

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

NATHALIA DENARDI CASOTTI

OS NÚCLEOS AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E  
ATENÇÃO BÁSICA (NASF-AB) E OS IMPACTOS DAS  
MUDANÇAS NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA  
(PNAB): um estudo em uma região do interior do Estado de  
São Paulo.

SÃO CARLOS  
2023

NATHALIA DENARDI CASOTTI

OS NÚCLEOS AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E  
ATENÇÃO BÁSICA (NASF-AB) E OS IMPACTOS DAS  
MUDANÇAS NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA  
(PNAB): um estudo em uma região do interior do Estado de  
São Paulo.

Dissertação apresentada ao Programa  
de Pós-Graduação em Gestão da Clínica  
da Universidade Federal de São Carlos  
como requisito para obtenção do título  
de Mestre em Gestão da Clínica.

Orientador: Wagner dos Santos  
Figueiredo

SÃO CARLOS  
2023



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

---

**Folha de Aprovação**

---

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Nathalia Denardi Casotti, realizada em 03/02/2023.

**Comissão Julgadora:**

Prof. Dr. Wagner dos Santos Figueiredo (UFSCar)

Profa. Dra. Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi (UFSCar)

Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres (USP)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica.

## **DEDICATÓRIA**

À Deus, que em sua infinita bondade tem me guiado em minhas realizações profissionais e pessoais e aos meus pais pelo apoio incondicional.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao querido orientador Wagner, que fez de todo meu percurso de mestrado um caminho leve, de aprendizado e de crescimento pessoal e profissional. Minha eterna gratidão por toda a paciência e conhecimentos adquiridos.

A todos os professores do Programa de Pós Graduação em Gestão da Clínica da UFSCar, que transformaram o meu modo de aprender e trouxeram mais sentido aos meus estudos.

À Mônica Vilchez da Silva, pelo seu apoio na primeira etapa desta pesquisa, na articulação com os gestores em saúde, e pelo seu excepcional trabalho no Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS do DRS-3, que foi essencial no meu desenvolvimento enquanto trabalhadora NASF. Saiba que o seu trabalho transformou o meu.

À Katarina Dudienas Dovidauskas, pelo apoio e participação na segunda etapa desta pesquisa. Sua presença nos grupos focais foi essencial para me transmitir segurança e suas colaborações fizeram a diferença na coleta destes dados. Gratidão!

Aos participantes desta pesquisa, por dedicarem um tempo de suas vidas e de seus trabalhos para discutirmos sobre o futuro do NASF. A perseverança de vocês em realizar um trabalho de excelência na Atenção Básica é inspiradora!

À minha família, por ser meu porto seguro e ao meu amor, Mário, por todo o apoio, paciência, compreensão e colaboração neste último ano de pesquisa.

*“E não somente isso, mas também gloriemo-nos nas tribulações; sabendo que a tribulação produz a perseverança, e a perseverança a experiência, e a experiência a esperança...” Romanos 5, 3-5.*

## RESUMO

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) surgiram em 2008 com o intuito de apoiar as equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF) e ampliar o escopo de ações da Atenção Básica (AB). Em 2017, com a publicação de uma nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), outras formas de organização da AB foram reconhecidas; houve alteração da nomenclatura do NASF, que passou a se chamar Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB); entre outras mudanças. O financiamento da AB também sofreu alteração em 2019, com a implantação do Programa Previne Brasil, que acaba por retirar o financiamento dos NASF-AB. Dada estas atuais políticas de AB e considerando a importância da manutenção nas equipes NASF-AB na articulação das redes de atenção à saúde e no apoio de uma assistência integral na AB o objetivo geral desta pesquisa foi estudar o trabalho dos NASF-AB da região do DRS 3 – Araraquara, buscando identificar se há, e quais são, as repercussões das mudanças implantadas pela PNAB nos últimos anos. A presente pesquisa tratou-se de um estudo qualitativo e exploratório. Na primeira etapa da pesquisa um questionário on-line foi enviado aos gestores em saúde dos municípios do DRS 3 – Araraquara, com o objetivo de mapear as equipes NASF-AB da região, bem como seus atuais processos de trabalho. Na segunda etapa foram realizados grupos focais com trabalhadores dos NASF-AB e com profissionais que fizeram parte de equipes que foram desativadas. Na primeira etapa os 24 municípios responderam ao questionário, onde pode-se constatar que 14 municípios contam com equipes NASF-AB, a maioria atuando entre 5 e 10 anos. Os atendimentos individuais são os processos de trabalho mais realizados por estas equipes e as reuniões de matriciamento as menos citadas pelos gestores, onde a maioria também não identificou impacto da PNAB em suas equipes NASF-AB. Na segunda etapa pode-se identificar que, durante a implantação da maioria das equipes NASF-AB, não foram consideradas as necessidades do território onde atuariam e que os profissionais foram remanejados de outros pontos da rede. Assim como os gestores, os trabalhadores não identificaram impactos da PNAB em seus trabalhos, porém, pontuaram inúmeras percepções sobre o Previne Brasil, como dificuldade na compra de materiais, na expansão das equipes e até mesmo na piora da relação com as equipes de AB. Além disso, perceberam a pandemia de COVID-19 como uma agravante às dificuldades já existentes no trabalho, que atualmente se dá de forma desarticulada com as equipes de AB, com

grande dificuldade de retomada das atividades coletivas. O apoio da gestão municipal na efetivação dos NASF-AB foi pouco reconhecido pelos trabalhadores. Conclui-se que são inúmeros os desafios para que o trabalho dos NASF-AB ocorra na perspectiva da integralidade; que o Previner Brasil foi uma política que desincentivou o apoio matricial nos territórios e que pesquisas são necessárias para investigar o trabalho dos NASF-AB nas “novas” equipes de atenção primária, bem como estudos que discutam novos arranjos de trabalho onde o NASF-AB seja efetivamente inserido na AB.

**Palavras chave:** atenção básica; integralidade; NASF-AB; PNAB

## **ABSTRACT**

The Family Health Support Centers (NASF) emerged in 2008 with the aim of supporting the Family Health Strategies (ESF) teams and expanding the scope of Primary Care (PC) actions. In 2017, with the publication of a new National Primary Care Policy (PNAB), other forms of PC organization were recognized; there was a change in the NASF nomenclature, which is now called the Expanded Family Health and Primary Care Center (NASF-AB); among other changes. PC's funding also changed in 2019, with the implementation of the Previne Brasil Program, which ended up withdrawing funding from the NASF-AB. Given these current PC policies and considering the importance of maintaining the NASF-AB teams in the articulation of health care networks and in supporting comprehensive care in PC, the general objective of this research was to study the work of the NASF-AB in the region of DRS 3 – Araraquara, seeking to identify if there are, and what are, the repercussions of the changes implemented by the PNAB in recent years. This research was a qualitative and exploratory study. In the first stage of the research, an online questionnaire was sent to health managers in the municipalities of DRS 3 – Araraquara, with the objective of mapping the NASF-AB teams in the region, as well as their current work processes. In the second stage, focus groups were held with NASF-AB workers and professionals who were part of teams that were deactivated. In the first stage, the 24 municipalities answered the questionnaire, where it can be seen that 14 municipalities have NASF-AB teams, most of which have been operating for between 5 and 10 years. Individual consultations are the work processes most carried out by these teams and matrix support meetings are the least mentioned by managers, where most also did not identify the impact of the PNAB on their NASF-AB teams. In the second stage, it can be identified that, during the implementation of most of the NASF-AB teams, the needs of the territory, where they would work, were not considered and that the professionals were relocated from other points of the network. Like the managers, the workers did not identify the impacts of the PNAB on their work, but they pointed out numerous perceptions about Previne Brasil, such as difficulty in purchasing materials, expanding teams and even worsening the relationship with PC teams. In addition, they perceived the COVID-19 pandemic as an aggravating factor to the existing difficulties at work, which currently takes place in a disjointed way with the AB teams, with great difficulty in resuming collective activities. The support of the municipal management in implementing the

NASF-AB was little recognized by the workers. It is concluded that there are countless challenges for the work of the NASF-AB to occur from the perspective of comprehensiveness; that Previne Brasil was a policy that discouraged matrix support in the territories and that research is needed to investigate the work of the NASF-AB in the “new” primary care teams, as well as studies that discuss new work arrangements where the NASF-AB is actually inserted in the AB.

**Keywords:** primary care; integrality; NASF-AB; PNAB

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Regiões de saúde do Departamento Regional de Saúde III – Araraquara – SP .....	32
Gráfico 1 - Porcentagem de municípios que possuem NASF-AB, por região de saúde.....	38
Gráfico 2 - Municípios que questionaram a manutenção das equipes NASF-AB após o Previne Brasil.....	39
Gráfico 3 - Composição das equipes NASF-AB.....	40
Gráfico 4 - Atividades que os NASF-AB realizavam antes da pandemia e que não conseguem realizar atualmente .....	41
Gráfico 5 - Existência de Impacto direto da PNAB 2017 nos processos de trabalho das equipes NASF-AB .....	42
Figura 2 – Nuvem de palavras: O que é ou foi o NASF-AB para você?.....	43

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Identificação dos profissionais participantes da primeira etapa.....	38
Tabela 2 – Percepções sobre os impactos do Previne Brasil às equipes NASF-AB.....	47

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

AB – Atenção Básica

ACE – Agente de Controle de Endemias

AMAQ – Avaliação para Melhoria da Qualidade

APS – Atenção Primária a Saúde

CAB – Caderno de Atenção Básica

CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde)

eAP – Equipe de Atenção Primária

eSF – Equipe de Saúde da Família

ESF – Estratégia de Saúde da Família

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

NOB – Norma Operacional Básica

PAB – Piso de Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PSF – Programa Saúde da Família

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

OMS – Organização Mundial da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

WONCA - World Organization of Family Doctor

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
1.1 A HISTÓRIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNDO E A CONSTITUIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO BRASIL	10
1.2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: HISTÓRIA E FINANCIAMENTO	11
1.3 MÉTODO PAIDEIA E O APOIO INSTITUCIONAL	17
1.4 A IMPORTÂNCIA DAS EQUIPES NASF-AB E A NECESSIDADE DE UM NOVO OLHAR PARA ESSAS EQUIPES FRENTE AS ATUAIS MUDANÇAS POLÍTICAS NA SAÚDE	19
<b>2 OBJETIVOS</b>	<b>23</b>
2.1 OBJETIVO GERAL	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	<b>24</b>
3.1 OS SENTIDOS DA INTEGRALIDADE	24
3.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	25
<b>4 MÉTODOS</b>	<b>30</b>
4.1 DESENHO DO ESTUDO	30
4.2 CAMPO DE ESTUDO	31
4.3 PARTICIPANTES	32
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	33
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	33
4.6 COLETA DE DADOS	34
4.7 ANÁLISE DE DADOS	36
<b>5 RESULTADOS</b>	<b>37</b>
5.1 PRIMEIRA ETAPA: ENTREVISTA COM OS GESTORES	37
5.1.1 A existência ou não do NASF-AB e a composição das equipes	37

5.1.2 Tempo de atuação e processos de trabalho	39
5.1.3 Os efeitos da pandemia no trabalho	40
5.1.4 Os impactos das mudanças da PNAB	41
5.2 SEGUNDA ETAPA DA PESQUISA, OS GRUPOS FOCAIS	41
5.2.1 O processo de implantação dos NASF-AB	43
5.2.2 Os impactos das atuais políticas de atenção básica para as equipes NASF-AB	44
5.2.3 Impactos da pandemia de COVID-19 aos processos de trabalho do NASF-AB	46
5.2.4 Atuais processos de trabalho das equipes NASF-AB	48
5.2.5 O papel da gestão municipal na efetivação do NASF-AB	50
<b>6 DISCUSSÃO</b>	<b>52</b>
6.1 OS NASF-AB: DESDE SUA IMPLANTAÇÃO ATÉ A PANDEMIA	52
6.2 OS NASF-AB E A INTEGRALIDADE	64
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>69</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>72</b>
<b>ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 1 (ENTREVISTA PARA GESTORES)</b>	<b>82</b>
<b>ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 2 (ENTREVISTA PARA TRABALHADORES NASF-AB)</b>	<b>84</b>
<b>ANEXO 3 - FORMULÁRIO DE ENTREVISTA COM OS GESTORES EM SAÚDE DRS 3 – ARARAQUARA</b>	<b>86</b>

## APRESENTAÇÃO

A Saúde Coletiva esteve presente de forma intensa durante todos os anos da minha graduação em fisioterapia. Realizei minha formação na Universidade Estadual de Londrina e desde o primeiro ano tive a oportunidade de me habituar com conceitos do SUS, até finalmente vivenciar os processos de trabalho em uma unidade de Saúde da Família, em 2011 no meu último ano como estagiária, quando o NASF dava seus primeiros passos. Embora eu tenha ingressado como profissional de saúde no sistema público logo após me graduar, foi somente alguns anos depois que tive a oportunidade e o prazer de ser inserida na atenção básica através do NASF-AB. O convite para mudar meu ambiente de trabalho, do ambulatório para as ESFs, e toda a lógica dos meus processos, obviamente trouxe no início muitas incertezas e seguranças. Todo começo tem seus desafios, tirar os profissionais de saúde dos centros de especialidades, criar uma relação com as equipes de saúde da família e apresentar um novo modo de cuidado à população, requer comprometimento e perseverança até os dias de hoje. Mas todos estes desafios trouxeram mais sentido à minha vida profissional e abriram muitas portas de qualificação, que acabaram me trazendo ao mestrado.

Frente à nova realidade das políticas públicas em saúde no Brasil, que considera a partir da PNAB 2017 outras formas de organização da Atenção Básica, além das Estratégias de Saúde da Família e que através desta portaria retira o termo “apoio” da nomenclatura dos NASF-AB, e considerando ainda a implantação de um novo modelo de financiamento no ano de 2019, o Programa Previne Brasil, que entre muitas outras importantes mudanças acabou com o financiamento federal dos núcleos, percebi a necessidade de construir espaços de discussão que debatam as formas de manutenção das equipes multiprofissionais na rede básica de saúde na atualidade, bem como a construção de novos olhares para os processos de trabalho dessas equipes, que continuem favorecendo o trabalho articulado em redes, de forma integral e qualificado. Escolhi o mestrado como forma de criar esse espaço de discussão e não poderia deixar de aplicar o estudo na regional de saúde onde atuo, e vivenciei na prática, como fisioterapeuta NASF-AB e posteriormente coordenadora de Atenção Básica, os impactos das políticas, do novo financiamento, bem como da pandemia de COVID-19, que não poderia deixar de ser levada em

consideração, visto sua relevância nos processos de trabalho da Atenção Básica como um todo, em especial aos NASF-AB.

Dado o teor extremamente atual das políticas públicas citadas, a pouca produção científica nesse sentido é notória, sendo necessárias investigações atuais e relevantes que fomentem a permanente luta pela manutenção de um SUS universal, integral e de equidade em suas ações.

Levando em consideração ainda todo o importante trabalho que equipes NASF-AB já vêm desenvolvendo há algum tempo na rede, e seu importante papel, que vai além de uma assistência multiprofissional na atenção básica, para a produção de atividades de educação permanente, educação em saúde, apoio matricial, entre outros, estudos que discutam essa atuação nos dias atuais são necessários para embasar essa prática nos territórios por tais equipes, bem como para reafirmar a importância da manutenção desse trabalho para os gestores.

E ainda pessoalmente essa foi uma discussão relevante para mim, como profissional do SUS, inserida na atenção básica pela equipe do NASF, pois a construção de tais processos de trabalho citados anteriormente, realizados lentamente, dia a dia, de unidade de saúde em unidade de saúde, me permitiram visualizar, além da mudança na qualidade dos serviços ofertados pela instituição na qual atuo, um novo conceito pessoal de trabalho e uma nova visão de mundo. Permitiram-me transformar meu trabalho numa luta pessoal diária por um SUS digno e de qualidade. Retribuir a esse sistema, discutindo formas de sua manutenção apesar das políticas desmotivadoras é o mínimo que posso fazer, por um trabalho que me transforma e que me permite evoluir diariamente como pessoa e profissional de saúde.

Todo o processo de pesquisa foi leve e gratificante, como tem sido meu trabalho com o NASF-AB nos últimos anos. Espero poder contribuir para que as equipes NASF-AB possam se renovar e até mesmo se reconstruir, se necessário, e que independente das políticas de atenção básica possam levar à população o cuidado integral que as comunidades precisam.

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 A HISTÓRIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNDO E A CONSTITUIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO BRASIL

A importância da participação da Atenção Primária à Saúde (APS) nos cuidados da população vem sendo discutida desde meados do século passado. Na década de 70, em um contexto de reconhecimento da Medicina Familiar como especialidade médica nos Estados Unidos, pela American Board of Family Practice, outros movimentos parecidos se iniciam pelo mundo, como a criação da World Organization of Family Doctor (WONCA) e a realização, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), da I Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, em Alma-Ata, em 1978. A história da medicina familiar passa a estar intrinsecamente ligada com a história dos Cuidados Primários em Saúde (PISCO, 2020).

Na Conferência de Alma-Ata a OMS propôs atingir a meta “Saúde para todos no ano 2000”, através da implementação em todo o mundo dos “Cuidados de Saúde Primários”, definido pela Declaração de Alma-Ata, assinada pelos 134 países membros da OMS, como “o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais próximo possível dos locais onde as pessoas habitam e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde” (PISCO, 2020).

Muito além disso, a Declaração de Alma-Ata apontou a saúde como direito humano e enfatizou a necessidade de sistemas de saúde universais, tornando-se referência para as reformas ocorridas nos sistemas de saúde a partir dos anos 1980 (PISCO, 2020).

No Brasil, a Constituição de 1988 reconhece, através do artigo 196, que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Não se pode deixar de destacar a importância da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, no fornecimento de bases para a elaboração do capítulo

sobre saúde na Constituição Federal de 1988 (FIOCRUZ). No Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde se destacou, entre outros pontos importantes, a necessidade de intensificação da participação popular para que se incluísse na Constituição a saúde como dever do Estado (BRASIL, 1986).

Além disso, o Relatório Final ainda discutiu a reformulação do sistema nacional de saúde, enfatizando a criação de um Sistema Único de Saúde, que fosse coordenado por um Ministério próprio, e que se regesse pelos princípios da universalização e equidade do acesso, descentralização dos serviços, integralização das ações, entre outros. No Relatório Final já se citava a importância da composição de equipes multiprofissionais, considerando a necessidade e as demandas de cada região (BRASIL, 1986).

A partir disso, em 1990, a Lei nº8.080 de 19 de setembro instituiu o SUS e dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Entre os princípios do SUS se destacam a universalidade de acesso em todos os níveis de assistência e a integralidade da assistência, “entendido como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

Ainda que a Constituição Federal de 1988 tenha dado força a princípios como o acesso universal e a atenção integral do cuidado, a equidade não tem a mesma estatura jurídica dos demais princípios (universalidade, integralidade, descentralização e participação social). Entretanto, a equidade veio ganhando espaço nas publicações dos relatórios das conferências nacionais de saúde, sendo crescente o número de vezes citada, além de fazer parte dos primeiros dos cinco tópicos do documento orientador para os debates da 14ª Conferência (2011): “Avanços e desafios para a garantia do acesso e do acolhimento com qualidade e equidade” (BARROS, 2016).

## 1.2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: HISTÓRIA E FINANCIAMENTO

A história da Estratégia de Saúde da Família (ESF) começou no início da década de 90 quando o Ministério da Saúde implanta, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O objetivo inicial do Programa foi enfrentar

os altos índices de mortalidade materna e infantil no Nordeste do Brasil, dando enfoque pela primeira vez à família e não somente ao indivíduo, além de introduzir a noção de área de cobertura por família (VIANA et al, 2005).

Após o sucesso de implantação do PACS na região Nordeste, e da necessidade de implantar novos profissionais para atuar juntamente com os Agentes Comunitários de Saúde, visto que as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) continuavam atuando sem vinculação com a população, surgiu em 1994 o primeiro documento que norteava as diretrizes do Programa Saúde da Família (MAGALHÃES, 2011). O Documento “Programa Saúde da Família: saúde dentro de casa”, trazia os princípios do PSF, dentre eles o vínculo com a população, através da territorialização, o trabalho em equipe para a garantia da integralidade do atendimento, com maior atenção a promoção da saúde, trazendo uma verdadeira reformulação do modelo assistencial (SOUZA, 2000).

Com a Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB/96), institui-se o PAB (Piso da Atenção Básica), um recurso financeiro destinado ao custeio de procedimentos e ações da atenção básica, calculado pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada município. A transferência era então regular e automática de fundo a fundo. Além disso, incentivos financeiros foram instituídos aos municípios que adotassem o PACS e o PSF (BRASIL, 1996).

Com a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no ano de 2006, o PSF passa a ser Estratégia de Saúde da Família, com o intuito de desenvolver de forma permanente e contínua uma assistência em saúde voltada aos territórios, e se tornar a principal ferramenta de atenção à saúde (MATOS et al, 2018). A PNAB 2006 trouxe que as ESFs deveriam substituir a rede de atenção básica tradicional, atuando no território através de cadastramento domiciliar e diagnóstico situacional, buscando o cuidado longitudinal da população, além de buscar a integração intersetorial em suas ações (BRASIL, 2006).

Muito além disso, a ESF passa a ser considerada a estratégia de mudança do modelo assistencial de SUS em território nacional, enquanto os PSFs focalizavam a Atenção Básica em populações excluídas do consumo de serviços, sendo assim, a nova estratégia vem para consolidar os princípios do SUS (CAMPOS, 2014).

Ainda em 2006 foi publicado o Pacto pela Saúde, que constava de três componentes: Pacto pela Vida, Pacto pela Defesa do SUS e Pacto de Gestão. Entre um dos objetivos do Pacto estava o de superar as dificuldades na consolidação do

SUS, os gestores assim assumiram o compromisso de anualmente revisar as necessidades da população e atuar de forma articulada e integrada entre os três componentes do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006).

Já em 2008, segundo Campos (2014) e Melo et al (2018), foi criado o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) após intenso processo de discussões em âmbito federal, levando em consideração experiências exitosas em alguns municípios brasileiros, bem como algumas reivindicações corporativas. Através da Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março do mesmo ano, o NASF surgiu com o intuito de apoiar a inserção das ESFs e ampliar o escopo de ações da Atenção Básica. A equipe deveria ser formada por diferentes profissionais, não se constituir em porta de entrada e deveria trabalhar na lógica do apoio matricial e institucional, mudando a prática atual de encaminhamentos e contra referências, para um processo de corresponsabilização dos casos, onde a equipe de saúde da família juntamente com a equipe do NASF deveria, através de atendimentos compartilhados e projetos terapêuticos singulares, oferecer um cuidado integral e longitudinal para a população do território o qual se era responsável (BRASIL, 2008).

A Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008 ainda definiu duas modalidades de equipes, o NASF 1 e o NASF 2. O NASF 1 deveria ser composto por no mínimo cinco profissionais de nível superior, listados na portaria, vinculados a no mínimo oito equipes de saúde da família e, no máximo, a 20 equipes de saúde da família, excepcionalmente nos municípios com menos de 100.000 habitantes, as equipes poderiam estar vinculadas a no mínimo 5 equipes de saúde da família e no máximo a 20 equipes de saúde da família. Já as equipes NASF 2 deveriam realizar suas atividades vinculadas a, no mínimo, 3 equipes de saúde da família, e serem compostas por no mínimo 3 profissionais de ensino superior, listados na portaria (BRASIL, 2008).

Esses parâmetros sofreram mudanças com a portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, que além de redefinir os parâmetros de vinculação dos NASF 1 e 2, criou a modalidade NASF 3. A partir dessa portaria, os NASF 1 deveriam estar vinculados a no mínimo 5 e a no máximo 9 equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas, sendo que a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deveria acumular no mínimo 200 horas semanais. Já os NASF 2 deveriam estar vinculados a no mínimo 3 e no

máximo 4 equipes de saúde da família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas, sendo que a soma das cargas horárias dos profissionais da equipe deveria acumular no mínimo 120 horas semanais. A portaria cria uma nova modalidade, o NASF 3, que possibilitou a universalização dessas equipes para todos os municípios do Brasil, visto que na nova modalidade a equipe poderia estar vinculada a no mínimo uma equipe de saúde da família e /ou equipes de atenção básica para populações específicas e a no máximo 2 equipes. A soma das cargas horárias dos profissionais deveria acumular no mínimo 80 horas semanais (BRASIL, 2012).

Em 2011, a nova PNAB inicia tentativas de enfrentamento de algumas dificuldades que a Atenção Básica tinha como infraestrutura inadequada e sub-financiamento, entre essas tentativas se destaca o Requalifica UBS, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), o Programa Mais Médicos, a criação do e-SUS AB, entre outros. O PMAQ ampliou as vertentes de avaliação do AMQ (Avaliação para Melhoria da Qualidade), criado em 2002 através do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf). O AMQ tinha como objetivo qualificação da AB por meio da avaliação, o PMAQ vai além e vincula os resultados da avaliação com formas de transferência de recursos do PAB variável, constituindo-se como um mecanismo de indução de novas práticas (MOROSINI, 2018).

Porém, em 2017 uma nova PNAB foi criada, alterando alguns pontos importantes na atenção básica e para o NASF (MELO et al, 2018).

O processo formal de revisão da PNAB se iniciou em outubro de 2016, em Brasília, com o VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica, organizado pelo Ministério da Saúde. O Fórum reuniu pouco mais de 200 pessoas com o propósito de obter subsídios para a revisão da PNAB (MOROSINI, 2017). O próprio Fórum, bem como seu relatório com a síntese de suas discussões, foram alvos de crítica pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), da Fundação Oswaldo Cruz, que em nota de posicionamento discordou da forma de organização do Fórum que teve sua composição fechada à participação popular (FIOCRUZ, 2016). A EPSJV pontuou que as propostas presentes no documento síntese do evento colocaram em questão os princípios do SUS, como a universalidade e a integralidade, bem como a gratuidade do sistema, e reforçou que a discussão sobre uma política nacional de saúde deve ocorrer de forma ampliada, conforme estabelecido na Lei 8.142, de 1990, “garantindo a participação de trabalhadores,

pesquisadores da área e cidadãos” (FIOCRUZ, 2016). A referida nota ainda ressaltou que, ao não considerar propostas expressas pelos cidadãos e trabalhadores do SUS, o Fórum acabou favorecendo determinados interesses, como o do setor privado em saúde.

A partir desse primeiro momento de discussão, e em um contexto político onde era aprovada a Emenda Constitucional nº 9520 de 2016 (que congelou os gastos com saúde e educação por 20 anos) e onde o então ministro da saúde defendia a criação de planos privados populares de saúde e a desregulação do setor de saúde suplementar, foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do SUS, a nova PNAB 2017 (MELO, 2018).

Com uma produção pouco divulgada oficialmente, que se manteve em espaços restritos como a CIT, em julho de 2017 o texto preliminar da PNAB foi apresentado, encaminhado para consulta popular por 10 dias e publicado em agosto de 2017 sem mudanças expressivas do texto original, apesar das mais de 6 mil contribuições recebidas no curto espaço de tempo de consulta popular, a qual também não teve seus resultados divulgados (MOROSINI, 2018).

Desconsiderando o posicionamento contrário de diferentes entidades e atores quanto à revisão da PNAB, incluindo, além dos movimentos da sociedade civil, o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (Cebes), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e o Conselho Nacional de Saúde, a PNAB 2017 acaba sendo publicada com o anuência do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Ministério da Saúde (MS) e Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde (Conass), colocando em xeque a legitimidade do processo de implantação da nova PNAB (MELO, 2018).

Segundo Morosini (2018), essa nova PNAB apresentava um discurso ambivalente, com verbos como “sugerir” e “recomendar”, deixando de ser uma política indutora da saúde pública e se expressando como um descompromisso de fortalecimento e expansão da saúde da família (MOROSINI, 2018).

Entre os pontos que se destacam da nova política se encontra o reconhecimento de outras formas de organização da Atenção Básica, além da ESF, as chamadas equipes de atenção primária (eAP) as quais tem em sua composição mínima apenas médicos, enfermeiros e auxiliares ou técnicos de enfermagem (BRASIL, 2017). Além disso, a carga horária de trabalho destas categorias para

estas equipes é mais flexível, sendo inúmeros os arranjos possíveis para a sua composição (MOROSINI, 2018).

Outras mudanças são trazidas pela PNAB 2017 como a não definição do número mínimo de Agentes Comunitários de Saúde por equipe, podendo ser então o mínimo de um profissional por equipe; possibilidade de incorporação do Agente Comunitário de Endemias (ACE) como parte da equipe de saúde da família, unificando as ações dos ACSs e dos ACEs, e retirada da previsão de que parte da carga horária dos profissionais pudesse ser destinada para atividades de formação, entre outras mudanças que segundo Melo et al (2018), priorizam a chamada Atenção Básica tradicional em detrimento da ESF, permitindo maior autonomia e flexibilidade da gestão municipal, podendo ter como consequência o desmonte da ESF, ao invés do enfrentamento dos seus problemas, como feito na PNAB anterior de 2011.

Para o NASF a principal mudança da PNAB 2017 foi a alteração da nomenclatura para NASF-AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica), o que segundo Vendruscolo (2020), não só amplia a responsabilidade das equipes multiprofissionais para as chamadas equipes de Atenção Básica tradicionais, como também coloca em dúvida a lógica do matriciamento com a retirada do termo “apoio”.

Nesse contexto surge um novo modelo de financiamento, o Programa Previne Brasil, instituído através da Portaria nº2.979, de 12 de novembro de 2019. Segundo Melo (2019), usando de justificativa a ineficiência dos gastos em atenção básica, o novo programa prevê o fim do PAB fixo e do PAB variável. A maior parte do financiamento passa a se dar por cadastramento de famílias e o pagamento por desempenho passa a considerar o resultado de alguns indicadores. Embora o programa mantenha algumas equipes, como saúde bucal, consultório na rua, entre outros, ele acaba com o financiamento federal dos NASF-AB, com a justificativa de que os recursos de financiamento da Atenção Básica poderiam ser destinados ao custeio das equipes multiprofissionais, se assim o gestor considerasse necessário, segundo a Nota Técnica nº3/2020.

Para Melo (2019), o fim do PAB fixo compromete o financiamento federal regular para os municípios, o qual já estava aquém do necessário, com baixos valores. O fim do PAB variável (no componente vinculado à implantação das ESFs) significa o fim da prioridade para equipes de saúde da família, e no componente

desempenho, substitui o PMAQ, um programa que já estava em andamento desde 2011, por um conjunto de indicadores que não foram bem estabelecidos quanto a forma de cálculo das metas a serem alcançadas (MELO, 2019).

Embora o novo Programa Previne Brasil considere em sua publicação a “necessidade de ampliação da oferta dos serviços da Atenção Primária à Saúde com atuação de equipes multiprofissionais”, bem como a Nota Técnica nº3/2020-DESF/SAPS/MS reforce a importância das equipes multiprofissionais para o desempenho da atenção primária do município, é indiscutível a ameaça que tais normativas trouxeram às equipes NASF-AB, visto que a proposta não comporta nenhum apoio à formação dessas equipes, ficando a critério de cada gestor municipal sua manutenção ou não. Ao longo dos anos os municípios vêm expandindo sua participação no financiamento do SUS, estando agora o NASF-AB dentro de mais essa responsabilidade municipal (MELO, 2019).

### 1.3 MÉTODO PAIDEIA E O APOIO INSTITUCIONAL

Campos (2000), elaborou um método o qual intitulou o Método da Roda ou Método Paidéia, a partir do interesse de estudar os coletivos organizados para a produção de valores de uso, considerando a hipótese de que a produção de valores de uso aconteceria simultaneamente a coprodução de sujeitos e a de coletivos organizados. No trabalho, o autor ainda sugere a função Paideia: a gestão e o planejamento assumindo explicitamente a tarefa de trabalhar a constituição de pessoas e coletivos organizados, além da produção de coisas.

O termo Paideia remete ao ideal grego da formação integral do ser humano (FIGUEIREDO, 2012). O Método da Roda parte do princípio da análise da dinâmica dos coletivos, simultaneamente ao seu desenvolvimento a partir da seleção de temas relevantes no seu contexto, segundo Figueiredo (2012). Os temas de objeto de reflexão do Coletivo são chamados por Campos (2000) de Núcleos de Análise, que podem ser produzidos da própria dinâmica social e institucional ou gerados pela própria equipe ou ainda produzidos por algum agente externo (normas, programas, etc.), também denominados no último caso de Ofertas de Síntese. Tais Núcleos e Ofertas seriam indutores de reflexões e estimuladores de intervenções do grupo sobre a realidade (CAMPOS,2000), ou seja, uma provocação analítica para que as

equipes signifiquem elementos da realidade e desencadeiem ações práticas de intervenção (FIGUEIREDO, 2012).

Em sua metodologia, Campos sugere 11 núcleos temáticos para a análise: o objeto de trabalho; a equipe, práticas e meios de trabalho; o resultado; os objetivos; os saberes (modelo teórico conceitual); as diretrizes e os valores; os oferecimentos; o texto e a capacidade de análise (conflitos, demandas, resistências); o objeto de investimento e o ideal de grupo; os espaços coletivos e a capacidade de intervenção.

*“A noção de Paidéia seria, portanto, a construção de Sujeitos mediante sua própria práxis social e de reflexão sobre ela desde distintas perspectivas de discurso”*

(p.219)

(Campos, 2000)

O método pode ser tanto autoaplicável quanto contar com a figura de um Apoiador Institucional (CAMPOS, 2000), pode ser desenvolvido em espaços cotidianos já existentes, reuniões de equipe por exemplo, ou em espaços criados especificamente para desenvolver processos de formação com os profissionais (FIGUEIREDO, 2012). Campos (2000) descreve o papel do apoiador que trabalha com o método Paideia (denominado de Supervisor ou Apoiador Matricial ou Apoiador Institucional), sendo um ator que trabalha junto às equipes e aos usuários, ajudando-os na gestão e organização dos processos de trabalho, além de estimular modos de escuta e de análise que facilitem posturas reflexivas. Exatamente a função que a equipe NASF vem a executar alguns anos depois quando implantada. Figueiredo (2012), lista algumas tarefas importantes do apoiador: tentar garantir a regularidade dos encontros, a construção de um contrato grupal, o manejo de conflitos, a circulação da palavra, a escuta ativa das demandas grupais, entre outras.

Uma ferramenta importante utilizada no Método Paideia é a discussão de casos, que propõe muito mais do que a discussão técnica envolvida na condução do caso, interessa a reflexão sobre os motivos de escolha de determinado caso pela equipe, o modo como lidam com os valores e os sentimentos que surgem dessa discussão e como a equipe se organiza para resolver as dificuldades que surgem (FIGUEIREDO, 2012).

O “caso” pode-se constituir em casos de saúde coletiva ou de ordem institucional, além de casos clínicos individuais, a análise deve levar a construção de um conjunto de ações pela equipe, que podem ser estruturadas em um Projeto Terapêutico ou Projeto de Intervenção, pactuado com a equipe e com o próprio usuário (FIGUEIREDO, 2012). O Projeto Terapêutico é citado no Caderno de Atenção Básica 39, como um importante instrumento de organização do cuidado em saúde, que deve ser utilizado pelas equipes NASF em seus processos de matriciamento (BRASIL, 2014).

Dessa forma, o Método da Roda assume o compromisso tanto da produção de valores de uso quanto da construção de sujeitos e de coletivos com capacidade de análise e intervenção, além da produção de autonomia tanto dos trabalhadores de uma Instituição quanto para seus usuários (CAMPOS, 2000).

Viana e Campos (2017), em um trabalho para analisar a utilização do Método Paideia na formação de profissionais que utilizam o Apoio Matricial em Curitiba – PR, citam Oliveira (2014) que sugere que o apoiador deve incorporar referenciais, habilidades e ferramentas do Apoio Paidéia para a construção de espaços democráticos dentro da perspectiva da cogestão.

Sendo assim, o Método Paideia torna-se um importante referencial teórico para a discussão dos processos de trabalho do NASF-AB.

#### 1.4 A IMPORTÂNCIA DAS EQUIPES NASF-AB E A NECESSIDADE DE UM NOVO OLHAR PARA ESSAS EQUIPES FRENTE AS ATUAIS MUDANÇAS POLÍTICAS NA SAÚDE

Não se pode deixar de considerar as importantes transformações que as equipes NASF-AB vêm desenvolvendo no âmbito da Atenção Básica (AB). Entre elas destaca-se a tentativa de superação da lógica fragmentada dos processos de trabalho para uma mudança para um cuidado corresponsável entre os profissionais da AB (BELOTTI, 2019).

A importância do NASF é discutida desde antes da sua criação. Campos (1999), em um trabalho inovador, sugeriu a adoção de um sistema com equipes de referência, que teriam uma clientela sob responsabilidade, com o objetivo de criar maiores vínculos entre equipes de saúde e usuários. Além disso, ele sugere que tais

equipes pudessem receber apoio matricial de profissionais especialistas, em caso de haver um número menor desses profissionais do que o de equipes de referência. A equipe de apoio seria acionada quando a de referência achasse necessário, sem o apoio configurar porta de entrada, ao invés de encaminhamentos de referência e contrarreferência o apoio se daria através da construção conjunta de projetos terapêuticos. Além disso, toda a responsabilidade pela condução do caso continuaria com a equipe de referência. O apoio matricial teria um cardápio tão amplo quanto possível, com práticas individuais ou coletivas, que seriam indicadas após discussão do projeto terapêutico com equipes e usuários.

Dessa forma, o autor sugere que inúmeras combinações de equipes interdisciplinares são possíveis, possibilitando ao máximo a exploração de diferentes núcleos e campos de saberes, de forma que haja a valorização de todas as profissões de saúde. Além disso, tal reorganização sugerida facilita a troca de opinião entre os profissionais, obrigando-os a se articularem para a elaboração de projetos terapêuticos (CAMPOS, 1999).

Bellotti (2019) realizou uma análise dos principais documentos do Ministério da Saúde que orientam o trabalho do NASF. Entre eles se encontram o Caderno de Atenção Básica (CAB), nº 27, Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família; a PNAB de 2012 e o CAB nº39, Núcleo de Apoio à Saúde da Família – V.1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. O CAB nº27 complementa as orientações definidas pela Portaria nº154/2008, que instituiu o NASF, com o objetivo de traçar diretrizes mais claras para os gestores e profissionais. Já a PNAB 2012, além de outras diretrizes da AB, traz a possibilidade de ampliação do número de municípios que poderiam ter as equipes NASF. Em 2014, a publicação do CAB nº 39, visava ofertar ferramentas para a implementação das equipes de apoio e a qualificação de seus processos de trabalho.

Tesser (2017) realiza uma crítica no sentido de que as publicações oficiais do Ministério da Saúde, como o Caderno de Atenção Básica n.17 (2009), priorizam as ações interdisciplinares entre NASF e equipe de Saúde da Família (eSF), em detrimento de pouca ou nenhuma orientação para as ações de cuidado especializado, gerando uma subutilização das equipes NASF, segundo o autor. Ele ainda discute que os profissionais do NASF acabam sendo vistos apenas como realizadores de ações generalistas, enquanto há no sistema um grande déficit de profissionais que realizem o cuidado especializado.

Segundo Tesser (2017), o suporte técnico-pedagógico seria mais efetivo se o especialista pudesse assumir o cuidado especializado, e por sua vez, para que o cuidado seja bem executado é de suma importância que haja o suporte técnico-pedagógico para filtragem de referências e melhor rendimento dos especialistas, por exemplo. Essa relação entre o cuidado especializado e o suporte técnico-pedagógico acabam criando valiosos espaços de educação permanente (TESSER et al, 2017). Dessa forma, segundo o autor, os profissionais do NASF não seriam acionados para atendimento individual direto ao usuário somente em casos extremamente necessários, como traz os manuais do Ministério da Saúde (CAB 17), mas teriam uma relação mais direta aos cuidados dos usuários.

Assim, o NASF seria, além de apoio às eSF, uma ferramenta de operacionalização de serviços especializados, superando os antigos ambulatórios isolados e atuando de forma corresponsabilizada com as eSF, com um trabalho compartilhado e sinérgico a elas (TESSER, 2017). O autor ainda discute de que os grupos coordenados pela equipe NASF deveriam ser mais alinhados com a especialidade de cada profissional, do que grupos que trabalham temas gerais de prevenção, por exemplo, já que a abordagem generalista é núcleo de atuação dos profissionais específicos da atenção básica.

Um modelo parecido de sistema de saúde ocorre no Canadá, chamado de “Shared Primary Care Program” ou “Collaborative and Integrated Care”, que significa “Programa Compartilhado de Atenção Primária” ou “Cuidado Colaborativo e Integrado”. O programa é descrito por Vingilis et al (2007), como uma abordagem que conta com equipes multidisciplinares de atenção primária que fornecem tratamento especializado para uma população específica. Nesse programa os atendimentos de especialistas, como psicólogo e nutricionista, são integrados aos dos médicos de família e acontecem no mesmo prédio, com o objetivo de melhorar a comunicação e a colaboração entre os profissionais, aumentar o acesso do paciente aos serviços, bem como a continuidade dos tratamentos, além de aumentar a habilidade dos médicos de saúde da família em tratar casos mais complexos.

Nesse modelo os médicos nunca transferem completamente os cuidados do paciente para os especialistas, e sim continuam acompanhando juntamente para que o cuidado ocorra de forma compartilhada (VINGILIS et al, 2007).

Tomando esses autores como referência, parece existir a necessidade de um novo olhar para o NASF-AB, após as atuais mudanças políticas no Brasil.

Considerando a importância da manutenção das equipes NASF-AB na articulação das redes de atenção à saúde e para apoio de uma assistência integral na atenção básica, e as atuais mudanças nas políticas de saúde pública no Brasil, trazidas pela PNAB 2017, bem como a indiscutível ameaça que as equipes NASF-AB sofrem pelo novo financiamento da Atenção Básica, o Previner Brasil, que retira o financiamento das equipes de apoio, é necessário rever os processos de trabalho das equipes NASF-AB, aprofundando as investigações quanto aos desafios que se impõem em seus processos de trabalho e buscar respostas que preservem a potencialidade de tais equipes dentro das redes de atenção à saúde. Como estão atuando essas equipes na regional de saúde do DRS III - Araraquara atualmente? Seus processos de trabalho estão integrados às equipes de Atenção Básica? Adaptações e alterações desses processos foram necessárias a partir da PNAB 2017? Quais as perspectivas dos gestores para as equipes NASF-AB após a implantação da nova PNAB e do novo modelo de financiamento do Previner Brasil? E seria ilusório realizar tais indagações sem considerar o atual cenário epidemiológico trazido pela pandemia de COVID-19: na atual conjuntura os processos de trabalho do NASF-AB foram afetados?

O presente trabalho tem como objetivo analisar a atuação das equipes dos municípios da regional de saúde DRS III – Araraquara, com vistas a responder tais indagações.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Estudar o trabalho dos NASF-AB de uma região do interior do Estado de São Paulo, buscando identificar se há, e quais são, as repercussões das mudanças implementadas na PNAB nos últimos anos.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a composição das equipes dos NASF-AB da região estudada, considerando a formação dos profissionais envolvidos, suas práticas de integração do trabalho, na perspectiva das mudanças ocorridas na PNAB;
- Descrever os processos de trabalho e suas possíveis modificações nas práticas em saúde das equipes dos NASF-AB em sua articulação com a Atenção Básica na região estudada;
- Discutir as perspectivas dos gestores e trabalhadores envolvidos com as práticas de saúde do NASF-AB na região estudada, após as alterações implementadas na PNAB.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 OS SENTIDOS DA INTEGRALIDADE

Nos anos 80 do século XX, em um cenário brasileiro com um sistema de proteção social excludente, centralizado, oneroso e injusto, a Reforma Sanitária Brasileira trouxe importantes discussões com relação às políticas governamentais em saúde, colocando a integralidade em pauta (VIEGAS,2015).

Com o objetivo de reduzir as desigualdades sociais e regionais, a Constituição Federal de 1988 promulgou a saúde como direito de todos e dever do Estado, passando as ações e serviços públicos de saúde a integrar “uma rede regionalizada e hierarquizada”, organizada de acordo com as diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

O Sistema Único de Saúde, de acordo com a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080 de 1990), passa então a ter a integralidade e a universalidade como princípios norteadores de suas ações e serviços públicos.

Mattos (2009), traz algumas reflexões sobre três diferentes sentidos da integralidade. O primeiro sentido é sobre a integralidade como um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, que busca prudentemente reconhecer as necessidades de ações de saúde, como as relacionadas com diagnóstico precoce e redução de fatores de risco, buscando sistematicamente escapar aos reducionismos que transformam sujeitos em objetos. Tal sentido conversa com um dos quatro campos retóricos da integralidade, definido por Ayres (2011), o eixo das necessidades, o qual diz respeito à qualidade e natureza da escuta e do acolhimento, e da resposta às necessidades de saúde.

Retomando Mattos (2009), o segundo sentido da integralidade diz respeito à organização dos serviços e das práticas de saúde, de modo a otimizar o impacto epidemiológico das ações, bem como a horizontalidade das mesmas. Ayres (2011), também traz um campo retórico, o eixo das finalidades, que traz o sentido dominante de não segmentar as ações de saúde, mas, ao contrário, criar sinergismos que otimizem o desenvolvimento das ações, corroborando com o sentido da integralidade na organização dos serviços citado por Mattos (2009). Cecílio (2009) também divide a integralidade em duas dimensões, sendo que uma delas também

trata a integralidade como fruto de uma articulação de cada serviço de saúde, de diferentes níveis de atenção, uma integralidade pensada no “macro”.

O terceiro, e último, sentido citado por Mattos (2009) é relativo à configuração de políticas especiais criadas para dar respostas a um determinado problema de saúde, trata das respostas governamentais a certas necessidades de certos grupos específicos. Tais respostas devem incorporar ações voltadas à prevenção e ações voltadas à assistência. A busca de uma visão mais abrangente daqueles que serão os “alvos” dessas políticas é o que a torna integral.

O eixo das articulações trazido por Ayres (2011), desenvolve a integralidade como os modos de organização de saberes interdisciplinares e de equipes multiprofissionais, que criam melhores condições para oferecer uma resposta efetiva às necessidades de saúde, em uma perspectiva ampliada. Tal eixo conversa com a primeira dimensão de integralidade descrita por Cecílio (2009), a qual traz que a integralidade deve ser fruto do esforço dos vários saberes de uma equipe multiprofissional.

Por fim, Ayres (2011) ainda descreve o eixo das interações, o qual diz respeito a construção de condições efetivamente dialógicas entre os sujeitos participantes dos cuidados em saúde.

As respostas aos problemas de saúde devem abarcar as mais diversas dimensões de integralidade. (MATTOS, 2009)

Levando em consideração a importância do trabalho da equipe multiprofissional e da organização dos serviços de modo a otimizar o desenvolvimento das ações em saúde, citada anteriormente pelos autores acima, a equipe do NASF-AB surge como importante ferramenta para garantia da integralidade na atenção básica.

A equipe deve orientar seu trabalho nas diretrizes da atenção básica, na produção de um cuidado continuado e longitudinal, na perspectiva da integralidade (BELOTTI, 2019).

Nessa pesquisa a discussão a respeito da integralidade se dará a partir dos quatro eixos descritos por Ayres (2011).

### 3.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A primeira descrição sobre uma rede regionalizada foi apresentada pelo Relatório Dawson em 1920, o qual também introduziu conceitos de territorialização, vínculo, referência, entre outros (NAKATA, 2020).

Segundo Nakata (2020), no Brasil, o conceito de Redes de Atenção à Saúde (RAS) passa a ser mais aplicado a partir do Pacto pela Saúde 2006, e disparado pelas publicações da Portaria GM/MS nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, que estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, e pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentou a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), e estabeleceu a organização do SUS em regiões de saúde, com objetivo de garantir o acesso resolutivo à rede de saúde, efetivar o processo de descentralização e reduzir as desigualdades loco-regionais (NAKATA, 2020; BRASIL, 2010; BRASIL, 2011; BRASIL, 2014).

Para fundamentar o conceito de RAS, se fará uso de estudo de Mendes (2010), o qual contextualiza a situação de saúde no Brasil e a necessidade de recompor a coerência entre os aspectos epidemiológicos do país e uma resposta social estruturada em sistemas integrados de saúde.

Segundo Mendes (2010), o Brasil vive uma transição demográfica e epidemiológica importante. Do ponto de vista demográfico, o país está passando por um rápido processo de envelhecimento, associado a uma transição epidemiológica singular, a chamada tripla carga de doenças, que envolve doenças infecciosas, uma carga importante de causas externas e uma presença hegemônica de doenças crônicas e seus fatores de risco.

Ainda segundo o autor, as condições crônicas envolvem além das doenças crônicas, as doenças transmissíveis de curso longo, as condições maternas e infantis, os acompanhamentos por ciclos de vida, as deficiências físicas e estruturais contínuas e os distúrbios mentais de longo prazo (MENDES, 2010).

O Relatório Mundial sobre Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental, da Organização Mundial da Saúde (2003), relata que “os sistemas de saúde predominantes em todo o mundo estão falhando, pois não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas”. As Redes de Atenção à Saúde surgem com o objetivo de superar o sistema fragmentado de cuidado vigente (MENDES, 2010).

As RAS são, segundo Mendes (2010, p.2300) “organizações poliárquicas de conjunto de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral”, com ações de promoção, prevenção, curativas, reabilitadoras e paliativas.

Mendes (2010), descreve a RAS constituída por três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. A população é uma característica essencial da rede, deve ser cadastrada e registrada, para se conhecer devidamente suas necessidades, e mais que isso, deve ser estratificada por riscos em relação às suas condições de saúde.

A estrutura operacional da RAS é composta por cinco componentes. O primeiro é o centro de comunicação da rede (atenção primária a saúde), é o nó intercambiador, responsável por coordenar fluxos e contrafluxos; o segundo componente são os pontos de atenção secundários e terciários, os nós da rede onde se ofertam determinados serviços especializados; o terceiro componente se intitula sistemas de apoio, e compreendem serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, comuns a todos os pontos da rede; o quarto componente são os sistemas logísticos, compreendidos por soluções tecnológicas que garantem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos (exemplos: cartão de identificação de pessoas, sistema de acesso regulado à atenção a saúde, sistemas de transporte em saúde, entre outros); e por fim o quinto componente, chamado de sistemas de governança, que deve permitir a gestão de todos os componentes da RAS, feita por arranjos interfederativos (comissões intergestores tripartite, bipartite e regionais). (MENDES, 2010).

O terceiro elemento constituinte da RAS são os modelos de atenção à saúde, sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS. Existem os modelos de atenção à saúde para as condições agudas, que geralmente se expressam num tipo de classificação de riscos, e os modelos de atenção à saúde para as condições crônicas. No Brasil, Mendes (2009) propôs um modelo de atenção crônica (MAC) para utilização no SUS que se compõe de seis elementos: mudanças na organização da atenção à saúde, no desenho do sistema de prestação de serviços, no apoio às decisões, nos sistemas de informação clínica, no autocuidado apoiado e na comunidade.

Silva (2011) relata que a preocupação com a fragmentação do cuidado em saúde não é recente, citando o relatório Dawson de 1920 como uma iniciativa de expansão do acesso e de redução da segmentação entre serviços assistenciais. As causas para tal fragmentação foram apontadas pela Organização Pan-Americana de Saúde em 2008, sendo elas: a segmentação do sistema de saúde; a descentralização que fragmentava os níveis de atenção; o predomínio de programas focalizados em enfermidades, riscos e populações específicas; as debilidades na coordenação pela autoridade sanitária; insuficiência e má distribuição dos recursos disponíveis; entre outros.

Muitos são os desafios para se articular uma rede de atenção à saúde. Silva (2011) cita em seu artigo, como principal dificuldade para que as redes contem com recursos suficientes para atender as necessidades assistenciais, o baixo financiamento do SUS (em torno de 3,5% do PIB). Além disso, cita também como desafios para as redes de atenção à saúde a relação entre as esferas do governo e suas atribuições no contexto de descentralização da saúde, a gestão intergovernamental nas regiões e a integração em um modelo assistencial onde a APS seja ordenadora do cuidado.

Shimizu (2013), corrobora com Silva (2011), na afirmação de que a insuficiência de recursos financeiros para o SUS contribui para a fragmentação do sistema. Além disso, Shimizu (2013) cita outros fatores que incentivam essa fragmentação como: a falta de mecanismos de cogestão entre o sistema público e o sistema privado de serviços de saúde, onde o mercado tem agido agressivamente com a oferta de serviços sobretudo de média e alta complexidade; o recente processo de terceirização da gestão e da operação de grande parte da rede de serviços e ainda o incentivo crescente do mercado de planos de saúde com recursos federais (como a renúncia fiscal ou de gastos tributários, entre outros).

A deficiente formação dos profissionais de saúde, voltada essencialmente para o mercado de trabalho, também dificulta o trabalho em rede, segundo Shimizu (2013). Há a necessidade urgente, segundo o autor, de investir em formação profissional direcionada para a integralidade da atenção.

A Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010, citada anteriormente, reitera que ter a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, é um forte mecanismo de superação da fragmentação da RAS (BRASIL, 2010).

Silva (2011), também cita o Pacto pela Saúde, que tem a integração regional como um de seus principais objetivos, e a organização da rede com centralidade na APS, como dois mecanismos de superação da fragmentação da RAS. Shimizu (2013) também traz, em concordância com Silva (2011) e com a Portaria 4.279, o fortalecimento da governança regional como instrumento para bom funcionamento das redes.

Para fortalecer a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede, Silva (2011) traz como desafio nesse processo o rompimento dos modelos de saúde centrados em procedimentos e a mudança para a organização do cuidado a partir das necessidades de saúde do paciente. O autor ainda cita Campos (2003), em seu trabalho “Saúde paidéia”, que aborda a proposta de “co-gestão da clínica”, onde é dada ênfase a participação do usuário como sujeito do processo de cuidado à saúde e a utilização de estratégias como atuação multiprofissional, criação de equipes de referência para um conjunto de pacientes e elaboração de projetos terapêuticos singulares para casos mais complexos.

Considerando, que as equipes NASF-AB tem potencial para apoiar a mudança na organização do cuidado, focando este nas necessidades de saúde do paciente e na corresponsabilização do cuidado entre equipes de saúde e usuários, fortalecendo a AB como ordenadora do cuidado na rede, Vendruscolo (2020) conclui que as equipes NASF-AB têm potencial para se tornar ferramenta de qualificação do cuidado, resolutividade da atenção primária a saúde e articulação da rede de atenção à saúde.

## 4 MÉTODOS

### 4.1 DESENHO DO ESTUDO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa e exploratória. A pesquisa qualitativa objetiva entender a maneira como as pessoas envolvidas em determinada experiência a consideram, além de ampliar e melhorar a qualidade da interpretação (CÂMARA, 2013). Além disso, a pesquisa qualitativa é mais apropriada à compreensão de fenômenos mais subjetivos, por isso muito utilizada para avaliar as experiências humanas. Dessa forma, este tipo de pesquisa tem como objeto os sujeitos sociais que têm percepções e interesses, que evoluem e se transformam a cada dia, objetivando compreender a lógica que permeia a prática e avaliando a dinâmica interna de processos e atividades (ANDRADE, 2020). Minayo (2002, p.22), relata que “a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas”.

E o estudo exploratório visa obter uma visão geral, aproximativa de um determinado assunto, principalmente nos casos em que o tema ainda é pouco explorado (GIL, 2008). Visto as recentes mudanças nas políticas da Atenção Básica e os objetivos do presente estudo, a pesquisa qualitativa exploratória se mostra adequada para o seu desenvolvimento.

Na primeira etapa da pesquisa foi aplicado um questionário online para os gestores dos municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde de Araraquara (secretários de saúde ou diretores de saúde ou coordenadores de atenção básica), através da ferramenta de formulários online do Google, com o objetivo principal de mapear os municípios onde há equipes NASF-AB atuantes, gerando uma resposta por município.

Na segunda etapa foram desenvolvidos grupos focais (GF) com os profissionais destes municípios que pertencem ou pertenceram às equipes NASF-AB. Dada a atual pandemia de COVID-19, bem como a disponibilidade de deslocamento dos profissionais de saúde dos municípios participantes, os GF foram realizados de forma remota. A participação dos profissionais foi voluntária e ocorreu após concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os grupos focais foram realizados a partir de uma questão disparadora, onde os participantes

pueram discutir seus atuais processos de trabalho frente as novas politicas de atenção básica, considerando também a pandemia de COVID-19. Os GF contaram com um moderador e um relator e foram gravados através da ferramenta de reuniões remotas “Google Meet”. Posteriormente todos os encontros foram transcritos e seus conteúdos analisados.

#### 4.2 CAMPO DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido com os municípios do DRS 3 – Araraquara – SP.

O DRS 3 – Araraquara é composto por 24 municípios da região central do estado de São Paulo, agrupados em 4 regiões de saúde, as quais se nomeiam: Centro-Oeste (composta pelas cidades de Borborema, Ibitinga, Itápolis, Nova Europa e Tabatinga), Norte (composta pelas cidades de Cândido Rodrigues, Dobrada, Matão, Santa Ernestina e Taquaritinga), Coração (composta pelas cidades de Descalvado, Dourado, Ibaté, Porto Ferreira, Ribeirão Bonito e São Carlos) e Central (composta pelas cidades de Araraquara, Américo Brasiliense, Boa Esperança do Sul, Gavião Peixoto, Motuca, Rincão, Santa Lúcia e Trabiçu) (GOZZI, 2017).

Figura 1 – Regiões de saúde do Departamento Regional de Saúde III – Araraquara – SP



(Fonte: GOZZI, 2017)

Entre as 4 regiões de saúde do DRS 3 – Araraquara, se encontram municípios de variados portes, como São Carlos, com população estimada em 2020 de 254.484 habitantes, Matão com população estimada em 2020 de 83.626 habitantes e Trabiju com população estimada em 2020 de 1738 habitantes, dados coletados do IBGE-Cidades.

Os variados portes dos municípios encontrados na regional do DRS 3 – Araraquara, permitiram uma melhor caracterização das diferentes realidades, sendo selecionadas nesse estudo diferentes tipos de equipes NASF-AB (NASF 1, NASF 2 e NASF 3), tais classificações consideradas a partir da Portaria nº 3.124, de 28 de Dezembro de 2012.

#### 4.3 PARTICIPANTES

Todos os gestores em saúde do DRS 3 – Araraquara estavam previamente cientes da realização da pesquisa, pois a mesma foi apresentada nas reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR) das quatro regiões de saúde do DRS 3, onde todos concordaram com a realização da pesquisa em seus municípios. Sendo assim, todos os gestores dos 24 municípios responderam ao questionário da primeira etapa desta pesquisa. O gestor a responder esta etapa poderia ser o (a) Secretário (a) de Saúde ou o (a) Diretor (a) de Saúde ou ainda o (a) Coordenador (a) de Atenção Básica, porém, apenas um desses representantes da gestão, de cada município, pôde participar da pesquisa, ou seja, cada município teve uma única resposta.

Para a seleção dos municípios participantes dos grupos focais da segunda etapa, inicialmente foi considerando o mapeamento realizado com os questionários on-line respondidos pelos gestores na primeira fase da pesquisa, onde foi possível identificar equipes NASF-AB atuantes e municípios que desativaram suas equipes. A partir disso, os municípios foram selecionados considerando o porte populacional de cada cidade, sua localização nas regiões de saúde do DRS 3 - Araraquara, bem como o tipo de NASF-AB que tinham implantado (segundo classificação da Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012). Por fim, um convite foi realizado através de contato telefônico, aos profissionais dos municípios escolhidos. Inicialmente cinco municípios com NASF-AB atuantes seriam convidados a participar de um grupo focal

e três municípios que desativaram seus NASF-AB do outro GF. Porém, considerando que houve uma certa dificuldade em reunir os profissionais de diferentes municípios, na mesma data e horário, ainda que o GF tenha ocorrido de forma remota, dada as diferentes disponibilidades de agendas de tais profissionais, e considerando ainda a dificuldade de contato com alguns municípios que haviam sido selecionados para participar desta etapa, o formato final dos GF foi: três grupos com equipes NASF-AB atuantes, onde no total seis municípios participaram, sendo dois municípios em cada GF, e um GF com dois municípios que desativaram suas equipes NASF-AB.

Sendo assim, a amostra do estudo foi definida de maneira que atendeu especificamente os objetivos do estudo, como sugerido por Fontanella (2008), sendo uma amostra do tipo intencional.

#### 4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

O critério de inclusão para a primeira etapa foi o de ser gestor(a) em saúde, considerando-se gestores: os(as) Diretores(as) de Saúde ou Secretários (as) de Saúde ou Coordenadores (as) de Atenção Básica.

O critério de inclusão para a segunda etapa foi o profissional ter participado em algum momento da equipe NASF-AB do município ou ainda estar atuante na equipe.

O critério de exclusão para ambas as etapas era não concordar com a participação no estudo.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Essa pesquisa seguiu as orientações da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar, através do Parecer nº 5.279.318. Todos os sujeitos participantes da pesquisa foram devidamente informados sobre os objetivos do estudo, bem como de suas etapas. Foi assegurado total sigilo e confidencialidade das informações fornecidas e coletadas, bem como o sigilo da identidade dos participantes na divulgação dos resultados deste estudo. Cada etapa da pesquisa contou com um TCLE específico para a fase que foi realizada.

Na primeira etapa de coleta de dados, através de questionário on-line, antes de responder a qualquer pergunta os gestores tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 1 (Anexo 1) e puderam optar em prosseguir ou não com a participação na pesquisa assinalando sua opção no questionário. Na segunda etapa, os participantes do GF tiveram acesso ao TCLE individualmente através de um link, onde também deveriam assinalar a opção de estarem de acordo com o termo antes do início de qualquer discussão do grupo focal. Ainda foi realizada a leitura e apresentação do TCLE pela moderadora do grupo. A presente pesquisa trouxe como benefício o auxílio no mapeamento do DRS III - Araraquara quanto a presença de equipes NASF-AB no território, bem como pretendeu auxiliar os municípios que possuem tais equipes a analisarem seus atuais processos de trabalho. Aos municípios que não possuem NASF-AB, a análise dos processos de trabalho das equipes existentes em outros territórios poderá vir a servir como incentivo de credenciamento de novas equipes NASF. O estudo não traz riscos físicos ou à saúde mental dos participantes, entretanto as perguntas podem trazer desconfortos aos entrevistados por abordarem suas opiniões pessoais sobre seus processos de trabalho e terem relação também com a gestão do serviço. Dessa forma, os participantes tiveram a liberdade de não responder a tais perguntas ou interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem necessidade de explicação ou justificativa para tal e sem nenhum prejuízo profissional em relação ao pesquisador, à Instituição em que trabalha ou à Universidade Federal de São Carlos. Além disso, ambas as etapas da pesquisa por serem realizadas em ambiente virtual, apresentaram o risco de vazamento de informações, para se evitar que isso ocorra foi realizado ao final das etapas o download das informações e das gravações de vídeo e retirada das mesmas de quaisquer ambientes virtuais (Dropbox, Google Drive, Google Forms, etc.) e mantidas apenas em dispositivo local dos pesquisadores.

#### 4.6 COLETA DE DADOS

As entrevistas utilizadas em pesquisas qualitativas têm como base uma estrutura flexível, consistindo em questões abertas, onde o(s) entrevistado(s) pode(m) aprofundar uma ideia ou uma resposta de forma mais detalhada (BRITTEN, 2009).

Dessa forma, a primeira etapa da coleta de dados se deu através de envio de formulário eletrônico para os gestores da saúde do DRS 3 – Araraquara. O formulário eletrônico está de acordo com as “Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual”, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), disponível em <https://www.propq.ufscar.br/etica/cep/ORIENTAESPARAPROCEDIMENTOSEMPESQUISASCOMQUALQUERETAPAEMAMBIENTEVIRTUAL.pdf>. As perguntas do questionário podem ser encontradas no Anexo 3.

Outra ferramenta importante utilizada em pesquisa qualitativa é o grupo focal. Souza (2020), citando Morgan (1996), define grupo focal como instrumento de coleta de dados através da interação do grupo acerca de um tema específico onde o moderador tem a importante função em estimular o grupo, já que os dados provêm da interação gerada pela discussão. Os autores reforçam que não é grupo focal quando não há o papel ativo do moderador orientando as discussões com base nas questões da pesquisa.

Sendo assim, a segunda etapa se deu com a formação de grupos focais (GF) para os profissionais dos municípios pesquisados, sendo que foram realizados 4 grupos focais, de forma remota, com o objetivo de facilitar a participação dos profissionais de saúde convidados. Nos GF foram utilizadas questões disparadoras da discussão que abordaram sobre os atuais processos de trabalho das equipes NASF-AB ou dos profissionais que atualmente atuam em outros locais, bem como os impactos das atuais políticas de atenção básica, considerando ainda algumas questões que foram levantadas a partir da primeira etapa da pesquisa, como por exemplo, a formação das equipes NASF-AB nos territórios. As discussões do grupo focal foram gravadas através da ferramenta de reunião remota “Google Meet” e os dados gravados foram transcritos e ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora principal por um período de 5 anos e após serão destruídos. Os pesquisadores garantem total sigilo de todas as informações coletadas durante a pesquisa, não devendo ser identificados os participantes, nem mesmo os municípios e Instituições a qual trabalham.

Ambas as ferramentas (questionário on-line e grupo focal) se mostraram pertinentes na presente pesquisa, de forma a permitir o aprofundamento e discussão das questões acerca do tema, caracterizando a composição das equipes NASF-AB, descrevendo seus processos de trabalho e permitindo discutir as perspectivas dos

gestores e trabalhadores, após as alterações do novo contexto político brasileiro para atenção básica.

#### 4.7 ANÁLISE DE DADOS

Para a análise de dados dos formulários eletrônicos, foi utilizada a tabulação através das planilhas elaboradas pela própria ferramenta do Google Forms.

Para a análise de dados do grupo focal foi adotada a análise de conteúdo, segundo a proposta de Laurence Bardin, descrita em seu livro *Análise de Conteúdo* (1977), usado como referência para muitos autores, entre eles Câmara (2013), que cita que nessa análise o pesquisador busca entender as características que estão por trás dos fragmentos das entrevistas/mensagens.

A análise de conteúdo de Bardin prevê três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (inferência e interpretação).

A fase de pré-análise consiste no primeiro contato com os documentos, que envolve a leitura flutuante e, no caso das entrevistas, a sua transcrição. Na fase de exploração do material ocorre a categorização, organizando os dados da pesquisa segundo categorias e temas encontrados nas entrevistas, e por último a fase de tratamento dos resultados, que consiste em tornar significativo os dados brutos coletados (CÂMARA, 2013 – citando Bardin).

## 5 RESULTADOS

### 5.1 PRIMEIRA ETAPA: ENTREVISTA COM OS GESTORES

A primeira etapa da pesquisa consistiu em um questionário on-line direcionado aos gestores de saúde e/ou coordenadores de atenção básica dos 24 municípios do DRS 3 – Araraquara, o qual tinha por objetivo mapear os municípios que têm equipes NASF-AB implantadas, bem como quais são seus atuais processos de trabalho, entre outras questões. Todos os municípios responderam a esta etapa da pesquisa, sendo uma resposta por município. A Tabela 1 identifica a porcentagem de participação de gestores e coordenadores de atenção básica em cada região.

Tabela 1 – Identificação dos profissionais participantes da primeira etapa.

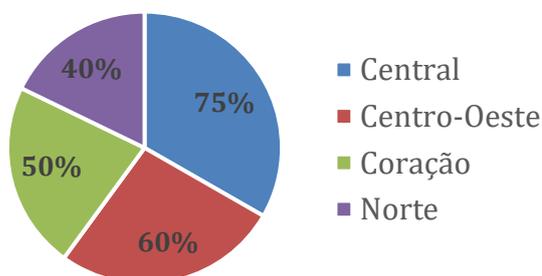
Região	Gestor de Saúde	Coordenador de AB
Central	62,5%	37,5%
Centro-Oeste	60%	40%
Coração	17%	83%
Norte	40%	60%

#### 5.1.1 A existência ou não do NASF-AB e a composição das equipes

Entre os 24 municípios participantes um pouco mais da metade, 14 municípios, contam com equipes NASF-AB implantadas atualmente (apenas uma equipe em cada um destes municípios). A Região Central é a região com mais municípios que tem o NASF-AB implantado, como mostra o Gráfico 1 abaixo.

Gráfico 1 – Porcentagem de municípios que possuem NASF-AB, por região de saúde

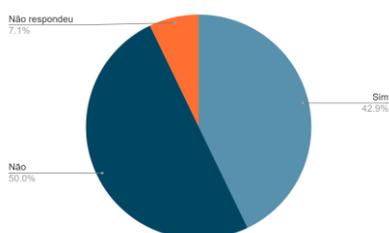
## Municípios com NASF-AB



Entre os dez gestores municipais que referiram não contar atualmente com equipes NASF-AB, oito justificaram os motivos. Um dos gestores descreve que “Após a desvinculação dos recursos financeiros do NASF dos repasses federais e devido a demanda por atendimentos individualizados, a gestão anterior optou por não dar seguimento a equipe”, já sinalizando o impacto do Previne Brasil na manutenção da equipe NASF-AB neste município. Um outro gestor também justificou a falta de disponibilidade orçamentária para contratação da equipe. Outros motivos como falta de interesse da gestão em implantar ou mesmo manter a equipe formada foram citados.

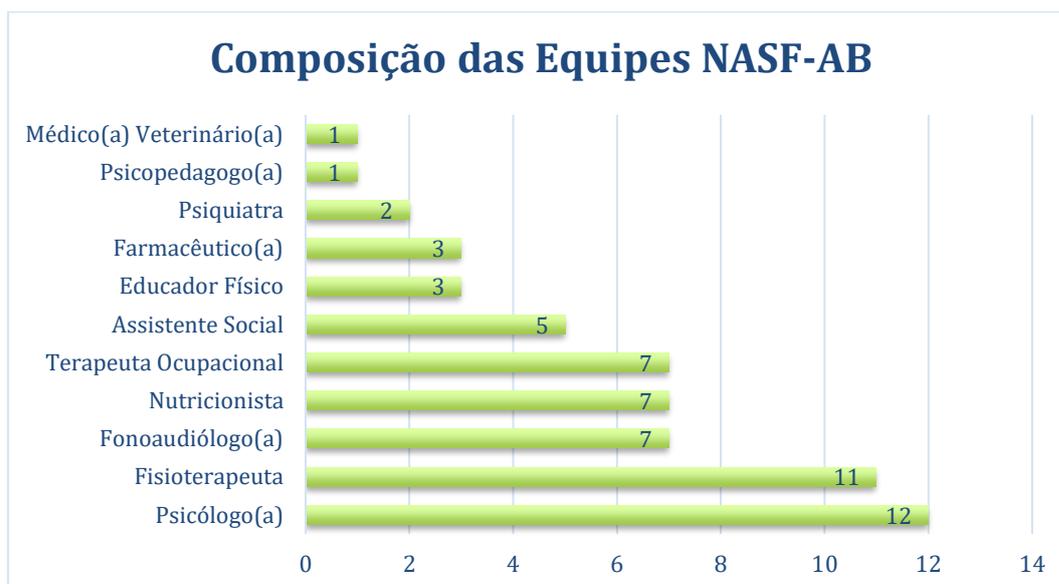
Quando questionados aos municípios do DRS 3, que ainda dispõem de equipes NASF-AB implantadas, se em algum momento a manutenção dessas equipes chegou a ser repensada em razão do desfinanciamento federal, quase metade dos gestores responderam que sim, como demonstrado no Gráfico 2. Outros impactos do Programa Previne Brasil não foram citados, embora houvesse oportunidade para descrevê-los na pesquisa.

Gráfico 2 - Municípios que questionaram a manutenção das equipes NASF-AB após o Previne Brasil



Dos municípios que têm equipes NASF-AB, os profissionais mais citados na pesquisa que compõem essas equipes na DRS 3 – Araraquara, foram o psicólogo e o fisioterapeuta, com presença respectivamente de 85,7% e 78,6% das equipes presentes nos municípios. Outros profissionais foram citados, como mostra o Gráfico 3.

Gráfico 3 - Composição das equipes NASF-AB



### 5.1.2 Tempo de atuação e processos de trabalho

Sobre o tempo de atuação das equipes no município, oito delas atuam entre 5 e 10 anos e apenas duas atuam há mais de 10 anos. Entre os processos de trabalho realizados atualmente pelas equipes, a grande maioria (85,7%) dos municípios identificaram as atividades coletivas como as mais realizadas. Quanto aos atendimentos individuais realizados pela equipe NASF-AB, foram identificados atendimentos tanto na ESF, quanto em ambulatórios de especialidades e mesmo nas UBS, que não contam com equipes de saúde da família vinculadas a elas. Embora a maior parte ocorra nas ESF. Outros processos de trabalho ainda foram identificados pelos gestores em saúde dos municípios analisados, são eles: atividades de educação permanente com equipes de atenção básica (57,1%), atividades de apoio institucional nas equipes de atenção básica (50%), atividades

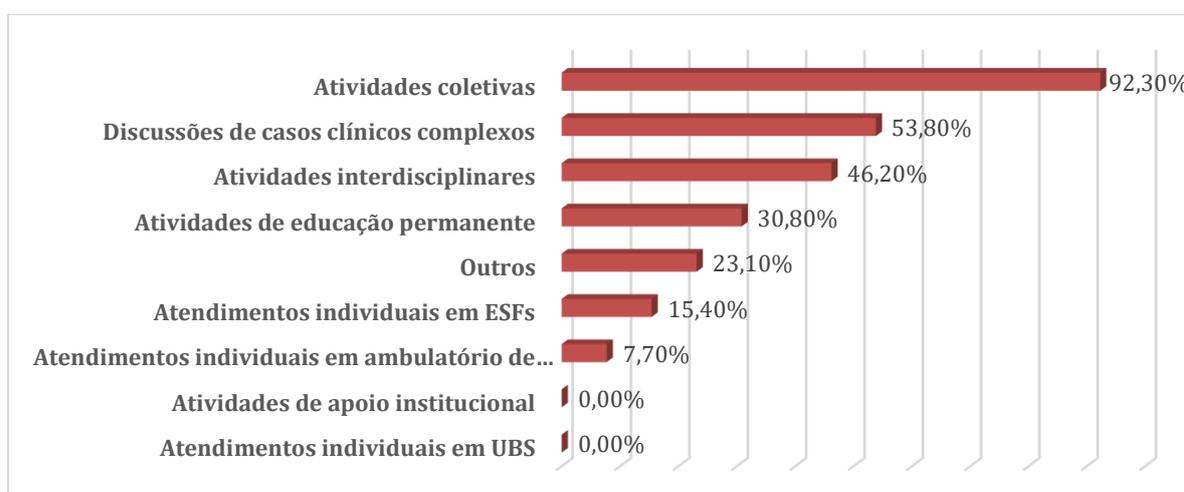
interdisciplinares em parceria com setores da educação e/ou outros (42,9%) e reuniões de matriciamento de casos clínicos complexos (35,7%).

Observou-se na pesquisa que um número considerável de equipes NASF-AB, 13 entre as 14 equipes, realizam atendimentos individuais seja nas ESFs, UBSs ou nos ambulatórios especializados. Já as reuniões de matriciamento foram os processos de trabalho realizados menos identificados pelos gestores.

### 5.1.3 Os efeitos da pandemia no trabalho

Dos municípios que contam com equipes NASF-AB implantadas a maioria relatou que houve comprometimento das atividades do NASF-AB devido a pandemia e apenas um relatou que o cenário pandêmico proporcionou uma melhora nos processos de trabalho da equipe, sem descrever, porém, que tipo de melhora ocorreu. Entre as atividades que o NASF-AB realizava antes da pandemia e que não consegue realizar atualmente as atividades coletivas e as reuniões de matriciamento foram as mais citadas, por 92,3% e 53,8% dos municípios, respectivamente. Outras atividades também foram comprometidas segundo a percepção dos gestores, como mostra o gráfico 4.

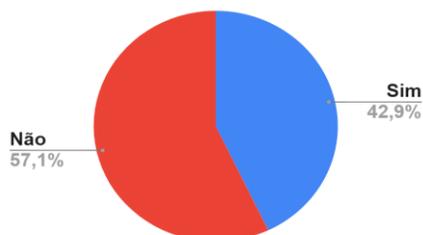
Gráfico 4 - Atividades que os NASF-AB realizavam antes da pandemia e que não conseguem realizar atualmente



#### 5.1.4 Os impactos das mudanças da PNAB

Sobre a PNAB 2017, quando questionados sobre os impactos diretos que as equipes NASF-AB de seus municípios sofreram após sua implantação, merece destaque que a maioria dos gestores municipais referiram não ter havido impacto dessas mudanças no trabalho do NASF, como mostra o gráfico 5. Entre os que apontaram mudança, a mais citada foram as relações de trabalho entre a equipe. Em seguida, foram citadas as alterações na composição da equipe (33,3%) e as unidades apoiadas pela equipe (16,7%), sendo que entre os seis municípios que identificaram impactos diretos da PNAB 2017 para o NASF-AB, apenas um respondeu como analisa tais impactos na rotina da equipe, descrevendo-os como “avaliação positiva com a interação do NASF-AB com demais equipes, organização e inclusão de novos profissionais”.

Gráfico 5 - Existência de Impacto direto da PNAB 2017 nos processos de trabalho das equipes NASF-AB



#### 5.2 SEGUNDA ETAPA DA PESQUISA, OS GRUPOS FOCALIS

No início dos grupos focais foi solicitado, durante a apresentação dos participantes, que cada um colocasse uma palavra que representasse o que era o NASF-AB para o profissional ou o que representou para aqueles que fizeram parte das equipes que atualmente estão desativadas. Os resultados geraram uma nuvem de palavras representada na Figura 2 a seguir.

Figura 2 – Nuvem de palavras: O que é ou foi o NASF-AB para você?



As palavras que se destacam na nuvem foram as citadas mais de uma vez durante os grupos focais. A resistência foi descrita pelos trabalhadores tanto no sentido de resistência às novas políticas de atenção básica (*“nós estamos resistindo a esses abalos sísmicos que vieram né e que essa política atual praticamente veio pra detonar”*) como de manutenção dos processos de trabalho do NASF-AB considerando o apoio matricial apesar dos desafios, sejam eles políticos, de gestão ou relacional com as equipes de saúde da família (*“a gente tem reforçado né, não só a questão de nós ainda trabalharmos como NASF, mas que estamos inseridos na saúde da família, a gente trabalha enquanto saúde da família”*). A palavra desafio também foi relacionada às mudanças políticas e de financiamento e a implantação do NASF em si. Vale ressaltar também as palavras persistência, resiliência, luta diária e flexibilidade, que competem aos processos de trabalho do NASF-AB. Destaco entre estas a palavra flexibilidade, citada por um profissional que precisava abrir exceções em seu trabalho, no caso realizar atendimentos ambulatoriais, para que houvesse a manutenção do NASF, visto que no entendimento do profissional se ele se negasse a gestão poderia então desativar a equipe e manter os profissionais apenas no ambulatório.

Em seguida, foi realizada a pergunta disparadora para os três primeiros grupos focais, aqueles com equipes NASF-AB atuantes: como o trabalho do NASF-AB vem se delineando frente as novas políticas de atenção básica? Para o quarto grupo focal, dos profissionais que já trabalharam em equipes que atualmente estão desativadas, o disparador foi dividido em quatro etapas: como surgiu o NASF-AB, quais os processos de trabalho que eram realizados, como a equipe foi desativada e como se dão os processos de trabalho atuais de cada profissional.

As discussões entre todos os grupos percorreram temas pertinentes a este estudo e foram agrupadas em cinco categorias empíricas para apresentação dos resultados, as quais seguem a seguir.

### **5.2.1 O processo de implantação dos NASF-AB**

A grande maioria das equipes NASF surgiu através de convite aos profissionais que já atuavam na rede dos municípios, com exceção de duas únicas equipes nas quais os profissionais foram contratados através de concurso público específico para NASF. Em um desses municípios o profissional relatou que os atuais cargos já foram extintos e que atualmente a contratação pode se dar através de processo seletivo interno. Interessante expor que em mais de uma fala surgiu a questão de que as equipes foram realmente implantadas após “pressão política” e de que inclusive alguns profissionais já estavam cadastrados no CNES como profissionais NASF e foram ficar cientes disso somente quando foram oficialmente convidados pelos gestores a iniciar as atividades como equipe NASF. Uma das equipes não chegou a ser credenciada pelo Ministério da Saúde, porém se mantém ativa.

Foi praticamente unânime o relato de que houve resistência das equipes de atenção básica durante a implantação do NASF, a grande maioria por entender que a equipe estava chegando para “trazer mais trabalho” ou pela dificuldade do entendimento sobre o que é o apoio matricial. Apenas dois municípios ressaltaram a participação da gestão nesse processo, através de reuniões compartilhadas entre as equipes e a gestão, e encontros de educação permanente para que todos entendessem os processos de trabalho do NASF.

Alguns profissionais continuaram dividindo carga horária entre ambulatórios e NASF e muitos foram deixando as equipes, que se encontram reduzidas em muitos municípios, sem perspectiva de novas contratações segundo os relatos.

Sobre o projeto de implantação dos NASF foram considerados os profissionais que já estavam na rede, como citado anteriormente, e um dos municípios destaca que o projeto das necessidades do território foi desconsiderado, como mostra o trecho abaixo.

*“[...] foi quem ‘tava’ disponível, que ‘tava’ afim de participar né, a gente tinha, a gente fez o projeto de necessidades, mas isso não foi considerado porque não tinha gente suficiente né [...]”*

### **5.2.2 Os impactos das atuais políticas de atenção básica para as equipes NASF-AB**

Entre os municípios que ainda possuem equipes NASF-AB implantadas a maioria ainda atua apenas em equipes de saúde da família, em um deles foi solicitado o apoio em equipes de atenção primária, após a implementação da PNAB 2017, porém com a chegada da pandemia de COVID-19 o processo não chegou a ocorrer. A grande maioria dos profissionais não destacou nenhum impacto importante da atual PNAB, assim como os gestores na primeira etapa da pesquisa. Um dos municípios considerou positiva a possibilidade de atuar também em equipes de atenção primária (eAP), pois esse NASF tinha grandes dificuldades do trabalho em conjunto com a única equipe de saúde da família do município. O outro município que considerou positiva as alterações da PNAB na primeira etapa da pesquisa, pela possibilidade de o NASF interagir com demais equipes de atenção básica, não participou da segunda etapa.

Quanto ao desfinanciamento do NASF-AB, trazido pelo Previde Brasil, variados foram os relatos dos municípios quanto aos impactos às suas equipes. Um município relatou que antes desta política havia previsão de ampliação das equipes NASF-AB, porém isso acabou não ocorrendo. Outro relata que também não há previsão de novas contratações, apesar do desfalque atual de profissionais na equipe, ainda que a gestão tenha mantido o NASF-AB ativo após o desfinanciamento federal.

A dificuldade de aquisição de materiais foi citada por uma das equipes e outra já relatou que apesar da gestão entender que o trabalho do NASF-AB precisa ser mantido, a equipe vem tendo dificuldade na atuação com alguns pontos da Atenção Básica, após o desfinanciamento, pois alguns profissionais entendem que a equipe NASF-AB não existe mais.

*"[...] a gente vai solicitar alguma coisa eles 'ah, mas o NASF não existe mais né, porque tem que fazer isso se o NASF não existe mais', bem complicado".*

Ainda sobre a manutenção das equipes após o desfinanciamento, um dos municípios relatou a insegurança e a preocupação da equipe em ser realocada aos ambulatorios e relata que embora isto não tenha acontecido até o momento “é uma coisa que paira no ar”. Esse sentimento é compreensível quando retomamos os dados da primeira etapa da pesquisa, onde 42,9% dos gestores relataram que a manutenção do NASF-AB foi questionada após o Previner Brasil. Além disso, os profissionais identificam que antes conseguiam “barrar” alguns trabalhos, pautados na portaria do NASF, porém agora acabam fazendo coisas que não consideram processos de trabalho do NASF e se sentem sobrecarregados.

Das equipes que foram desativadas uma relacionou diretamente a desativação com o desfinanciamento, porém aparentemente a equipe já tinha dificuldades de atuação. Além do desfinanciamento, a gestão justificou a alta demanda por atendimentos individuais neste município. As informações são explícitas na fala a seguir.

*"[...] não teve mais o financiamento né, e 'tava' tendo muita demanda pra procura pra atendimentos [...] e ainda tínhamos muita dificuldade com o NASF em si né, então...aí foi tomada a decisão (desativar equipe) ..."*

A desativação da equipe NASF-AB do outro município participante parece ser mais uma decisão política particular do gestor atual, não tendo a equipe relacionado esta situação com o desfinanciamento federal, inclusive o profissional relatou que a gestão tinha “autorizado” a equipe a retomar o trabalho nas ESFs a partir da semana onde foi realizado o grupo focal, ainda que a equipe não se chamasse mais NASF-AB.

E por fim a equipe que não chegou a ser credenciada pelo Ministério da Saúde não observa impactos do Previner Brasil, visto que nunca foram financiadas, porém apresenta um ponto de vista bem crítico às atuais políticas públicas de atenção básica.

*"... essa política atual praticamente veio pra detonar mesmo né, então...a impressão que eu tenho é pra acabar mesmo, pra acabar não só com isso, com o SUS..."*

Tais percepções quanto ao desfinanciamento federal das equipes NASF-AB foram organizadas na tabela a seguir.

Tabela 2 – Percepções sobre os impactos do Previne Brasil às equipes NASF-AB

<b>Percepções dos Gestores</b>	<b>Percepções dos trabalhadores NASF-AB</b>
Desativação da equipe por falta de repasse federal.	A previsão de ampliação das equipes acabou não ocorrendo.
Desqualificação de alguns serviços.	Equipes estão desfalcadas, sem previsão de novas contratações.
Comprometimento da ampliação e desenvolvimento de ações	Dificuldade de aquisição de materiais.
Manutenção das equipes repensada após o desfinanciamento.	Dificuldade de atuação em alguns pontos da rede, que entendem que o NASF-AB não existe mais.
	Insegurança e preocupação em serem realocados para ambulatorios.
	Sem a portaria que mantém o NASF, profissionais estão sobrecarregados realizando ações que não consideram processos de trabalho do núcleo.

### **5.2.3 Impactos da pandemia de COVID-19 aos processos de trabalho do NASF-AB**

Durante os primeiros meses da pandemia muitas das equipes NASF-AB foram realocadas em atividades que não eram específicas dos profissionais, como auxílio em atividades administrativas de cadastro de vacinas ou alimentação dos sistemas de vigilância epidemiológica. Alguns auxiliavam às equipes de atenção básica no fluxo de pacientes dentro da unidade nas campanhas de vacinação e outra equipe ainda relatou que ficou “fazendo trabalho de apoio à diretoria”. O trabalho do NASF-AB em si foi totalmente suspenso, segundo um dos municípios, e outra equipe relata que ficou realizando atendimentos individuais mais urgentes, dentro da formação de cada profissional.

A dificuldade de retomada dos atendimentos em grupo foi bastante citada, seja pelo receio dos próprios pacientes em retomar as atividades, seja pela dificuldade de conseguir novamente local adequado para realização dos grupos, visto as novas orientações de segurança para evitar a disseminação do COVID-19. Um dos municípios ainda relatou dificuldade na retomada das atividades coletivas pois a equipe de atenção básica, especificadamente os agentes de saúde, estavam ainda em atividades burocráticas, dificultando o contato da equipe com os pacientes. Os gestores também observam que a maior dificuldade é para a retomada das atividades coletivas, como mostram os dados da primeira etapa.

Interessante o relato de dois municípios que observaram a mudança do comportamento dos pacientes frente aos tratamentos oferecidos, ressaltando a falta de adesão dos mesmos devido a “urgência em resolver rapidamente a questão”, não havendo adesão dos pacientes nos tratamentos a longo prazo. Um dos profissionais relacionou esta dificuldade a como a população foi condicionada a agir durante os dois primeiros anos da pandemia.

*“[...] porque foi treinado durante esses dois anos a vim e ir embora, a ficar rápido, então o rápido é médico e medicação, acabou, então eu acho que nós vamos ter que enfrentar um processo de readequação e reeducação de todos nós...”*

É perceptível na fala dos municípios de que as equipes ainda estão tentando se reestruturar e de que não conseguiram retomar os processos de trabalho de antes da pandemia, o que provavelmente é reflexo da desestruturação que ainda se

mantém das equipes de atenção básica, apesar do aparente controle do cenário epidemiológico da COVID-19. Além disso, a pandemia potencializou as dificuldades já existentes anteriormente, segundo alguns relatos.

*“ ... mas eu vejo que o nosso processo de trabalho ele tá muito...ele fica muito desarticulado né...e essas mudanças é difícil a gente separar o que foi fruto dessa política desastrosa e o que foi fruto da pandemia [...] uma coisa potencializa a outra né...”*

#### **5.2.4 Atuais processos de trabalho das equipes NASF-AB**

As atividades coletivas que conseguiram retomar após o período mais grave da pandemia de COVID-19 parecem ainda estarem desarticuladas com as equipes de atenção básica, diferentes municípios relatam que os grupos são de exclusividade da equipe NASF-AB e que não acontecem se os profissionais NASF-AB não estiverem presentes. Porém, parece ser algo que já ocorria antes mesmo da pandemia como mostra a fala a seguir.

*“[...] principalmente essas (equipes) que estão resistindo, os próprios trabalhadores não participavam, a referência não participava dos nossos grupos né [...]”*

Essa mesma equipe também relata que retomou as ações do Programa Saúde na Escola, não detalhando se há a participação da atenção básica ou exclusivamente dos profissionais NASF-AB.

Apenas uma das equipes relatou que consegue realizar mensalmente ações de prevenção juntamente com os outros profissionais da atenção básica, inclusive os médicos e dentistas, além da equipe de enfermagem.

A desarticulação do cuidado em saúde entre as equipes também parece estar presente nos casos de atendimento individual. Uma delas aponta que recebe os pacientes para atendimento individual através de encaminhamento médico e que

não realiza reuniões de matriciamento com a atenção básica. Um outro município tem percebido que atualmente um número maior de encaminhamentos direto ao NASF-AB tem sido feito, sem discussão do caso previamente, embora ocorra, segundo a equipe, as reuniões de matriciamento. Alguns municípios relatam que nunca chegaram a realizar o matriciamento com as equipes de referência ou realizavam muito pouco antes da pandemia. Por fim, apenas uma equipe relata que realiza a discussão de caso com a atenção básica e que não está trabalhando como ambulatório, pois o gestor deixou a critério do NASF-AB a forma como conduzir os atendimentos. Os relatos corroboram com os dados levantados na primeira etapa onde os gestores pontuaram que o processo de trabalho menos realizado são as reuniões de matriciamento, apesar de 13 entre as 14 equipes NASF-AB realizarem atendimentos individuais, também segundo o questionário respondido na primeira etapa pelos municípios.

*“...os médicos tem encaminhado bastante [...] ‘ta’ difícil de cuidar das pessoas... a gente não ‘ta’ conseguindo abrir espaços de cuidado [...]”*

Enquanto alguns profissionais NASF-AB ainda dividem carga horária com o ambulatório de especialidades, um deles relata que nunca mais realizou atendimento individual, desde que foi direcionado a atuar na atenção básica, citando que foca seu processo de trabalho em atividades coletivas, a depender da demanda apresentada pelas unidades, mas reforça que não realiza atendimentos individuais.

Em um dos municípios, dos que tiveram a equipe NASF-AB desativada após o desfinanciamento, os profissionais estão atualmente realizando atendimentos individuais nas unidades de atenção básica, através dos encaminhamentos, sem participar das reuniões de equipe ou discutir os casos previamente aos atendimentos. Além disso, os profissionais também foram instruídos pela gestão a organizar as atividades coletivas dentro da especialidade de cada profissional. É interessante relatar que os profissionais reforçam que o trabalho não é em conjunto com a unidade.

Atividades de cuidado aos próprios profissionais da atenção básica também foram citadas por dois municípios, inclusive com o uso das Práticas Integrativas Complementares, como a auriculoterapia.

Importante registrar que muitos municípios relataram atividades que não acontecem se o NASF-AB não estiver presente. As atividades citadas vão além dos grupos até reuniões de gestão compartilhada e realização dos encontros do grupo condutor da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) municipal, por exemplo.

### **5.2.5 O papel da gestão municipal na efetivação do NASF-AB**

Como última categoria empírica, o papel da gestão nos atuais processos de trabalho do NASF foi citado de diferentes formas pelos profissionais.

Paralelamente ao relato de uma das equipes que consideram ter apoio da gestão, pois nunca houve a intenção por parte desta de desativar o NASF-AB, não há perspectiva dos gestores desse município em novas contratações, apesar do importante desfalque de profissionais atualmente, como verificado em outro momento do grupo focal. A falta de interesse na contratação de mais profissionais para o NASF-AB é apontada também por outro município onde há o desfalque da equipe.

Um dos municípios relatou que já teve uma gestão que atuava diretamente com a equipe, mediando conflitos e participando de reuniões, porém que isso foi se perdendo com inúmeras trocas de gestores e que atualmente se sentem pouco assessorados. Já um segundo município pontua que nenhuma gestão nunca esteve presente na intermediação dos processos de trabalho do NASF-AB com as equipes de atenção básica, um dos profissionais desta equipe relata que sempre chegaram sozinhos às unidades, “independente, órfão”. A mesma sensação é compartilhada por um terceiro município no relato a seguir.

*“[...] embora a gente não tenha apoio nenhum, é... eu vejo que a gente ficou meia que soltas...diante da gestão...”*

Já em outros momentos o papel de uma gestão bem incisiva sobre os processos de trabalho das equipes fica bem claro. Uma das equipes relata que uma gestão anterior solicitou que não houvessem mais ações de apoio institucional do

NASF-AB com as equipes de atenção básica e em outro local a gestão chegou a solicitar que a equipe mudasse de nome.

*"[...] pode continuar com seus projetinhos, mas não como NASF."*

## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 OS NASF-AB: DESDE SUA IMPLANTAÇÃO ATÉ A PANDEMIA

Segundo dados do DataSUS (referentes ao mês de setembro de 2022) existem 5518 equipes NASF-AB cadastradas no CNES no Brasil, o que representa que os núcleos estão presentes em 65% dos municípios brasileiros (BRASIL, 2022). Já na região estudada os NASF-AB estão implantados em 14 dos 24 municípios do DRS-3, representando 58,33% do território.

Na região, cada município com NASF-AB implantado possui apenas uma equipe em seu território. Dessa forma o percentual de municípios da regional de Araraquara que possuem equipes NASF-AB parece ser um pouco inferior ao percentual de municípios no Brasil. É importante salientar que a atualização do CNES é de responsabilidade dos próprios municípios e que durante a consulta ao DataSUS pode-se verificar que alguns dos que responderam nesta pesquisa que não possuíam equipe NASF-AB, na verdade, ainda tinham tais equipes cadastradas no CNES.

Segundo o relato dos trabalhadores dos NASF-AB, diversas foram as formas como as equipes estudadas foram criadas e iniciaram seus trabalhos. Com exceção de duas equipes, onde houve a criação de cargos específicos para tais profissionais no município, a grande maioria se utilizou dos profissionais disponíveis na rede, mantendo inclusive em alguns casos a carga horária de tais servidores, ou parte dela, na assistência ambulatorial. Gozzi (2018) já havia relatado tal cenário nos municípios do DRS 3 – Araraquara, reforçando que os atendimentos individuais de forma ambulatorial não são processos de trabalho inclusos dentro do escopo de atuação do NASF, deslocando, portanto, o papel do profissional dentro da Atenção Básica.

Quanto a composição das equipes, treze entre os quatorze núcleos do território estudado seguem a recomendação da Portaria GM nº 154, que indica a participação de pelo menos um profissional da área de saúde mental “tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais” (BRASIL, 2018), considerando o Terapeuta Ocupacional presente em uma equipe e o psicólogo nos outros doze núcleos. Pode-se também observar que a grande maioria das equipes contam, além dos profissionais de psicologia, com profissionais de fisioterapia, fonoaudiologia,

nutrição e terapia ocupacional. Acreditamos que tais profissionais sejam destaque nas equipes estudadas pelo fato de os municípios utilizarem, em sua maioria, profissionais que já estavam disponíveis na rede, sendo as profissões citadas as mais facilmente encontradas nos municípios de pequeno porte, característica da maior parte da região do DRS 3 – Araraquara.

Segundo Rodrigues (2020), diversas foram também as experiências de implantação das equipes NASF no município de São Paulo, diversidade esta apresentada tanto na escolha das categorias profissionais, quanto no número de equipes de referência apoiadas e ainda nas formas de implantação, onde em algumas regiões foi realizado um estudo prévio das necessidades de saúde do território, e em outras onde as necessidades da população não foram consideradas para a escolha das categorias profissionais, por exemplo (RODRIGUES, 2020).

Sobre o processo de inserção do NASF nas unidades de saúde é quase unânime o relato de que houve resistência por parte dos profissionais da AB. Um dos profissionais citou que essa resistência aconteceu pelas equipes entenderem que o NASF estava chegando para “trazer mais trabalho” ou por não entenderem o conceito de apoio matricial. A relação conflituosa com as equipes de saúde da família também foi relatada por Gozzi (2018), como “problemática” segundo sua percepção em visita aos municípios do DRS-3 Araraquara. A dificuldade de compreensão do trabalho do NASF-AB realmente prejudica a integração entre as equipes, segundo Mazza (2020), que ainda acrescenta que as diferentes dinâmicas de trabalho e de organização entre equipe NASF-AB e equipe de referência são mais dois elementos que interferem na integração destas. Neto et al (2018) relaciona a fragilidade do vínculo entre as equipes NASF-AB com as equipes de referência como um dos principais aspectos restritivos para a atuação destas de forma a garantir o princípio da integralidade, evidenciando em seu estudo que o número de territórios vinculados a uma equipe NASF-AB muitas vezes justifica tal fragilidade deste vínculo.

Durante esse processo de aproximação dos núcleos com a atenção básica alguns relataram apoio e participação da gestão, que articulava e participava de reuniões de educação permanente entre as duas equipes sobre o papel do NASF. Por outro lado, alguns profissionais relataram que essa implantação do núcleo, e sua consequente inserção nas ESFs, ocorreu de forma rápida e sem planejamento, inclusive houve um município que relatou que nenhuma das gestões chegou a

realizar a intermediação entre equipe NASF e equipe AB, como relata o trecho a seguir:

*“[...] nunca foi feito, a gente sempre chegou por si só, independente, órfão...”*

Nordi (2014) também constatou a falta de apoio e planejamento da gestão durante processo de implantação de uma equipe NASF de uma cidade no estado de São Paulo. Fica evidente pelas falas dos profissionais NASF-AB o quanto a forma como os núcleos foram inseridos na AB refletiram no vínculo que estes criaram com as equipes. Por um lado, se construiu, um vínculo forte e positivo naquelas onde o processo se deu conjuntamente com a gestão, e paralelo a um processo de educação permanente. Por outro, ocorreu um vínculo fraco, refletindo em relações conflituosas quando o apoio da gestão não ocorreu. A equipe que relatou que nunca houve o apoio de nenhuma gestão, por exemplo, acaba afirmando posteriormente que não realiza mais atividades com a única ESF do município, tamanho o conflito das relações de trabalho entre a equipe de referência e a equipe do NASF-AB e que atualmente atua apenas em uma eAP, demonstrando processos de trabalho fragmentados frente a esta equipe também. Em contrapartida, um dos municípios que apontou como positiva a participação da gestão no processo de inserção dos núcleos na AB, demonstrou que continua com os processos de trabalho mais próximos das normativas do NASF-AB do que as outras equipes, além de afirmar que, apesar de se sentirem afastados da atual gestão, eles conseguem manter o trabalho enquanto equipe NASF-AB, já que as equipes de saúde da família têm o conhecimento de como se dá tais processos de trabalho e o apoio matricial. Ou seja, quando há um conhecimento por parte da equipe de referência e uma articulação da gestão para a inserção do trabalho dos NASF nas ESF, as ações desses núcleos de apoio são valorizadas e integradas ao trabalho destas equipes de atenção básica.

A importância da educação permanente entre as equipes no processo de implantação dos núcleos se expressa na fala dos profissionais e parece refletir nos dias atuais, tanto nos processos de trabalho do NASF-AB quanto na própria manutenção destes enquanto equipes apoiadoras, ainda que a política atual não incentive o apoio matricial nos territórios. O incentivo dos gestores para que a

educação permanente seja instituída nos serviços é imprescindível e fica evidente também nas falas dos trabalhadores.

Mazza (2020), durante uma revisão de escopo sobre os aspectos macro e micropolíticos na organização do trabalho dos NASF-AB, também afirma a importância da participação da gestão nos processos de educação permanente, bem como em todo o processo de implantação dos núcleos de apoio. O autor ainda acrescenta que a existência de uma coordenação para o NASF-AB é fundamental para a organização de seus processos de trabalho e a coordenação comum entre NASF e AB atua de forma a facilitar a integração dos profissionais destas equipes. Nesta pesquisa nenhuma das equipes, em nenhum momento dos grupos focais, citou a existência de um coordenador NASF-AB em seus municípios.

É nesse cenário, ilustrado pelos profissionais NASF-AB, de dificuldade de trabalho em conjunto com as equipes de saúde da família, principalmente de atuação na lógica do apoio matricial, e com gestões nem sempre participativas no processo, que são implantadas as novas políticas públicas para a atenção básica, bem como um novo modelo de seu financiamento, que, como já relatado anteriormente, trouxeram alterações importantes para os NASF, primeiramente retirando de sua nomenclatura a palavra “apoio” e permitindo a participação de seus profissionais em equipes de atenção básica tradicionais e posteriormente retirando seu financiamento federal.

Na primeira etapa desta pesquisa, os gestores municipais referiram não observar impactos diretos da PNAB 2017 no trabalho dos NASF-AB. Tal percepção é reiterada pelos profissionais que atuam nos NASF-AB, participantes da segunda etapa da pesquisa. Um dos gestores ainda apontou como positivo o fato das equipes poderem trabalhar com eAP. Por sua vez, um trabalhador NASF-AB, que atua em um município que não o do gestor referido anteriormente, também pontuou como positiva essa possibilidade.

Apesar da maioria dos trabalhadores e gestores que participaram deste estudo não terem identificado impactos diretos da PNAB 2017 aos NASF-AB, alguns estudos contradizem essas opiniões. Melo (2018), por exemplo, considerou que a nova nomenclatura do núcleo parece indicar uma outra concepção de trabalho. Além disso, traz a possibilidade de atuar nas eAP como um aspecto negativo da PNAB 2017, analisando que a dificuldade de operar na lógica do apoio matricial será maior em tais equipes, dada as diferentes possibilidades de conformação da carga horária

dos profissionais das eAP. Vale lembrar que os núcleos também já apresentavam dificuldade de trabalhar com o apoio até mesmo com as eSF.

Os inúmeros arranjos possíveis para a composição das eAP fortalece, segundo Morosini (2018), a presença de profissionais fortemente orientados pelo modelo biomédico e curativo, o que ao considerarmos os processos de trabalho do NASF-AB realmente seria mais um desafio à equipe apoiadora.

Então, porque essa atuação na eAP foi considerada positiva por um gestor e um trabalhador NASF-AB? São duas situações, vivenciadas em dois municípios, vistas de diferentes óticas do ponto de vista organizacional, sendo importante aprofundar tais percepções, considerando os objetivos deste estudo. Primeiramente analisaremos o contexto de atuação do gestor e em seguida o do trabalhador NASF-AB.

Para que a discussão sobre essa questão não deixe de considerar a realidade do local onde este gestor atua, consideramos importante caracterizar tal município quanto a sua população e sua rede de atenção à saúde.

Dessa forma, o município pode ser considerado de pequeno porte, com população estimada para 2021 em um pouco mais de 10.000 habitantes, segundo dados do IBGE Cidades. Possui, segundo o CNES (competência de setembro de 2022), 3 equipes de saúde da família, 1 equipe de atenção primária, 2 equipes de saúde bucal, 1 NASF-AB (composto por uma psicóloga com carga horária de 20h/semanais, uma terapeuta ocupacional com 12h/semanais, uma farmacêutica com 40h/semanais e uma nutricionista com 10h/semanais de trabalho), além disso, o município conta com uma clínica de fisioterapia, uma APAE e um pronto socorro municipal. Interessante ressaltar que os profissionais NASF-AB citados pela gestão na primeira etapa da pesquisa (realizada em abril de 2022), já não condizem com as profissões cadastradas no CNES em setembro de 2022. A eAP e uma das eSF estão cadastradas no mesmo CNES que a equipe NASF-AB. Com exceção dos fisioterapeutas, o município não conta com outros profissionais que atuem ambulatorialmente, além dos cadastrados na APAE, e a carga horária da terapeuta ocupacional fica dividida entre 12h /semanais no NASF-AB e 8h/semanais na APAE.

Dessa forma, a análise dos dados do CNES sugere que a equipe NASF-AB provavelmente é responsável pelos atendimentos ambulatoriais de terapia ocupacional, psicologia e nutrição, visto que não há outros profissionais da área

atuando no município ou mesmo outro ponto na rede de serviços que ofereça tais atendimentos.

Considerando o número de equipes de saúde do município, a carga horária total da equipe NASF e a não existência de serviços ambulatoriais na rede pública de saúde, com exceção dos atendimentos de fisioterapia, parece pouco provável que a equipe atue na lógica do apoio matricial. As respostas da gestão na primeira etapa da pesquisa quanto aos atuais processos de trabalho do NASF-AB, e os processos que a equipe não consegue retomar atualmente devido a pandemia de COVID-19 são contraditórias, visto que os atendimentos individuais em ambulatório de especialidades, as atividades coletivas e de educação permanente, bem como as reuniões de matriciamento foram citadas em ambas as questões, tornando difícil o entendimento do que realmente é realizado pela equipe atualmente neste município.

Dessa forma, retomando a questão inicial do porquê este gestor citou como positiva a possibilidade de atuação do NASF-AB na eAP do município, a análise do contexto da rede de atenção à saúde parece demonstrar que na verdade este NASF-AB deve atuar de forma mais ambulatorial e já está alocado no mesmo prédio que a eAP, ficando difícil dessa forma identificar se ocorre o apoio a esta equipe ou apenas os atendimentos ambulatoriais realizados no mesmo prédio que ela.

Analisando a questão agora pela ótica do trabalhador NASF-AB, que também considerou positiva a possibilidade de atuar na eAP, seus relatos durante o grupo focal deixaram claro o motivo desta percepção, como mostra o trecho a seguir.

*“Pra gente aqui essa alteração de que não era mais só o PSF foi muito bacana, porque a gente tem uma única unidade difícilíssima de trabalhar [...] eles não aceitaram os projetos que a gente tentou, então quando surgiu a proposta que a gente não precisaria só intervir com eles ‘ae’ a gente começou a deslanchar, a gente foi pra um Centro de Saúde...”*

Dessa forma, o fato de a equipe considerar positiva a possibilidade de atuação na eAP parece considerar muito mais as dificuldades nas relações interpessoais com a única eSF do município do que os processos de trabalho em si. No que tange aos aspectos microssociais dos conflitos de trabalhadores e gerentes

da AB, Carvalho et al. (2014) elencou quatro tipos de conflitos, estando estes relacionados à falta de colaboração entre os trabalhadores; às relações assimétricas entre estes no ambiente de trabalho; ao comportamento do “funcionário-problema” e aos problemas pessoais. Carvalho et. al (2014), citando Cecílio (2005), ainda aponta que tais conflitos podem ser “observáveis”, exigindo providências dos gestores ou ainda “encobertos”, os quais circulam nos bastidores do trabalho, mas não ocupam a agenda da gestão. No decorrer do grupo focal pôde-se observar que a equipe NASF-AB citada anteriormente considerava que não havia a colaboração da equipe de referência nos processos de trabalho sugeridos, o que gerou o conflito, e que em nenhum momento este foi mediado pela gestão.

Ainda no que diz respeito ao trabalho em equipe interprofissional, Peduzzi (2018) o define como aquele que envolve diferentes profissões, mas além disso, que estas compartilham o senso de pertencimento à equipe e trabalham de forma integrada para atender às necessidades em saúde de determinada população, possuindo quatro elementos conceituais importantes: interação e comunicação entre os membros; objetivos comuns em torno dos quais o trabalho coletivo é organizado; responsabilidade compartilhada pela orientação do trabalho para excelência e promoção da inovação do trabalho.

No trecho já citado anteriormente pode-se perceber que além da dificuldade da comunicação entre equipe de referência e NASF-AB não haviam objetivos comuns em torno do trabalho, visto que neste caso era a equipe NASF-AB que fazia a proposta das intervenções, e não a equipe de referência que trazia suas demandas como proposto na lógica do apoio matricial. Sendo, desta forma, improvável que houvesse ainda uma responsabilidade compartilhada pelo trabalho, visto que a ação proposta poderia nem mesmo fazer sentido para a equipe de referência.

Sendo assim, considerando os quatro elementos propostos por Peduzzi (2018), não havia trabalho em equipe ou mesmo colaboração interprofissional entre este NASF-AB e esta equipe de referência, o que gerou um conflito não mediado pela gestão e que por consequência leva a equipe NASF-AB a “preferir” não atuar em tal equipe de saúde da família. Num outro momento do grupo focal esta mesma equipe NASF-AB relata que as atividades na eAP continuam fragmentadas, pois ainda que o NASF-AB realize grupos nessa unidade os profissionais da eAP nunca

participam, porém não há conflitos e, portanto, o NASF-AB considera positiva sua atuação neste local.

Considerando ainda que tal município também é de pequeno porte, com população estimada em 2021 de um pouco mais de 43.000 habitantes, segundo o IBGE cidades, a atuação do NASF-AB em eAP deve continuar sendo investigada, também em grandes centros, pois com esta pesquisa não foi possível afirmar como positiva ou negativa tal atuação, dadas as situações relatadas até aqui, além disso, não foram encontrados na literatura relatos de experiências entre tais equipes.

Já em relação à nova política de financiamento da Atenção Básica, o Previne Brasil, tanto gestores quanto trabalhadores NASF-AB relataram diversos impactos diretos às equipes NASF-AB, já relatados anteriormente nos resultados desta pesquisa.

Paulino (2021) considera que com o desfinanciamento dos NASF-AB o trabalho multiprofissional e interdisciplinar fica ameaçado, visto que o investimento nesse tipo de trabalho dependerá do interesse e da compreensão da necessidade da gestão municipal. Dados do DataSUS CNES mostram que em outubro de 2019, um mês antes da implantação do Previne Brasil, o país contava com 5906 equipes NASF-AB cadastradas, um ano depois, na competência de dezembro de 2020 esse número já havia diminuído para 5592 equipes e atualmente, na competência de setembro de 2022, somam-se 5518 equipes implantadas no Brasil, caracterizando uma queda de 6% no quantitativo de equipes apoiadoras atuantes em território nacional (BRASIL, 2022). O fato de alguns municípios do DRS-3 relatarem não ter equipes implantadas, mas tais equipes constarem no CNES, parece mostrar que tais núcleos existiram em algum momento, caracterizando uma diminuição do total de equipes na regional atualmente, que acompanhou o declínio do número destas equipes também no panorama nacional. Além disso, essa contradição entre os dados do CNES e a realidade observada no território estudado, nos leva a questionar se esse percentual de queda no quantitativo de equipes NASF-AB cadastradas no Brasil não é ainda maior, dado que infelizmente o CNES pode não estar representando a realidade dos territórios. Ou seja, os dados corroboram com Paulino (2021), mostrando o quanto a estratégia de apoio matricial e o trabalho multiprofissional e interdisciplinar foram desestimulados nos últimos anos com as novas políticas de atenção básica e financiamento.

Dado os relatos de gestores e trabalhadores acerca da desativação de algumas equipes nos municípios pesquisados, ou mesmo da possível intenção em finalizar suas atuações, com o desfalque de recursos humanos em suas equipes, sem previsão de novas contratações, o trabalho interdisciplinar na AB parece realmente estar ameaçado nos territórios estudados após o desfinanciamento federal. Melo (2019) também considera que o Previner Brasil não comporta nenhuma proposta de indução à formação das equipes multiprofissionais na AB, colocando em risco a relevância da atuação destas como um modelo de atenção mais abrangente e integral.

Embora a Nota Técnica nº 3/2020 (BRASIL, 2020) tenha relatado que um indicador relacionado à atuação das equipes multiprofissionais na AB seria incorporado, a partir do ano de 2021, ao rol dos indicadores monitorados para o pagamento por desempenho, isso nunca chegou a ocorrer, visto que inúmeras alterações foram necessárias na programação do pagamento por desempenho, principalmente devido a pandemia de COVID-19 e a dificuldade das equipes de atenção básica de retomarem aos seus processos de trabalho e a atingirem os indicadores propostos de imediato pelo novo financiamento.

A Nota Técnica nº 3/2020 traz ainda que os recursos de financiamento da AB podem ser aplicados pelo gestor municipal no custeio das equipes multiprofissionais, porém, um estudo mais aprofundado, sobre os impactos do novo financiamento para a atenção básica de tais municípios, precisa ser realizado para verificar se realmente os gestores teriam condições de manterem as equipes multiprofissionais na AB com o recurso citado.

Uma outra questão interessante apontada na entrevista em grupo focal é o fato de o Programa Previner Brasil ter impactado na relação dos NASF-AB com equipes da atenção básica. Algumas delas apresentam resistência ao trabalho com o NASF-AB, por considerarem essas equipes já não existirem mais, ainda que os gestores tenham optado por mantê-las na rede municipal de saúde. Tal afirmação parece mostrar uma fraqueza nas relações de trabalho entre a equipe NASF-AB, a equipe de atenção básica e a gestão municipal, visto que se houvesse um compromisso mais efetivo da gestão com o trabalho proposto previamente aos NASF, não haveria espaço para tais percepções das equipes de atenção básica.

E por fim, alguns profissionais do NASF-AB relatam se sentirem inseguros quanto à possibilidade de serem realocados em ambulatórios e também

sobrecarregados por estarem realizando ações que não consideram os processos de trabalho do núcleo.

Priorizar os atendimentos individuais em ambulatório de especialidades, o qual já foi citado anteriormente por Gozzi (2018), como um processo de trabalho que não deve fazer parte do escopo de ações do NASF, pode justificar a percepção dos profissionais NASF-AB de estarem realizando ações que não são de suas atribuições enquanto profissional da AB, ainda mais quando observamos pelos dados do estudo que poucos municípios conseguem realizar as reuniões de matriciamento.

Belotti (2019) cita em sua pesquisa de análise documental sobre as normativas do trabalho dos NASF-AB, que os processos de trabalho da equipe devem garantir acesso da população aos cuidados em saúde, o que inclui ações assistenciais e curativas, de promoção e prevenção, de forma individual ou coletiva. Porém, o autor ressalta a precaução que se deve tomar para não produzir a fragmentação do cuidado quando nele se inserem diferentes profissionais. O autor ainda cita o alto risco de cada profissional assumir a responsabilidade pelo seu núcleo de saber e conseqüentemente não ocorrer a corresponsabilização dos profissionais, de forma coletiva, pelo cuidado ao paciente.

Ainda a respeito do matriciamento e dos atendimentos individuais, Vendruscolo (2019) afirma que os NASF-AB vinculados a um número maior de equipes de ESF tendem a realizar o matriciamento numa frequência maior do que as equipes que atendem um número menor de ESF, sendo que estas últimas tendem a desempenhar atividades mais especializadas, diretas aos usuários. A grande maioria dos municípios do DRS 3 – Araraquara são de pequeno porte e este motivo poderia justificar o número considerável de equipes que realizam atendimentos individuais e as poucas reuniões de matriciamento.

Tesser (2017) já considera que as equipes NASF-AB são pouco exploradas em seu potencial de atendimento especializado, discutindo que no artigo pioneiro de Campos (1999) a ideia do apoio matricial era acrescida às práticas assistenciais especializadas, e que essa importante função foi sendo atenuada e totalmente despriorizada nas diretrizes federais para atuação dos NASF. Ainda assim, Tesser (2017) conclui que em locais onde o NASF-AB atue somente com assistência especializada o apoio técnico às equipes de atenção básica deve ser retomado para

melhorar a resolubilidade, contribuir na educação permanente e concretizar o matriciamento.

Quanto às dificuldades em realizar atividades de matriciamento, referido reiteradamente pelos profissionais dos NASF-AB, merecem ser destacados, além da desorganização dos processos de trabalho provocados pela pandemia de COVID, problemas nas relações de trabalho com as eSF. Tais dificuldades acontecem por diferentes razões. Por um lado, há as dificuldades das equipes NASF-AB em participar das reuniões de equipe de saúde da família por conta de suas diferentes cargas horárias de trabalho; por outro, há relatos de resistência das equipes de referência das ESF ao trabalho com os NASF-AB. Há ainda relatos da falta de reuniões de matriciamento por intervenção direta da gestão municipal, solicitando que esse tipo de atividade não acontecesse. Tais dificuldades nessas relações impedem que a finalidade do trabalho na Atenção Básica seja alcançada.

Por exemplo, a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) depende dessas articulações interprofissionais, presentes e necessárias nas atividades de matriciamento. O Caderno de Atenção Básica 39 (CAB 39), que trata das ferramentas de apoio matricial a serem utilizadas pelos NASF, descreve a importância do PTS nas situações clínicas mais complexas presentes na AB. Para a construção do PTS, esse documento aponta para a necessidade de maior articulação entre os profissionais, compartilhamento e corresponsabilização das ações em reuniões de equipe, onde devem se construir espaços coletivos de reflexão (BRASIL, 2014).

Dessa forma, a desarticulação do trabalho do NASF-AB com as equipes da AB, relacionadas tanto ao trabalho de matriciamento e da assistência mais especializada, parece ser fruto de diferentes concepções acerca do NASF-AB. Tais concepções já existiam desde a sua implantação, mas foram potencializadas pelas mudanças ocorridas nas políticas de Atenção Básica. Merece destacar ainda que tais dificuldades foram impactadas pelo advento da pandemia de COVID-19.

Como referido por um dos entrevistados, a pandemia de COVID-19 desarticulou ainda mais as ações de trabalho que poderiam contar com a equipe NASF-AB.

Percebe-se que as atividades coletivas, que estavam anteriormente sob responsabilidade dos profissionais dos NASF-AB, ainda estão com dificuldades para serem retomadas, segundo os trabalhadores. Alguns referem que essas atividades

ficaram restritas à encontros com dois ou três usuários ou ainda estão se reestruturando. Os gestores confirmam esse relato dos trabalhadores, ao afirmarem que os núcleos não conseguiram retomar seu trabalho cotidiano após a pandemia. No entanto, alguns desses gestores pontuam que os trabalhos dos NASF-AB voltaram a acontecer regularmente.

Tal aparente contradição parece mostrar duas possibilidades: ou os gestores não têm conhecimento claro a respeito dos trabalhos que foram retomados, ou houve uma compreensão equivocada da entrevista, afirmando, ao invés, do que realmente vem sendo feito, aquilo que eles entendem ser de responsabilidade dessas equipes.

Inúmeras pesquisas atuais relatam experiências de trabalho das equipes NASF-AB durante a pandemia, porém não foi encontrado nenhum relato sobre a retomada dos processos de trabalho pós-pandemia. Portanto, são necessários mais estudos sobre o tema.

## 6.2 OS NASF-AB E A INTEGRALIDADE

A portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008, que criou os Núcleos de Apoio a Saúde da Família, já trazia que tais equipes deveriam buscar a instituição da “plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes de Saúde da Família”. A PNAB 2017 reforçou que compete especificamente aos NASF-AB “contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica”.

A seguir, será realizada uma discussão sobre os processos de trabalho dos núcleos do território estudado, considerando os quatro eixos da integralidade abordados por Ayres (2011), já trazidos anteriormente nesta pesquisa.

Considerando que o eixo das necessidades diz respeito a qualidade e a natureza da escuta e a forma como os profissionais identificam realmente as necessidades em saúde da população, fugindo do reducionismo dos sujeitos à meros objetos de intervenção, faz-se de extrema importância que tais trabalhadores conheçam bem o território no qual estão inseridos, as demandas de seus moradores e os determinantes sociais que interferem na saúde. Neto (2018) identificou que a fragilidade do vínculo dos profissionais NASF-AB com o território é um dos principais aspectos restritivos para a integralidade nos processos de trabalho.

No presente estudo foi possível observar que as necessidades presentes nos territórios foram pouco ou nada consideradas durante a implantação das equipes NASF-AB nos municípios. Mesmo após a implantação parece não ter havido um estudo acerca do território para o planejamento do trabalho, considerando apenas as demandas que surgem no dia-a-dia, de que muitas vezes são encaminhadas aos núcleos de forma desarticulada e sem discussão com as equipes de saúde da família. Dessa forma, o cuidado em saúde ofertado pelos NASF-AB nestes territórios parece estar muitas vezes reduzindo os usuários às suas doenças e focado em atender as demandas encaminhadas, principalmente pelos médicos, que atuam centrados em sua maioria na dimensão biologicista e medicamentosa do cuidado. Sendo assim, parece ser um desafio aos profissionais do NASF-AB manter suas atividades na lógica da integralidade, considerando o eixo das necessidades, quando são requisitados a atender a restritiva demanda dos encaminhamentos feitos

pelas equipes de referência das ESF. No entanto, não se pode deixar de levar em consideração a visão assistencial de cada profissional, que apesar dos desafios tenta se manter na lógica da integralidade e do apoio presentes na proposta original do NASF. Um dos profissionais afirmou que apesar de realizar majoritariamente atendimentos individuais, tenta ter uma visão holística do paciente, da sua família e do contexto o qual estão inseridos.

Rodrigues (2020) relata que o tempo de trabalho em um mesmo local é fator fundamental para o conhecimento do território e do amadurecimento das ações, tornando as necessidades em saúde mais compreensíveis. Neto (2018) corrobora com essa afirmação quando cita que a alta rotatividade dos profissionais NASF é um fator que restringe o trabalho sob a ótica da integralidade.

Na presente pesquisa não foi destacada pelos profissionais e/ou gestores a rotatividade dos trabalhadores como um desafio ao trabalho, mas o desfalque referido em algumas equipes NASF, sem a previsão de novas contratações, pôde ser observado em alguns municípios.

Considerando ainda o território de atuação dos núcleos, Rodrigues (2020) relata que embora devesse ser óbvia o reconhecimento das necessidades de saúde dos locais de atuação para composição das equipes NASF, muitas vezes essas escolhas são determinadas por pessoas que se constituem na externalidade do cuidado micropolítico (gestores, coordenadores, etc.).

Nos municípios estudados, o modo como foram escolhidos os profissionais que atuariam em cada território parece estar mais relacionado com a “conveniência” do gestor. Parece que para a contratação desses profissionais foi considerada, na maioria das vezes, mais a disponibilidade desses na rede municipal do que as necessidades em saúde do local. Segundo Rodrigues (2020) a falta do profissional mais adequado para atender tais necessidades pode ser uma das justificativas para o NASF realizar muitas vezes ações muito genéricas, se afastando do seu potencial de especialista, tal como também critica Tesser (2017).

Quanto ao eixo das articulações, Ayres (2011) afirma que o modo de organização das equipes multiprofissionais e seus diferentes saberes interdisciplinares deve se dar de forma a criar as melhores condições para oferecer uma resposta efetiva às necessidades de saúde. Olhar para essa necessidade de articulação do trabalho da equipe se torna outro desafio para que o trabalho das equipes NASF-AB se dê na lógica da integralidade.

Mazza (2020) também considera como desafio para a atuação dos NASF na lógica da integralidade o fato dos profissionais que atuam nesses núcleos serem requeridos, prioritariamente, para suprir a inexistência ou a oferta escassa de serviços especializados, voltando-se para uma lógica que se distancia do modelo de apoio matricial. Esse modo de atuação da especialidade de forma individualizada cria obstáculos para uma maior integração de um trabalho interprofissional, tal como proposto nas diretrizes dos NASF. Esse modo de atuação também foi percebido em nosso estudo.

Nesta pesquisa, as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, por vezes, também parecem não ter ocorrido de forma sinérgica ao proposto por Ayres (2011) em seu estudo sobre Integralidade, quando aborda o eixo das finalidades. Enquanto as equipes de saúde da família parecem estar atuando ainda na lógica hospitalocêntrica e voltado para um cuidado mais biologicista e medicamentoso, as equipes NASF-AB se vêm atuando por vezes sozinhas em ações coletivas de prevenção. Ou então, realizam atividades coletivas específicas de suas áreas de atuação, desarticuladas das ações em saúde realizadas pelas equipes de referência. Diferentes trabalhadores relataram que se os núcleos não estiverem presentes tais ações não ocorrem e que os grupos são de responsabilidade exclusivamente do NASF-AB, com pouca ou nenhuma participação das equipes de saúde da família. Isso aponta para finalidades distintas de trabalho do NASF-AB e da equipe de referência, prejudicando o alcance da integralidade do cuidado.

Os relatos dos trabalhadores NASF-AB parecem caracterizar suas relações com as equipes de referência com o que Peduzzi (2001) chamou de “equipe agrupamento”, quando ocorre apenas o agrupamento dos agentes, com justaposição das ações, expressando um trabalho fragmentado onde não há a construção de um projeto assistencial comum, em contraposição com a “equipe integração” que trabalha consoante a proposta da integralidade nas ações de saúde. Souza (2018) também identificou como equipe agrupamento a relação da equipe NASB-AB e da eSF em um estudo de caso em um município baiano considerado exitoso quanto à implementação da AB em seu território.

Matuda et al. (2015) relatam que agrupar profissionais em equipes (de referência e apoio, por exemplo) não se traduz necessariamente em uma prática de colaboração interprofissional. Os autores citam, por exemplo, a alteração da lógica

dos encaminhamentos para uma prática de compartilhamento das responsabilidades como um desafio para o alcance da finalidade do trabalho. Destacam ainda a tensão entre a lógica da atual estruturação dos serviços de saúde, pautada no isolamento profissional e na fragmentação dos processos de trabalho, com a lógica do apoio matricial, onde deve prevalecer as decisões compartilhadas e os arranjos centrados nos usuários e não em doenças ou procedimentos especializados. O autor pontua a gestão focada em metas de produção como outra dificuldade na operacionalização de um trabalho colaborativo entre eSF e NASF-AB e que uma gerência comprometida com a superação destas barreiras estruturais é importante para um processo de construção de ações de saúde dialogadas e compartilhadas, com finalidades comuns entre equipe referência e equipe apoiadora (MATUDA et al., 2015).

E por fim, considerando o eixo das interações o qual Ayres (2011) propõe, no intuito de promover a integralidade, a construção de condições efetivamente dialógicas entre os sujeitos participantes do cuidado em saúde. Neste estudo foi evidenciado a falta de momentos de encontros entre equipes de referência e equipes apoiadoras, dificultando a interação tanto entre trabalhadores, mas também desses com a população a ser cuidada. Percebe-se assim que as ações fragmentadas do trabalho se tornam um desafio para o alcance da integralidade, considerando o proposto por este eixo.

Além disso, foi evidenciado durante os grupos focais, momentos em que as equipes NASF-AB sentiram a necessidade de intervenção da gestão para mediar encontros com as equipes de referência, mas que não puderam contar com esse apoio. Portanto, destaca-se o papel importante dos gestores em saúde na construção de condições dialógicas entre as equipes para o desenvolvimento de um cuidado baseado na integralidade.

Souza (2018) também constatou em seu trabalho que os momentos de encontro entre equipes NASF e equipes de referência existiam apenas para responder demandas administrativas, não se transformando em espaços democráticos de debate, dificultando desta forma as ações e relações horizontais entre os profissionais.

O Caderno de Atenção Básica nº39 também destaca a necessidade de criar espaços de encontro entre as equipes para possibilitar uma maior integração e compartilhamento do trabalho entre NASF e equipes de referência (BRASIL, 2014).

Os espaços dialógicos devem ser considerados ainda em toda a rede de atenção à saúde, de forma que o NASF-AB possa exercer seu papel de articulador da rede, para além dos campos da atenção básica, atingindo também os pontos intersetoriais. Os trabalhadores dos núcleos relataram, em poucos momentos, o trabalho intersetorial, ficando evidente que a maioria deles acontece nas escolas, através do Programa Saúde na Escola, sendo que não houve relatos de que estas atividades eram realizadas de forma compartilhada com as equipes de referência. Um dos profissionais chegou a relatar que iniciou recentemente movimentos de articulação da Rede de Atenção Psicossocial municipal, porém parece ser uma iniciativa individual e não planejada por toda a equipe e gestão, segundo os relatos dos outros profissionais deste NASF-AB. Mazza (2020) considera que a frágil articulação da rede, intra e intersetorial, dificulta a elaboração de ações do NASF-AB voltadas para a integralidade.

Portanto, considerando os quatro eixos da integralidade propostos por Ayres (2011), as equipes NASF-AB do DRS 3 enfrentam inúmeros desafios para trabalhar nesta lógica, desde sua implantação que em sua maior parte não considerou as necessidades dos territórios, até nas relações atuais com as equipes de referência, onde não são desenvolvidos espaços dialógicos de trabalho, com pouco apoio da gestão nessa articulação.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo pôde perceber os atuais processos de trabalho das equipes NASF-AB do DRS 3 – Araraquara, destacando-se o elevado número de atendimentos individuais, sejam eles em eAP, eSF ou centro de especialidades. Evidencia-se, pois, um trabalho muito fragmentado dos núcleos com relação às equipes de referência, demonstrado pelo fato de acontecerem poucas reuniões de trabalho entre essas equipes, dificultando tanto a prática do apoio matricial, bem como ações de integralidade.

Deve-se levar em consideração que a grande maioria dos municípios desta regional são de pequeno porte, o que, segundo alguns estudos, levam aos NASF-AB realizarem mais ações assistenciais diretas aos usuários em comparação com equipes que atuam em municípios de grande porte. Ainda assim, é necessário que novas propostas de trabalho sejam discutidas para que a integralidade não seja posta em segundo plano, priorizando sempre um trabalho articulado com as equipes de referência.

Os processos de implantação dos NASF-AB parecem ter se dado em sua maioria com realocação dos profissionais já disponíveis na rede, sem considerar as necessidades de saúde presentes nos territórios, o que também impacta de forma negativa para que as ações se deem de forma integral. Reafirmamos tanto a inadequação das escolhas profissionais sem considerar as necessidades percebidas no território quanto a sobrecarga de trabalho desses profissionais ao dividir sua atuação entre o ambulatório de especialidades e o trabalho do NASF-AB.

Tanto os profissionais NASF-AB quanto os gestores parecem não identificar muitos impactos diretos da PNAB 2017 nos processos de trabalho dos NASF-AB, ressaltando a positividade da ampliação de atuação nas eAP. No entanto, as alterações na PNAB em 2017 podem comprometer a proposta de mudança do modelo de atenção à saúde advindo com as ESF e os NASF, portanto, tornando ainda mais desafiante o trabalho do NASF-AB na lógica do apoio matricial e da integralidade.

Ainda foi observado que os processos de trabalho dos NASF-AB com a eAP ocorrem ainda de forma bastante iniciais, mesmo que alguns considerem positiva esta atuação. Sendo assim, é importante que novas pesquisas investiguem a atuação dos núcleos nas eAP, visando principalmente compartilhar experiências

exitosas de trabalho, se existentes. Também é relevante pesquisar sobre as ações exitosas realizadas pelos NASF-AB, considerando a equipe como um todo e não somente a prática de algumas profissões, sob a ótica da integralidade, do apoio matricial e da rede de atenção em saúde.

Já as percepções, tanto dos gestores quanto dos trabalhadores, dos impactos do Previne Brasil são bem mais expressivas. Para os trabalhadores dos NASF-AB, o novo financiamento da atenção básica dificultou a atuação dos núcleos. Essa dificuldade é percebida pelo déficit de profissionais qualificados, pela impossibilidade de expansão do número de equipes NASF-AB nos municípios, pela carência de materiais para a realização das ações e pela falta de comunicação às ESF sobre o novo modo de trabalhar dos NASF-AB, criando tensões nas relações com as equipes de referência, que muitas vezes acreditavam que os núcleos não existiam mais, dado seu desfinanciamento federal pelo programa.

Além disso, o Previne Brasil trouxe uma certa insegurança para a manutenção dos trabalhos dos profissionais dos NASF-AB. A falta de disponibilidade orçamentária foi utilizada como justificativa tanto para a desativação ou questionamento de núcleos já existentes, como também que novos núcleos fossem implantados, causando dúvidas nos trabalhadores na continuidade de seu trabalho.

A soma de todos esses fatores nos leva a concluir que o Previne Brasil acabou se tornando um desincentivo à prática do apoio matricial nos territórios, ainda que as portarias e notas técnicas destaquem a importância da manutenção das equipes multiprofissionais na atenção básica e orientem a utilização de recursos de financiamento da AB no custeio dessas equipes. Nos territórios estudados os gestores parecem que não valorizaram tais informações trazidas por estes documentos. Não se pode deixar de considerar a pandemia de COVID-19 que veio para acentuar os desafios já existentes nas práticas do NASF-AB e que reflete até os dias atuais na reorganização dos processos de trabalho, segundo os relatos dos profissionais. As atividades coletivas são os processos de trabalho mais difíceis de serem retomados, considerando o receio tanto dos pacientes quanto das próprias equipes de referência, quanto ao número de pessoas e os locais adequados para a realização das ações.

Por fim, inúmeros são os desafios para as práticas do NASF na perspectiva da integralidade e do apoio matricial. Novos arranjos de trabalho devem ser discutidos, onde a equipe multiprofissional esteja efetivamente inserida na atenção

básica, realizando ações assistenciais que valorizem tanto seus núcleos de saber quanto ações de apoio às equipes de referência na implantação de trabalhos preventivos, por exemplo, desde que tais ações sejam integradas e traduzam ações conjuntas de cuidado.

Consideramos que o grande desafio não é o alto número de atendimentos individuais apenas, mas a falta de momentos dialógicos entre as equipes que tragam sentido a esses atendimentos, se forem a real necessidade do território, e que tais processos estejam de acordo com o planejamento integrado de ações, com as necessidades das equipes e considerando os determinantes sociais em saúde da população, somente assim o trabalho se dará plenamente na integralidade e em rede!

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, S. M. O. **A pesquisa científica em saúde: concepção, execução e apresentação.** 2 ed. Campo Grande, MS: Ed: UFMS, 2020.

AYRES, J. R. C. M. In. PINHEIRO, R.; SILVA, A. G. J. Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro, CEPESC/IMS-UERJ/ABRASCO, 2011. p.27-44. (Cidadania do Cuidado).

BARROS, F. P. C.; SOUSA, M. F. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde Soc.** v. 25, n. 1, p. 9-18. 2016

BELOTTI, M.; IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. Análise Documental sobre as Normativas do Trabalho no Núcleo Ampliado de Saúde da Família. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, p. 1-14. Mar 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final Brasília: MS; 1986

BRASIL. Congresso Nacional. Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 5 out. 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União.** 19 Set. 1990

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica – NOB 1/96 do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União.** 5 Nov 1996

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS. **Diário Oficial da União.** 22 Fev 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. Política nacional de atenção básica. **Diário Oficial da União.** 28 Mar 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. **Diário Oficial da União**. 24 Jan 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.219, de 30 de dezembro de 2010. **Diário Oficial da União**. 30 Jan 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Diário Oficial da União**. 28 Jun 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**. 21 Out 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**. 28 Dez 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: ferramentas para a gestão e o trabalho cotidiano. **Cadernos de Atenção Básica**. nº39. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**. 28 Set 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**. 28 Set 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**. 21 Set 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº2.979, de 12 de novembro de 2019. Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**. 12 Nov 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota técnica nº3/2020-DESF/SAPS/MS, de 27 de janeiro de 2020. **Diário Oficial da União**. 27 Jan 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. A regionalização da saúde. O decreto nº 7.508/11 e os desafios da gestão do SUS. Brasília – DF. 2014. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/regionalizacao\\_saude\\_decreto\\_7508.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/regionalizacao_saude_decreto_7508.pdf)>  
Acessado em: 30/11/2020.

BRASIL. Boletim 01 – Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Out.2015. Disponível em <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/boletim\\_nasf\\_forum\\_ab.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/boletim_nasf_forum_ab.pdf)>  
Acessado em 11 de abril de 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica (2017). Disponível em <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>.  
Acessado em 06 de maio de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. CNES. Competência 03/2022. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/CGI/tabcgi.exe?CNES/CNV/EQUIPEBR.DEF>>  
Acessado em 11 de maio de 2022

BRITTEN, N. Entrevistas qualitativas. In: POPE, Catherine; MAYS, Nicholas (Org.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 23-31.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo. Ed. HUCITEC, 1 ed., 2000

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo. Ed. HUCITEC, 2003.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v.23, n.2, p. 399-407. Fev. 2007

CAMPOS, N. R. O surgimento do NASF e a atuação do serviço social. Jan. 2014 Disponível em: <https://www.cress-mg.org.br/arquivos/simposio/O%20SURGIMENTO%20DO%20NASF%20E%20A%20ATUAÇÃO%20DO%20SERVIÇO%20SOCIAL.pdf>. Acessado em: 30/07/2019.

CÂMARA, R. H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Revista Interinstitucional de Psicologia**. v. 6, n. 2, p. 179-191. Jul-Dez 2013

CARVALHO, B. G. et al. Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**. v. 30, n. 7, p. 1453-1462. Jul 2014.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009. p.117-129. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2022.

CECÍLIO, L. C. O. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? **Cad. Saúde Pública**. v. 21, n.2, p. 508-516. Mar-Abr 2005.

FIGUEIREDO, M. D. **A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: Apoio Paideia e formação**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas. Campinas, p.100-127, 2012

FILHO, N. M. A. F. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1677-1682, Mar. 2013

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. < <https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>> Acesso em 22 de novembro de 2020.

FIOCRUZ. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Nota de posicionamento da EPSJV sobre o VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica. Disponível em <<https://www.epsjv.fiocruz.br/nota-de-posicionamento-da-epsjv-sobre-o-vii-forum-nacional-de-gestao-da-atencao-basica>>. Acessado em 17 de abril de 2022.

FONTANELLA, B. J. B; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**. v. 24, n. 1, p. 17-27, Jan. 2008

GIBBS, G. Análise de dados qualitativos. Porto Alegre: Ed. Artmed; 2009

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 2008

GOZZI, A. P. N. F. **A prática no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): apoio matricial como inovação tecnológica em saúde**. 2018. Tese (Doutorado em Ciências, Tecnologia e Sociedade) – UFSCAR. 2018

IBGE Cidades – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <<https://cidades.ibge.gov.br/>> Acesso em 22/11/2020.

JUNIOR, J. P. B.; MOREIRA, D. C. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.33, n. 9, p.1-13, Set. 2017

MAGALHÃES, P. L. Programa saúde da família: uma estratégia em construção. Mar. 2011. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3011.pdf>. Acessado em: 30/07/2019

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 25, n. 4, p. 1181-1188. 2020

MASSUDA, A. et al. Brazil's Primary Health Care Financing: Case study. **Lancet Global Health Commission on Financing Primary Health Care**. Working Paper No.1.2022

MATTOS, R. A. In. PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2001. p.39-64.

MATOS, B. G.; PINA, E. C. P. S.; RIBEIRO, S. F. R. Educação permanente em saúde e equipes do NASF: revisão de literatura. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 7, n. 3, p.493-506. Nov. 2018

MATUDA, C. G. et al. Colaboração interprofissional na Estratégia de Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 8, p. 2511-2521. 2015

MAZZA, D. A. A. et al. Aspectos macro e micropolíticos na organização do trabalho NASF: o que a produção científica revela? *Physys: Revista de Saúde Coletiva*, v. 30, n. 4. 2020

MELO, E. A. et al. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. **Saúde debate**, v. 42, n. 1, p. 328-340. Set. 2018

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde debate**, v.42, n. 1, p. 38-51. Set. 2018

MELO, E. A. et al. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. **Saúde debate**, v. 43, n. especial 5, p. 137-144. Dez 2019

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. 2009.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 21. Ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 2002.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? **Cadernos de Saúde Pública**. v. 33, n.1. Dez. 2016

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, v.42, n. 116, p. 11-24. Jan-Mar 2018

NAKATA, L. C.; FELTRIN, A. F. S.; CHAVES, A. D. P.; FERREIRA, J. B. B. Conceitos de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo. **Esc. Anna Nery**. v. 24, n. 2. 2020

NETO, J. D. A. et al. Aspectos restritivos à integralidade nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: o olhar dos stakeholders. *Physys: Revista de Saúde Coletiva*, v. 28, n. 4. 2018

NORDI, D. F. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: o processo de implantação em um município paulista. Dissertação. (Mestrado em Gestão da Clínica) - UFSCAR, 2014

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília, 2003. Acessado em <[https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1334798934Cuidados%20inovadores%20parte\\_001.pdf](https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1334798934Cuidados%20inovadores%20parte_001.pdf)>

PAULINO, K. C.; et al. Reflexões sobre o novo financiamento da atenção básica e as práticas multiprofissionais. **Brasilian Journal of Development**, v. 7, n.1, p. 5362-5372. Jan. 2021

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*, v. 35, n. 1, p.103-109. 2001

PEDUZZI, M; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface. Comunicação, saúde e educação**. v. 22, supl. 2, p. 1525-1534. 2018

PISCO, L.; PINTO, L. F. De Alma-Ata a Astana: o percurso dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, 1978-2018 e a gênese da Medicina Família. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.25, n.4, p.1197-1204. Abr. 2020

RODRIGUES, K. G. W. Integralidade, Cuidado e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB): transformações de um dispositivo para a construção do SUS. Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva) - USP, 2020

SHIMIZU, H. E. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. v.23, n.4, p.1101-1122, 2013.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 6, p. 2753-2762. 2011

SOLEMAN, C.; MARTINS, C. L. O trabalho do fonoaudiólogo no núcleo de apoio à saúde da família (NASF) – especificidades do trabalho em equipe na atenção básica. **Rev. CEFAC**, v. 17, n. 4, p. 1241-1253. Jul. 2015

SOUZA, T. S.; MEDINA, M. G. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS? *Saúde Debate*, v. 42, n.especial 2, p.145-158. Out. 2018

SOUZA, H. M. Programa Saúde da Família: entrevista. **R. Bras. Enfem.**, v. 53, n. especial, p. 7-16. Dez. 2000

SOUZA, L. K. Recomendações para a realização de grupos focais na pesquisa qualitativa. **Psi UNISC**, v.4, n.1, p.52-66, Jan/Jun. 2020

STRAUS A.; CORBIN, J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada. 2ªed. Porto Alegre: Editora Artmed; 2008

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)**. V. 21, n.62, p.565-78. 2017

TESSER, C. D.; NETO, P. P. Atenção especializada ambulatorial no SUS: para superar um vazio. **Ciência e Saúde Coletiva**. V.22, n.3, p. 941-951. 2017

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VENDRUSCOLO, C. et al. Núcleo Ampliado de Saúde da Família: espaço de interseção entre atenção primária e secundária. **Texto e Contexto Enfermagem**. v. 28, p. 1-14. 2019

VENDRUSCOLO, C. et. al. Características e atuação dos profissionais dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. **Revista da escola de enfermagem**, v. 54, e03554, 2020.

VIANA, A. L. D.; POZ, M. R. D. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa saúde da família. **Revista Saúde Coletiva**, vol. 15 (suplemento), p. 225-264. 2005

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Interface (Botucatu)** [online]. 2015, vol.19, n.55

VINGILIS, E. et al. Descriptive and Process Evaluation of a Shared Primary Care Program. **The internet Journal of Allied Health Sciences and Practice**, v.5, n.4, p.1-10. Out 2007

VIANA, M. M. O.; CAMPOS, G. W. S. Formação Paideia para o Apoio Matricial: uma estratégia pedagógica centrada na reflexão sobre a prática. **Cad. Saúde Pública.** v.34, n.8, 2018

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.

**ANEXO 1**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 1**  
**(ENTREVISTA PARA GESTORES)**

Pesquisa: “Os NASF-AB e os impactos das mudanças na política nacional de atenção básica (pnab): um estudo em uma região do interior do Estado de São Paulo”

Pesquisadores: Wagner Figueiredo / Nathalia Denardi Casotti

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Os NASF-AB e os impactos das mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): um estudo em uma região do interior do Estado de São Paulo” cujo objetivo é descrever e analisar o trabalho dos NASF-AB de uma região do interior do Estado de São Paulo, buscando identificar se há, e quais são, as repercussões das mudanças implementadas na PNAB nos últimos anos. Esta pesquisa justifica-se pela necessidade de se debater as formas de manutenção das equipes multiprofissionais na rede básica de saúde na atualidade, frente as novas políticas públicas de saúde, bem como novos olhares para os processos de trabalho dessas equipes, que continuem favorecendo o trabalho articulado em redes, de forma integral e qualificado.

Nessa primeira etapa da pesquisa será utilizado um formulário online que tem como objetivo mapear as equipes NASF-AB e suas características na região do Departamento Regional de Saúde DRS III – Araraquara, que levará cerca de 10 minutos para ser respondido. Os pesquisadores garantem total sigilo de todas as informações coletadas durante a pesquisa, não devendo ser identificados os participantes, nem mesmo os municípios e Instituições a qual trabalham. A presente pesquisa traz como benefício o auxílio no mapeamento do DRS III - Araraquara quanto a presença de equipes NASF-AB no território, bem como auxiliará os municípios que possuem tais equipes a analisarem seus atuais processos de trabalho. Aos municípios que não possuem NASF-AB, a análise dos processos de trabalho das equipes existentes em outros territórios poderá servir como incentivo de credenciamento de novas equipes NASF. O estudo não traz riscos físicos ou à saúde mental dos participantes, entretanto as perguntas podem trazer desconfortos aos entrevistados por abordarem suas opiniões pessoais sobre seus processos de trabalho e terem relação também com a gestão do serviço. Dessa forma, os participantes terão a liberdade de não responder a tais perguntas ou interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem necessidade de explicação ou justificativa para tal e sem nenhum prejuízo profissional em relação ao pesquisador, à Instituição em que trabalha ou à Universidade Federal de São Carlos. Além disso, esta primeira etapa da pesquisa, por

ser realizada em ambiente virtual, apresenta o risco de vazamento de informações, para se evitar que isso ocorra será realizado ao final da primeira etapa o download das informações e retirada das mesmas da nuvem (Google Drive, Dropbox, Google Forms, etc.). A Resolução 510/2016, a qual esta pesquisa está de acordo, ainda define que “o participante da pesquisa que vier a sofrer qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa, previstou ou não no Registro de Consentimento Livre e Esclarecido, tem o direito a assistência e a buscar indenização”. Você não receberá qualquer remuneração pela participação. A pesquisa final, com os resultados obtidos, poderá ser enviada aos participantes se os mesmos tiverem interesse em acessá-la. Sugerimos que salve em PDF uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Caso você tenha dúvidas ou necessite algum esclarecimento, entrar em contato com a pesquisadora assistente Nathalia Denardi Casotti pelo telefone (16) 98144-4512, como também com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, pelo telefone (16)3351-8028 ou endereço eletrônico cephumanos@ufscar.br. Esta pesquisa está de acordo com a Resolução 510, de 07 de abril de 2016, que trata das normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar (CEP), que, vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem a responsabilidade de garantir e fiscalizar que todas as pesquisas científicas com seres humanos obedeçam às normas éticas do País, e que os participantes de pesquisa tenham todos os seus direitos respeitados. O CEP-UFSCar funciona na PróReitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil. Fone (16) 3351-9685. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br.

(Local) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa (ou representante legal)

Nome e assinatura do pesquisador(a) responsável/assistente

**ANEXO 2**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 2**  
**(ENTREVISTA PARA TRABALHADORES NASF-AB)**

Pesquisa: “Os NASF-AB e os impactos das mudanças na política nacional de atenção básica (pnab): um estudo em uma região do interior do Estado de São Paulo”

Pesquisadores: Wagner Figueiredo / Nathalia Denardi Casotti

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Os NASF-AB e os impactos das mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): um estudo em uma região do interior do Estado de São Paulo” cujo objetivo é descrever e analisar o trabalho dos NASF-AB de uma região do interior do Estado de São Paulo, buscando identificar se há, e quais são, as repercussões das mudanças implementadas na PNAB nos últimos anos. Esta pesquisa justifica-se pela necessidade de se debater as formas de manutenção das equipes multiprofissionais na rede básica de saúde na atualidade, frente as novas políticas públicas de saúde, bem como novos olhares para os processos de trabalho dessas equipes, que continuem favorecendo o trabalho articulado em redes, de forma integral e qualificado

Nessa etapa da pesquisa você está sendo convidado a participar de um grupo focal para aprofundamento da discussão de seus processos de trabalho na equipe NASF-AB a qual pertence, onde será utilizada como ferramenta de entrevista um disparador para a discussão e algumas perguntas semiestruturadas. O tempo do grupo focal não deverá ultrapassar 60 minutos. As discussões do grupo focal deverão ser gravadas em dispositivo de áudio, e os dados gravados serão transcritos, ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora principal por um período de 5 anos e após serão destruídos. Os pesquisadores garantem total sigilo de todas as informações coletadas durante a pesquisa, não devendo ser identificados os participantes, nem mesmo os municípios e Instituições a qual trabalham. A presente pesquisa traz como benefício o auxílio no mapeamento do DRS III - Araraquara quanto a presença de equipes NASF-AB no território, bem como auxiliará os municípios que possuem tais equipes a analisarem seus atuais processos de trabalho. Aos

municípios que não possuem NASF-AB, a análise dos processos de trabalho das equipes existentes em outros territórios poderá servir como incentivo de credenciamento de novas equipes NASF. O estudo não traz riscos físicos ou à saúde mental dos participantes, entretanto as perguntas podem trazer desconfortos aos entrevistados por abordarem suas opiniões pessoais sobre seus processos de trabalho e terem relação também com a

gestão do serviço. Dessa forma, os participantes terão a liberdade de não responder a tais perguntas ou interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem necessidade de explicação ou justificativa para tal e sem nenhum prejuízo profissional em relação ao pesquisador, à Instituição em que trabalha ou à Universidade Federal de São Carlos. A Resolução 510/2016, a qual esta pesquisa está de acordo, ainda define que “o participante da pesquisa que vier a sofrer qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa, previstou ou não no Registro de Consentimento Livre e Esclarecido, tem o direito a assistência e a buscar indenização”. Você não receberá qualquer remuneração pela participação. A pesquisa final, com os resultados obtidos, poderá ser enviada aos participantes se os mesmos tiverem interesse em acessá-la. Sugerimos que salve em PDF uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Caso você tenha dúvidas ou necessite algum esclarecimento, entrar em contato com a pesquisadora assistente Nathalia Denardi Casotti pelo telefone (16) 98144-4512, como também com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, pelo telefone (16)3351-8028 ou endereço eletrônico [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br). Esta pesquisa está de acordo com a Resolução 510, de 07 de abril de 2016, que trata das normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar (CEP), que, vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem a responsabilidade de garantir e fiscalizar que todas as pesquisas científicas com seres humanos obedeçam às normas éticas do País, e que os participantes de pesquisa tenham todos os seus direitos respeitados. O CEP-UFSCar funciona na PróReitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil. Fone (16) 3351-9685. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br).

(Local) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa (ou representante legal)

Nome e assinatura do pesquisador(a) responsável/assistente

**ANEXO 3**  
**FORMULÁRIO DE ENTREVISTA COM OS GESTORES EM SAÚDE DRS 3 –**  
**ARARAQUARA**

Na primeira etapa da pesquisa faremos uso de um questionário on-line, direcionados aos gestores de saúde dos municípios do DRS 3 – Araraquara. O questionário visa levantar informações como se há ou não no município equipes NASF-AB, quais os profissionais que fazem parte da equipe, quais são seus processos de trabalho e se a PNAB 2017, bem como o Programa Previne Brasil, trouxe impactos a tais processos de trabalho. Antes de responder a qualquer pergunta, os gestores terão acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e poderão optar em prosseguir ou não com a participação na pesquisa. A seguir, o questionário em sua íntegra.

- 1) Considerando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido proposto anteriormente você concorda em participar desta pesquisa?

*Marque apenas uma opção.*

- Sim  
 Não

Aos gestores do DRS 3 – Araraquara.

- 2) O seu município conta com equipe NASF-AB?

*Marque apenas uma opção.*

- Sim *(pular para a pergunta 4)*  
 Não *(pular para a pergunta 3)*

Caso o município não possua equipe NASF-AB.

- 3) Por qual motivo o município não possui equipe NASF-AB?

---

---

Caso o município possua equipe NASF-AB.

- 4) A equipe está cadastrada no CNES?

*Marcar apenas uma opção.*

Sim

Não

5) Quais profissionais compõem a equipe atualmente?

*Marque todas que se aplicam.*

Assistente Social

Educador Físico

Farmacêutico(a)

Fisioterapeuta

Fonoaudiólogo(a)

Nutricionista

Psicólogo(a)

Psiquiatra

Terapeuta Ocupacional

Outro \_\_\_\_\_

6) Há quanto tempo a equipe NASF-AB atua no município?

*Marcar apenas uma opção.*

Mais de 10 anos

Entre 5 e 10 anos

Menos de 5 anos

7) Dos processos de trabalho abaixo, assinale aquele(s) que você identifica que a equipe NASF-AB realiza atualmente no seu município:

*Marque todas que se aplicam.*

atendimentos individuais em ambulatório de especialidades.

atendimentos individuais em unidades de estratégia de saúde da família (ESFs).

atendimentos individuais em unidades básicas de saúde (UBS), que não contam com equipes de saúde da família vinculadas.

Atividades coletivas (grupos de educação em saúde, grupos terapêuticos, etc.)

Atividades interdisciplinares em parceria com o setor da educação e/ou outros.

- Atividades de educação permanente com as equipes de atenção básica.
  - Atividades de apoio institucional nas equipes de atenção básica.
  - Reuniões de matriciamento de casos clínicos complexos.
  - Outro \_\_\_\_\_
- 8) Você considera que no atual cenário da pandemia de COVID-19 as atividades do NASF-AB foram comprometidas?
- Marcar apenas uma opção.*
- Sim, houve comprometimento. *(Pular para a pergunta 9)*
  - Não, a pandemia de COVID-19 não comprometeu as atividades que a equipe NASF-AB já realizava antes da pandemia. *(Pular para a pergunta 10)*
  - O cenário pandêmico proporcionou uma melhora nos processos de trabalho da equipe NASF-AB. *(Pular para a pergunta 10)*
- 9) Quais atividades a equipe NASF-AB realizava antes da pandemia de COVID-19 e que não consegue realizar atualmente?
- Marque todas que se aplicam.*
- atendimentos individuais em ambulatório de especialidades.
  - atendimentos individuais em unidades de estratégia de saúde da família (ESFs).
  - atendimentos individuais em unidades básicas de saúde (UBS), que não contam com equipes de saúde da família vinculadas.
  - Atividades coletivas (grupos de educação em saúde, grupos terapêuticos, etc.)
  - Atividades interdisciplinares em parceria com o setor da educação e/ou outros.
  - Atividades de educação permanente com as equipes de atenção básica.
  - Atividades de apoio institucional nas equipes de atenção básica.
  - Reuniões de matriciamento de casos clínicos complexos.
  - Outro \_\_\_\_\_

#### PNAB 2017

- 10) A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, trouxe algumas alterações importantes para as equipes NASF. Além da alteração da

nomenclatura para NASF-AB, a nova política permite que as equipes realizem o apoio matricial das equipes de atenção básica que não sejam necessariamente equipes de saúde da família. No seu município, a política trouxe algum impacto direto no trabalho das equipes NASF-AB?

*Marcar apenas uma opção.*

- Sim. *(Pular para a pergunta 11)*
- Não. *(Pular para a pergunta 13)*

Impacto da PNAB 2017 nas equipes NASF-AB.

11) Quais impactos você observa?

*Marque todas que se aplicam.*

- Alterações na composição da equipe.
- Relações de trabalho entre a equipe.
- Unidades apoiadas pela equipe.
- Outros \_\_\_\_\_

12) Como você analisa tais mudanças na rotina das equipes NASF-AB após a PNAB 2017?

---

---

Programa Previne Brasil

13) Além da PNAB 2017, o novo programa de financiamento da atenção básica, criado em 2019 (Previne Brasil), também trouxe impactos diretos para as equipes NASF-AB, retirando seu financiamento pelo Ministério da Saúde. Em algum momento a manutenção da equipe NASF-AB de seu município chegou a ser questionada pela gestão municipal devido a falta de financiamento federal?

*Marque apenas uma opção.*

- Sim
- Não

14) Você identifica algum outro impacto que o Previne Brasil, e consequentemente a extinção do PMAQ-AB (Programa de Melhoria do

Acesso e da Qualidade na Atenção Básica), trouxe para as equipes NASF-AB? Em caso afirmativo, descreva.

---

---