemática das equipes, nem formação

acadêmica específica em interdisciplinaridade ou apoio matricial na maioria dos profissionais atuantes.

A escassez de respostas relativas à melhor definição prática do apoio matricial e atuação dos profissionais do NASF arrisca à desorganização desse sistema. Segundo FURTADO (2015), tal cenário é propício ao surgimento de novas versões em relação ao originalmente preconizado, o que pode significar tanto avanços criativos, aperfeiçoamentos e adaptações quanto retrocessos, abusos e frontais divergências ao que originalmente levou à concepção e elaboração da proposta. CORREIA (2017) interpreta essa desorganização ou indefinição como sendo decorrente da busca, ainda indefinida, por atribuições do NASF e da existência de questões essenciais à proposta dos profissionais que conduzem essa iniciativa.

Essas incógnitas se constituem em brecha para futuras diretrizes ou definições legais mais precisas capazes de suprir tais questionamentos e lacunas e deverão ser orientadas ou embasadas por processos avaliativos que respondam à altura do tipo e proporção das especificidades ainda indefinidas.

Certas definições e estudos a respeito do apoio matricial são fragmentados, enquanto outros soam completos de início, mas revelam lacunas sob o exame minucioso. Enquanto inexitem diretrizes detalhadas mapeando as ações de cada profissional do NASF em seu papel assistencial e interdisciplinar, o apoio matricial sofre impactos da polissemia, necessitando de uma hermenêutica mais uníssona para o seu fortalecimento e normatização. Pretendemos expor e, em seguida, nos apropriar da opacidade dessa hermenêutica, guiando-nos a elaborar mecanismo de avaliação passível de torná-la mais translúcida no futuro.

MENDES (2015), em meio ao discurso sobre a coordenação do cuidado, aponta ser fundamental que as relações entre generalistas e especialistas sejam produtivas para obtenção de melhores resultados sanitários e cuidados adequados às condições crônicas e que isso seja alcançado agregando à multiprofissionalidade da AB não só assistentes sociais, como também farmacêuticos clínicos, fisioterapeutas, nutricionistas, educadores físicos e psicólogos. O mesmo autor não só considera a multidisciplinaridade, mas valoriza a interdisciplinaridade na AB. Mendes defende a integração daqueles profissionais à equipe da APS por meio do matriciamento entre generalistas e especialistas, o qual considera como uma forma inovadora do macroprocesso de respostas sociais articuladas para melhor controle das condições crônicas e de pessoas hiperutilizadoras do sistema. Nesse entendimento, o matriciamento é visto como uma relação de retaguarda assistencial e de apoio pedagógico entre os especialistas e a equipe de APS. A relação de matriciamento é interpretada tanto como técnica (encontro de diferentes saberes), quanto de vínculo pessoal com conhecimento mútuo entre

especialistas e equipe da APS, ancorado em trabalho clínico conjunto. A menção da retaguarda assistencial e do vínculo pessoal sugerem a existência do atendimento especializado individual pelo NASF, porém, perde clareza na medida em que enfatiza o ancoramento do trabalho conjunto entre especialistas e generalistas com desenvolvimento do vínculo pessoal, sem o atendimento individualizado. Mendes não deixa claro se deve, mesmo, haver atendimento individual, nem quanto essa atividade deve ocupar do quadro geral de atividades do NASF.

CUNHA e CAMPOS (2011), equiparam o apoio matricial a uma estratégia de cogestão para o trabalho interprofissional e em rede, incorporando a tecnologia da clínica ampliada, da concepção ampliada do processo saúde-doença e de promoção da saúde, da multidisciplinaridade e interdisciplinaridade entre as equipes da AB. Tal concepção retrata a importância do apoio matricial ao NASF e à AB ao considerar uma maior amplitude dos cuidados à saúde embasada em uma interação mais complexa, interdisciplinar, entre os profissionais, desafiando o modelo hegemônico curativo e de atuações isoladas.

Um novo arranjo do sistema de saúde é visto por CAMPOS e DOMITTI (2007) como proveniente do apoio matricial. Segundo esses autores, apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. A integração dialógica pressupõe troca de saberes, crescimento interpessoal e interprofissional, dentro de um contexto técnico-pedagógico dinâmico.

O apoio matricial, ou matriciamento, não se constitui apenas no apoio técnico-pedagógico dos profissionais do NASF àqueles da ESF. CAMPOS e DOMITTI (2007) se anteciparam às diretrizes oficiais de 2010 e 2014 e propuseram o matriciamento composto de dois componentes articulados, o suporte técnico-pedagógico às equipes matriciadas e a realização de cuidados especializados diretamente aos usuários. Já CUNHA e CAMPOS (2011) propõem a divisão em três eixos: o atendimento compartilhado entre os profissionais do NASF e as EqSF, por meio da troca de saberes e consequente capacitação de um profissional pelo outro; das intervenções específicas dos profissionais do NASF com usuários e famílias, isto é, atendimentos individuais ou coletivos de pacientes encaminhados pela ESF ao NASF; e ações comuns nos territórios desenvolvidas de forma articulada com as EqSF, atores governamentais e organizações, como escolas e creches.

Desta feita, nota-se a expressa menção de atendimento individual ou coletivo (assistência especializada) nos discursos de CUNHA e CAMPOS (2011) e CAMPOS e

DOMITTI (2007), fazendo par com a atuação técnico-pedagógica, troca de saberes e capacitação profissional.

Apesar dessa possibilidade de múltipla atuação do NASF e das facetas que o apoio matricial (matriciamento) pode assumir, diversos textos, diretrizes e autores tem enfatizado apenas uma delas, o apoio técnico-pedagógico.

CHIAVERINI et al (2011) define matriciamento como sendo um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Apesar de incluir a "terapêutica" na sua definição, logo em seguida deixa claro que "matriciamento não é atendimento individual pelo profissional" (no caso, referindo-se especificamente ao profissional de saúde mental do NASF) e esclarece que o suporte deve ocorrer somente em situações específicas. Admite o atendimento conjunto, visitas domiciliares e o PTS, mas a ênfase se dá ao processo técnico-pedagógico, em detrimento do atendimento especializado isolado.

O MS, por meio do HumanizaSUS (BRASIL, 2010a) valoriza a magnitude do apoio matricial afirmando que "a proposta dos NASF pode ser entendida como uma proposta de apoio matricial". Menciona que a atenção individual pode ocorrer, não sendo, porém, sua principal atividade.

Oficialmente, o Caderno de Atenção Básica - CAB nº 27 (BRASIL, 2010b), primeira diretriz federal para atuação dos NASFs, abre o leque de atuações do NASF e do apoio matricial, mas, em seguida, o restringe. Define três tipos de ações, em compasso com a logística de CUNHA e CAMPOS (2011): o atendimento compartilhado e discussões de casos/situações; as intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários, e as ações comuns nos territórios articuladas com as equipes de SF. A retaguarda assistencial é explicitada como uma dimensão real do NASF, todavia, o foco nas intervenções diretas com os usuários, quais sejam, o cuidado especializado, é mitigado ao se considerar que isso deva ocorrer somente em situações "extremamente necessárias" e sempre sob encaminhamento das EqSF com discussões e negociação *a priori* entre os profissionais responsáveis pelo caso. Enfatiza, portanto, o apoio técnico-pedagógico, além de permitir subjetividade na solicitação das demais dimensões de atuação do NASF.

O Caderno de Atenção Básica nº 39 - CAB 39 (BRASIL, 2014), na esteira do CAB 27, menciona a dimensão clínico-assistencial de atuação dos NASF, porém, também dá ênfase a apenas um dos componentes do apoio matricial, o técnico-pedagógico, orientando que a organização dos processos de trabalho dos NASFs deva ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e

responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos. A capacitação pela troca de saberes é a prioridade.

O tamanho ou a proporção dessa prioridade não ficou clara nem definida. Em tese, a dinâmica de trabalho de cada equipe poderá adaptar sua rotina às necessidades, porém, ainda se desconhece qual a proporção correta, geral ou adaptada a cada unidade, capaz de gerar maior resolubilidade sob melhor custo-benefício; qual a mais adequada combinação de apoio matricial geradora de melhor efetividade e eficiência. Igualmente se desconhece como se dá, na prática real, o relacionamento interdisciplinar entre os profissionais do NASF e as EqSF e sequer se ele de fato existe em todos os núcleos implantados, ou como deveria existir, seguindo a normativa.

Por meio de trabalho qualitativo com entrevistas, MATUDA et al. (2015) revelam percepções sobre o apoio matricial distintas daquelas idealizadas. Eles desvendaram que alguns profissionais envolvidos na interação NASF-ESF acreditam que o apoio matricial exerce função contrária àquela proposta; de que não atende às necessidades do paciente. O encaminhamento a especialistas seria mais proveitoso do que tem sido a reunião interprofissional, opinião que valoriza a retaguarda assistencial do NASF em detrimento do apoio pedagógico. Outros entrevistados interpretam o apoio matricial como complemento de uma forma alternativa de encaminhamento; um recurso para direcionar o paciente ao especialista correto. Ao invés de um recurso de solução do caso, é visto como etapa intermediária para o atendimento especializado.

Segundo MATUDA et al. (2015), uns concluem que o apoio matricial alivia a ESF; outros, que a sobrecarrega. Além de atender o paciente e participar da reunião, o profissional da equipe de referência deve compreender as orientações do especialista, estranhas à sua área de atuação, agendar e atender o mesmo paciente novamente, duplicando a consulta, tornando-a mais complexa e enfrentando dificuldades de agendamento (disponibilidade de vaga). Há profissionais da ESF preferindo o encaminhamento ao especialista como artifício de alívio da carga de trabalho. Os autores concluem que, apesar de as políticas de saúde terem incluído a colaboração profissional em suas pautas, o trabalho individualizado e pouco integrado ainda persiste no cenário real. As metas numéricas de produção são identificadas como fonte relevante de interferência, a ponto de se constituírem base da avaliação em saúde de certos locais, valorizando apenas a dimensão quantitativa dos cuidados e degenerando esforços de corresponsabilização profissional, compartilhamento de conhecimentos e trabalho colaborativo.

Esse tipo de avaliação em saúde, feita de forma simplificada baseando-se em metas numéricas de atendimento, prescinde dos resultados finais a serem alcançados (cura, reabilitação, prevenção, promoção da saúde), tornando-a dissonante dos meios e fins do apoio matricial. A baixa integração e corresponsabilização profissional, a capacitação insuficiente voltada à produção interdisciplinar e a tênue definição de papéis entre os integrantes são indícios de que é importante o aumento da atuação de forças de coesão do grupo; forças externas, hierarquicamente superiores.

Tal acepção não infere defender uma atuação limitadora ou sufocante da atuação profissional interdisciplinar idealizada pelo apoio matricial. Não há aqui proposição da formação de fronteiras que cerceiem, mas de uma melhor visibilidade e presença de forças que regulem e ajustem essa atuação. As forças gerenciais regulatórias não devem ser disruptivas da cogestão local, mas facilitadoras da mesma; um guia. A interdisciplinaridade proposta pelo apoio matricial não demanda ser anárquica e revela, segundo as conclusões da literatura supracitada, necessidade de uma atuação mentora mais firme, mais presente. Consideramos que isso implica, nessa dissertação, na necessidade de avaliar alguns aspectos da gestão como influentes sobre o exercício e efetividade do apoio matricial nas unidades de saúde.

Faz-se aqui um pequeno adendo. Suponham-se campos disciplinares participantes de um grupo interdisciplinar. A necessidade de um elemento *externo* regulatório dos mesmos, mas que não compartilhe a reciprocidade do enriquecimento profissional mútuo não está prevista na definição básica de interdisciplinaridade, situação que permite ampliar o debate acerca das particularidades da interdisciplinaridade gerada pelo apoio matricial, qual seja, a cogestão entre membros da equipe, sujeita a influências regulatórias de um gestor superior que não participa das reuniões regulares.

Consideramos que o apoio matricial é uma forma de se organizar a interdisciplinaridade por meio do NASF no contexto da AB.

É a colaboração interdisciplinar a principal característica do apoio matricial, qualidade que distingue um cenário meramente multidisciplinar de profissionais atendendo isoladamente, daquele cujo produto da atuação seja fruto do trabalho integrado e colaborativo, com mescla e troca de saberes.

1.4.1.1 SÍNTESE DA COMPREENSÃO SOBRE O APOIO MATRICIAL

Em síntese, o apoio matricial é um recurso para a organização do trabalho em saúde na AB (CUNHA e CAMPOS, 2011), tecnicamente compreendido como um arranjo organizacional (CAMPOS, 1999) planejado para alterar a estrutura gerencial e o modelo de atenção à saúde. Compreende-se como "alteração do modelo de atenção", a alteração da lógica ou racionalidade que orienta ações de saúde, combinando técnicas e tecnologias para resolver problemas de saúde e atender necessidades de saúde individuais e coletivas (PAIM, 2001).

Esse arranjo visa instituir uma nova cultura organizacional baseada em um tripé de diretrizes:

- 1) Vínculo terapêutico (CAMPOS, 1998)
- 2) Gestão colegiada (CAMPOS, 1998)
- 3) Transdisciplinaridade (CAMPOS, 1999).

Trata-se de um *modo de trabalho interdisciplinar* na AB e uma *metodologia para gestão desse trabalho* (CAMPOS e DOMITTI, 2007). Utiliza a cogestão em sua estrutura gerencial e valoriza a relação paciente-profissional da saúde, individualizando abordagens e tratamentos. Amplia a oferta de intervenções e recursos terapêuticos, acrescentando especialistas, mas também singulariza essa oferta, valorizando o indivíduo.

A proposta do apoio matricial é transformar estruturas de trabalho centradas nas funções ou categorias profissionais em uma estrutura de trabalho voltada a projetos terapêuticos (SARAIVA e ZEPEDA, 2012), de forma que o fulcro não está nas especialidades em si, e sim, no bem estar e na saúde do paciente, havendo singularidade na abordagem, resolução e acompanhamento de cada caso (CUNHA e CAMPOS, 2011).

A gestão colegiada, ou cogestão, propõe construir uma cultura organizacional democrática no âmbito gerencial (CUNHA e CAMPOS, 2011), contrapondo-se ao modelo taylorista de administração (CAMPOS, 1998) e suas particularidades, quais sejam, a fragmentação da gestão e um grau elevado de departamentalização. Ao combater esse modelo, visa reduzir a diluição da responsabilidade clínica sobre os casos atendidos (CAMPOS e DOMITTI, 2007; CUNHA e CAMPOS, 2011), ou seja, combate a diluição da responsabilidade sanitária (ZEPEDA, 2013). O modo interdisciplinar de trabalho permite esse funcionamento.

Não se trata somente de atendimentos profissionais especializados isolados (retaguarda assistencial), mas da troca de conhecimentos por meio do suporte técnico-pedagógico e de discussões conjuntas de casos, possibilitando um equilíbrio dinâmico entre os saberes de vários profissionais (CUNHA e CAMPOS, 2011) por meio de relação dialógica e horizontal, evitando a fragmentação da atenção à saúde (CAMPOS e DOMITTI, 2007), e não somente da gestão (CAMPOS, 1998). Para tanto, as equipes também se utilizam de reuniões, construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias (CAMPOS e DOMITTI, 2007), atendimentos individuais e conjuntos, visitas domiciliares, reduzindo encaminhamentos e proporcionando uma atenção mais holística, em especial para casos crônicos e pacientes ou comunidades com problemas complexos, aproximando a AB da realidade epidemiológica atual e aumentando sua resolutividade (CUNHA e CAMPOS, 2011).

1.4.2 CLÍNICA AMPLIADA

Os arranjos organizacionais idealizados para o NASF e baseados nos conceitos de apoio matricial e equipe de referência objetivam otimizar as possibilidades do exercício da clínica ampliada (CAMPOS e DOMITTI, 2007). Essa metodologia de atuação profissional e integração dialógica contribui com a ampliação da clínica na medida em que se propõe a melhorar a integralidade do cuidado por meio do aumento da capacidade de análise e intervenção sobre os problemas de saúde, via discussão de casos, atendimento conjunto ou individualizado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos singulares (PTS), educação permanente (EP), intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes, visitas domiciliares, atendimentos compartilhados, entre outras possibilidades.

A clínica ampliada pode ser melhor compreendida com a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), que a propõe como uma das diretrizes para qualificar o modo de se fazer saúde e sua implantação conta com uma cartilha com propostas e orientações. Segundo o HumanizaSUS (BRASIL, 2010), clínica ampliada é o movimento de literalmente ampliar a clínica, ir além da pura técnica biológica e da doença e enxergar o indivíduo como um ser humano inserido em um contexto maior, bio-psico-sócio-

ambiental, compreendendo que a interação dele com o ambiente e a cultura em que vive pode produzir a doença e deve ser compreendida para o processo de cura. Trata-se de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença.

A ampliação da anamnese é um dos pontos de partida para uma compreensão mais completa do sujeito. A anamnese deixa de envolver apenas sintomas e se estende à escuta de outros problemas do usuário, principalmente suas condições psicológicas e culturais. Sondar qual a compreensão do próprio indivíduo sobre a doença que o acomete e das suas expectativas de cura; onde vive e por quais problemas passa. A clínica ampliada considera o indivíduo nas suas singularidades e não o considera em partes ou fragmentos biológicos, mas como indivíduo por inteiro, inserido em um contexto muito mais amplo que faça sentido no processo de adoecimento.

A ampliação do “objeto de trabalho” (BRASIL, 2010) é um dos eixos fundamentais da clínica ampliada, cujo apelo é abordar a pessoa (ou grupo de pessoas) por inteiro, contrariando a fragmentação do cuidado instalada no decorrer da excessiva especialização profissional no cenário dos modelos de saúde que prevaleceram ou ainda vigem. Propõe a evolução da responsabilização profissional do incompleto para o completo, da pequena parte para o todo; da responsabilidade parcial sobre procedimentos, diagnósticos, órgãos ou sistemas, para a responsabilidade sobre um ser humano cuja complexidade tange várias dimensões.

Entre outros eixos fundamentais propostos para a clínica ampliada, há a construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, a qual adentra os limites da interdisciplinaridade. Parte integrante do apoio matricial inerente ao NASF, essa construção compartilhada é tida como “infinitamente mais potente do que insistir em uma abordagem pontual e individual” (BRASIL, 2010). A construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas pressupõe cogestão, corresponsabilização e suporte técnico-pedagógico (compartilhamento de práticas e saberes), todos pivôs do apoio matricial, principal instrumento operacional do NASF, com características aqui destacadas, em documento oficial do MS, como de potência excepcional. Infere-se assim, o grau proeminente de importância dado pelo MS ao apoio matricial.

Tal concepção mescla e funde conceitos da clínica ampliada com os do apoio matricial, instrumentos dos quais o NASF pode lançar mão a fim de se distanciar do modelo de saúde assistencialista, biologicista e de cuidado fragmentado, que foca apenas na doença aguda e no medicamento, sob visão estreita e artificial frente ao extenso leque de causalidades do processo saúde-doença, da prevenção de moléstias ou agravos e da promoção da saúde.

São instrumentos deveras valorizados pelo MS, capazes de tornar mais próxima a integralidade do cuidado.

SOUSA (2016) descreveu a ampliação da clínica como um dos objetivos da atuação do NASF em Pernambuco, expressa particularmente por meio da ampliação do escopo de atuação da AB, comprovada neste estudo por meio da maior diversidade de agravos à saúde atendidos, mais ações preventivas e de reabilitação e menor referenciamento à atenção especializada desde a introdução do NASF naquele local.

1.4.3 CARACTERIZAÇÃO DOS NASF

A composição de cada um dos NASF é definida pelos gestores municipais, seguindo necessidades locais e disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. Diferentes profissionais podem compor os NASF, médicos ou não. Os profissionais médicos que podem se agregar aos núcleos são: médico acupunturista, ginecologista, homeopata, pediatra, psiquiatra, geriatra, internista (clínica médica) e médico do trabalho. Os demais profissionais são: assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional profissional com formação em arte e educação (arte educador), médico veterinário e profissional de saúde sanitaria (graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas) (BRASIL, 2011).

Inicialmente foram estabelecidas duas modalidades de Nasf (portaria 154/08), o NASF 1 e o NASF 2, com diferentes composições profissionais, para efeitos de repasse de recursos federais. Os NASF 3, criados posteriormente facilitando a implantação dos NASF em certos municípios, foram suprimidos pela portaria 2.488/11 e convertidos em NASF 2 (permitindo seu financiamento federal naqueles que já os tinham implantado). A modalidade NASF 3 foi reintroduzida pela Portaria nº 3.124/12 (BRASIL, 2012).

Antes, o NASF 1 deveria ser composto por pelo menos cinco profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre as retrolistadas e o NASF 2, pelo menos três desses profissionais; com o advento da portaria 2.488/11, tanto o NASF 1 quanto o 2 podem agora ser compostos por: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo;

Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

As cargas horárias dos profissionais que compõem cada NASF são um dos diferenciais entre a modalidade 1 e a 2. Os profissionais de nível superior que compõem o NASF 1 deve ter uma soma de cargas horárias que acumule no mínimo 200 horas semanais, enquanto cada ocupação isolada deve atingir o máximo de 80 horas semanais. Já no NASF 2, a soma de cargas horárias deve acumular no mínimo 120 horas semanais e cada profissão superior isolada deve atingir o máximo de 40 horas semanais.

Cada NASF 1 deve vincular suas atividades a, no mínimo, oito e no máximo quinze EqSF, com regras mais brandas para a Amazônia Legal e Pantanal. Cada NASF 2 deve vincular suas atividades a, no mínimo, três e no máximo sete EqSF.

Cada NASF, tanto 1 quanto 2, poderá ser vinculado a no máximo três polos do Programa Academia da Saúde em seu território de abrangência.

1.5 AVALIAÇÃO DA INTERDISCIPLINARIDADE

Este trabalho poderá intercambiar os termos NASF e NASF-AB, tendo em vista que documentos revisados trazem a sigla NASF, porém, a nomenclatura vigente, modificada na vigência deste é NASF-AB.

Vimos que o fulcro da atuação do NASF é o apoio matricial e este, por sua vez, nada mais é que um modo de *trabalho interdisciplinar* na AB e metodologia para gestão desse trabalho.

Esse modo de trabalhar de forma interdisciplinar tem gerado dissensos e interpretações discordantes, levando à implantação heterogênea do NASF (FURTADO, 2015) e dúvidas quanto a atribuição dos papéis de cada integrante (CORREIA, 2017), em vista da carência dos referenciais existentes, enraizados em normativas genéricas falhas quanto às minúcias da fisiologia do trabalho em grupo, diversidade da equipe, capacitação específica prévia dos integrantes, estabelecimento de papéis, reuniões de equipe, inovação e influência do gestor.

Diante da face interdisciplinar do apoio matricial e da complexidade inerente à interdisciplinaridade, natural será espelhar este nosso instrumento de avaliação em cada

aspecto multidimensional que influencia a interdisciplinaridade, dissecando a dinâmica do NASF, suas forças e fraquezas, fatores de fomento e entrave do seu bom funcionamento.

Tal abordagem diferencia este trabalho de avaliações anteriores (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2015b), distanciando-o particularmente das avaliações normativas que olvidam esses pontos intrincados, tão fundamentais ao funcionamento saudável local dos grupos de trabalho.

O presente instrumento de avaliação incorporará itens que avaliam tanto a interdisciplinaridade quanto alguns aspectos desta presentes no apoio matricial, uma das formas de operar a interdisciplinaridade nos NASF.

1.5.1 AVALIAÇÃO DA DIVERSIDADE

Ao levar em consideração que o NASF-AB deverá servir às equipes de referência da ESF de forma interdisciplinar, surge a oportunidade de se aventar medir a interdisciplinaridade do conjunto, NASF-AB + ESF, como uma instituição. Todavia, a mensuração de interdisciplinaridade de instituições geralmente é feita por métodos bibliométricos (AXARLOGLOU, THEOHARAKIS, 2003; CASSI, MESCHEBA, TURCKHEIM, 2014), avaliando parâmetros de publicações em periódicos científicos, medida sem aparente utilidade para este instrumento (QuestNasf). A abordagem bibliométrica não nos parece adequada aos propósitos deste questionário voltado ao NASF-AB, tendo em vista consistir na medida de interdisciplinaridade presente em produções científicas publicadas. Nossa meta é avaliar a interdisciplinaridade de pequenos grupos de profissionais em um contexto laboral, não científico, que habitualmente não gera produção publicada.

A mensuração da interdisciplinaridade também pode ser feita medindo-se a diversidade das disciplinas (INTERDISCIPLINARITY, 2018). Um dos métodos preconizados é o de Rao-Stirling (CASSI et al, 2017), que leva em consideração a variedade, o equilíbrio e a disparidade entre as disciplinas em atuação. A variedade se refere à quantos campos disciplinares estão presentes na mesma equipe; o equilíbrio, quanto à proporção de indivíduos de cada campo disciplinar. Já a disparidade leva em consideração o quão diferentes são as disciplinas umas das outras, sendo considerados os eixos de Biglan de categorização de disciplinas (BIGLAN, 1973).

Biglan abordou a interdisciplinaridade no ambiente acadêmico, envolvendo a organização departamental das disciplinas e as diferenças entre assuntos e campos disciplinares, separando-os em eixos, usados também na mensuração da interdisciplinaridade por meio de índices como os de Rao-Stirling. Esses eixos se dividem em institucionais *versus* aplicacionais (Foundational/Application), duros *versus* suaves (hard/soft), que abordam a vida ou não (life/non-life). Apesar de que concordamos que a interdisciplinaridade possa e deva ser medida por meio da diversidade, acreditamos que o índice de Rao-Stirling não seja útil para a avaliação do NASF-AB. Além do referido índice consistir em uma ferramenta bibliométrica, ao considerar seus parâmetros (variedade, equilíbrio, diversidade), constata-se empiricamente que não há disparidade entre os campos disciplinares presentes, segundo o método de Rao-Stirling (todos os campos disciplinares presentes são aplicacionais, duros e abordam a vida), talvez havendo variações da variedade e do equilíbrio.

STIRLING (2007) propõe uma equação baseada nas três propriedades da diversidade (variedade, equilíbrio e disparidade) e apresenta uma estrutura de mensuração quantitativa que permite uma análise interdisciplinar da diversidade, porém, acrescida de dez critérios de qualidade, com aproximações matemáticas (heurística) a fim de mensurar a interdisciplinaridade. A heurística da diversidade proposta por Stirling tem o objetivo de servir como uma análise mais integrada da diversidade na ciência, tecnologia e sociedade, podendo ser usada para estimar, inclusive, uma provável performance do sistema. O autor refere sua aplicação na gestão de conservação (tópico da ecologia) e de políticas de tecnologia.

Acreditamos que a heurística de Stirling não será útil a este questionário (QuestNasf). Os critérios usados por esse autor para medir diversidade são matemáticos de uma complexidade que foge do escopo deste trabalho. Acrescenta-se que se trata de uma equação para medir diversidade somente, uma medida de relevância menor para a avaliação da interdisciplinaridade, no contexto do NASF-AB, como explanado.

O próprio Stirling (STIRLING, 1994) acusa equívoco de inúmeros debates políticos em considerar a diversidade como a qualidade única de um elemento particular do sistema, tratando-a como uma opção que se escolhe e passa a funcionar por si só, como se fosse independente. A diversidade não se trata de um elemento, ou qualidade de um elemento, mas uma propriedade do sistema todo. Apesar da importância inquestionável da presença da diversidade em grupos e sistemas, ela não é o elemento único. A diversidade não é independente ou autossuficiente, mas depende de fatores diversos.

SANS-MENÉNDEZ, BORDONS e ZULUETA (2001) encontraram publicações de diversas tentativas de se medir interdisciplinaridade, todas com ênfase na abordagem bibliométrica..Esses mesmos autores, visando superar tal limitação, propõem a construção de um questionário para medir interdisciplinaridade em uma pesquisa (survey) agregando outros parâmetros. Foram elaboradas quarenta e três questões. As entrevistas individuais solicitavam que o entrevistado elaborasse uma lista dos campos disciplinares e das especializações de seus colegas, a fim de avaliar a estrutura e a composição do grupo. Questionavam também se houve uso do conhecimento e de técnicas de outros campos disciplinares; se a interdisciplinaridade foi usada como critério de seleção para a incorporação de novos membros ao grupo e se o entrevistado colaborava ou não com outros grupos de outras disciplinas. Os autores se concentravam em avaliar as dimensões da interdisciplinaridade associadas à forma coletiva de pesquisa ou trabalho, evitando enfatizar atividades individuais.

Ao avaliar a composição disciplinar do grupo (primeira dimensão utilizada no questionário), os autores levaram em consideração a formação acadêmica dos indivíduos, buscando determinar o grau de diversidade ou de homogeneidade do grupo ao comparar os principais campos disciplinares de cada um. Os autores comentam que o estudo da formação acadêmica de indivíduos do grupo mostra graus de especialização individual, não graus de interdisciplinaridade, já que o treino em interdisciplinaridade dificilmente encontra sustento na formação acadêmica, mas na experiência de trabalho diária. A ênfase teria que ocorrer na diversidade do grupo.

Uma das questões que avaliaram essa primeira dimensão apresentou quatro alternativas a serem selecionadas, tais como:

Seu grupo é composto de pessoas:

- 1) Do mesmo campo disciplinar e mesma especialização.
- 2) Do mesmo campo disciplinar e especializações diferentes.
- 3) Do mesmo campo disciplinar, de campos diferentes e de especializações diferentes.
- 4) De outros campos disciplinares diferentes do meu.

Na segunda dimensão pesquisada, os entrevistados tinham que responder se usavam conhecimento e técnicas de outros campos disciplinares no trabalho do grupo, de forma a gerar uma medida empírica, definida pelos autores, de "empréstimo" de conhecimento a fim de rotular a presença de interdisciplinaridade.

As questões exploravam se havia ou não colaboração do entrevistado com indivíduos do seu grupo ou de grupos externos, fosse do mesmo campo disciplinar que o seu ou não.

Segundo os autores, uma medida comum de interdisciplinaridade é a colaboração entre indivíduos, apesar de que, nem toda colaboração externa implica em interdisciplinaridade.

Esse tópico era avaliado em questões como as seguintes:

O envolvimento do seu grupo em colaboração externa é de:

- 1) Haver colaboração externa sempre.
- 2) Haver colaboração externa de forma frequente.
- 3) Haver colaboração externa de forma rara.
- 4) Não haver colaboração externa.

Afim de avaliar a interdisciplinaridade dessa colaboração, uma das questões usadas foi:

A orientação disciplinar/interdisciplinar dessa colaboração externa é:

- 1) Extremamente disciplinar.
- 2) Moderadamente disciplinar.
- 3) Equilibradamente disciplinar e interdisciplinar.
- 4) Moderadamente interdisciplinar.
- 5) Extremamente interdisciplinar.

A terceira dimensão utilizada no questionário foi a respeito dos periódicos usados como fonte de informação para a pesquisa e daqueles nos quais as pesquisas eram publicadas (entrada e saída). As publicações foram classificadas segundo critérios do Institute for Scientific Information (ISI) a fim de encaixá-las em categorias. Essa dimensão parece não ter uma relevância direta com o questionário preliminar em tese (QuestNasf).

Os autores acreditam que usar vários parâmetros na avaliação da interdisciplinaridade em um cenário real de trabalho pode agregar valor à mensuração subjetiva da mesma, tais como a estrutura e organização do trabalho, a existência de colaboração entre indivíduos ou áreas e as práticas cognitivas de uso ou transferência (receber ou dar) de conhecimento pertencente a outro campo disciplinar. Apesar de que esse trabalho foca em pesquisadores, o labor real de indivíduos e equipes foi avaliado no que concerne aos seu grau de interdisciplinaridade, diferenciando-se de outras abordagens que usavam apenas métodos bibliométricos ou matemáticos. Por essa razão, acreditamos que esses conceitos possam ser adaptados em um questionário que vise avaliar a interdisciplinaridade existente no NASF-AB.

Ainda que a abordagem de SANS-MENÉNDEZ, BORDONS e ZULUETA (2001) se diferencie dos métodos bibliométricos e matemáticos, os autores concentram sua atenção às

variáveis pertinentes à diversidade, no caso, diversidade de pesquisadores, de grande variabilidade e imprevisibilidade. Uma pesquisa pode lançar mão de qualquer campo disciplinar existente, em proporções arbitrárias que resultem em um grau incógnito de diversidade; mensurá-lo é elucidativo, instrutivo e propicia inferências sobre a interdisciplinaridade. Questionamos se inferir interdisciplinaridade dessa forma tem a mesma aplicabilidade para o NASF-AB.

Acrescenta-se que, em grupos de *pesquisa* com diversidade profissional, a colaboração está implícita diante do conhecimento produzido e publicado. Medir diversidade mede interdisciplinaridade, nesses casos. Porém, em grupos de trabalhadores distantes da ciência, a diversidade profissional *não* produz interdisciplinaridade espontaneamente (SHAW, LUSIGNAN e ROWLANDS, 2005), inclusive no NASF (MATUDA et al., 2015), de forma que medir a diversidade profissional somente, *não* se constituirá em esclarecimento definitivo a respeito da evolução da estrutura gerencial e modificação do modelo de atenção à saúde atribuível ao NASF-AB. A diversidade profissional do NASF-AB não constitui uma total incógnita, estando limitada àquela listada na normativa legal. Como já analisado, os campos citados pela Lei não apresentam disparidade entre si (todos são aplicativos, duros e abordam a vida), com alguma variedade e mudanças do equilíbrio. Além disso, a quantidade e proporções de cada profissão dentro do NASF é ainda mais limitada no cenário real (OLIVEIRA FILHO, 2015).

Concluimos que diversidade não se constitui parâmetro único ou suficiente para a avaliação da interdisciplinaridade, no caso do NASF. Outros parâmetros deverão ser escrutinados pelo questionário, visando sondar a colaboração, trocas e interações interprofissionais a fim de caracterizar o funcionamento e o modelo de trabalho interdisciplinar proposto.

A diversidade é fator presente neste instrumento de avaliação, porém, abre espaço para uma abordagem mais abrangente que satisfaça a complexidade e multidimensionalidade do trabalho interdisciplinar, a pedra angular do apoio matricial que tanto distingue o NASF.

1.5.2 AVALIAÇÃO DOS DEMAIS FATORES DE FOMENTO OU ENTRAVE DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR

Visto que a diversidade não é fator único, nem tampouco o mais importante, para a avaliação da interdisciplinaridade do NASF/NASF-AB, faz-se necessário acrescentar outros

aspectos do trabalho interdisciplinar, muito além da diversidade da equipe, como capacitação específica prévia dos integrantes, estabelecimento, conflitos e ambiguidades de papéis entre eles, reuniões de equipe, inovação no local de trabalho e influência do gestor, todos fatores de fomento ou entrave do trabalho interdisciplinar extensivamente analisados em outros capítulos desta dissertação, como sintetizado a seguir.

O local de trabalho influi na troca de informações entre a equipe de maneiras específicas (XYRICHIS e LOWTON, 2008).

A tolerância à diversidade e não somente a diversidade, tem relação com a colaboração profissional, como avaliado por WEST e WALLACE (1991), SHAW, LUSIGNAN e ROWLANDS (2005) e MATUDA (2015), enquanto a diversidade, mencionada pela portaria 2.488/11, é estudada por OLIVEIRA FILHO (2015) no NASF, com seus desdobramentos gerais sobre o trabalho interdisciplinar avaliados por XYRICHIS e LOWTON (2008) e SANS-MENÉNDEZ, BORDONS e ZULUETA (2001), tais como o empréstimo de conhecimento entre os integrantes, maior efetividade no trabalho e inovação.

O aprendizado entre programas diferentes promovido pela interdisciplinaridade consta em DAVID e ROTHWELL (1996).

O aumento da criatividade (KUHN, 1970; ROSENBERG, 1982; LANDAU et al., 1996; GRABHER e STARK, 1997) também está interligado à inovação, com interferência direta sobre o trabalho interdisciplinar (STIRLING, 2007; XYRICHIS e LOWTON, 2008; SIEGEL e KAEMMERER 1978; WEST e WALLACE, 1991; XYRICHIS e LOWTON, 2008; BORRILL, 2002).

Identificamos falta de capacitação específica para atuar no NASF em equipes interdisciplinares. À exceção de recentes cursos (CURSO APOIO, 2018), 10 anos após a criação do NASF, há necessidade de mais treinamento, como evidenciado pelos relatos de CORREIA (2017), FURTADO (2017) e MATUDA et al (2015).

Quanto ao estabelecimento da liderança no grupo, falta de clareza de papéis, conflitos e ambiguidades de papéis, D'AMOUR (1997) relata graus deficientes de conhecimento mútuo entre os profissionais, conflitos entre eles, lealdade ao próprio grupo profissional (com tendência à uniprofissionalidade). Há questionários como o de RIZZO, HOUSE e LIRTZMAN (1970) próprios para avaliar conflitos e ambiguidades de papéis, aplicados em equipes de trabalho interdisciplinar diferentes com resultados e consequências avaliados por XYRICHIS e LOWTON (2008), WEST e FIELD (1995), FIELD e WEST (1995) e BOND et al. (1985).

A importância das reuniões de equipe foram avaliadas por XYRICHIS e LOWTON (2008), bem como dificuldades da realização das reuniões no NASF por MATUDA (2015).

O Caderno de Atenção Básica nº 39 - CAB 39 (BRASIL, 2014) reconhece a importância do apoio da gestão no aspecto colaborativo do NASF, importância também revista por XYRICHIS e LOWTON (2008).

A definição e principais funções das diretrizes clínicas são explicadas pelas Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS (GRUPO TÉCNICO DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 2010). O COSEMSSP (2018) orienta a inclusão de diretrizes clínicas e sanitárias pactuadas entre as equipes de matriciamento e equipes de referência. O impacto de objetivos claros e pactuados entre a equipe sobre a efetividade do trabalho interdisciplinar é demonstrado por XYRICHIS e LOWTON (2008).

A eficácia do trabalho em equipe cresce mediante a existência de avaliações no local de trabalho, com reconhecimento das contribuições dos integrantes, como comprovado por XYRICHIS e LOWTON (2008).

Todos esses complexos fatores serão incorporados neste instrumento de avaliação, primando por desvendar aspectos reais, e não somente normativos e teóricos, do funcionamento do NASF.

1.6 AVALIAÇÕES ENVOLVENDO O NASF

CORREIA (2017) e ZEPEDA (2013) tiveram como objetivo desenvolver um modelo lógico do NASF com base na teoria da avaliabilidade. A primeira autora realizou um estudo de avaliabilidade do NASF, enquanto o segundo elaborou uma modelização da integração dos NASF na AB como intervenção e não um estudo do NASF propriamente dito.

CORREIA (2017) elaborou modelo lógico do NASF formulado com base em documentos do Ministério da Saúde, concluindo ser o NASF avaliável. Discorreu sobre os desafios para a consolidação do apoio matricial, evidenciando a escassez de publicações versando sobre a atuação interdisciplinar. Evidenciou a tensão entre a atuação generalista e específica, entraves para colaboração profissional, dúvidas referentes à atribuição de papéis dos integrantes da equipe e dificuldades de coordenação do núcleo, afetando negativamente a interdisciplinaridade, com tendência ao favorecimento do raciocínio unidisciplinar. Apesar

disso, houve benefícios evidenciados, como o aumento do escopo de ações ofertadas na AB e incorporação de novos conhecimentos pelas equipes após a introdução do NASF.

Os achados de CORREIA (2017) condizem com aqueles de D'AMOUR (1997) no que diz respeito à tensão profissional entre campos disciplinares diferentes e as dificuldades, tanto de estabelecimento da colaboração profissional, quanto de estabelecimento de papéis entre os profissionais. Todos essas dificuldades e achados estão incorporados no instrumento de avaliação, produto deste trabalho (QuestNasf).

ZEPEDA (2013) não focou na avaliação do NASF em si e sim, em sua integração com as equipes de referência. O mesmo aponta que o programa de integração do NASF na AB é recente, sem definição consensual de critérios para seu monitoramento e avaliação e propõe um modelo teórico de avaliação dessa integração, baseado em estudos de avaliabilidade. O modelo lógico foi validado por método consensual (Delphi de uma única etapa) e teve sua plausibilidade e coerência comparadas a outras intervenções de integração de novos profissionais na AB.

Para Zepeda, apesar de os NASF serem uma das principais estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, não há um desenho consensual da intervenção, com definição precisa de seus componentes, parâmetros de funcionamento e critérios para monitoramento e avaliação. Essas observações se pareiam com aquelas de FURTADO (2015).

Zepeda acredita que avaliações normativas do NASF, como aquela incorporada ao PMAQ-AB em 2013, podem buscar resultados que não refletem pressupostos da intervenção que deveriam ser avaliados. O autor critica o uso do PMAQ (BRASIL, 2015a) para essa finalidade e menciona haver evidências na literatura de que o PCA Tool (Instrumento de Avaliação da Atenção Primária, BRASIL, 2010c) é superior ao PMAQ para avaliar a AB, todavia, não há uma versão do mesmo (PCA Tool) para avaliar especificamente o NASF. No caso deste trabalho (QuestNasf), concordamos com a insuficiência de instrumentos como o AMAQ-NASF (BRASIL, 2015b) em avaliar essa proposta.

Zepeda ainda evidencia a importância e a influência da gestão na condução da integração do NASF com a AB, como o treinamento de equipes, construção e pactuação de diretrizes de atenção e revisão de papéis profissionais, entre outros. O autor conclui e recomenda que haja, entre outros:

- Fortalecimento do apoio da gestão à integração do NASF
- Pactuação de diretrizes locais de atenção
- Revisão de papéis profissionais na atenção compartilhada entre EqSF e NASF;

-- Desenvolvimento de indicadores para monitoramento das atividades das diferentes profissões que compõem o NASF e avaliação das diferentes contribuições de cada uma para o funcionamento da intervenção;

Todas as observações e recomendações supra estão contempladas no questionário deste trabalho (QuestNasf); há itens que avaliam o apoio da gestão em aspectos específicos do NASF, a elaboração de diretrizes clínicas conjuntas, a melhor definição de papéis de cada um no contexto da interdisciplinaridade e a presença de avaliação com feedback de contribuições individuais dos trabalhadores do NASF. Todos os itens estão fundamentados em literatura direta ou indiretamente relacionada à interdisciplinaridade.

SOUSA (2016) também se debruça sobre a avaliação do NASF, especificamente da integralidade, resolutividade e coordenação do cuidado, alertando sobre a inexistência prévia de estudos sobre o impacto do NASF na resolutividade das EqSF ou AB. Esse estudo concluiu haver ampliação do escopo da AB, com fortalecimento da mesma em virtude do NASF.

A avaliação foi realizada em um município, sob condições peculiares: todos os profissionais foram submetidos à capacitação específica, situação que foge daquela observada habitualmente (BRASIL, 2014; CORREIA, 2017; FURTADO, 2017 e MATUDA et al, 2015), tendo havido orientação e apoio da gestão para a elaboração de diretrizes clínicas compartilhadas e protocolo municipal, outra situação desejável, porém, atípica. Como se não bastasse, os profissionais também participaram de oficinas de integração às equipes de referência (EqSF). Acreditamos que condições como essa descrita por SOUSA (2016) merecem ser cultivadas como meta a se alcançar ou se superar.

Na esteira das distintas configurações do NASF mencionadas por FURTADO (2015), SOUSA (2016) cita ao menos três delas descritas em estudo: matricial, semi-matricial e assistencial-curativista, com níveis decrescentes de interdisciplinaridade. A autora atribui parte desse subaproveitamento à falta de conhecimento de gestores e profissionais quanto ao apoio matricial e diretrizes de funcionamento do NASF, mencionando a necessidade de avaliações frequentes no processo de trabalho do NASF, com o propósito de corrigir deficiências identificadas.

O instrumento elaborado por este trabalho (QuestNasf) reconhece a existência de núcleos com níveis deficitários de atuação interdisciplinar, bem como a possibilidade de desconhecimento de sua implantação e funcionamento, de forma a avaliar graus de

interdisciplinaridade já presentes, detectar desinformação a respeito do apoio matricial e presença ou ausência de apoio da gestão à concretização do mesmo.

À semelhança de ZEPEDA (2013), SOUSA (2016) acredita na necessidade de ultrapassar a perspectiva burocrática de aferição apenas da implantação e estruturação do NASF, superando as avaliações normativas frente aos complexos contextos de funcionamento dos núcleos. A autora refere que há estudos utilizando número de reuniões, número de atendimentos realizados e outros parâmetros quantitativos de produção, os quais a autora também considera insuficientes frente à complexidade dos núcleos e sua interação com as EqSF. Segundo ela, ainda não há um elenco de indicadores validados para aferir os resultados do NASF.

Ainda sobre as diferentes configurações do NASF detectadas (matricial, semi-matricial e assistencial-curativista), Sousa aponta nos NASF predomínio dos atendimentos individuais (retaguarda assistencial) e cita estudos revelando que muitos dos núcleos têm adotado um formato biomédico e curativo tradicional, em oposição ao combate à fragmentação do cuidado e diluição da responsabilidade clínica (CAMPOS e DOMITTI, 2007; CUNHA e CAMPOS, 2011). A autora menciona essa atuação como um "agir desvirtuado" do NASF.

Mesmo sendo favorável ao desenvolvimento do apoio matricial e aos desdobramentos benéficos da atuação interdisciplinar resultante deste, a autora comenta sobre a preocupação teórica de um eventual "excesso de matriciamento" ou abordagem exclusivamente pedagógica do NASF, a qual afastaria os trabalhadores do NASF da população e traria dúvidas de quem daria cabo do serviço de retaguarda assistencial, como as sessões de terapia ocupacional, psicoterapia ou fisioterapia, por exemplo.

Fato é que o "excesso de matriciamento" inexistente na atualidade. Acreditamos que muito esforço ainda se faz necessário ao combate do modelo hegemônico e pouco resolutivo de saúde e que deve haver um equilíbrio entre a retaguarda assistencial e o apoio pedagógico, não somente cedendo à pressão da demanda assistencial, mas, pelo contrário, visando reduzi-la via aumento da resolutividade proporcionada pela colaboração interprofissional que o NASF visa oferecer.

1.6.1 DIFERENÇAS PRIMORDIAIS ENTRE O AMAQ-NASF E ESTE TRABALHO (QUESTNASF)

Entre as avaliações normativas tão criticadas pelo autores supra, há o AMAQ-NASF (BRASIL, 2015b), cujos padrões de qualidade visam refletir os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB; BRASIL, 2011) e Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ; BRASIL, 2015a).

O AMAQ-NASF distribui questões entre três dimensões: gestão municipal, gestão da AB/NASF e organização do processo de trabalho e atenção integral à Saúde.

Os objetivos e itens de ambos os questionários, AMAQ-NASF e QuestNasf (resultado deste trabalho), diferem da seguinte maneira, apresentada da seguinte forma didática:

	AMAQ NASF	Quest NASF
A equipe responde em conjunto / Uma resposta para a equipe toda. Essa forma de responder ignora opiniões, divergências ou discordâncias individuais e também está sujeita a vieses do constrangimento de a equipe atribuir notas melhores ao próprio desempenho ou às influências do gestor.	✓	
Respostas individuais e anônimas de cada membro da equipe.		✓
Ênfase na existência de ações específicas da gestão relacionadas ao NASF	✓	
Ênfase na influência de ações da gestão na facilitação ou obstaculização do fluxo de trabalho do NASF		✓
Avaliação mais próxima da normativa	✓	
Maior preocupação com a existência de dificuldades práticas da efetivação real do apoio matricial no dia-a-dia.		✓
Avaliação de aspectos comportamentais da interdisciplinaridade. Consideração de conflitos interpessoais e de interação entre campos disciplinares diferentes.		✓

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar questionário de avaliação do NASF-AB dirigido aos trabalhadores do mesmo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Pretende-se:

- 1) Compreender e analisar aspectos potentes e problemáticos na implementação de práticas interdisciplinares no cotidiano da AB;
- 2) Identificar os modos de compreensão e uso do apoio matricial;
- 3) Subsidiar o aprimoramento da proposta do NASF-AB.

3. METODOLOGIA

3.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS

A elaboração de questões avaliativas (questionário) visando avaliar os NASF-AB será subjetiva, com base em revisão bibliográfica. A construção das questões ou afirmações será elaborada na forma de itens de Likert e passará por método Delphi, detalhado à frente, no qual as questões preliminarmente elaboradas serão submetidas para uma ou mais pessoas experientes no assunto, por email ou papel, as quais darão seu parecer afirmando quais questões ficam, quais serão eliminadas do questionário. Eles não responderão ao questionário, apenas avaliarão as questões.

Pretendemos utilizar um número de itens de Likert que não será obrigatoriamente fixo, podendo oscilar entre um número par e ímpar de itens, como preconizado por VIEIRA (2009) e HILL e HILL (1998), ao redor de cinco itens cada afirmação ou pergunta. Apesar de a escala ser ordinal, a revisão de literatura retro revela poder ser comparada a uma escala

intervalar, possibilitando que, no futuro, sejam usados testes tanto paramétricos quanto não paramétricos na análise de dados do mesmo.

3.2 AVALIAÇÃO POR QUESTIONÁRIOS

3.2.1 O QUESTIONÁRIO COMO INSTRUMENTO DO LEVANTAMENTO DE DADOS

A metodologia gravitará em torno da elaboração de questões avaliativas a respeito dos NASFs. O questionário a ser elaborado, finalidade desta dissertação, nada mais é que um instrumento de um levantamento de dados (survey). Levantamentos de dados descrevem, comparam ou explicam informações individuais e coletivas, tais como conhecimentos, sentimentos, valores, preferências e comportamento capturadas por métodos de coleta de informação (FINK, 2017).

A aplicabilidade do levantamento de dados é útil em pesquisas científicas, como também no planejamento e avaliação de políticas e efetividade de programas, como os de saúde. O questionário não é a panaceia dos levantamentos de dados, todavia, é o método mais usado (VERGARA, 1997), beneficiando-se da longa experiência em sua utilização. A observação controlada, observação participante e entrevista são exemplos de outros métodos, todos além do escopo deste trabalho. O questionário foi aqui escolhido por se constituir em uma das técnicas mais comuns, econômicas e simples de pesquisa, em especial na situação de o pesquisador não dispor de dados específicos previamente coletados pelas instituições públicas no assunto específico a ser pesquisado (VERGARA, 1997).

Há versatilidade em apresentar o questionário, podendo ser administrado sob interação pessoal presencial ou por telefone, online e outros meios eletrônicos e ainda ser autoaplicável (GÜNTHER, 2003). Segundo YAREMKO et al. (1986), trata-se de um conjunto de perguntas sobre um determinado tópico que não testa a habilidade do respondente, mas mede sua opinião, seus interesses, aspectos de personalidade e informação biográfica.

Esse conjunto de perguntas deve ser elaborado de forma clara, com frases fáceis que não induzam a resposta esperada pelo investigador (VERGARA, 1997). Sua taxa de respostas deve contar com esforços a fim de ser maximizada; teorias como a da troca social de Dillman (GOYDER, BOYER, MARTINELLI, 2006, aplicadas por HODDINOTT e BASS, 1986) recomendam minimizar o custo para o respondente, maximizar as recompensas para quem

respondê-lo e estabelecer confiança de que a recompensa será concedida. A recompensa não precisa ser financeira ou material. Demonstrar consideração ou apreciação ao respondente, apoiar seus valores e tornar o instrumento interessante são exemplos de recompensas que funcionam. A própria oportunidade de interação social que o pesquisador oferece pode consistir em boa parte da recompensa. A redução do custo igualmente não se refere a somente aspectos monetários, mas em buscar fazer com que a tarefa pareça menos cansativa e breve, cuidando para evitar constrangimentos e implicações de subordinação. A confiança pode ser aumentada se o pesquisador se identificar como sendo de uma instituição de respeito ou sinalizar apreciação pelo esforço do respondente no início e no fim do processo.

Ainda sobre os aspectos abordados por Dillman, HODDINOTT e BASS (1986) ressaltam que a estruturação do questionário deve manter o interesse e a atenção do respondente. Inexiste consenso de como alcançar isso de forma sistemática. Autores como GÜNTHER (2003), orientam deixar perguntas de características socioeconômicas do respondente (idade, sexo, profissão, renda, etc.) ao fim. Günther reputa como "um erro mais que comum" iniciar o instrumento com esse tipo de questão. Autores como VIEIRA (2009) orientam o contrário, preferindo iniciar o instrumento com a coleta de dados pessoais para tornar mais fácil o início da atividade. Opiniões divergentes, até contrárias, entre autores, como no exemplo retro, revelam a ausência de padronização na estruturação do instrumento. A liberdade de estruturar o questionário é uma ventura decorrente da carência de padronização, porém, acreditamos que, no futuro, a estatística de pesquisas sistemáticas sobre a eficácia dos questionários esclarecerá mais adequadamente essa incógnita.

Desconhece-se fórmula precisa de elaborar e encadear perguntas com retorno e eficácia máximos e garantidos. HODDINOTT e BASS (1986) adaptaram fórmulas rígidas consideradas "infalíveis" suprimindo alguns de seus elementos e obtiveram altas taxas de resposta da mesma maneira.

Divergências à parte, as concordâncias entre os autores predominam (VERGARA, 1997; VIEIRA, 2009; GÜNTHER, 2003; HILL e HILL, 1998). Mesmo sem determinar um número de perguntas ideal ou limite e sua ordem exata, há consenso em haver esforço para que a tarefa de responder o questionário seja fácil e breve o quanto possível, direcionando o assunto do mais geral ao mais específico, do menos ao mais delicado e agrupando as perguntas em conjuntos temáticos. As perguntas precisam ser específicas, sem ambiguidade e necessitam ser comunicadas e compreendidas consistentemente, moldadas ao nível educacional do respondente. Elas não devem apenas ser interessantes, mas necessárias e geradoras de informação útil e proveitosa. O pesquisador deve atentar para o grau de ameaça

das perguntas, evitando o constrangimento do respondente, sob pena de vieses decorrentes de respostas inverídicas ou insinceras, ou mesmo ausência das respostas.

Perguntas abertas permitem respostas personalizadas, sujeitas à análise qualitativa (GÜNTHER, 2003), tal como análise do discurso. Essas não se encaixam no escopo deste trabalho. As perguntas fechadas, com alternativas como respostas que devem ser assinaladas, perdem a riqueza de detalhes ligados às perguntas abertas (HILL e HILL, 1998), porém, permitem análise quantitativa. Para tanto, as respostas devem ser trabalhadas operacionalmente em variáveis e indicadores, apresentados na forma de itens (GÜNTHER, 2003). Os itens poderão se encaixar em escalas. A escolha da escala utilizada deve levar em conta considerações estatísticas (GÜNTHER, 2003).

3.2.2 ESCALAS UTILIZADAS EM QUESTIONÁRIOS

As escalas utilizadas para aferição, por exemplo, de opiniões e/ou avaliações em ciências sociais, são quatro (GÜNTHER, 2003), como se segue.

As escalas nominais utilizam números ou símbolos para identificar categorias, como o estado civil ou o sexo do respondente.

As escalas ordinais dispõem de características que podem ser ordenadas em uma dimensão, como o status social. Itens de respostas na escala ordinal forçam o respondente a apontar a ordem de importância entre eles, de forma que, juntando-se as respostas de vários respondentes, é possível determinar uma distribuição de frequência da importância daquele item. Ao fim de uma análise, pode-se determinar qual o valor mediano das menções de importância de cada uma das alternativas de resposta, o que permite calcular a moda e a mediana dos mesmos. A média não pode ser calculada neste caso.

Já as escalas intervalares não somente ordenam características em uma dimensão, mas permitem que as mesmas possam ser comparadas devido aos tamanhos mensuráveis conhecidos de seus intervalos, tais como a temperatura. Compreender valores numéricos em uma escala intervalar soa simples, como no exemplo da temperatura. Porém, em julgamentos subjetivos pessoais ou sociais, determinar o intervalo é mais trabalhoso, como acontece, por exemplo, na medida de satisfação a respeito de um evento.

As escalas de razão são similares às intervalares, porém, dispõem de um ponto de zero absoluto e permitem operações aritméticas nas diferenças entre os números, tais como

tamanho ou tempo. As respostas nas escalas de razão são apresentados como respostas abertas.

Quaisquer das escalas supramencionadas podem ser apresentadas de forma descritiva, com tabelas ou gráficos. As escalas nominais e ordinais habitualmente permitem a aplicação de testes não paramétricos, enquanto as escalas intervalares e de razão permitem testes paramétricos. Esmiuçar esses diferentes testes estatísticos foge do escopo deste trabalho, todavia, sua menção é relevante na medida em que a escolha da escala em que se encaixarão as respostas sofre influência do tipo de análise estatística permitida. Em outras palavras, o questionário a ser elaborado não deverá conter alternativas ou respostas aleatórias, mas sim, respostas passíveis de serem analisadas de uma maneira proveitosa. Esse cuidado se coaduna com os objetivos deste questionário: produzir dados significativos para a compreensão de um cenário e para a tomada de condutas ou direcionamento de políticas ao mesmo.

3.2.3 A ESCALA DE LIKERT

A escala escolhida para a elaboração deste questionário é a de Likert (LIKERT, 1932), uma escala de somatório de escores ou pontos. Apesar de apresentar itens semi-quantitativos, a escala de Likert tem resultado quantitativo, já que, a cada item subjetivo, pode-se atribuir um valor numérico. Em questionários adaptados para essa escala, o respondente deve assinalar a alternativa mais adequada à intensidade de sua concordância com o enunciado da afirmação ou pergunta, encontrando respostas do tipo concordo plenamente, concordo, indeciso, discordo, discordo plenamente.

GÜNTHER (2003) ensina que o questionário pode ter afirmações e não necessariamente questões. As afirmações permitem sintaxe autorreferente ou heterorreferente, podendo ser formuladas na primeira ou na terceira pessoa, como nos exemplos "eu considero importante..." ou "é importante...".

Escalas que resultem em uma avaliação proveitosa não são fáceis de serem elaboradas, visto o número de variáveis envolvidas com o assunto a ser pesquisado e com a escala em si. Porém, há quem ofereça enxutas orientações passo-a-passo de como se elaborar uma escala de Likert, como TROCHIM (2006), elencando que o primeiro passo é definir o foco da pesquisa, o que se está tentando medir. Criar itens (perguntas ou afirmações) é o segundo passo. Os itens devem permitir serem classificados em uma escala numérica (p.ex., de 1 a 5). Trochim

sugere criar de oitenta a cem questões ou afirmações nessa etapa, as quais serão posteriormente selecionadas. A terceira etapa é apresentá-las a um grupo de juízes, escolhidos não para respondê-las, mas para informar quais eles acreditam serem as mais favoráveis para viabilizar a avaliação. Trochim menciona que as perguntas ou afirmações podem ser selecionadas por meio da sua intercorrelação entre todos os pares delas e que há métodos que podem ser usados para escolher ou desprezar itens baseando-se nas notas dos juízes. Já VIEIRA (2009), apenas menciona ficar com as perguntas ou afirmações escolhidas pelos juízes e descartar as que eles recusaram.

As escalas de Likert geralmente utilizam expressões de concordância com o que está sendo afirmado (LIKERT, 1932), como no exemplo:

1. concordo fortemente;
2. concordo;
3. nem concordo nem discordo;
4. discordo;
5. discordo fortemente.

Porém, podem ser utilizados outros tipos de expressões, como ensina VIEIRA (2009); expressões de concordância (Concordo plenamente, Concordo, Indeciso, Discordo, Discordo completamente), expressões de frequência (Quase sempre, Muito Ocasionalmente, Pouco; Nunca), expressões de importância (Muito importante, Importante, Mais ou menos importante, De pouca importância, Sem importância), expressões de probabilidade (Sempre, Muito provavelmente Provavelmente sim, Possivelmente, Provavelmente não, Muito provavelmente não, Nunca) e expressões de qualidade (Muito bom, Bom, Aceitável, Ruim, Muito ruim).

A Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ; BRASIL, 2012) utilizou expressões de satisfação pessoal considerando-as como expressões de qualidade (Muito insatisfatório, Insatisfatório, Regular, Satisfatório, Muito satisfatório), expressas em números de 0 a 10.

3.2.4 NÚMERO DE ITENS E PARIDADE

Não há um consenso a respeito do número de itens de uma escala de Likert. GÜNTHER (2003) cita escalas de Likert feitas com desde duas até nove alternativas e

VIEIRA (2009) recomenda usar quatro a sete delas. GUILFORD (1954) não sugere um número definido, nem tampouco baseado em cálculos estatísticos, afirmando que o número ideal de itens ou categorias deve ser determinado empiricamente "dependendo da situação". MATTELL e JACOBY (1971) mencionam avaliações com duas a dezenove alternativas. A Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ; BRASIL, 2012) usa dez delas. Segundo MALHOTRA (2002), um número elevado de categorias confere maior sensibilidade à escala, "pretendendo alcançar coeficientes de correlação mais fidedignos entre os padrões de qualidade". Malhotra pondera, entretanto, que escalas com um número elevado de alternativas são adequadas para respondentes com devido conhecimento sobre o tema avaliado. Nas suas "deliberações teóricas e achados empíricos", o pesquisador ROHRMANN (1998) conclui que cinco é o número ideal de itens, segundo a opinião dos respondentes pesquisados e do grau de aborrecimento relatado ao responder questionários com diferentes números de itens.

Outros autores investiram em uma perspectiva estatística mais objetiva a fim de investigarem a influência do número de itens do questionário. MATTELL e JACOBY (1971) concluíram que a confiabilidade e a validade de um questionário na escala de Likert não é afetada pelo número de itens. O pesquisador Sul-Africano RAY (1980) concluiu o contrário, encontrando diferenças significativas entre escalas de Likert construídas com números distintos de itens ou categorias. Ele calculou que o aumento de três para cinco itens aumenta a confiabilidade interna do questionário, com maior poder discriminatório. Utilizando o coeficiente alpha de Cronbach como critério de qualidade, Ray concluiu generalizando que a confiabilidade do questionário é maior quanto maior for o número de categorias utilizadas e que isso pode ser "razoavelmente" generalizado para praticamente qualquer questionário desse tipo. Ele próprio sugere sete categorias como um número ideal. Ray apenas comparou o valor isolado do coeficiente alpha de Cronbach entre questionários com número diferente de categorias (itens de Likert), todavia, não calculou se houve diferenças estatisticamente significativas entre elas. Segundo esse autor, os graus de confiabilidade de um questionário são apenas comparados com "valores padrão", não sendo comparados em termos de significância estatística.

A escolha de um número par ou ímpar de itens de Likert influencia a pesquisa, na medida em que um número ímpar de itens permite a inserção de uma alternativa neutra, permitindo ao respondente apontar indecisão quanto à sua resposta. Segundo VIEIRA (2009), há controvérsias na escolha da paridade de itens; muitos respondentes sentem insegurança em

tomar uma posição diante de algumas questões ou afirmações e acabam cedendo ao item incerto ou neutro.

Autores como CROASMUN e OSTROM (2011) preferem um número ímpar de categorias. Os mesmos modificaram um questionário com quatro itens de Likert, acrescentando um quinto item neutro (resposta do tipo "não sei"). No questionário original, o coeficiente alpha de Cronbach oscilou de 0,76 a 0,90. No questionário modificado, de 0,87 a 0,88. Não houve cálculos estatísticos de significância entre eles; assim como RAY (1980), foram apresentados apenas valores absolutos do coeficiente, de forma que os autores não impõem uma escolha definitiva, mas somente uma preferência ao número ímpar de alternativas. Além do que, o aumento do coeficiente não pode ser isoladamente atribuído ao número ímpar de itens, já que os autores também acrescentaram questões ao questionário e modificaram a forma como foram escritas.

RAY (1980) faz um "apelo" para a inserção do item neutro e, portanto, da escolha de número ímpar de alternativas. Baseando-se em argumentos subjetivos, ele se mostra contrário a forçar o respondente a escolher uma alternativa positiva ou negativa em um número par de itens a fim de não deteriorar o relacionamento entre o pesquisador e o respondente. Segundo ele, tal conduta pode incorrer em menor "sensação de cooperatividade", reduzindo o valor e a validade das respostas.

Diante da ausência da comprovação definitiva da melhor escolha, o meio termo se mostra ponderável, possível e viável. VIEIRA (2009) sugere que parte das questões disponham alternativas em número par, enquanto o restante, em número ímpar. HILL e HILL (1998) reafirmam a possibilidade de existência, em um mesmo questionário, de perguntas ou afirmações com número diferente de respostas (par ou ímpar), desde que todas elas possam ser transformadas em valores numéricos da mesma escala, de forma que essa opção mista não traz grandes dificuldades na análise final de dados.

3.2.5 A ESTATÍSTICA LEGITIMANDO A ESCOLHA

A escolha da escala de Likert apoiou-se principalmente no seu uso disseminado nos levantamentos de dados (VIEIRA, 2009) e no conseqüente volume de publicações disponíveis a respeito. Os testes estatísticos que a escala de Likert permite aplicar visando extração e

análise de dados legitimaram a escolha da mesma, fortalecendo a conclusão de que tal escala foi a melhor escolha para esta dissertação.

Em relação à elegibilidade da escala de Likert para determinados testes estatísticos, também há debates. Segundo BORTZ e DÖRING (1995), a controvérsia da escolha do teste estatístico a ser aplicado em uma escala de Likert é antiga e ainda não foi resolvida. Os autores expõem a opinião de "puristas" que afirmam que, em escalas ordinais de classificação como a de Likert, é proibitiva a análise estatística com métodos paramétricos. Os "puristas" se recusam a igualar propriedades de uma escala ordinal a de uma intervalar. Esses teóricos não concordam haver intervalos bem definidos entre termos subjetivos como "discordo fortemente, discordo, concordo e concordo fortemente", argumentando serem possíveis apenas operações comparativas com o operador matemático "maior que" ($>$) entre esses termos. Pesquisadores mais pragmáticos opinam não haver óbices matemáticos para avaliar uma escala de Likert de forma paramétrica (BORTZ e DÖRING, 1995).

O debate em questão é relevante para esta dissertação, na medida em que se reflete na escolha da escala, base para o questionário e dados extraídos subsequentes às análises que se mostrarem permitidas. Segundo GAITO (1986), não refletir sobre o assunto torna sem sentido o esforço da pesquisa.

A gênese da argumentação de tal controvérsia tem como pilar o trabalho de STEVENS (1946). Publicando em revista de alto fator de impacto, Stevens defendeu que técnicas estatísticas paramétricas apenas poderiam ser utilizadas em escalas intervalares ou superiores, excluindo escalas ordinais dessa possibilidade. Segundo GAITO (1980), as conclusões dessa publicação foram incorporadas e disseminadas em inúmeros livros de estatística, mas são "falaciosas". A análise oposta às afirmações de Stevens deve se embasar na diferença entre a teoria de mensuração e a teoria estatística.

Para GAITO (1986), conclusões puramente matemáticas produzidas por instrumentos estatísticos podem estar desvinculadas de aspectos empíricos da pesquisa e das características dos dados. Em outras palavras, nessas circunstâncias, o instrumento estatístico independe do tipo de medida. Ele complementa que "os dados não sabem de onde vieram" e que em análise estatística não há referência às características da mensuração que os gerou. O significado atribuído aos números e como foram obtidos ganha relevância nas conclusões empíricas. Nessa esteira de raciocínio, Gaito exemplifica, com um questionário, como uma escala ordinal pode ser interpretada como sendo uma escala intervalar, permitindo a aplicação de testes paramétricos.

GÜNTHER (2003) opina que, só do ponto de vista prático (empírico), valores numéricos como "1, 2, 3, 4" associados a itens de Likert como "discordo fortemente, discordo, concordo e concordo fortemente" apresenta uma variabilidade de intervalos que não afeta o poder inferencial de uso de estatísticas paramétricas, com uma conclusão similar à de GAITO (1980, 1986). Günther acrescenta que, para fins descritivos, é cauteloso utilizar moda e mediana em lugar da média; e, para fins inferenciais, usar estatísticas paramétricas.

3.3 O MÉTODO DELPHI

Pesquisadores e gestores podem guiar suas decisões deparando-se com dois cenários: com informações organizadas disponíveis ou não.

Informações estatisticamente analisadas e publicadas tais como em meta-análises, permitem sintetizar dados de estudos no intuito de dirimir dúvidas e sanar inconsistências entre publicações, apoiando tomadas de decisão. Entretanto, diante da indisponibilidade desse tipo de informação, métodos de obtenção de consenso constituem-se alternativa a apoiar tomadas de decisão na prática clínica e em serviços de saúde (JONES e HUNTER, 1995). Busca-se obter uma concordância (consenso) entre pessoas que conhecem bem um determinado assunto.

Dois desses métodos são comumente adaptados na pesquisa em saúde, a saber: a técnica de grupo nominal (painel de especialistas) e o método Delphi. Um terceiro, a conferência de desenvolvimento de consenso, não é comum entre pesquisadores, porque envolve um grau de organização e de recursos habitualmente não disponíveis aos mesmos (MCGLYNN, KOSECOFF e BROOK, 1990).

Tais métodos são úteis na ausência de evidências a respeito de um determinado assunto, situação na qual se deseja conhecer o grau de concordância a respeito do mesmo, como também dirimir discordâncias. A obtenção de consenso por esses métodos visa superar certas desvantagens de decisões elaboradas por comitês ou grupos que eventualmente valorizem interesses potencialmente conflitantes a respeito de opiniões publicamente divulgadas (JONES e HUNTER, 1995).

Os métodos de obtenção de consenso, tais como o método Delphi, se diferenciam dos comitês supramencionados por contarem com o anonimato entre os participantes e, tanto o Delphi quanto o grupo nominal, possibilitam a mudança de opinião dos integrantes ao longo

das etapas ou rounds. A mudança de opinião pode ocorrer por meio da devolutiva de informações (feedback) em uma forma condensada, sendo reanalisadas e repensadas pelos participantes ao longo do processo. O método Delphi, por meio do anonimato, permite evitar a pressão de algum membro influente sobre a opinião dos demais e, conseqüentemente, o domínio de um deles sobre a opinião geral. Também se evita a pressão da divulgação pública de opiniões com autoria identificada (ROWE, WRIGHT e BOLGER, 1991); isto é, participantes contam com a possibilidade de se manifestarem contrários a opiniões publicadas por aqueles reputados como autoridades no assunto, sem o receio de macular sua imagem profissional por eventuais críticas.

Essas razões técnicas foram por nós interpretadas como vantagens a preferir o método Delphi, considerando também não haver recursos deste trabalho para a organização de um grupo nominal, nem tampouco uma conferência de desenvolvimento de consenso. Desta feita, por fugir do escopo deste trabalho, não nos aprofundaremos nas explicações a respeito das técnicas desses dois últimos métodos.

O método Delphi tem sido amplamente usado na pesquisa em saúde, a despeito de algumas incertezas, bem como modificações do método encontradas na literatura. O mesmo pode encontrar vasta aplicabilidade na saúde pública, área carente de consensos envolvendo inúmeros assuntos. Prova de sua demanda e aplicabilidade é o crescente número de publicações na área da saúde utilizando o Delphi como meio de sintetizar informações e emitir opiniões (KEENEY, HASSON e MCKENNA, 2006).

Esta técnica consiste em um processo estruturado em sucessivas etapas que recolhem informações de especialistas até a obtenção de um consenso entre eles sobre determinado assunto. Apresenta-se um questionário a esse conjunto de especialistas, buscando sua opinião no tópico levantado. As opiniões são devolvidas, anotadas e resumidas pelo pesquisador, gerando novo questionário entregue aos mesmos participantes, desta vez, listando todas as opiniões, a partir das quais eles deverão reconsiderar seus pareceres, concordando ou discordando do que foi apresentado. Suas novas respostas são devolvidas, gerando novas etapas sucessivas até que um consenso seja atingido ou os pareceres não se alterem mais (BERETTA, 1996; JONES e HUNTER, 1995).

A maneira habitual de se coletar a opinião dos participantes se dá por correio físico ou eletrônico (email), porém, houve pesquisa na qual as opiniões dos indivíduos foi colhida por meio de entrevistas individuais (MCKENNA, 1994), enquanto em outro, por meio de grupos focais, em ambos os casos gerando questionários de perguntas fechadas para as etapas subsequentes (MCKENNA, BRADLEY e KEENEY, 2001).

O número de itens a ser avaliado pode alcançar grandes proporções, chegando a mil (POWELL, 2003), aumentando a complexidade da tarefa e a demanda pela organização dos dados. Adota-se comumente o agrupamento das informações em categorias ou dimensões visando facilitar a compreensão do material, como é visto na avaliação AMAQ (Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica; BRASIL, 2012), na qual os dados são agrupados em quatro dimensões que albergam treze subdimensões.

Pesquisas e publicações decorrentes são consideradas sistemas. O agrupamento dos dados se constitui em uma das bases fundamentais da análise de sistemas (ALMEIDA, 2018), bem como na análise de dados da pesquisa científica (TEIXEIRA, 2003), incluindo entrevistas e questionários (CARVALHO e VERGARA, 2002) nos quais há coleta e tratamento dos dados passíveis de agrupamentos (clusters) de significados. Todavia, agrupar as questões em categorias maiores (dimensões e subdimensões), visando organizar os assuntos, pode produzir o efeito halo, no qual participantes tendem a opinar a respeito da categoria e não sobre questões mais específicas sob a mesma (MEAD e MOSELEY, 2001). Por outro lado, apresentar um grande número de questões não agrupadas pode sobrecarregar participantes (KEENEY, HASSON e MCKENNA, 2006).

Os dados recebidos dos participantes devem ser resumidos a fim de serem devolvidos durante a progressão das etapas do consenso. A devolução de informações desde a primeira etapa de volta aos especialistas pode se dar por meio de medianas, intervalos, médias e desvios-padrões, ou mesmo na forma modesta de porcentagens de respostas. Trata-se de análise comum das perguntas ou afirmações escolhidas pelos participantes, reunidas por grau de relevância atribuído. A concordância entre os especialistas pode ser determinada empiricamente pelo próprio consenso de seu conjunto de opiniões (simples escolha), por votação ou por meio do cálculo de médias (KEENEY, HASSON e MCKENNA, 2006).

O método progride em etapas. A realização de etapas sucessivas (rounds) é umas das bases do método Delphi (CANTRILL, SIBBALD e BUETOW, 1996), porém, seu número ideal é discutível e sem consenso na literatura. Em uma concepção teórica, deve haver tantas etapas quanto necessário até que um consenso sobre o assunto pesquisado seja atingido. No cenário real, quanto mais etapas há, menor o número de respondentes e maior o tempo consumido (KEENEY, HASSON e MCKENNA, 2006). O menor número de etapas comumente descrito é o de duas, como fez MCKENNA (1994), apesar de que, há descrição de trabalhos com uma única etapa (ZEPEDA, 2013). Outros recomendam quatro etapas (SEKAY e KENNEDY, 2017). O principal limitante para o aumento do número de etapas é a

queda do número de respostas associada. KEENEY, HASSON e MCKENNA (2006) afirmam que a percepção dos participantes de que são parceiros do estudo e seu interesse ou fascinação pelo assunto estão associados à melhor taxa de respostas, de forma que é importante encorajar a participação entre os integrantes, os quais persistirão durante as etapas se mantiverem interesse e compromisso. MCKENNA (1994), demonstrou que o contato pessoal, individualmente com cada participante, aumentou as taxas de resposta, porém, exigiu uma estrutura de tempo, local e contato diferenciada.

O pesquisador conta com certa liberdade em adaptar o método à realidade da sua pesquisa. Revisando a literatura, EVANS (1997) concluiu não haver padronização do método Delphi, denotando menor rigidez de sua estrutura e aplicação, haja vista diversas modificações do método já utilizadas. Modificações mais comuns ganharam nomenclatura reconhecível na literatura, tais como o Delphi "em tempo real" (real-time Delphi), "de políticas" (policy Delphi) e "decisório" (decision Delphi), além do Delphi "clássico". Até mesmo o Delphi "clássico" é passível de modificações resultando em outras variantes ainda consideradas dentro do espectro "clássico". Segundo EVANS (1997), as três primeiras modificações nomeadas supra têm características que as aproximam do grupo nominal, apagando algumas peculiaridades do Delphi como o anonimato. Não adotaremos nem nos aprofundaremos nessas variantes por essa razão. O Delphi "clássico" comumente apresenta variações na escolha dos participantes, no número deles, no número de etapas, na apresentação dos dados durante as etapas e nos critérios para se definir um consenso.

KEENEY, HASSON e MCKENNA (2006) criticam a existência de tantas modificações, considerando a ausência de sistemática e rigor na estrutura do método e alertando para o risco de resultarem em "profecias autorrealizáveis", levando a entender que a opinião dos participantes pode ser manipulada pelo pesquisador. Segundo esses três autores, que publicaram eles próprios trabalhos se valendo do método Delphi (MCKENNA, BRADLEY e KEENEY, 2001; MCKENNA, e HASSON, 2001), tal manipulação pode ser atenuada na condição de o pesquisador dar liberdade aos participantes, mas esses autores não detalham a respeito. EVANS (1997) identifica a provisão de dados como a fonte de influência: entregar aos participantes revisões bibliográficas que apontem direções para uma decisão. Como solução, o autor sugere não fornecer literatura revisada aos mesmos. Evans demonstra ainda, por meio de revisão da literatura, não haver evidências de existir o hábito de fornecer esse tipo de informação aos participantes, citando diversas publicações baseadas no Delphi sem indícios dessa influência, de forma que tal revisão atenua o receio mencionado

por KEENEY, HASSON e MCKENNA (2006) e fortalece a aplicabilidade e credibilidade do Delphi.

A seleção dos participantes também se permeia com flexibilidade, considerando não haver um método padrão para a seleção de sujeitos com uma opinião relevante sobre determinado assunto, nem tampouco um número específico deles. Esse aspecto contribui para potenciais vieses, como o de participarem somente aqueles com grande interesse na pesquisa em questão (KEENEY, HASSON e MCKENNA, 2006; EVANS, 1997). Contudo, acreditamos ser essa uma característica constitutiva ou peculiar do próprio método, um inconveniente a ser aceito em troca da inexistência de meta-análises e informações bem estabelecidas a embasar a decisão que se busca na pesquisa daquele determinado assunto. A seleção flexível de participantes acaba sendo aceita até mesmo nos casos em que ocorre de forma claramente arbitrária, como raciocina EVANS (1997), ao combater críticas a respeito de painéis de especialistas escolhidos por uma indústria farmacêutica; não deixam de ser especialistas e habitualmente também costumam ter experiência de longa data, critérios habitualmente usados no Delphi. Assim, mesmo escolhidos arbitrariamente e tendo interesse declarado pelo assunto em questão, constituem-se especialistas experientes com grande chance de serem escolhidos em estudos similares com o método Delphi.

O número de participantes também não é rígido. MCKENNA (1994) convidou todos os profissionais de seis hospitais que considerou especialistas no assunto a ser discutido em seu Delphi, enquanto LINSTONE (1978) citou estudos que usaram centenas de participantes para opinarem sobre a questão. Em sua revisão bibliográfica, EVANS (1997) encontrou trabalhos que recrutaram desde 5 a 154 especialistas.

O método Delphi não conta com um anonimato completo, situação em que não só os participantes ignoram a identidade uns dos outros, mas também o pesquisador ignora a identidade de quem originou cada opinião. Pelo contrário; no Delphi, o pesquisador conhece cada participante e entra em contato com o mesmo mais de uma vez, cobrando sua opinião ao longo do processo, situação alcinhada por MCKENNA (1994) de "quasi-anonymity" (quase anonimato, em tradução livre). Diferentemente de outros tipos de pesquisa nas quais a perda do anonimato pode causar vieses prejudiciais, no Delphi, a perda do anonimato pode eventualmente ser benéfica, como relata MCKENNA, BRADLEY e KEENEY (2001), em um trabalho cujos participantes sabiam serem todos colegas de trabalho e, trocando ideias entre si, aumentaram as taxas de resposta esperadas. A perda do anonimato entre o pesquisador e participantes também tem a vantagem, como já mencionado, de permitir ao pesquisador aumentar a taxa de respostas via incentivo direto.

O tempo de execução do método foi abordado em literatura. DUFFIELD (1993) estima que cada etapa possa durar até oito semanas cada uma. um estudo como este, com previsão para duas etapas, duraria, então, até dezesseis semanas, ou quatro meses, incluindo o tempo para se analisar o conteúdo.

Quanto ao principal fim do método Delphi, a obtenção do consenso a respeito de um assunto, a taxa de concordância entre os participantes pode variar, de forma que se questione qual o grau de concordância mais apropriado a se considerar para encerrar o processo e utilizar a opinião final em publicações e pesquisas.

GREEN et al (1999) sugeriram, arbitrariamente, uma concordância de 80% entre os participantes do Delphi a fim de encerrar as atividades, enquanto KEENEY, HASSON e MCKENNA (2006) citam haver na literatura taxas aceitáveis de concordância a partir de 51%, acreditando que possa haver uma taxa variável para cada pesquisa, na dependência da importância do tema discutido, chegando à 100% em casos que envolvem decisões de vida ou morte. Para esses autores, é prudente definir a taxa de consenso antes de iniciar o método. Eles próprios sugerem uma taxa de 75%, porém, empírica, não embasada em qualquer diretriz ou cálculo estatístico, aceitando desde 51% à 100%, na dependência dos fatores mencionados. GREEN et al (1999) questionam valores numéricos percentuais de concordância e são favoráveis à consideração da *estabilidade das respostas* ao longo das etapas do Delphi; se, após diversas etapas consecutivas, as respostas de todos se mantiverem iguais, esse será o indicador de concordância. Todavia, esse processo é inviável em Delphi de poucas etapas e naqueles cujo o tempo é um fator limitante, tanto que os próprios autores abandonaram esse conceito em sua publicação, já que optaram por um Delphi de menos etapas, usando uma porcentagem arbitrária eles próprios.

KEENEY et al (2001) apontam que a concordância entre os participantes, parte da essência do método, difere de concordar com o assunto, o que implica que a questão discutida ou o consenso encontrado não representam, em absoluto, a resposta correta. Um consenso obtido com o método Delphi não substitui pesquisas científicas rigorosas. Os mesmos autores também apontam que o método traz falhas semelhantes a pesquisas (surveys) por correspondência (em papel ou eletrônica), como não poder garantir que a resposta veio daquele especialista, ou de forçar uma resposta não sincera de um participante estimulado a responder pelo pesquisador (situação de quase anonimato), quando este tinha a intenção de se desvincular da pesquisa.

EVANS (1997) comenta que o significado do que é um consenso é incerto, podendo abranger uma opinião aceitável a todos os participantes, o mesmo ponto de vista compartilhado por todos após mudanças de opinião ou ainda a opinião da maioria.

Acreditamos que essas interpretações do que seja um consenso sejam impraticáveis, considerando o Delphi clássico, onde os participantes não decidem juntos simultaneamente, desconhecem a identidade dos demais e não tem contato entre si para esse fim. O que se tem no Delphi é um consenso fragmentado, obtido após análise das opiniões recebidas e com um grau de concordância arbitrado pelo pesquisador, dentro de limites razoáveis já expostos. Trata-se de um ponto de partida com o fim de apresentar uma opinião ou tomar certa decisão, até que mais esclarecimentos venham à tona a respeito do assunto. O próprio EVANS (1997), que expôs algumas fragilidades do método, termina afirmando recomendar o Delphi e conclui que a opinião de especialistas é valorosa, devendo ser considerada.

Compreendemos o Delphi como ferramenta útil em atenuar eventual inércia da trajetória evolutiva do processo cognitivo de assuntos pouco explorados; complemento de um processo a imprimir movimento à pesquisa científica. O Delphi é válido e útil, pois.

3.3.1 CARACTERÍSTICAS E RESULTADOS DO DELPHI

O questionário elaborado com base na bibliografia listada somou cento e oitenta e duas questões, número reduzido empiricamente pelo autor a quarenta e nove, considerando o tamanho inicial pouco viável para uso abrangente por trabalhadores do NASF. Cinco especialistas foram convidados por email a participar do método Delphi clássico, previsto inicialmente com duas etapas e limite máximo de quatro meses. Os especialistas foram escolhidos por estarem envolvidos em uma ou mais das seguintes atividades:

- pesquisa avaliativa
- trabalho (experiência) com equipes interdisciplinares
- estudiosos do NASF com trabalhos publicados na área
- trabalhador do NASF com pós-graduação na área
- docente da área de educação interprofissional

Cada questão deste instrumento foi avaliada pelos especialistas por meio de dez critérios específicos e, ao fim, o conjunto dos itens foi avaliado por dois critérios gerais. Os

critérios foram embasados em princípios de elaboração de escalas psicométricas de atitude e testes psicológicos de aptidão (PASQUALI, 1998).

Os dez critérios associados a cada item são:

1. Critério comportamental: tem relação com um comportamento real. O item evita abstrações vagas que só existem no pensamento.
2. Critério de objetividade: o respondente pode concordar ou discordar com diferentes preferências, sentimentos ou modos de ser.
3. Critério de simplicidade: o item expressa uma única ideia, evitando confundir o respondente.
4. Critério de clareza: fácil compreensão pelos respondentes da população alvo.
5. Critério de pertinência: há correspondência com o atributo que se quer medir. Guarda relação com outras frases ou itens da mesma dimensão ou do instrumento como um todo.
6. Critério de precisão: o item é distinto dos demais.
7. Critério de variedade: varia a linguagem, evitando as mesmas frases em todos os itens. A variedade também pode abranger a presença tanto de itens favoráveis quanto desfavoráveis.
8. Critério de credibilidade: o item não é ridículo nem infantil.
9. Critério da modalidade: evita expressões extremadas como infinitamente, excelente, miserável, etc.
10. Critério da tipicidade: os elementos da frase são condizentes entre si. Evita expressões como "inteligência pesada" ou "beleza grossa".

Os dois critérios gerais referentes ao conjunto de todos os itens são:

11. Critério da amplitude: os itens cobrem toda a extensão do atributo em avaliação
12. Critério do equilíbrio: os itens variam na medida de aptidões fáceis, médias e difíceis, bem como atitudes fracas, moderadas ou extremas, predominando os itens não extremos.

O uso desses critérios, entre outros procedimentos, evita a precariedade dos instrumentos psicométricos (PASQUALI, 1998), excluindo itens ambíguos, incompreensíveis, com termos vagos, com duplas perguntas, com jargões ou que apresentam juízo de valores (COLUCI, ALEXANDRE e MILANI, 2015).

Apesar de que EVANS (1997) critica a provisão de dados aos especialistas do Delphi (fornecimento de revisões bibliográficas aos participantes) como possível fonte de influência, cada item deste questionário (QuestNasf) foi acompanhado de embasamento bibliográfico por

duas razões: instrumentos avaliando a interdisciplinaridade no NASF são inéditos até esta data, de forma que não há experiência prévia de participantes nesse quesito específico, e também porque vários dos itens têm conteúdo contraintuitivo; não parecem avaliar o que propõem (como "membros do grupo defendem uns aos outros", frase de uma escalas que avalia inovação). O embasamento na literatura poderia atenuar uma primeira impressão de incoerência e inadequação dos mesmos ao instrumento. Acreditamos que a amostra bibliográfica anexada aos itens não enviesou a avaliação final dos especialistas, em vista das inúmeras observações e sugestões geradas e incorporadas.

Houve uma apreciação do questionário tanto quantitativa quanto qualitativa. Dos cinco especialistas convidados, apenas três responderam, classificando cada questão com notas de 1 a 5 para cada critério e redigindo comentários livres. Dadas as limitações de tempo, restringimos a aplicação do Delphi a apenas uma etapa, como fez ZEPEDA (2013). Frente ao número reduzido de respondedores, porém, profusa amostra de sugestões e comentários livres, pudemos trabalhar de maneira abrangente com cada uma das contribuições, prescindindo de análises estatísticas. Isso possibilitou estabelecer relação dialógica face às contribuições, que puderam ser plenamente aproveitadas, inclusive nos detalhes. Inúmeras modificações foram realizadas. As questões, já modificadas, foram listadas após a conclusão.

4. CONCLUSÃO

O apoio matricial é um recurso para a organização do trabalho em saúde na AB (CUNHA e CAMPOS, 2011), um arranjo organizacional (CAMPOS, 1999) planejado para potencializar o modelo de atenção à saúde, melhorando o vínculo terapêutico e alterando a estrutura gerencial por meio da democratização ou descentralização das decisões (CAMPOS, 1998), com respeito e consideração à opinião de todos os membros e adaptação às características locais.

A existência de fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas e tantos outros especialistas é anterior ao NASF, todavia, o que diferencia sua atuação isolada e fragmentada, da atuação integrada da proposta (NASF) é o *apoio matricial* e seu intrínseco modo *interdisciplinar* de trabalho, não mais centrando-se nas especialidades, mas na singularidade da abordagem, acompanhamento e resolução de cada caso (CUNHA e CAMPOS, 2011).

Avaliar aspectos da interdisciplinaridade do NASF (intenção deste trabalho, QuestNasf) permitirá perscrutar o cerne de seu funcionamento. Inicialmente, os caminhos apontaram para os métodos bibliométricos como pertinentes para a avaliação da interdisciplinaridade (AXARLOGLOU, THEOHARAKIS, 2003; CASSI, MESCHEBA, TURCKHEIM, 2014), inadequados ao NASF, que habitualmente não gera produção científica publicada. Em outras palavras, apesar de haver produção científica *a respeito do NASF*, esses métodos avaliam a interdisciplinaridade por meio de trabalhos científicos *produzidos pelo grupo* avaliado, característica que não faz parte do NASF.

A *diversidade profissional* se mostrou via final comum apontada por evidências, como solução para elaborar a avaliação e até a mensuração da interdisciplinaridade, distinta do paradigma dos métodos bibliométricos. Raciocínios inteligentes e fórmulas complexas, tendo a diversidade como matéria prima, aparentavam ser a diversidade a panaceia. O NASF, porém, revelou-se infértil para tais fórmulas e teorias. A possibilidade de variação da diversidade do NASF é limitada por lei (BRASIL, 2008 e BRASIL, 2011) e sua composição no cenário real é ainda mais limitada; cinco áreas profissionais (26% daquelas permitidas) compõem em torno de 80% de todos os profissionais atuantes (OLIVEIRA FILHO, 2015) e, se somadas mais duas áreas somente, perfazem em torno de 90%.

Como se isso não bastasse para desqualificar a diversidade como solução única de avaliação da interdisciplinaridade no NASF, medidas complexas de interdisciplinaridade como a de Rao-Stirling (CASSI et al, 2017), também baseadas na diversidade profissional, não são úteis para esse fim. Os eixos de Biglan (BIGLAN, 1973), que compõem variáveis da fórmula, pouco ou nada se alteram no NASF (todos os campos disciplinares presentes são aplicativos, duros e abordam a vida, talvez havendo variações da variedade e do equilíbrio). A diversidade, isoladamente, não se mostrou um bom termômetro para a avaliação da interdisciplinaridade no NASF. Foi necessário empreender uma busca contornando a abundância dos caminhos bibliométricos, a inaptidão das fórmulas prontas e a inadequação da diversidade como fator único ou isolado. Foi preciso adentrar no terreno psicológico e comportamental das relações profissionais, pessoais e gerenciais, os quais envolvem uma miríade de fatores. SANS-MENÉNDEZ, BORDONS e ZULUETA (2001) acreditam que usar vários parâmetros na avaliação da interdisciplinaridade em um cenário real de trabalho pode agregar valor à mensuração subjetiva da mesma. A avaliação da interdisciplinaridade dessa forma se revelou heterogênea; um mosaico de elementos contraintuitivos.

Entre tantos elementos a serem dissecados, o estado de tensão profissional por desigualdade de poder que permeia o trabalho interdisciplinar (D'AMOUR, 1997) é um deles.

D'Amour descreveu uma lógica emocional a partir de conflitos territoriais, sensação de pertencimento à própria classe, lealdade ao próprio grupo profissional e dificuldades no estabelecimento de áreas comuns de responsabilidade. Os conflitos são muitos, a começar pelos limites impostos por conselhos de classe e outros dispositivos reguladores, anulando a pretensão de transcender os espaços disciplinares.

Instituições públicas de saúde como hospitais e Unidades básicas de saúde (UBS) encaixam-se no contexto de quebra da cadeia única de comando (RIZZO, HOUSE E LIRTZMAN, 1970), no qual coexiste a autoridade dos superiores da organização, dos conselhos de classe e das normas profissionais, induzindo conflitos e ambiguidades de papéis, gerando ansiedade e insatisfação e culminando em indivíduos disfuncionais. WEST e FIELD (1995) descrevem a existência de conflitos entre membros de equipes interdisciplinares da atenção primária, principalmente devidos à definição e atribuição de papéis. BOND (1985) descreve comunicação deficitária dentro da equipe, prejudicando a definição de papéis e comprometendo a colaboração. CORREIA (2017) corrobora que o NASF, situando-se no contexto da atenção primária e formando equipe interdisciplinar, padece do mesmo. MATUDA et al (2015) descreve a existência dessa mesma tensão profissional no NASF, com disparidade de entendimento entre as diferentes categorias profissionais e, quiçá, entre profissionais da mesma categoria, proveniente de distintas percepções entre eles. Segundo MATUDA et al (2015), tais tensões resultam no isolamento profissional, na fragmentação dos processos de trabalho e dificuldades na colaboração interprofissional.

CAMPOS (1998) descreve a democratização da gestão, em um contexto de gestão colegiada ou cogestão, mas isso não implica na ausência de um líder. Todavia, a falta de clareza sobre a atribuição do papel da liderança tem associação com menor qualidade e efetividade do trabalho da equipe (XYRICHIS e LOWTON, 2008).

Vinte anos antes de CAMPOS (1998), SIEGEL e KAEMMERER (1978) abordaram a descentralização da autoridade em hospitais e organizações em geral pretendendo medir o suporte à inovação. Há correlação positiva entre a inovação e a diversidade profissional (ROSENBERG, 1982; LANDAU et al., 1996; GRABHER e STARK, 1997), bem como melhor custo-efetividade do trabalho em equipe (BORRILL, 2002). O suporte à inovação afeta positivamente a colaboração interprofissional e a efetividade da equipe (XYRICHIS e LOWTON, 2008). WEST e WALLACE (1991) concluem que a inovação na AB aumenta a ênfase da prática de processos preventivos em detrimento de cuidados curativos voltados a situações agudas, reduzindo a fragmentação da atenção à saúde.

A intrincada relação entre essas variáveis vai se descortinando; WEST e WALLACE (1991) correlacionam, na AB, a inovação no trabalho com aspectos da liderança e descentralização de autoridade, estando as três variáveis atreladas à interdisciplinaridade, assim como a diversidade, a tolerância à diversidade, os conflitos e ambiguidades de papéis, entre outros fatores como as reuniões, sobrecarga de trabalho, objetivos compartilhados e influência da gestão, entre outros.

Não se espera que equipes de atenção à saúde atinjam a mesma magnitude de inovação que outras organizações, dadas as restrições de leis, normas e conselhos de classe. Condutas bem estabelecidas por evidências não podem ser trocadas por outras meramente inventadas. Todavia, há inovação constatada na atenção primária à saúde, como demonstra a literatura revisada neste trabalho, associada a inúmeros benefícios, entre eles, redução da fragmentação da atenção à saúde e melhora do perfil de custo-efetividade.

Reuniões regulares de equipe estão associadas a maiores níveis de inovação e trabalho mais efetivo (XYRICHIS e LOWTON, 2008). O fator tempo envolve a pressão do tempo e o excesso de trabalho, com prejuízo ao trabalho interdisciplinar na área da saúde (MATUDA et al et al, 2015; XYRICHIS e LOWTON, 2008), dificultando a realização de reuniões e a interação entre profissionais, sendo as metas numéricas de produção uma das causas citadas.

A avaliação no ambiente de trabalho, principalmente seguida da chamada "recompensa", carrega importância insuspeita. A chance dada a cada um de discutir os problemas, ser ouvido a respeito de soluções apropriadas e ter as contribuições individuais consideradas faz o reconhecimento do trabalho ser considerado gerador de recompensa, melhorando a atuação da equipe (XYRICHIS e LOWTON, 2008). Esses autores revelaram evidências de que quanto maior a extensão e sofisticação das avaliações realizadas, menor a *mortalidade* encontrada. O presente trabalho averigua a existência de avaliações no ambiente laboral do NASF. É interessante notar que o QuestNasf é um instrumento de avaliação, ensejando a possibilidade de que, inteirado a avaliações rotineiras na AB, possa, ele próprio, contribuir proporcionalmente com alguma redução da mortalidade.

O suporte da gestão é um fator crucial. O CAB 39 (BRASIL, 2014) considera responsabilidade do gestor a mediação de conflitos e impasses entre o NASF e equipes de AB, bem como definição de atribuições e atividades desenvolvidas por cada categoria profissional e respaldo institucional para realização das reuniões de discussão de casos (tempo na agenda, por exemplo). A falta de suporte do gestor pode desencadear queda da efetividade da equipe (XYRICHIS e LOWTON, 2008), comprometendo o grau de inovação da mesma e o estabelecimento de diretrizes compartilhadas.

O COSEMSSP (2018) orienta haver tais diretrizes pactuadas entre o NASF e as EqSF. Objetivos claros e compartilhados entre os membros tiveram o maior impacto isolado na efetividade do trabalho de equipes da atenção primária, entre todos os fatores considerados (XYRICHIS e LOWTON, 2008).

A reunião de todos esses fatores resultou em um questionário inicial de cento e oitenta e duas questões, com noventa e sete delas totalmente originais deste trabalho, número demasiado para um contexto prático. O questionário chegou a quarenta e nove itens após sucessivas eliminações, quando foi apresentado a cinco especialistas por meio do método Delphi, os quais avaliaram cada item ou questão por meio de dez critérios próprios de escalas psicométricas (PASQUALI, 1998), já explanados. O número reduzido de respondentes desqualificou a análise quantitativa, porém, inúmeros comentários e sugestões favoreceram uma abordagem qualitativa, modificando o questionário, aqui apresentado com cinquenta itens.

Restaram as seguintes dimensões avaliadas pelo instrumento:

1. Influência do local de trabalho sobre a interdisciplinaridade
2. Influência da composição da equipe e da diversidade profissional sobre a interdisciplinaridade
3. Capacitação em apoio matricial e trabalho interdisciplinar
4. Estabelecimento da liderança, clareza de papéis, conflitos e ambiguidades de papéis
5. Reuniões e sobrecarga de trabalho
6. Objetivos do trabalho em equipe; diretrizes conjuntas de trabalho
7. A avaliação no local de trabalho
8. Inovação e colaboração interprofissional
9. Influência do gestor / da gestão

Todas se encaixando na unidade de avaliação, qual seja, a interdisciplinaridade e aspectos da mesma no apoio matricial.

Uma das dimensões foi excluída ("influência do tamanho da equipe sobre a interdisciplinaridade"), juntamente com a única questão que albergava: "Acredito que, se a minha equipe fosse menor, seria mais efetiva", extraída de evidências publicadas por XYRICHIS e LOWTON (2008), sem aplicação prática no contexto do NASF/NASF-AB. Equipes menores podem ser *menos* efetivas caso não sejam capazes de absorver a demanda imposta, segundo a experiência dos especialistas e indícios já fornecidos, como a publicação de MATUDA et al (2015).

A maior parte das críticas às demais questões se encaixou em uma de duas situações. Uma delas foi a aprovação da estrutura da questão, porém, reprovação da dimensão em que se encontrava. As dimensões não abraçavam o tópico envolvido ou seu conteúdo contraintuitivo fazia parecer não haver relação com a interdisciplinaridade. Isso motivou anexar bibliografias que situavam cada questão em seu respectivo contexto, importância e relação com a interdisciplinaridade, contrariando a sugestão de EVANS (1997), como explanado no capítulo sobre o Delphi neste trabalho.

A segunda razão mais comum de crítica às questões foi o fato de as mesmas abordarem o ambiente da "equipe", situação que não definia se tratar de equipe de profissionais do NASF reunidos entre si, ou equipe formada por um ou mais profissionais do NASF reunidos com as EqSF. As questões, da forma como foram elaboradas antes das sucessivas eliminações, abordavam esse detalhe. Muitas eram duplicadas por essa razão, de forma que uma avaliava a primeira situação (NASF-NASF) e a outra, a segunda (NASF-EqSF). Voltar a duplicar as questões solucionaria o problema, porém, seria um retrocesso, tornando o questionário excessivamente longo novamente. Optou-se por prestigiar o relacionamento e observações feitas na equipe formada por NASF e profissionais matriciados (EqSF), sendo essa uma das características centrais do NASF, o apoio pedagógico e o trabalho interdisciplinar entre os especialistas e generalistas. As questões com essa característica passaram a versar sobre NASF + EqSF, se esquivando da duplicação em massa das mesmas.

Um dos itens que suscitou particular debate foi: "Eu recebo solicitações laborais incompatíveis com regras ou normas do meu conselho profissional ou técnico-científicas. Em outras palavras, há pressão para a realização de tarefas que deveriam ser feitas de outra forma". Os especialistas não se mostraram familiarizados com essa situação ou sugeriram excluir termos como "conselho profissional". Com relação à menção de "conselho de classe" ou "conselho profissional" ou "conselho colegiado", esta segue influência dos pesquisadores FURTADO (2007) e RIZZO, HOUSE e LIRTZMAN (1970), que usam esses termos a fim de descreverem limitações da existência da transdisciplinaridade e como geradores de conflitos entre profissionais de saúde e organizações. No que tange à ocorrência da situação supra, não somente há relatos verbais da mesma, como também RIZZO, HOUSE e LIRTZMAN (1970) incluíram em seu instrumento de avaliação de conflitos perguntas ou itens envolvendo tarefas que precisavam ser feitas de maneiras diferentes, trabalhos sob normas e diretrizes incompatíveis, falta de autoridade para completar tarefas atribuídas e atritos políticos ou normativos envolvendo a realização de tarefas, enquanto WEST e FIELD (1995) fizeram algo

similar, dentro do contexto da atenção primária em saúde, revelando antecedentes de pressão no trabalho para a realização de tarefas que deveriam ser feitas de outra maneira.

A magnitude da importância de tal situação, envolvendo aspectos técnicos, normativos e jurídicos, além da segurança do paciente, favorece a continuidade deste item neste instrumento de avaliação, a fim de desvendar se essa condição existe no contexto do NASF. Todas as inúmeras sugestões fornecidas pelos especialistas foram de inestimável valia para a melhoria dos itens.

Afora tantos empecilhos ao exercício pleno da interdisciplinaridade, mais particularmente do apoio matricial, há evidências de que boas relações interpessoais nesse cenário parecem *utópicas* dados os conflitos interpessoais e interprofissionais relatados em quase todos os estudos encontrados (segundo XYRICHIS e LOWTON, 2008), atribuíveis à falta tanto de comunicação quanto de reuniões regulares e equipe, concepções errôneas sobre papéis e responsabilidades profissionais de cada integrante do grupo, falta de objetivos claros da equipe e do apoio da gestão.

Um dos intuitos deste trabalho é desacreditar a hipótese de uma impossibilidade inexorável e avaliar o funcionamento da interdisciplinaridade nos NASF, subsidiando, *a posteriori*, estímulos e meios de melhoria dessa proposta, fazendo a interdisciplinaridade viável deixar o status de utópica e replicar cenários reais bem sucedidos já descritos. Frisa-se: a interdisciplinaridade viável existe e já foi descrita no NASF (FURTADO e MIRANDA, 2006; SOUSA, 2016); pretende-se avaliar o quanto ela se distancia desses referenciais em cada grupo, fomentando posteriormente alterações que contribuirão com a sua evolução.

XYRICHIS e LOWTON (2008) reputaram como um dos fatores mais importantes para a promoção do trabalho em equipe efetivo o estabelecimento de objetivos claros e compartilhados (diretrizes conjuntas) entre os profissionais. Acreditamos, de maneira otimista, que se esse objetivo factível se concretizar, seja possível sobrepujar as dificuldades ensejadas pelas relações interpessoais difíceis e, em harmonia com o suporte adequado da gestão, resultar em um trabalho interdisciplinar funcional e frutífero.



5. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA INTERDISCIPLINARIDADE DO NASF - QUESTNASF

APRESENTAÇÃO

Trata-se de um instrumento de avaliação apresentado como um questionário de avaliação da interdisciplinaridade nos NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), nomeados posteriormente como NASF-AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica), com itens de Likert. O mesmo incorpora aspectos complexos do trabalho interdisciplinar, inéditos em avaliações prévias do NASF.

As questões ou itens avaliam tanto a interdisciplinaridade quanto alguns aspectos desta presentes no apoio matricial, uma das formas de operar a interdisciplinaridade nos NASF.

Esta abordagem engloba aspectos peculiares do NASF, sua organização de trabalho e gerencial, superando a amnésia de gênese de avaliações anteriores e se diferenciando das avaliações normativas existentes.

ORGANIZAÇÃO EM DIMENSÕES E SUBDIMENSÕES

Este instrumento de avaliação tem os itens agrupados da seguinte forma:

❖ UNIDADE DE AVALIAÇÃO

Interdisciplinaridade. Aspectos da interdisciplinaridade no apoio matricial.

❖ DIMENSÕES

1. Influência do local de trabalho sobre a interdisciplinaridade
2. Influência da composição da equipe e da diversidade profissional sobre a interdisciplinaridade
3. Capacitação em apoio matricial e trabalho interdisciplinar
4. Estabelecimento da liderança, clareza de papéis, conflitos e ambiguidades de papéis
5. Reuniões e sobrecarga de trabalho
6. Objetivos do trabalho em equipe; diretrizes conjuntas de trabalho

7. A avaliação no local de trabalho
8. Inovação e colaboração interprofissional
9. Influência do gestor / da gestão

SIGNIFICADOS DOS TERMOS

TERMO	SIGNIFICADO NESTE QUESTIONÁRIO
EqSF ou equipe(s) de referência	Equipe(s) de profissionais de enfermagem e médico(s) da Estratégia de Saúde da Família
Equipe	Equipe de profissionais do NASF-AB, a quem este questionário se dirige.
NASF	NASF-AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica), anteriormente denominado de Núcleo de Apoio à Saúde da Família
Reuniões de apoio matricial	Reuniões de profissional(is) do NASF com a EqSF

INVERSÃO DOS PONTOS

Para fins de contagem e somatória final de pontos, alguns itens carregam um significado inverso, isto é, "5" seria a menor nota, em vista de o item eventualmente representar um fator negativo ao NASF ou contrário à interdisciplinaridade.

INSTRUÇÃO DE RESPOSTA PARA O *RESPONDENTE FINAL*

As questões ou itens dispõem-se tal como seriam apresentadas ao respondedor final do instrumento, o qual deverá assinalar uma das respostas se (5) concorda fortemente, (4) concorda, (3) nem concorda nem discorda, (2) discorda ou (1) discorda fortemente segundo o exemplo:

n°	Questão				
(5) concordo fortemente	(4) concordo	(3) nem concordo nem discordo	(2) discordo	(1) discordo fortemente	
➤ Embasamento de literatura ou explicação.					

INSTRUÇÃO DE RESPOSTA PARA O PARTICIPANTE DO DELPHI

O especialista convidado a participar das rodadas Delphi como juiz fará *diferente*; não responderá a pergunta de fato, nem tampouco irá assinalar uma das respostas, mas sim, julgará cada item segundo dez critérios específicos e dois critérios gerais referentes ao conjunto de todos os itens.

Esses critérios tem embasamento em alguns princípios de elaboração de escalas psicométricas de atitude e testes psicológicos de aptidão (PASQUALI, 1998).

Os dez critérios associados a cada item são:

1. Critério comportamental
2. Critério de objetividade
3. Critério da simplicidade
4. Critério da clareza
5. Critério da pertinência
6. Critério da precisão
7. Critério da variedade
8. Critério da credibilidade
9. Critério da modalidade
10. Critério da tipicidade

À direita de cada critério deverá ser escrita uma nota de 1 a 5, correspondendo a (1) concordo fortemente, (2) concordo, (3) nem concordo nem discordo, (4) discordo ou (5) discordo fortemente.

Os dois critérios gerais referentes ao *conjunto* de todos os itens são:

11. Critério de amplitude
12. Critério do equilíbrio

O uso desses critérios, entre outros procedimentos, evita a precariedade dos instrumentos psicométricos (PASQUALI, 1998), excluindo itens ambíguos, incompreensíveis, com termos vagos, com duplas perguntas, com jargões ou que apresentam juízo de valores (COLUCI, ALEXANDRE e MILANI, 2015).

EXPLANAÇÕES SOBRE CADA CRITÉRIO

Os critérios têm o seguinte significado:

1. Critério comportamental: tem relação com um comportamento real. O item evita abstrações vagas que só existem no pensamento.
2. Critério de objetividade: o respondente pode concordar ou discordar com diferentes preferências, sentimentos ou modos de ser.
3. Critério de simplicidade: o item expressa uma única ideia, evitando confundir o respondente.
4. Critério de clareza: fácil compreensão pelos respondentes da população alvo.
5. Critério de pertinência: há correspondência com o atributo que se quer medir. Guarda relação com outras frases ou itens da mesma dimensão ou do instrumento como um todo.
6. Critério de precisão: o item é distinto dos demais.
7. Critério de variedade: varia a linguagem, evitando as mesmas frases em todos os itens. A variedade também pode abranger a presença tanto de itens favoráveis quanto desfavoráveis.
8. Critério de credibilidade: o item não é ridículo nem infantil.
9. Critério da modalidade: evita expressões extremadas como infinitamente, excelente, miserável, etc.
10. Critério da tipicidade: os elementos da frase são condizentes entre si. Evita expressões como "inteligência pesada" ou "beleza grossa".

Significado dos critérios gerais do conjunto dos itens:

11. Critério da amplitude: os itens cobrem toda a extensão do atributo em avaliação
12. Critério do equilíbrio: os itens variam na medida de aptidões fáceis, médias e difíceis, bem como atitudes fracas, moderadas ou extremas, predominando os itens não extremos.

As tabelas que contêm os critérios trazem um resumo do significado de cada um como mero auxílio didático.

Um *exemplo hipotético* de atribuição de notas pelos juízes de um item qualquer do questionário segue abaixo:

CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO	NOTA	SIGNIFICADO
1. comportamental	2	concordo
2. objetividade	4	discordo
3. simplicidade	3	nem concordo nem discordo
4. clareza	1	concordo fortemente
5. pertinência	1	concordo fortemente
6. precisão	2	concordo
7. variedade	4	discordo
8. credibilidade	1	concordo fortemente
9. Critério da modalidade	1	concordo fortemente
10. Critério da tipicidade	1	concordo fortemente

Ao fim do processo de atribuir as notas, o especialista convidado como juiz avaliará os dois critérios gerais referentes ao conjunto de todos os itens. Um *exemplo hipotético* seria:

CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO	NOTA	SIGNIFICADO
11. Critério de amplitude	1	concordo fortemente
12. Critério do equilíbrio	2	concordo

Por fim, as questões ou itens seguem abaixo para apreciação pelos juízes convidados, os quais também poderão fazer alguma anotação livre após cada item.

No questionário a seguir, foram omitidas as tabelas de classificação por critérios, presentes somente na versão entregue aos especialistas convidados do Delphi.

QUESTIONÁRIO

❖ UNIDADE DE AVALIAÇÃO

INTERDISCIPLINARIDADE E APOIO MATRICIAL

❖ DIMENSÃO

1. INFLUÊNCIA DO LOCAL DE TRABALHO SOBRE A INTERDISCIPLINARIDADE

1.1	Considerando meu local de trabalho, a distância até os profissionais com quem interajo prejudica a comunicação com alguns deles.			
(5) concordo fortemente	(4) concordo	(3) nem concordo nem discordo	(2) discordo	(1) discordo fortemente
INVERSÃO: os pontos deste item deverão estar invertidos para a somatória final da escala.				
➤ Há evidências que apontam que o local de trabalho influi na troca de informações; a maior proximidade entre os profissionais facilita a comunicação e melhora o relacionamento interpessoal dos participantes (XYRICHIS e LOWTON, 2008).				

❖ DIMENSÃO

2. INFLUÊNCIA DA COMPOSIÇÃO DA EQUIPE E DA DIVERSIDADE PROFISSIONAL SOBRE A INTERDISCIPLINARIDADE

2.1	Eu me sinto confortável trabalhando com profissionais de áreas diferentes da minha.			
(5) concordo fortemente	(4) concordo	(3) nem concordo nem discordo	(2) discordo	(1) discordo fortemente
➤ Não é apenas a presença da diversidade que tem relação com a colaboração profissional, mas a tolerância à diversidade. A interdisciplinaridade não germina diante da multidisciplinaridade somente (WEST e WALLACE, 1991; SHAW, LUSIGNAN e ROWLANDS, 2005; MATUDA, 2015).				

Ideias ou conhecimentos compartilhados por profissionais de uma área podem, eventualmente, ser usados ou incorporados por profissionais de outra área visando a melhoria do cuidado. Alguns procedimentos e práticas são privativos de certas áreas, mas não de outras, porém, existe a possibilidade de haver alguma troca benéfica de informação, como sugerido pela literatura.				
2.2	Eu usei conhecimentos de outras áreas profissionais em prol do cuidado de pacientes.			
(5) concordo fortemente	(4) concordo	(3) nem concordo nem discordo	(2) discordo	(1) discordo fortemente
<ul style="list-style-type: none"> ➤ A interdisciplinaridade promove o aprendizado entre programas diferentes (DAVID e ROTHWELL, 1996). ➤ Avaliação de "empréstimo de conhecimento". A avaliação da colaboração profissional no contexto da interdisciplinaridade inclui pesquisar se os membros da equipe usam conhecimento e técnicas de outros campos disciplinares no trabalho do grupo, de forma a gerar uma medida empírica, definida por SANS-MENÉNDEZ, BORDONS e ZULUETA (2001) como "empréstimo" de conhecimento, a fim de rotular a presença de interdisciplinaridade. ➤ Equipes com maior diversidade apresentaram maior efetividade e as inovações introduzidas por elas tiveram impacto significativamente maior no cuidado ao paciente da atenção primária em saúde (XYRICHIS e LOWTON, 2008). ➤ A união de profissionais de áreas diferentes (diversidade profissional) na mesma equipe foi eficiente em desenvolver qualidade nos cuidados em saúde (SHAW, LUSIGNAN e ROWLANDS, 2005). 				

2.3	Eu acredito que fui estimulado a inovar no meu trabalho atuando em equipe(s) que eu matricio.			
(5) concordo fortemente	(4) concordo	(3) nem concordo nem discordo	(2) discordo	(1) discordo fortemente
<ul style="list-style-type: none"> ➤ A interdisciplinaridade promove o aumento da criatividade ((KUHN, 1970; ROSENBERG, 1982; LANDAU et al., 1996; GRABHER e STARK, 1997). ➤ A interdisciplinaridade promove a inovação (STIRLING, 2007). ➤ Equipes mais heterogêneas tendem a ser mais inovadoras em decorrência da diversidade profissional (WEST e WALLACE, 1991). 				

2.4	Eu trabalho em tempo integral nesta equipe.			
(5) trabalho 40h/sem	(4) trabalho 30h/sem	(3) trabalho 20h/sem	(2) trabalho 10 a 20h/sem	(1) trabalho menos de 10h/sem
<p>➤ Fator "estabilidade": segundo XYRICHIS e LOWTON (2008), profissionais trabalhando em tempo integral e que contam mais tempo de trabalho juntos resultam em equipes mais efetivas. Aqueles movidos para outros setores se manifestaram desapontados. Existe a vontade de produzir em conjunto.</p>				

2.5	Profissionais de áreas diferentes trabalham de forma coordenada por aqui.			
(5) concordo fortemente	(4) concordo	(3) nem concordo nem discordo	(2) discordo	(1) discordo fortemente
<p>➤ Colaboração dos membros do grupo uns com os outros, inclusive de áreas ou campos disciplinares diferentes (SANS-MENÉNDEZ, BORDONS e ZULUETA, 2001).</p>				

❖ DIMENSÃO

3. CAPACITAÇÃO EM APOIO MATRICIAL E TRABALHO INTERDISCIPLINAR

3.1	Eu sei explicar de forma clara o que é o apoio matricial.			
(5) concordo fortemente	(4) concordo	(3) nem concordo nem discordo	(2) discordo	(1) discordo fortemente
<p>➤ Texto sobre conhecimento e domínio de conceitos e funcionamento do apoio matricial (BRASIL, 2014; CUNHA e CAMPOS, 2011; CAMPOS, 1999; CAMPOS e DOMITTI, 2007).</p>				

3.2	Eu recebi capacitação adequada em cooperação interprofissional (trabalho interdisciplinar de integração às equipes de referência - EqSF).			
(5) concordo fortemente	(4) concordo	(3) nem concordo nem discordo	(2) discordo	(1) discordo fortemente

- Avaliação da capacitação em trabalho em equipe interdisciplinar e lógica do apoio matricial.
- Segundo D'AMOUR (1997), há tendência em satisfazer aspirações profissionais e manter a autonomia uniprofissional, em detrimento da colaboração multiprofissional.
- O Caderno de Atenção Básica nº 39 - CAB 39 (BRASIL, 2014) reconhece que profissionais de saúde não são previamente capacitados para a atuação colaborativa e lógica do apoio matricial.
- Para CORREIA (2017) e FURTADO (2017), há falta de treinamento às equipes do NASF a fim de trabalhar de forma interdisciplinar e dar legitimidade ao mesmo. Na revisão bibliográfica de Correia, um elevado número de artigos expressa dúvidas referentes à atribuição de papéis dos integrantes da equipe, em todas as áreas profissionais citadas, havendo carência de referenciais para isso. Há, então, falta de treinamento e de direcionamento para elaborar e instituir esse treinamento. Pretende-se, com este questionário, alternar do plano qualitativo para o quantitativo, ampliando o número de equipes avaliadas e gerando mais alertas às autoridades com o fim de sistematizar esse treinamento entre as equipes.
- Em 2018, foi anunciado um curso de Apoio Matricial na AB com ênfase nos NASF-AB, ministrado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), ligada à FIOCRUZ, no estilo EAD (ensino à distância), com turmas limitadas (CURSO APOIO, 2018).

❖ DIMENSÃO

4. ESTABELECIMENTO DA LIDERANÇA, CLAREZA DE PAPÉIS, CONFLITOS E AMBIGUIDADES DE PAPÉIS

4.1	Sou capaz de identificar com clareza quem lidera essa equipe NASF				
	(5) concordo fortemente	(4) concordo	(3) nem concordo nem discordo	(2) discordo	(1) discordo fortemente
4.2	Sou capaz de identificar com clareza quem lidera essa(s) equipe(s) a(s) qual(is) eu matricio				
	(5) concordo fortemente	(4) concordo	(3) nem concordo nem discordo	(2) discordo	(1) discordo fortemente

- Textos abordando a identificação do líder.
- Segundo D'AMOUR (1997), há desigualdades de poder, conflitos territoriais, sensação de pertencimento à própria classe e dificuldade em estabelecer áreas comuns de responsabilidade em grupos interdisciplinares, havendo lealdade ao próprio grupo profissional a que cada um pertence e a tendência em alistar outros ao serviço de seus próprios projetos, criando um estado de tensão profissional.
- A falta de clareza sobre o papel e liderança associa-se à menor qualidade do trabalho da equipe e foi preditiva da menor efetividade da mesma (XYRICHIS e LOWTON, 2008). Há dificuldade das equipes em esclarecer papéis de cada membro, com impacto negativo no cenário interdisciplinar (WEST e FIELD (1995), FIELD e WEST (1995), BOND et al. (1985), RIZZO, HOUSE e LIRTZMAN (1970) e também, especificamente no NASF, CORREIA (2017)). Cada membro da equipe deve (ou deveria) saber identificar com facilidade quem lidera a equipe, qual o seu papel e suas responsabilidades na equipe. A pesquisa da existência de conflitos é necessária, já que são muito comuns, segundo a literatura supra.

4.3	Percebo conflitos entre as pessoas que dão opiniões a outros dessa equipe NASF.				
	(5) concordo fortemente	(4) concordo	(3) nem concordo nem discordo	(2) discordo	(1) discordo fortemente
4.4	Percebo conflitos entre as pessoas que dão opiniões a outros nessa(s) equipe(s) a(s) qual(is) eu matricio				
	(5) concordo fortemente	(4) concordo	(3) nem concordo nem discordo	(2) discordo	(1) discordo fortemente
INVERSÃO: os pontos deste item deverão estar invertidos para a somatória final da escala.					
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Texto sobre detecção de conflitos na equipe. ➤ RIZZO, HOUSE e LIRTZMAN (1970) e WEST e FIELD (1995) discorrem sobre conflitos entre membros da equipe, principalmente devidos à definição de papéis entre os membros. 					

4.5	Sinto ficar inibido em compartilhar opiniões nas reuniões de equipe (NASF) por causa da minha formação profissional.			
(5) concordo fortemente	(4) concordo	(3) nem concordo nem discordo	(2) discordo	(1) discordo fortemente
INVERSÃO: os pontos deste item deverão estar invertidos para a somatória final da escala.				
4.6	Sinto ficar inibido em compartilhar opiniões nas reuniões de apoio matricial (NASF + eqSF) por causa da minha formação profissional.			
(5) concordo fortemente	(4) concordo	(3) nem concordo nem discordo	(2) discordo	(1) discordo fortemente
INVERSÃO: os pontos deste item deverão estar invertidos para a somatória final da escala.				
<p>➤ A "formação ou status profissional" foi responsável por inibir certos profissionais na participação em processos decisórios e também em prover opiniões e informações durante as reuniões (XYRICHIS e LOWTON, 2008). Isso é condizente com as observações de D'AMOUR (1997) a respeito das desigualdades de poder e da lógica emocional entre os profissionais de cada área.</p> <p>➤ WEST e WALLACE (1991) usam um item similar a este em seu questionário, avaliando a liberdade de exercício do papel de cada um no trabalho.</p>				

4.7	Eu recebo tarefas que deveriam ser feitas por outra pessoa.			
(5) concordo fortemente	(4) concordo	(3) nem concordo nem discordo	(2) discordo	(1) discordo fortemente
INVERSÃO: os pontos deste item deverão estar invertidos para a somatória final da escala.				
4.8	Eu recebo solicitações laborais incompatíveis com regras ou normas do meu conselho profissional ou técnico-científicas. Em outras palavras, há pressão para a realização de tarefas que deveriam ser feitas de outra forma.			
(5) concordo fortemente	(4) concordo	(3) nem concordo nem discordo	(2) discordo	(1) discordo fortemente
INVERSÃO: os pontos deste item deverão estar invertidos para a somatória final da escala.				
(5) concordo fortemente	(4) concordo	(3) nem concordo nem discordo	(2) discordo	(1) discordo fortemente

INVERSÃO: os pontos deste item deverão estar invertidos para a somatória final da escala.				
<p>➤ RIZZO, HOUSE e LIRTZMAN (1970) e WEST e FIELD (1995) discorrem sobre conflitos entre membros da equipe, principalmente devidos à definição de papéis entre os membros. Esses autores apresentam itens de questionários semelhantes, abordando situações como receber tarefas que deveriam ser feitas por outrem, incompatibilidade na realização de uma tarefa, falta de certeza ou capacidade para a realização de uma tarefa, entre outras.</p>				

Os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) podem ser elaborados durante reunião de matriciamento com profissionais de diferentes áreas. É comum que somente um profissional do NASF, ou parte da equipe do NASF, sejam necessários. Nessa situação, são definidos planos terapêuticos (quais tratamentos deverão ser instituídos), número e frequência de visitas domiciliares, entre outros detalhes.					
4.10	Eu sei definir qual é o meu papel e quais são as minhas responsabilidades nas reuniões de matriciamento.				
	(5) concordo fortemente	(4) concordo	(3) nem concordo nem discordo	(2) discordo	(1) discordo fortemente
4.11	Há dificuldades na atribuição de responsabilidades de cada membro nas reuniões de matriciamento ou PTS.				
	(5) concordo fortemente	(4) concordo	(3) nem concordo nem discordo	(2) discordo	(1) discordo fortemente
INVERSÃO: os pontos deste item deverão estar invertidos para a somatória final da escala.					
<p>➤ Equipes interdisciplinares podem trazer dificuldades na responsabilidade (GRABHER e STARK, 1997).</p> <p>➤ D'AMOUR (1997) detectou graus deficientes de conhecimento mútuo entre os profissionais de equipes interdisciplinares. Segundo a autora, há dificuldade em estabelecer áreas comuns de responsabilidade em grupos interdisciplinares, decorrente de um estado de tensão profissional.</p> <p>➤ RIZZO, HOUSE e LIRTZMAN (1970) avaliam conflitos e ambiguidades de papéis no trabalho em equipe.</p>					

➤ A falta de clareza sobre o papel e liderança associa-se à menor qualidade do trabalho da equipe e foi preditiva da menor efetividade da mesma (XYRICHIS e LOWTON, 2008). Há dificuldade das equipes em esclarecer papéis de cada membro, com impacto negativo no cenário interdisciplinar (WEST e FIELD (1995), FIELD e WEST (1995), BOND et al. (1985), RIZZO, HOUSE e LIRTZMAN (1970) e também, especificamente no NASF, CORREIA (2017)). Cada membro da equipe deve (ou deveria) saber identificar com facilidade quem lidera a equipe, qual o seu papel e suas responsabilidades na equipe. A pesquisa da existência de conflitos é necessária, já que são muito comuns, segundo a literatura supra.

4.12	Percebo uma descentralização ou democratização da autoridade nessa equipe NASF, com respeito às opiniões de todos os membros.			
(5) concordo fortemente	(4) concordo	(3) nem concordo nem discordo	(2) discordo	(1) discordo fortemente
4.13	Percebo uma descentralização ou democratização da autoridade nessa(s) equipe(s) a(s) qual(is) eu matricio.			
(5) concordo fortemente	(4) concordo	(3) nem concordo nem discordo	(2) discordo	(1) discordo fortemente
<p>➤ A proposta de CAMPOS (1998) para a cogestão (gestão colegiada) inclui a ideia de descentralização da autoridade local por meios democráticos e participativos nos processos decisórios.</p> <p>➤ A descentralização da autoridade foi abordada na subescala Leadership (liderança) de SIEGEL e KAEMMERER (1978), a qual faz parte de conjuntos de itens pretendendo medir o suporte à inovação em organizações. Há correlação positiva entre a diversidade profissional e a inovação (ROSENBERG, 1982; LANDAU et al., 1996; GRABHER e STARK, 1997), bem como inovação com melhor custo-efetividade do trabalho em equipe (BORRILL, 2002).</p> <p>➤ Segundo XYRICHIS e LOWTON (2008), o suporte à inovação afeta positivamente a colaboração interprofissional e a efetividade da equipe. A importância do questionário de SIEGEL e KAEMMERER (1978) é corroborada por WEST e WALLACE (1991) na área da saúde, na medida em que somente esse questionário resultou em conclusão equivalente à aplicação de nove outros de autores diferentes. Isso justifica, neste trabalho, a inclusão</p>				

de itens inspirados no trabalho de Siegel e Kaemmerer, tal como avaliações de aspectos da liderança e descentralização de autoridade, bem como avaliação da inovação no contexto do NASF. Mesmo podendo soar contraintuitivos, esses aspectos tem respaldo em evidências, são inéditos no cenário de avaliação do NASF e tem seu valor no amplo e complexo contexto da interdisciplinaridade.

- O indivíduo disfuncional nas organizações decorre dos conflitos e ambiguidades de papéis, sendo provável que isso ocorra instituições públicas de saúde como hospitais e unidades básicas de saúde (UBS) (RIZZO, HOUSE E LIRTZMAN, 1970).
- O tipo de liderança característica de organizações inovadoras é aquele que suporta a geração e o desenvolvimento de novas ideias sobre o sistema e também garante a difusão do poder pelo sistema, de forma que a capacidade de todos os membros seja respeitada, havendo uma descentralização da autoridade (SIEGEL e KAEMMERER, 1978).

❖ DIMENSÃO

5. REUNIÕES E SOBRECARGA DE TRABALHO

5.1	Eu frequento reuniões periódicas com profissionais das equipes de referência.				
	(5) Semanalmente	(4) Quinzenalmente	(3) Mensalmente	(2) Raramente	(1) Nunca
5.2	Nas reuniões com equipes de referência, eu apenas assisto às discussões, sem dar opiniões.				
	(5) concordo fortemente	(4) concordo	(3) nem concordo nem discordo	(2) discordo	(1) discordo fortemente
INVERSÃO: os pontos deste item deverão estar invertidos para a somatória final da escala.					
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Textos sobre a <i>participação</i> nas reuniões regulares de equipe. ➤ Reuniões regulares de equipe estão associadas a maiores níveis de inovação e trabalho mais efetivo (XYRICHIS e LOWTON, 2008). 					

5.3	Eu me relaciono de forma positiva com a maioria dos integrantes das reuniões de apoio matricial com as EqSF.
-----	--

(5) concordo fortemente	(4) concordo	(3) nem concordo nem discordo	(2) discordo	(1) discordo fortemente
<p>➤ Textos sobre qualidade dos relacionamentos interpessoais entre membros da equipe. A revisão de XYRICHIS e LOWTON (2008) expõe evidências de que boas relações interpessoais parecem utópicas no cenário interdisciplinar, dados os conflitos interpessoais e interprofissionais relatados em quase todos os estudos encontrados.</p>				

5.4	Eu tenho tempo suficiente para completar o meu trabalho da forma como eu gostaria.			
(5) concordo fortemente	(4) concordo	(3) nem concordo nem discordo	(2) discordo	(1) discordo fortemente
5.5	As reuniões de apoio matricial com as EqSF sobrecarregam minha rotina de trabalho.			
(5) concordo fortemente	(4) concordo	(3) nem concordo nem discordo	(2) discordo	(1) discordo fortemente
INVERSÃO: os pontos deste item deverão estar invertidos para a somatória final da escala.				
5.6	Tenho metas de produção (número de atendimentos a cumprir) que dificultam a realização de reuniões de apoio matricial (NASF + eqSF).			
(5) concordo fortemente: as metas dificultam muito	(4) concordo: as metas dificultam	(3) nem concordo nem discordo	(2) discordo: as metas que tenho em nada dificultam	(1) discordo fortemente: não tenho metas de atendimento
INVERSÃO: os pontos deste item deverão estar invertidos para a somatória final da escala.				
<p>➤ A pressão do tempo (e, conseqüentemente, o excesso de trabalho, com tempo insuficiente para completar as tarefas necessárias) é um fator deletério à efetividade do trabalho interdisciplinar na área da saúde (XYRICHIS e LOWTON, 2008) e também especificamente no NASF (MATUDA et al, 2015), de forma que o questionamento sobre suficiência de tempo e pressão sobre o mesmo tem pertinência direta não somente à atividade diária dos trabalhadores do NASF, como também à avaliação da interdisciplinaridade.</p> <p>➤ As reuniões podem instituir uma melhor comunicação entre membros da equipe e reduzir a dificuldade de estabelecer papéis entre os membros (XYRICHIS e LOWTON, 2008). Para tanto, é necessário existir tempo suficiente para as mesmas. É importante que existam</p>				

relacionamentos interpessoais positivos, quais sejam, de confiança e mútuo respeito, para que o trabalho em equipe possa existir; porém, há evidências de que boas relações interpessoais parecem utópicas dados os conflitos interpessoais e interprofissionais relatados em quase todos os estudos encontrados (XYRICHIS e LOWTON, 2008).

- Reuniões regulares de equipe estão associadas a maiores níveis de inovação e trabalho mais efetivo (XYRICHIS e LOWTON, 2008). A pressão do tempo ligada a metas numéricas de atendimento foi citada por MATUDA et al. (2015) por dificultar a realização de reuniões de equipe. A maioria dos participantes pesquisados não participa de reuniões regulares de equipe (XYRICHIS e LOWTON, 2008).

❖ DIMENSÃO

6. OBJETIVOS DO TRABALHO EM EQUIPE; DIRETRIZES CONJUNTAS DE TRABALHO

6.1	Nas reuniões de matriciamento, há objetivos claros compartilhados entre os membros do NASF e EqSF.			
(5) concordo fortemente	(4) concordo	(3) nem concordo nem discordo	(2) discordo	(1) discordo fortemente
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliação da existência de objetivos claros na equipe. ➤ Segundo D'AMOUR (1997), não há um estabelecimento consensual de regras formais que superem as desigualdades de poder e a lógica emocional dos profissionais, no cenário de colaboração interprofissional. 				

6.2	A união de profissionais de áreas diferentes (NASF e EqSF) trouxe dificuldades na padronização de condutas.			
(5) concordo fortemente	(4) concordo	(3) nem concordo nem discordo	(2) discordo	(1) discordo fortemente
INVERSÃO: os pontos deste item deverão estar invertidos para a somatória final da escala.				
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliação da existência de objetivos compartilhados. ➤ Equipes interdisciplinares podem trazer dificuldades na padronização de condutas 				

(COWAN, 1991)

6.3	O tratamento de alguma doença ou condição já foi pactuado (ficou padronizado e de acordo) entre o NASF e equipes de referência.			
(5) sim, muitas vezes	(4) sim, poucas vezes	(3) raramente	(2) nunca	(1) não acredito que deva haver essa pactuação
6.4	Eu não sei como elaborar diretrizes clínicas.			
(5) concordo fortemente	(4) concordo	(3) nem concordo nem discordo	(2) discordo	(1) discordo fortemente
INVERSÃO: os pontos deste item deverão estar invertidos para a somatória final da escala.				
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Segundo as Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS (GRUPO TÉCNICO DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 2010), diretrizes clínicas são recomendações que orientam decisões assistenciais, de prevenção e promoção, tais como Guias de Prática Clínica e Protocolos Assistenciais que orientam as Linhas de Cuidado e viabilizam a comunicação entre as equipes e serviços, programação de ações e padronização de determinados recursos. ➤ Segundo o COSEMSSP (2018), os projetos de matriciamento devem incluir articulação entre as equipes de referência da rede básica e as equipes de matriciamento com diretrizes clínicas e sanitárias pactuadas. ➤ O CAB 39 (BRASIL, 2014), dá liberdade para o desenvolvimento conjunto de agendas, rotinas e objetivos de equipe, todavia, isso não se acompanha de treinamento para o estabelecimento desses objetivos, deixando a possibilidade temerária de que esses não sejam desenvolvidos adequadamente e, conseqüentemente, resultem em trabalho de equipe não efetivo. O CAB 39, nem qualquer outra norma, estabelece quais diretrizes conjuntas devem ser feitas, como devem ser feitas nem por quem, exatamente, na equipe. ➤ XYRICHIS e LOWTON (2008) coletaram evidências de que o fator "objetivos" pode ser considerado como um dos mais importantes para a promoção do trabalho em equipe efetivo (promoção da efetividade na interdisciplinaridade). Objetivos claros e compartilhados entre os membros tiveram o maior impacto isolado na efetividade do trabalho de equipes da atenção primária. ➤ RIZZO, HOUSE e LIRTZMAN (1970) consideram a existência ou a falta de normas ou guias como fundamentais em seu questionário de avaliação de conflitos e ambiguidades 				

de papéis em equipes.

- WEST e WALLACE (1991) levam em consideração objetivos em conjunto na avaliação da interdisciplinaridade.

❖ DIMENSÃO

7. A AVALIAÇÃO NO LOCAL DE TRABALHO

7.1	Comunicam-me quão bem estou fazendo minha atividade profissional.			
(5) muito frequentemente	(4) frequentemente	(3) eventualmente	(2) raramente	(1) nunca
7.2	Minha equipe participa de avaliações de nosso trabalho e desempenho.			
(5) muito frequentemente	(4) frequentemente	(3) eventualmente	(2) raramente	(1) nunca
7.3	Essa equipe já mudou sua rotina de trabalho por causa de uma avaliação.			
(5) muito frequentemente	(4) frequentemente	(3) eventualmente	(2) raramente	(1) nunca
<ul style="list-style-type: none"> ➤ A avaliação é um fator positivamente relacionado com o trabalho em equipe mais efetivo (XYRICHIS e LOWTON, 2008). Não se trata de avaliação somativa e punitiva, mas de uma inspeção do que está sendo produzido localmente, acompanhada de <i>reconhecimento das contribuições individuais</i> de cada membro como gerador de recompensa. ➤ Quanto maior a extensão e sofisticação das avaliações realizadas, menor a mortalidade dos pacientes atendidos pelo serviço de atenção primária à saúde. 				

❖ DIMENSÃO

8. INOVAÇÃO E COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL

8.1	Os membros da equipe conjunta NASF + EqSF fazem as coisas sempre da mesma maneira.			
(5) concordo fortemente	(4) concordo	(3) nem concordo nem discordo	(2) discordo	(1) discordo fortemente
INVERSÃO: os pontos deste item deverão estar invertidos para a somatória final da escala.				

8.2	Não é muito bem recebido por aqui (quando juntas as equipes NASF + EqSF) quem sugere novas técnicas ou maneiras de resolver as coisas.			
(5) concordo fortemente	(4) concordo	(3) nem concordo nem discordo	(2) discordo	(1) discordo fortemente
INVERSÃO: os pontos deste item deverão estar invertidos para a somatória final da escala.				
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliação da existência ou ausência de inovação na equipe é fundamental, segundo WEST e WALLACE (1991), SIEGEL e KAEMMERER (1978), (XYRICHIS e LOWTON, (2008) e (BORRILL, 2002). ➤ O suporte à inovação melhora a colaboração interprofissional e efetividade da equipe (XYRICHIS e LOWTON, (2008), a inovação melhora a custo-efetividade do trabalho interdisciplinar (BORRILL, 2002) e pode modificar o modelo de atenção à saúde: após a avaliação e quantificação realizadas, WEST e WALLACE (1991) concluem que a inovação na atenção primária aumenta a ênfase da prática de processos preventivos em detrimento de cuidados curativos voltados a situações agudas e reduz a fragmentação da atenção à saúde. 				

8.3	Eu sei o quanto meu trabalho tem contribuído para as EqSF que matricio.			
(5) concordo fortemente	(4) concordo	(3) nem concordo nem discordo	(2) discordo	(1) discordo fortemente
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Texto inspirado na escala de quatro itens <i>Knowledge of results</i> ("conhecimento dos resultados", em tradução livre), usada por WEST e WALLACE (1991), a qual mede o grau em que um funcionário sabe quão efetivo tem sido seu trabalho. Apesar de não ser intuitivo, os autores argumentam que isso mede inovação no trabalho e tem correlação com a diversidade profissional. ➤ O suporte à inovação melhora a colaboração interprofissional e efetividade da equipe (XYRICHIS e LOWTON, (2008), a inovação melhora a custo-efetividade do trabalho interdisciplinar (BORRILL, 2002) e pode modificar o modelo de atenção à saúde: após a avaliação e quantificação realizadas, WEST e WALLACE (1991) concluem que a inovação na atenção primária aumenta a ênfase da prática de processos preventivos em detrimento de cuidados curativos voltados a situações agudas e reduz a fragmentação da atenção à saúde. 				

8.4	Membros do grupo estão dispostos a defender uns aos outros de críticas externas.			
(5) concordo fortemente	(4) concordo	(3) nem concordo nem discordo	(2) discordo	(1) discordo fortemente
<p>➤ Itens inspirados na escala de cinco itens Group cohesiveness ("coesão do grupo", em tradução livre), utilizada e modificada por WEST e WALLACE (1991), visando avaliar o grau com que membros individuais se sentem à vontade para verbalizar desaprovação a decisões feitas pelo grupo ou para criticar outros membros.</p>				

8.5	Minha opinião é ouvida pelo grupo (NASF + EqSF) quando são tomadas decisões sobre atividades ou métodos de trabalho.			
(5) concordo fortemente	(4) concordo	(3) nem concordo nem discordo	(2) discordo	(1) discordo fortemente
<p>➤ Item inspirado em duas escalas: (A) escala de oito itens <i>Participation in decision making</i> ("participação na tomada de decisões", em tradução livre), utilizada e modificada por WEST e WALLACE (1991), que avalia a participação nas decisões sobre métodos de trabalho e receptividade dos superiores e colegas a sugestões, tendo relação indireta com o grau de inovação do grupo; (B) escala de cinco itens <i>Work discretion</i> ("Discrição no trabalho", em tradução livre), utilizada por WEST e WALLACE (1991), explorando a percepção individual de liberdade de exercício do papel de cada um no trabalho.</p>				

8.6	Quando a equipe (NASF + EqSF) chega em algum consenso sobre como realizar uma atividade, todos se comprometem a cumpri-lo.			
(5) concordo fortemente	(4) concordo	(3) nem concordo nem discordo	(2) discordo	(1) discordo fortemente
<p>➤ Três itens inspirados na escala de dezoito itens Team collaboration ("colaboração de equipe", em tradução livre), utilizada por WEST e WALLACE (1991), explorando a percepção individual de liberdade de exercício do papel de cada um no trabalho.</p> <p>➤ Esses itens também avaliam a execução de objetivos conjuntos e diretrizes compartilhadas</p>				

(e não somente sua existência).

8,7	Eu tenho forte comprometimento profissional com as equipes que eu matricio.			
(5) concordo fortemente	(4) concordo	(3) nem concordo nem discordo	(2) discordo	(1) discordo fortemente
<p>➤ Texto inspirado na escala de nove itens <i>Commitment</i> ("comprometimento dentro da organização", em tradução livre), utilizada por WEST e WALLACE (1991), autores que avaliam a inovação em equipes de saúde. A escala <i>Commitment</i> avalia a identificação do sujeito na organização (orgulho que tem do grupo e incorporação do valores e objetivos do grupo), lealdade à organização (senso de pertencimento ao grupo), envolvimento com a organização (desejo de investir esforços pessoais para o bem do grupo). Isso faz parte de aspectos de trabalho em equipe que tiveram relação (contraintuitiva) com a avaliação da inovação.</p>				

8.8	Na(s) equipe(s) que matricio, os participantes não impõem obstáculos às atividades uns dos outros.			
(5) concordo fortemente	(4) concordo	(3) nem concordo nem discordo	(2) discordo	(1) discordo fortemente
<p>➤ Itens inspirados na escala <i>Peer leadership</i> ("liderança de pares", em tradução livre), utilizada e modificada por WEST e WALLACE (1991),), autores que avaliam a inovação em equipes de saúde. A escala <i>Peer leadership</i> avalia a liderança informal, comportamentos de facilitação do trabalho e de relacionamentos mutuamente satisfatórios na equipe. Isso faz parte de aspectos de trabalho em equipe que tiveram relação (contraintuitiva) com a avaliação da inovação. A liderança de pares pode ser interpretada como um processo de aprendizado colaborativo proveniente de um engajamento ativo de membros de um grupo (BENSFIELD, 2008; ALBERTA HEALTH SERVICES, 2010).</p>				

8.9	Eu participo da geração ou desenvolvimento de ideias, processos ou procedimentos na(s) equipe(s) a(s) qual(is) matricio.			
(5) concordo	(4) concordo	(3) nem	(2) discordo	(1) discordo

fortemente		concordo nem discordo		fortemente
<p>➤ Item inspirado em duas escalas: (A) subescala de dezesseis itens <i>Ownership</i> ("Domínio ou propriedade", em tradução livre), utilizada por SIEGEL e KAEMMERER (1978), tendo relação com a autonomia, além da percepção dos membros do time de que geram e desenvolvem ideias, processos ou procedimentos, isto é, percepção de participação ativa; (B) subescala de nove itens <i>Norms for diversity</i> ("normas para a diversidade", em tradução livre), utilizada por SIEGEL e KAEMMERER (1978) e relacionada com o estímulo à criatividade proveniente de opiniões e formações diversas, característica presente em organizações inovadoras. Essa percepção, gerada a partir da permissão da participação no processo decisório, pode ser encaixada como apreciação dos esforços e opiniões individuais e do grupo, um fomento ao trabalho interdisciplinar bem sucedido, segundo XYRICHIS E LOWTON (2008), considerada por esses autores como uma recompensa.</p>				

8.10	Essa equipe NASF busca continuamente modos melhores ou mais inovadores para resolver problemas e obstáculos.			
(5) concordo fortemente	(4) concordo	(3) nem concordo nem discordo	(2) discordo	(1) discordo fortemente
<p>➤ Item inspirado na subescala de dez itens <i>Continuous development</i> ("desenvolvimento contínuo", em tradução livre), utilizada por SIEGEL e KAEMMERER (1978) e relacionada com o desenvolvimento contínuo, uma das principais características de organizações inovadoras.</p>				

8.11	As soluções propostas por profissionais do NASF às EqSF matriciadas estão adequadas às circunstâncias e adaptadas ao local de trabalho onde são realizadas.			
(5) concordo fortemente	(4) concordo	(3) nem concordo nem discordo	(2) discordo	(1) discordo fortemente
<p>➤ Item inspirado na subescala de sete itens <i>Consistency</i> ("consistência", em tradução livre), utilizada por SIEGEL e KAEMMERER (1978). Certifica-se que o desenvolvimento contínuo ocorra por meios não discrepantes aos fins.</p> <p>➤ A revisão de XYRICHIS e LOWTON (2008) mostra que o suporte à inovação tem</p>				

influência no trabalho em equipe em 60% dos estudos encontrados, afetando positivamente a colaboração interprofissional e a efetividade da equipe.

- WEST e WALLACE (1991) reuniram evidências de que equipes inovadoras têm lideranças participativas e colaborativas. Essas evidências são concordantes com o embasamento teórico-prático da cogestão (gestão colegiada) proposta por CAMPOS (1998).
- Equipes mais heterogêneas tendem a ser mais inovadoras em decorrência da diversidade profissional, a qual conduz a opiniões diferentes decorrentes de valores menos coesos entre si (WEST e WALLACE, 1991). Outros trabalhos também concluem haver correlação positiva entre a diversidade profissional e a inovação (ROSENBERG, 1982; LANDAU et al., 1996; GRABHER e STARK, 1997). Como já vimos, o trabalho interdisciplinar inovador também se acompanha de melhor custo-efetividade (BORRILL, 2002).
- As escalas Knowledge of results, Commitment, Group cohesiveness, Participation in decision taking, entre outras, foram aplicadas por WEST e WALLACE (1991). Essas escalas, entre outras aplicadas, tiveram implicância no grau de inovação da equipe e isso pode afetar positivamente a colaboração interprofissional. A escala Knowledge of results mede o grau que um empregado sabe de quão efetivo tem sido seu trabalho. A escala Commitment avalia a identificação e comprometimento do sujeito na organização. A escala Group cohesiveness avalia a coesão do grupo. A escala Participation in decision taking avalia a participação nas decisões sobre atividades, métodos de trabalho e outras. A escala work discretion explora a percepção individual de liberdade de exercício do papel de cada um no trabalho. A escala Team collaboration mede relacionamentos de trabalho em um contexto de colaboração e consenso relacionado ao compromisso com esse consenso; mede também resolução de problemas por meio do apoio e integração entre os membros, autêntica comunicação aberta e riscos assumidos baseados no conhecimento, valorizando a habilidade, em detrimento do status ou posição ocupada. A escala Peer leadership mede a liderança informal, comportamentos de facilitação do trabalho e do cumprimento de objetivos; engajamento ativo de membros de um grupo (BENSFIELD, 2008; ALBERTA HEALTH SERVICES, 2010).
- SIEGEL e KAEMMERER (1978) desenvolveram cinco subescalas a fim de avaliar a inovação em grupos ou organizações, sendo elas: (1) - Leadership (liderança). O tipo de liderança característica de organizações inovadoras é aquele que suporta a geração e o

desenvolvimento de novas ideias sobre o sistema e também garanta a difusão do poder pelo sistema, havendo uma descentralização da autoridade. A proposta de CAMPOS (1998) inclui a ideia de descentralização da autoridade. (2) - Ownership (domínio ou propriedade): tem relação com a percepção dos membros da equipe de que geram e desenvolvem ideias. (3) - Norms for diversity (normas referentes à diversidade), que se refere ao estímulo à criatividade. (4) - Continuous development (desenvolvimento contínuo). Busca contínua por soluções alternativas à resolução dos problemas. (5) - Consistency (consistência). O desenvolvimento contínuo deve ocorrer por meios não discrepantes aos fins.

❖ DIMENSÃO

9. INFLUÊNCIA DO GESTOR / DA GESTÃO

9.1	O gestor determinou como obrigatória a reunião interprofissional periódica de apoio matricial (um número de vezes por mês).				
	(5) concordo fortemente	(4) concordo	(3) nem concordo nem discordo	(2) discordo	(1) discordo fortemente
9.2	O gestor incentivou a construção compartilhada de diretrizes de condutas padrão, isto é, a elaboração conjunta, entre profissionais do NASF-AB e equipes de referência, de condutas profissionais.				
	(5) o gestor determinou isso	(4) o gestor participou de reunião conjunta com NASF + EqSF a esse respeito	(3) o gestor emitiu algum comunicado escrito incentivando isso	(2) o gestor mencionou isso apenas informalmente	(1) o gestor não opinou nem incentivou isso
9.3	O gestor incentivou o estabelecimento de espectros de responsabilidade (papéis de cada um e suas responsabilidades) para cada profissional no contexto da atuação conjunta (NASF + EqSF).				
	(5) o gestor determinou isso	(4) o gestor participou de reunião conjunta com NASF + EqSF a esse respeito	(3) o gestor emitiu algum comunicado escrito incentivando isso	(2) o gestor mencionou isso apenas informalmente	(1) o gestor não opinou nem incentivou isso
9.4	Eu acredito que o gestor deveria incentivar a definição dos papéis e autoridades de				

	cada um na equipe, a fim de evitar conflitos e ambiguidades de papéis.			
(5) concordo fortemente	(4) concordo	(3) nem concordo nem discordo	(2) discordo	(1) discordo fortemente
9.5	Percebo atuação ativa do gestor na resolução de conflitos e impasses entre os profissionais do NASF e da AB.			
(5) concordo fortemente	(4) concordo	(3) nem concordo nem discordo	(2) discordo	(1) discordo fortemente
9.6	O gestor apoia a criação de novas rotinas de trabalho ou novas maneiras de resolver as coisas por aqui.			
(5) concordo fortemente	(4) concordo	(3) nem concordo nem discordo	(2) discordo	(1) discordo fortemente
<ul style="list-style-type: none"> ➤ O CAB 39 (BRASIL, 2014) considera responsabilidade do gestor a mediação de conflitos e impasses entre o NASF e equipes de AB, bem como definição de atribuições e atividades desenvolvidas por cada categoria profissional e respaldo institucional para realização das reuniões de discussão de casos e/ou temas com as equipes de AB (tempo na agenda, por exemplo). ➤ O suporte da gestão é crucial. A falta de estímulo, por parte da gestão, à inovação, à implementação de mudanças e ao reconhecimento dos profissionais, se acompanhou da queda da efetividade da equipe (XYRICHIS e LOWTON, 2008). ➤ O Caderno de Atenção Básica nº 39 - CAB 39 (BRASIL, 2014) reconhece a importância do apoio da gestão no aspecto colaborativo do NASF. ➤ O CAB 39 (BRASIL, 2014), dá liberdade para o desenvolvimento conjunto de agendas, rotinas e objetivos de equipe, todavia, isso não se acompanha de treinamento para o estabelecimento desses objetivos, deixando a possibilidade temerária de que esses não sejam desenvolvidos adequadamente e, conseqüentemente, resultem em trabalho de equipe não efetivo. O CAB 39, nem qualquer outra norma, estabelece quais diretrizes conjuntas devem ser feitas, como devem ser feitas nem por quem, exatamente, na equipe. ➤ Segundo o COSEMSSP (2018), os projetos de matriciamento devem incluir articulação entre as equipes de referência da rede básica e as equipes de matriciamento com diretrizes clínicas e sanitárias pactuadas. ➤ Segundo as Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS (GRUPO TÉCNICO DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 2010), diretrizes clínicas são recomendações que orientam decisões assistenciais, de prevenção e promoção, tais 				

como Guias de Prática Clínica e Protocolos Assistenciais que orientam as Linhas de Cuidado e viabilizam a comunicação entre as equipes e serviços, programação de ações e padronização de determinados recursos.



6. BIBLIOGRAFIA

ALBERTA HEALTH SERVICES. Peer leadership: A guide to implementing school-based peer leadership programs, 2010. Disponível em: <<https://bit.ly/2PUAWJ2>>. Acesso em 22/09/2018.

ALMEIDA FILHO, N.. Transdisciplinaridade e saúde. Revista Ciência e Saúde Coletiva II (1/2): 5-20, 1997.

ALMEIDA, M. Modelos de sistemas de informação. Disponível em: <<https://bit.ly/2InfcFz>>. Acesso em 08/05/2018.

ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 26, n. 2, p. 286-298, Feb. 2010 .

ANDRADE, C. D. No meio do caminho. In: FERRAZ, E. (Org.). Uma Peda no Meio do Caminho: biografia de um poema. 1. ed - Rio de Janeiro:IMS, 2010.

AXARLOGLOU, K.; THEOHARAKIS, V. Diversity in economics: an analysis of journal quality perceptions. Eur. Econ. Assoc. 1, 1402–1423, 2003.

BACHELARD, G. Conhecimento comum e conhecimento científico. In: Tempo Brasileiro São Paulo, n. 28, p. 47-56, jan-mar 1972.

BARROS, M. O Meu quintal é maior do que o mundo. 1. ed. Rio de Janeiro:Objetiva, 2015.

BENSFIELD, L. The use of peer leadership to teach fundamental nursing skills. Nurse Educ. Jul-Aug;33(4):155-8, 2008. Disponível em: <<https://bit.ly/2PZa6Qh>>. Acesso em 22/09/2018.

BERETTA R. A critical review of the Delphi technique. Nurse Researcher 3 (4), 79–89; 1996. Disponível em: <<https://bit.ly/2rumYD8>>. Acesso em 01/05/2018.

BERNSTEIN, J. H. Transdisciplinarity: A review of its origins, development, and current

issues. *Journal of Research Practice*; Volume 11, Issue 1, 2015

BIGLAN, A. The characteristics of subject matter in different academic areas. *Journal of Applied Psychology* 57(3):195–203, 1973. Disponível em: <<https://bit.ly/2HnTNfA>>. Acesso em 02/03/2018.

BOND, J. et al. A study of interprofessional collaboration in primary health care organisations. Report nº 27, Volume 2. Newcastle upon Tyne: Health Care Resarch Unit, University of Newcastle upon Tyne; 1985. Disponível em: <<https://bit.ly/2rO2pC3>>. Acesso em 10/03/2018.

BORRILL, C. S. et al. The effectiveness of Health Care Teams in the National Health Service; 2002. Disponível em: <<https://bit.ly/2IkqAil>>. Acesso em: 01/05/2018.

BORTZ, J.; DÖRING, N. *Forschungsmethoden und Evaluation* (2. Aufl.). Berlin: Springer, 1995. Disponível em: <<https://goo.gl/dJipJz>>. Acesso em 27/03/2018 (tradução eletrônica para português).

BOWER, P.; CAMPBELL, S.; BOJKE, C. et al. Team structure, team climate and the quality of care in primary care: an observational study *BMJ Quality & Safety* 2003;12:273-279. Disponível em: <<https://bit.ly/2k1DYND>>. Acesso em 15/05/2018.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.* p 18055.

BRASIL. Ministério da Saúde. 11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final/ Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2001.

BRASIL. Decreto n. 4.726, de 9 de Junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o

Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4726.htm>. Acesso em 04/02/2018.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 3.256/2004. Dispõe sobre a obrigatoriedade do atendimento fisioterapêutico pelas equipes do Programa de Saúde da Família. Disponível em < <http://www2.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=158569>>. Acesso em 04/02/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 154, de 24 de Janeiro de 2008. Dispõe sobre a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Diário Oficial da União 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – 1. ed. 1. reimpr. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Caderno de Atenção Básica, n. 27. Brasília : Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010c. Disponível em: < <https://bit.ly/2qB9szE>>. Acesso em 06/10/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde . Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica : AMAQ

/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 134 p.: il. – (Série B. Textos básicos de saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/2xPX0gC>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.645, de 02 de Outubro de 2015a. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). (Revoga a Portaria 1.654/11 - PMAQ 2011). Disponível em: <<https://bit.ly/2CbDoHA>>. Acesso em 12/10/2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Amaq-Nasf: Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica: núcleos de apoio à saúde da família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: <<https://bit.ly/2OSU11u>>. Acesso em 05/06/2018.

CAMPOS G. W. S. An anti-Taylorist approach for establishing a co-governance model for health care institutions in order to produce freedom and commitment. Cadernos de Saúde Pública. 14(4):863–70, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v14n4/0080.pdf>>. Acesso em 14/04/2018.

CAMPOS G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 1999; 4:393-404.

SARAIVA S.; ZEPEDA, J. Princípios do apoio matricial. In: Gusso G, Lopes JM, editors. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade*. Porto Alegre: Artmed; 2012. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjNupXd-vLdAhUFgJAKHVd5DuYQFjAAegQICRAC&url=http%3A%2F%2Fead.saude.pe.gov.br%2Fpluginfile.php%2F3895%2Fmod_folder%2Fcontent%2F0%2F2-s_saraiva_e_j_zepeda-principios_do_apoio_matricial.pdf%3Fforcedownload%3D1&usg=AOvVaw2bghPqQdf_QJUCigvY2McL>. Acesso em 29/03/2018.

CAMPOS, G. W. S. & DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2): 399-407, 2007.

CANTRILL, J. A.; SIBBALD, B.; BUETOW, S. The Delphi and nominal group techniques in health services research. *International Journal of Pharmacy Practice*, 4: 67-74; 1996. Disponível em: <<https://bit.ly/2wpGNkW>>. Acesso em: 01/05/2018.

CARVALHO, J. L. F.; VERGARA, S. C. A fenomenologia e a pesquisa dos espaços de serviços. *Revista de Administração de Empresas – RAE*, v. 42, n. 3, jul./set. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v42n3/v42n3a07.pdf>>. Acesso em: 08/05/2018.

CASSI, L et al. Analysing Institutions Interdisciplinarity by Extensive Use of Rao-Stirling Diversity Index. *PLoS One*, 23;12(1), 2017. Disponível em: < <https://bit.ly/2knRCuM>>. Acesso em 19/01/2018.

CASSI, L; MESCHEBA, W.; TURCKHEIM, E. How to evaluate the degree of interdisciplinarity of an institution?. *Scientometrics*, Springer Verlag, 101 (3), pp.1871-1895, 2014.

CASTRO, C. P; OLIVEIRA, M. M; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. *Ciênc. saúde*

coletiva, Rio de Janeiro , v. 21, n. 5, p. 1625-1636, May 2016.

CHIAVERINI D.H. (Org) [et al.]. Guia prático de matriciamento em saúde mental /. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.; 13x18 cm.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C. e MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 20, n. 3, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2015.v20n3/925-936/#>>. Acesso em 27/11/2018.

CORREIA, P. C. I. Uma Pesquisa Avaliativa sobre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. 65 f. Dissertação (Mestrado em Ciências). Instituto de Saúde e Sociedade. Programa de Pós-graduação em alimentos, nutrição e saúde. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2017.

COSEMSSP. Diretrizes e estratégias para estruturação da política estadual de atenção básica do estado de São Paulo. Disponível em: <<http://www.cosemssp.org.br/downloads/cartilha-AB.pdf>>. Acesso em 15/05/2018.

COSTA, R. P.. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. *Mental, Barbacena* , v. 5, n. 8, p. 107-124, jun. 2007

COWAN, R. 1991 Tortoises and hares: choice among technologies of unknown merit. *Econ. J.* 101, 801–814, 1991. Disponível em: <<http://www.cgl.uwaterloo.ca/racowan/Tortoises.pdf>>. Acesso em 04/03/2018.

CROASMUN, J. T.; OSTROM, L. Using Likert-Type Scales in the Social Sciences. *Journal of Adult Education* Volume 40, Number 1, 2011.

CUNHA GT, CAMPOS GWS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde Soc* 2011; 20(4):961-970.

CURSO APOIO Matricial na Atenção Básica com ênfase nos Nasf-AB. Escola Nacional de

Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), 2018. Disponível em: <<http://www.ead.fiocruz.br/processo-seletivo-interna/390>>. Acesso em 30/09/2018.

D'AMOUR, D. Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec. 1997. Tese (Doutorado) – Université de Montreal, Montreal, Canadá. Disponível em português em: <<https://goo.gl/sdt69r>>. Acesso em 22/02/2018.

DAVID, P.; Rothwell, G. Standardisation, diversity and learning: strategies for the coevolution of technology and industrial capacity. *Int. J. Ind. Organ.* 14, 181–201, 1996.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 set. 1978.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA (DAB). Ministério da Saúde. Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php>. Acesso em 23/09/2018.

DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.

DUFFIELD C. (1993) The Delphi technique: a comparison of results obtained using two expert panels. *International Journal of Nursing Studies* 30 (3), 227–237. Disponível em: <<https://bit.ly/2IBYJ0u>>. Acesso em 14/05/2018.

EVANS C. The use of consensus methods and expert panels in pharmacoeconomic studies. *Pharmacoeconomics* 12 , 121–129; 1997. Disponível em: <<https://bit.ly/2wAwMBp>>. Acesso em 08/05/2018.

FAZENDA I. C. A.. Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa. Campinas: Papirus; 2008. Disponível em: <<https://goo.gl/cjdkN4>>. Acesso em 19/02/2018.

FAZENDA, I. C. A. (ed.). Interdisciplinaridade / Grupo de Estudos e Pesquisa em Interdisciplinaridade (GEPI) – Educação: Currículo – Linha de Pesquisa: Interdisciplinaridade

– v. 1, n. 2 (out. 2012) – São Paulo: PUCSP, 2012..

FIELD, R.; WEST, M. A. Teamwork in primary health care. 1. Perspectives from practices. *Journal of Interprofessional Care*, 9, 123-130; 1995. Disponível em: <<https://bit.ly/2IEsqxX>>. Acesso em 10/03/2018.

FINK, A. How to conduct surveys; A step-by-step guide. SAGE Publications, INC. Beverly Hills, California, 2017. Disponível em: < <https://jerosystems.com/2016/rskills4.pdf>>. Acesso em 28/02/2018.

FREITAS, L. de; MORIN, E.; NICOLESCU, B. Carta da Transdisciplinaridade - adotada no primeiro Congresso Mundial de Transdisciplinaridade. Convento de Arrábida, Portugal, 1994. Disponível em: <<https://goo.gl/rYucVe>>. Acesso em 21/02/2018.

FURTADO, J. P. et al. Projeto de pesquisa: Avaliação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASFs. Universidade Federal de São Paulo/Unifesp. Dep. Políticas Públicas e Saúde Coletiva Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/FMUSP Dep. de Medicina Preventiva, 2015.

FURTADO, J. P.; MIRANDA, L. O dispositivo “técnicos de referência” nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo , v. 9, n. 3, p. 508-524, Sept. 2006.

FURTADO, J.P. Reference teams: an institutional arrangement for leveraging collaboration between disciplines and professions. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.11, n.22, p.239-5, mai/ago 2007.

FURTADO, J.P. Responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes crônicos: da Unidade de Reabilitação de Moradores ao Caps Estação. In: ARARI, A.; VALENTINI, W. (Orgs.). *A reforma psiquiátrica no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2001. p.32-48.

GAITO, J. Measurement scales and statistics: Resurgence of an old misconception. *Psychological Bulletin*, 87(3), 564-567, 1980. Disponível em: <<https://bit.ly/2J9E9BW>>.

Acesso em 31/03/2018.

GAITO, J. Some issues in the measurement-statistics controversy. *York University Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 27:1, 1986. Disponível em: <<https://bit.ly/2Grczye>>. Acesso em 31/03/2018.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia et al. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. Cap. 16. p. 493-545.

GOYDER, J; BOYER, L; MARTINELLI, G. Integrating Exchange and Heuristic Theories of Survey Nonresponse. *Bulletin de méthodologie sociologique*, 92, 2006. Disponível em: <<http://journals.openedition.org/bms/554>>. Acesso em 24/03/2018.

GRABHER, G.; Stark, D. Organizing diversity: evolutionary theory, network analysis and postsocialism. *Reg. Stud*, 1997. Disponível em: <<https://goo.gl/7gHJWT>>. Acesso em 04/03/2018.

GRABHER, G.; STARK, D. Organizing diversity: evolutionary theory, network analysis and postsocialism. *Reg. Stud*. 31, 533–544, 1997. Disponível em: <<https://goo.gl/74xj1U>>. Acesso em 04/03/2018.

GREEN, B. et al. Applying the Delphi technique in a study of GPs information requirements. *Health and Social Care in the Community* 7 (3), 198–205, 1999. Disponível em: <<https://bit.ly/2IkgKwX>>. Acesso em 12/05/2018.

GRUPO TÉCNICO DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS de 2010. Disponível em: <<https://bit.ly/2IIqiFr>>. Acesso em: 15/05/2018.

GUILFORD, J. P. *Psychometric methods*. New York: McGraw-Hill, 1954. Disponível em: <<https://archive.org/details/in.ernet.dli.2015.459761>>. Acesso em 26/03/2018.

GÜNTHER, H. Como Elaborar um Questionário (Série: Planejamento de Pesquisa nas Ciências Sociais, Nº 01). Brasília, DF: UnB, Laboratório de Psicologia Ambiental, 2003. Disponível em: <https://ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/lapsam/Texto_11_-_Como_elaborar_um_questionario.pdf>. Acesso em 02/03/2018.

HILL, M. M; HILL, A. A construção de um questionário. Dinâmia - Centro de Estudos Sobre a Mudança Socioeconômica. Working Paper n.º 1998/11. Disponível em: <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/469/4/DINAMIA_WP_1998-11.pdf>. Acesso em 21/11/2017.

HODDINOTT, S. N.; BASS, M. J. The Dillman Total Design Survey Method. *Canadian Family Physician*, 32, 2366–2368, 1986.

INTERDISCIPLINARITY. University of Edinburgh. Edinburgh, UK. Disponível em: <<https://bit.ly/2TOtncK>>. Acesso em 02/03/2018.

JAPIASSU, H. Interdisciplinaridade e patologia do saber. Rio de Janeiro: Imago, 1976. Disponível em: <<https://bit.ly/2liDGRi>>. Acesso em 20/11/2017.

JONES, J; HUNTER, D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ* 311:376-80; 1995. Disponível em: <<https://bit.ly/2jIBmnX>>. Acesso em 05/05/2018.

KEENEY, S. et al. A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing. *Int J Nurs Stud*; 2001. Disponível em: <<https://bit.ly/2rumYD8>>. Acesso em 01/05/2018.

KEENEY, S.; HASSON, F.; MCKENNA, H. Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 53: 205-212, 2006. Disponível em: <<https://bit.ly/2HWE2J4>>. Acesso em 01/05/2018.

KUHN, T. The structure of scientific revolutions. Chicago, IL: Chicago University Press, 1970. Disponível em: <<https://bit.ly/2Fixtir>>. Acesso em 04/03/2018.

LANDAU, R.; TAYLOR, T.; WRIGHT, G. The mosaic of economic growth, p. 17. Stanford, CA: Stanford University Press, 1996. Disponível em: <<https://archive.org/details/mosaicofeconomic00ralp>>. Acesso em 04/03/2018.

LIKERT, R. A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 22(140), 1-55, 1932. Disponível em: <https://legacy.voteview.com/pdf/Likert_1932.pdf>. Acesso em 27/03/2018.

LIMA, Rita de Cássia Pereira; CAMPOS, Pedro Humberto Faria. Classes sociais, campo, grupos: contribuições para pensar a função social da escola. *ETD - Educação Temática Digital*, Campinas, SP, v. 17, n. 3, p. 633-652, dez. 2015.

LINSTONE H.A. The Delphi technique. In *Handbook of Futures Research* (Fowles R.B., ed.), Greenwood, Westport, CT, USA, pp. 273–300; 1978. Disponível em: <<https://bit.ly/2L26Pho>>. Acesso em 08/05/2018.

MALHOTRA, K.N. *Pesquisa em Marketing. Uma orientação aplicada*. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2002.

MALHOTRA, N. K. *Pesquisa de Marketing*. Porto Alegre: Bookman, 2002. Disponível em: <<https://goo.gl/s753Jv>>. Acesso em 20/12/2017.

MATTELL, M. S.; JACOBY, J. Is there an optimal number of alternatives for Likert scale items? Study I: Reliability and validity. *Educational and Psychological Measurement*, 31(3), 657-674, 1971. Disponível em: <<https://bit.ly/2rJdYea>>. Acesso em 27/03/2018.

MATTHEWS, M; MCGOWAN, F. Reconciling diversity and scale: some questions of method in the assessment of the costs and benefits of European integration. *Revue d Economie Industrielle* 59, 313–327, 1992. Disponível em: http://www.persee.fr/doc/rei_0154-3229_1992_num_59_1_1416>. Acesso em 04/03/2018.

MATUDA, C. G. et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de

Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2511-2521; 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/2IDeLHA>>. Acesso em: 14/04/2018.

MCCLURE, L. M. Teamwork, myth or reality: community nurses' experience with general practice attachment. *Journal of Epidemiology and Community Hdfh*, 31, 68-74; 1984. Disponível em: <<https://bit.ly/2jTZrrM>>. Acesso em 10/03/2018.

MCGLYNN E.A, KOSECOFF J, BROOK R.H. Format and conduct of consensus development conferences. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 6:450-69; 1990. Disponível em : <<https://bit.ly/2ruRUmH>>. Acesso em 05/05/2018.

MCKENNA H.P. & HASSON F. A study of skills mix issues in midwifery: a multi-method approach. *Journal of Advanced Nursing* 37 (1), 52–61; 2001.

MCKENNA H.P. The essential elements of a practitioners' nursing model: a survey of clinical psychiatric nurse managers. *Journal of Advanced Nursing* 19 , 870–877; 1994.

MCKENNA H.P., BRADLEY M. & KEENEY S. Primary Care Nursing: A Study Exploring Key Issues For Future Developments. University of Ulster, Ulster, 2001. Disponível em:< <https://bit.ly/2Kklp2B>>. Acesso em: 08/05/2018.

MEAD D.; MOSELEY L. The use of the Delphi as a research approach. *Nurse Researcher* 8 (4), 4–23; 2001. Disponível em: <<https://bit.ly/2Ia3Gu9>>. Acesso em: 01/05/2018.

MENDES, E. V. A Construção Social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.: il.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 512 p, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Ata da 144ª reunião ordinária do CNS. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2004. Disponível em: < <https://goo.gl/oy3JWg>>.

Acesso em 09/02/2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Ata da 147ª reunião ordinária do CNS. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2004. Disponível em < <https://goo.gl/zvXSCt>>. Acesso em 09/02/2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Ata da 176ª reunião ordinária do CNS. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2007. Disponível em <<https://goo.gl/Hf7cno>>. Acesso em 12/02/2018.

MONTUORI, A. Transdisciplinary Reflections: Transdisciplinarity as Play and Transformation. *Integral Leadership Review*, Integral Publishers, oct. 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/JSqEyg>>. Acesso em 21/02/2018.

MOURA R.H, LUZIO C.A. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18 Supl 1:957-70.

OLIVEIRA FILHO, C. A. et al. Conhecendo o nasf: uma ferramenta de apoio a estratégia saúde da família (esf). V Encontro Científico e Simpósio de Educação Unisalesiano, 2015. Disponível em: < <https://bit.ly/2xSglxR>>. Acesso em 27/09/2018.

PAIM, J. S. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. Notas para discussão nos Seminários Temáticos Permanentes. ANVISA/ISCUFBA. Brasília, 2001. Disponível em: <<https://bit.ly/2NtlbHm>>. Acesso em 26/01/2018.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev Psiq Clin* 25(5) Edição Especial: 206-213, 1998. Disponível em: <<https://bit.ly/2TLkG2J>>. Acesso em 26/11/2018.

PEIRO, J. M.; GONZALES-ROMA, V.; RAMOS, J. The influence of work team climate on role, stress, tension, satisfaction and leadership perceptions. *European Review of Applied Psychology*, 42, 49-56; 1992. PAIM, J. S. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento

e incorporando a proteção e a promoção da saúde. Notas para discussão nos Seminários Temáticos Permanentes. ANVISA/ISCUFBA. Brasília, 2001. Disponível em: <<https://bit.ly/2NtlbHm>>. Acesso em 26/01/2018.

PITONDO, J. A. M. Coletivos e participação política no Brasil: reflexões para a compreensão de novas lideranças. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2017.

POWELL C. The Delphi technique: myths and realities. *J Adv Nurs*. Feb;41(4):376-82, 2003. Disponível em: <<https://bit.ly/2IrJVBx>>. Acesso em: 02/05/2018.

RAY, J. How many answer categories should attitude and personality scales use? *South African Journal of Psychology*, 10, 53-4, 1980. Disponível em: <<http://jonjayray.tripod.com/howmany.html>>. Acesso em 26/03/2018.

RIZZO, J. R.; HOUSE, R. J.; LIRTZMAN, S. I. Role Conflict and Ambiguity in Complex Organizations. *Administrative Science Quarterly* Vol. 15, No. 2 Jun, pp. 150-163, 1970.

ROHRMANN, B. The use of verbal labels in noise annoyance scales: theoretical deliberations and empirical findings. Carter, N. & Job, S.R.F. (Eds.), *Proceedings "NOISE AS A PUBLIC HEALTH PROBLEM"* Sydney: Noise Effects '98 Pty, (vol. 2, 523-526), 1998. Disponível em: <<http://www.rohrmannresearch.net/pdfs/rohrmann-vnl.pdf>>. Acesso em 27/03/2018.

ROSENBERG, N. *Inside the black box: technology and economics*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1982. Disponível em: <<https://archive.org/details/insideblackboxte00rose>>. Acesso em 04/03/2018.

ROWE G, WRIGHT G, BOLGER F. Delphi: a re-evaluation of research and theory. *Technological Forecasting and Social Change*;39:235-51; 1991. Disponível em: <<https://bit.ly/2Iq5YIJ>>. Acesso em 05/05/2018.

SAMPAIO J, SOUSA CSM, MARCOLINO EC, MAGALHÃES FC, SOUZA FF, ROCHA AMO et al. O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. *Rev Bras Cienc*

Saude. 2012; 16(3):317-24.

SANS-MENÉNDEZ, L.; BORDONS, M.; ZULUETA, M. A. Interdisciplinarity as a multidimensional concept: its measure in 3 different research areas. *Research Evaluation*, Volume 10, Issue 1, Pages 47–58, 2001.

SEKAYI, D.; KENNEDY, A. Qualitative Delphi Method: A Four Round Process with a Worked Example. *The Qualitative Report*, 22(10), 2755-2763; 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2InkXTH>>. Acesso em: 01/05/2018.

SHAW, A.; LUSIGNAN, S.; ROWLANDS, G.. Do primary care professionals work as a team: a qualitative study. *J Interprof Care* 2005; 19(4):396-405. Disponível em: <<https://bit.ly/2IDSq1b>>. Acesso em: 14/04/2018.

SIEGEL, S. M. and KAEMMERER, W. F. Measuring the perceived support for innovation in organizations. *Journal of Applied Psychology*, 63: 553-562, 1978. Disponível em: <<https://bit.ly/2NdYYlq>>. Acesso em 20/05/2018.

SILVA, D.J. O paradigma transdisciplinar: uma perspectiva metodológica para a pesquisa ambiental. Workshop sobre interdisciplinaridade (Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais, São José dos Campos, 1999). Disponível em: <<http://www.gthidro.ufsc.br/arquivos/transdisciplinaridade.pdf>>. Acesso em: 19/02/2018

SOUSA, F. O. S. Núcleo de apoio à saúde da família: uma avaliação da integralidade, resolutividade e coordenação do cuidado. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

STEVENS, S.S. On the theory of scales of measurement. *Science*, 103, 677-680, 1946. Disponível em: <<https://bit.ly/2E9rmvB>>. Acesso em 31/03/2018.

STIRLING, A. A general framework for analysing diversity in science, technology and society. *Journal of the Royal Society Interface* 4:707–719, 2007.

STIRLING, A. Diversity and ignorance in electricity supply investment: addressing the solution rather than the problem. *Energy Policy* 22, 195–216, 1994. Disponível em: <<https://goo.gl/W8eqCU>>. Acesso em 04/03/2018.

TEIXEIRA, E. B. A análise de dados na pesquisa científica: importância e desafios em estudos organizacionais. *Desenvolvimento em Questão*, v. 1, n. 2, p. 177-201, 2003.

TESSER, C. D. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v.21, n.62, p.565-578, Sept. 2017.

TROCHIM, W. M. *The Research Methods Knowledge Base*, 2nd Edition, 2006. Disponível em: <<http://www.socialresearchmethods.net/kb>>. Acesso em 31/03/2018.

VERGARA, S. C. *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. São Paulo: Atlas, 1997. Disponível em: <<https://goo.gl/k3AD5w>>. Acesso em 01/03/2018.

VIEIRA, S. *Como elaborar questionários*. São Paulo: Atlas, 2009.

VILELA, E. M; MENDES, I. J M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto , v. 11, n. 4, p. 525-531, Aug. 2003 .

WACQUANT, L. Poder simbólico e fabricação de grupos: como Bourdieu reformula a questão das classes. *Novos estud. - CEBRAP*, São Paulo, n. 96, p. 87-103, 2013.

WEST, M.A. Lancaster University research directory. Disponível em: <<https://bit.ly/2Nfc3em>>. Acesso em 16/09/2018.

WEST, M.A; WALLACE, M. Innovation in health care teams. *European Journal of Social Psychology*, 21, 303-315; 1991. Disponível em: < <https://bit.ly/2wItpZ6>>. Acesso em

10/03/2018.

WEST, M. A.; FIELD, R. Teamwork in primary health care. 1. Perspectives from organizational psychology. *Journal of Interprofessional Care*, 9, 117-122; 1995. Disponível em: <<https://bit.ly/2GdzOLu>>. Acesso em 10/03/2018.

WILLES, R E; ROBISON J. Teamwork in primary care: the views and experiences of nurses, midwives and health visitors. *Journal of Advanced Num'ng*, 20, 324-330; 1994. Disponível em: <<https://bit.ly/2jUF5i8>>. Acesso em 10/03/2018.

XYRICHIS, A.; LOWTON, K. What fosters or prevents interprofessional team working in primary and community care? A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 45(1), 140-153, 2008. Disponível em: <<https://bit.ly/2BieyXw>>. Acesso em 14/05/2018.

YAREMKO, R. K. et al. *Handbook of research and quantitative methods in psychology*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1986. Disponível em: <<https://dionisioerikan.firebaseio.com/handbook-of-research-and-quantitative-methods-in-psychology-0898598672.html>>. Acesso em 01/03/2018.

ZEPEDA, J. E. S. Construção de modelo de avaliação da integração dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na Atenção Primária. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

ANEXO I

Tradução livre (com pequenas adaptações para o português) do questionário de avaliação de conflitos e ambiguidades de papéis de RIZZO, HOUSE e LIRTZMAN (1970).

No questionário original, os autores alertam que os itens 10 e 18 ficaram inadvertidamente repetidos, tendo sido eliminado o item 18, de forma que o questionário original correto tem 29 itens. Os números ímpares avaliam conflitos de papéis, enquanto os pares, ambiguidades de papéis.

Acrescentamos sugestões de modificação de certos textos (p.ex.: questão 21), tornando-os mais apropriados ao contexto do NASF.

1. Eu tenho tempo suficiente para completar o meu trabalho.
2. Tenho certeza de quanta autoridade eu tenho.
3. Eu faço tarefas que são muito fáceis ou entediadas.
4. Eu tenho objetivos claros e planejados para o meu cargo ou atuação profissional.
5. Eu tenho que fazer coisas que precisavam ser feitas de um jeito diferente.
6. Há falta de normas e (guias) diretrizes para me ajudar.
7. Eu sou capaz de me comportar da mesma forma, independentemente do grupo em que eu esteja.
8. Eu sou corrigido ou recompensado quando eu realmente não esperava por isso.
9. Eu trabalho sob normas e guias (diretrizes) incompatíveis.
10. Eu sei que dividi meu tempo de forma apropriada.
11. Eu recebo uma tarefa sem a autoridade para completá-la.
12. Eu sei quais são as minhas responsabilidades.
13. Eu tenho que resistir a uma regra ou política para realizar uma tarefa.
14. Eu tenho que "sentir o meu caminho" ou "seguir minha intuição" no desempenho das minhas funções.
15. Eu recebo tarefas que estão dentro do meu treinamento e capacidade.
16. Eu tenho certeza de como serei avaliado para um aumento ou promoção.
17. Eu tenho exatamente o tanto certo de trabalho a fazer.
18. Repetida (anulada pelos autores)
19. Eu trabalho com dois ou mais grupos que trabalham de forma bastante diferente.
20. Eu sei exatamente o que se espera de mim.
21. Eu recebo solicitações incompatíveis de duas ou mais pessoas.

22. Não tenho certeza de como meu trabalho está vinculado.
23. Eu faço coisas que são aceitas por uma pessoa, mas não são aceitas por outras.
24. Comunicam-me quão bem estou fazendo minha atividade profissional.
25. Eu recebo uma tarefa sem os recursos e materiais adequados para executá-la.
26. A explicação é clara do que tem que ser feito.
27. Eu trabalho em coisas desnecessárias.
28. Eu tenho que trabalhar sob orientações vagas de outras pessoas.
29. Eu faço um trabalho que se adequa aos meus valores.
30. Eu não sei se meu trabalho será aceitável para o meu superior.

ANEXO II

Escala de suporte à inovação de Siegel. Tradução livre.

Segue abaixo, completa, a Escala de suporte à inovação (SIEGEL e KAEMMERER, 1978), também chamada por WEST e WALLACE (1991) de "Climate for innovation". Em nossa tradução livre, houve substituição do termo "essa organização" por "esse grupo de trabalho", por acreditarmos que se adequa melhor a quem o instrumento será aplicado, porém, sabemos não serem sinônimos, além de essa substituição não ter sido validada.

Manifestamos um apreço particular à avaliação da inovação no NASF porque, como visto, o suporte à inovação melhora a colaboração interprofissional e efetividade da equipe (XYRICHIS e LOWTON, (2008), a inovação melhora a custo-efetividade do trabalho interdisciplinar (BORRILL, 2002) e pode modificar o modelo de atenção à saúde: após a avaliação e quantificação realizadas, WEST e WALLACE (1991) concluem que a inovação na atenção primária aumenta a ênfase da prática de processos preventivos em detrimento de cuidados curativos voltados a situações agudas e reduz a fragmentação da atenção à saúde. Isso implica na confluência entre os benefícios gerados pela inovação e os objetivos do NASF e seus pilares, como o apoio matricial, a cogestão, a interdisciplinaridade, voltados para aumentar a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações da AB (DAB, 2018).

A intenção é submeter essa escala completa aos juízes pelo método Delphi. Os itens serão escrutinados e selecionados como pertinentes ou não ao trabalho.

1. Esse grupo de trabalho está sempre em direção ao desenvolvimento de novas respostas.
2. Esse grupo de trabalho pode ser descrito como flexível e continuamente adaptada à mudança.
3. Eu posso me identificar com as ideias com as quais trabalho.
4. Nossa habilidade para funcionar de forma criativa é respeitada pela liderança (gestão).
5. As pessoas por aqui tem permissão de resolver o mesmo problema de maneiras diferentes.
6. Eu ajudo a tomar decisões por aqui.
7. A criatividade é encorajada por aqui
8. As pessoas falam muito por aqui, mas eles não praticam o que apregoam.
9. Espera-se das pessoas daqui que lidem com os problemas da mesma maneira.
10. As pessoas no comando por aqui usualmente ficam com o crédito das ideias de outros.

11. Há uma pessoa ou grupo por aqui que assume o papel de falar aos outros o que fazer.
12. Algumas vezes, as coisas feitas por aqui tornam a situação pior, apesar de que nossos objetivos não são ruins.
13. O papel do líder nesse grupo de trabalho pode ser melhor descrito como solidário (apoiador).
14. Os líderes desse grupo de trabalho se comunicam de um jeito, mas agem de outro.
15. Nesse grupo de trabalho, às vezes nós reexaminamos nossas mais básicas suposições.
16. Os membros de nosso grupo de trabalho são encorajados a serem diferentes.
17. As pessoas nesse grupo de trabalho estão sempre buscando novas maneiras de encarar os problemas.
18. O jeito que fazemos as coisas parece se adequar com o que tentamos fazer.
19. Pessoas (hierarquicamente) no topo têm muito mais poder que as pessoas (hierarquicamente) abaixo nesse grupo de trabalho.
20. O trabalho nesse grupo é avaliado pelos resultados e não por como são realizados.
21. Alguém não pode fazer coisas que sejam muito diferentes do que é feito por aqui sem provocar nervosismo.
22. A liderança atua como se não fôssemos criativos.
23. Eu realmente não me importo com o que acontece nesse grupo de trabalho.
24. (O) I am committed to the goals of this organization. .27 —.10 .55"
25. Os métodos usados pelo nosso grupo parecem bem pertinentes aos objetivos declarados.
26. A maioria das pessoas por aqui acredita estarem na base da hierarquia.
27. Meus objetivos e os objetivos desse grupo de trabalho são bastante similares.
28. Os membros desse grupo de trabalho prefeririam estar trabalhando aqui do que em outros lugares.
29. Nesse grupo de trabalho nós tentamos nos ater aos métodos já testados e comprovados.
30. Ajuda em desenvolver novas ideias é prontamente disponível.
31. Novas ideias podem vir de qualquer lugar nesse grupo de trabalho e são igualmente bem aceitas.
32. No geral, eu sinto um senso de comprometimento a esse grupo de trabalho.
33. Nós estamos sempre tentando novas ideias.
34. As pessoas nesse grupo de trabalho são encorajados a desenvolver seus próprios interesses, mesmo quando eles se desviam daqueles do grupo.
35. Os membros desse grupo de trabalho se sentem encorajados pelos seus superiores a expressar suas opiniões e ideais.

36. As pessoas por aqui são bastante leais ao local.
37. Os membros desse grupo de trabalho percebem que, ao lidar com novos problemas e tarefas, a frustração é inevitável; portanto, ela é manejada de forma construtiva.
38. Eu tenho a oportunidade de testar minhas próprias ideias aqui.
39. Eu sinto um senso real de responsabilidade pelo meu trabalho.
40. Nesse grupo de trabalho, o jeito em que as coisas são ensinadas é tão importante quanto o que é ensinado.
41. Esse grupo de trabalho é aberto e responsivo à mudança. (Esse grupo de trabalho aceita mudanças).
42. Um mote desse grupo de trabalho é “quando mais nós pensarmos parecido, melhor o trabalho que será feito”.
43. Minha habilidade para ter novas ideias e formas de realizar as coisas é respeitada por aqueles no topo.
44. Esse lugar parece estar mais preocupado com o status quo (manter as coisas como estão) do que com mudanças.
45. O papel do líder aqui é encorajar e apoiar o desenvolvimento de membros individuais.
46. A melhor maneira de se dar bem nesse grupo de trabalho é pensar da mesma forma que o resto do grupo.
47. A independência individual é encorajada nesse grupo de trabalho.
48. Ninguém me pergunta por sugestões de como fazer funcionar esse lugar.
49. Um indivíduo é geralmente quem origina ideias e regras nesse grupo de trabalho.
50. Nesse grupo de trabalho, o poder da decisão final pode ser sempre atribuído às mesmas poucas pessoas.
51. Esforços criativos são geralmente ignorados por aqui.
52. Uma vez que esse grupo de trabalho desenvolve uma solução para um problema, essa solução fica permanente.
53. Por aqui, uma pessoa pode se dar muito mal por ser diferente.
54. Eu tenho voz no que acontece nesse grupo de trabalho.
55. As pessoas por aqui tentam novas abordagens para tarefas, bem como aquelas já testadas e aprovadas.
56. Outras pessoas em nosso grupo de trabalho parecem sempre tomar as decisões.
57. As pessoas mais chegadas ou amigas do líder estão em uma melhor posição para ter suas ideias adotadas do que a maioria das outras.
58. A principal função dos membros desse grupo de trabalho é seguir ordens de cima.

59. Eu concordo com a maioria das coisas que são feitas por aqui.
60. Há pouco espaço para mudança por aqui.
61. Essas não são minhas ideias, eu apenas trabalho por aqui.

Essas questões podem ser agrupadas nas seguintes escalas menores, todas visando avaliar inovação:

- Leadership (liderança - tipos de):
Questões: 4, 10, 11, 13, 19, 22, 26, 30, 31, 34, 3, 43, 45, 47, 49, 0, 6, 57, 58.
- Ownership (propriedade - das ideias e soluções):
Questões: 6, 23, 24, 27, 28, 29, 32, 36, 38, 39, 48, 4, 55, 59, 61.
- Norms for Diversity (normas referentes à diversidade):
Questões: 5, 7, 9, 16, 21, 42, 46, 1, 53.
- Continuous Development (desenvolvimento contínuo):
Questões: 1, 2, 15, 17, 33, 37, 41, 44, 52, 60.
- Consistency (consistência desse desenvolvimento):
Questões: 8, 12, 14, 18, 20, 25, 40.