



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

LUÍS EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA

**NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF): DISCUTINDO
POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES**

**SÃO CARLOS – SP
2020**



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

LUÍS EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA

**NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF): DISCUTINDO
POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES**

Trabalho apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos, para obtenção do título de Mestre em Gestão da Clínica.

Orientador: Prof. Dr. Wagner dos Santos Figueiredo

SÃO CARLOS – SP

2020



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 do candidato Luis Eduardo de Oliveira Silva, realizada em 10/12/2020.

Comissão Julgadora:

Prof. Dr. Wagner dos Santos Figueiredo (UFSCar)

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

Profa. Dra. Mônica Martins de Oliveira Viana (IS-SES/SP)

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



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

DEDICATÓRIA

A Roberto Scali, meu companheiro, por acreditar e incentivar minha caminhada acadêmica.



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

AGRADECIMENTOS

Agradeço o dom da vida. Gratidão, queridos avós e demais ancestrais, por terem tecido o meu caminho. Imensa gratidão pela imensidão dos seus sonhos que, de alguma forma, são hoje a minha realidade.

A meu pai, por nem imaginar o que seja um mestrado, mas se emociona só de ouvir eu falar, e ainda vibra com cada passo que dou.

A minha mãe, Marinalva Mota de Oliveira, e minha amada cunhada, Roseli Scali (*in memoriam*), sei que estão sempre comigo!

Agradeço a meu orientador Prof. Dr. Wagner dos Santos Figueiredo, por acreditar no meu potencial e me ajudar a desbravar este caminho. E a todos os professores do programa Gestão da Clínica pelos conhecimentos transmitidos, em especial à banca de defesa, que aceitou meu convite para finalizar esta pesquisa.

Aos velhos e novos amigos que fiz no mestrado, em especial Alzira, Drieli, Cassilda, Pedro e Eucinete. A caminhada ficou mais leve com vocês a meu lado.

À equipe NASF de Sumaré por todo o carinho e acolhimento à “minha” equipe NASF, de Cordeirópolis, Ana Paula Mancusso, Bruna Trotivan, Luciana Moro, Lilian Toledo, Mariana Tonelotti, Mariana Barbosa, pelo incentivo e apoio.

A Denise Braga e Fabiana Carvalhais por me incentivarem a fazer uma disciplina como aluno especial.

À Família Marly e Marcio Cazu, Márcia e Paulo Oliani, da qual escolhi fazer parte. Sou tão grato pelo apoio e carinho.

DAS UTOPIAS

Se as coisas são inatingíveis... ora!

Não é motivo para não querê-las...

Que tristes os caminhos, se não fora

A mágica presença distante das estrelas!

Mario Quintana, *Espelho Mágico*. Porto Alegre, 1951.



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

*No meio das trevas, sorrio à vida,
como se conhecesse a fórmula mágica que transforma o mal e a tristeza em
clareza e em felicidade.*

*Então, procuro uma razão para esta alegria,
não a acho e não posso deixar de rir de mim mesma.*

Creio que a própria vida é o único segredo.

Rosa Luxemburgo



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

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AB – Atenção Básica
- ACS – Agente Comunitário de Saúde
- APS – Atenção Primária à Saúde
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CBO – Código Brasileiro de Ocupações
- CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
- CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
- DRS – Departamentos Regionais de Saúde
- ESF – Estratégia de Saúde da Família
- ECR – Equipe Consultório na Rua
- ESFR – Equipe Saúde da Família Ribeirinha
- ESFF – Equipe Saúde da Família Fluvial
- MS – Ministério da Saúde
- NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde
- PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
- PSF – Programa Saúde da Família
- SF – Saúde da Família
- SUS – Sistema Único de Saúde
- UBS – Unidade Básica de Saúde
- VD – Visita Domiciliar
- UFSCAR – Universidade Federal de São Carlos



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

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – Parecer Substanciado CEP Aprovação

Anexo 2 – Autorização da Secretaria de Saúde



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

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A – TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice B – Roteiro para Entrevista

SUMÁRIO

1. PRIMEIRA PARTE	
1.1 APRESENTAÇÃO	14
1.2 INTRODUÇÃO	18
1.3 OBJETIVOS	26
1.3.1 OBJETIVO GERAL	26
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
1.4 METODOLOGIA	27
1.4.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA	28
1.4.3 LOCAL DE ESTUDO.....	29
1.4.4 COLETA DE DADOS	31
1.4.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	31
1.4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	32
2. SEGUNDA PARTE	33
2.2. NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF: 10 ANOS, UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	34
2.3. NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF: DISCUTINDO POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES	45
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
4. REFERÊNCIAS.....	78
5. ANEXOS	87
APÊNDICES	87

NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF): DISCUTINDO POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES

RESUMO

A presente pesquisa teve como objetivo estudar os significados dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Sistema Único de Saúde (SUS), tomando como referência a produção científica sobre o assunto, desde a sua criação, e a atuação de um NASF segundo os trabalhadores da saúde de um município do interior de São Paulo. Criado através da portaria de nº154, de 24 de janeiro de 2008, o NASF tem como objetivo ampliar as ações de prevenção e promoção de saúde dentro dos territórios. Sua proposta é justamente qualificar esses espaços de cuidado e de assistência à saúde, tendo como público alvo as equipes e os sujeitos de determinado território, contribuindo, dessa forma, para que a atuação na Atenção Básica, seja realizada de forma qualificada, ampliando a resolutividade e gerando bons resultados. Metodologicamente caracteriza-se como um estudo de cunho qualitativo, através do estudo de caso. O projeto de pesquisa foi aprovado e autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar e também aprovado na Secretaria Municipal de Saúde. O estudo foi dividido em dois artigos, sendo o primeiro uma revisão bibliográfica, onde se faz uma reflexão dos dez anos de criação e implantação do NASF no Brasil, no período de 2008 a 2018. No segundo artigo, são apresentados os resultados da pesquisa de campo, realizada no primeiro NASF do interior de São Paulo, que iniciou seu trabalho em março de 2008. A discussão dos resultados mostrou que a equipe enfrenta algumas dificuldades para realizar seu trabalho, como apoio da gestão, falta de um espaço próprio e entendimento da Atenção Básica sobre o seu papel. Destaca-se ainda a falta de entendimento por parte dos gestores municipais acerca do trabalho e os objetivos do NASF na Atenção Básica de Saúde.

Palavras-chave: núcleo de apoio à saúde da família; atenção básica; apoio matricial; sistema único de saúde.

FAMILY HEALTH SUPPORT CENTER (NASF): DISCUSSING POTENTIALITIES AND FRAGILITIES

ABSTRACT

This research aimed to study the meanings of the Family Health Support Centers (NASF) in the Unified Health System (SUS), taking as a reference the scientific production on the subject since its creation and the performance of a NASF according to the health workers of a municipality in the interior of São Paulo. Created through the ordinance nº154 of January 24, 2008, the NASF aims to expand the actions of prevention and health promotion within the territories. Its proposal is exactly to qualify these spaces of care and health assistance, having as target public the teams and subjects of a certain territory, this way, contributing for the performance in Basic Care to be carried out in a qualified way, expanding the resolutiveness and generating good results. Methodologically, it is characterized as a qualitative study, through the case study. The research project was approved and authorized by the UFSCar's Committee of Ethics in Research with Human Beings and also approved by the Municipal Health Secretariat. The study was divided into two articles, the first of which is a bibliographical review, where a reflection of the ten years of creation and implementation of NASF in Brazil, from 2008 to 2018, is made. The second article presents the results of the field research, carried out in the first NASF in the countryside of São Paulo that started its work in March 2008. The discussion of the results showed that the team faces some difficulties to perform its work, such as management support, lack of proper space and understanding of Basic Care about its role. The lack of understanding by municipal managers about the work and the objectives of NASF in Basic Health Care is also highlighted.

Key-words: support nucleus family`s healthy; basic care; matrix support; single health system.

1. PRIMEIRA PARTE

1.1 APRESENTAÇÃO

No ano de 2010, iniciei a graduação em Psicologia nas Faculdades Einstein de Limeira. Mesmo antes de finalizar a graduação, eu já trabalhava na Secretaria Municipal de Saúde do município onde residia, no interior de São Paulo, mais especificamente na Atenção Básica à Saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) não era novidade, afinal de contas eu já tinha um mínimo de compreensão da grandiosidade do SUS e como ele se organizava nesse município. Como funcionário da saúde, passei por alguns setores dentro da Atenção Básica, trabalhando como apoio em projetos de promoção e prevenção de saúde. No decorrer da graduação direcionei meus estágios para a área de saúde pública e assistência social. Na Atenção Básica, uma das atividades desenvolvidas era a realização de grupos de conversa com os trabalhadores da ESF, com o objetivo de problematizar seus processos de trabalho. Tal estágio me proporcionou entender melhor as demandas dos trabalhadores e como era feito o trabalho nas comunidades em que eles atuavam. Também pude estagiar com grupos de adolescentes na rede CRAS (Centro de Referência a Assistência Social) e grupos de saúde mental no CAPS desse mesmo município.

Após a graduação, atuei como psicólogo em uma entidade sem fins lucrativos, realizando atendimentos individuais e em grupo com os adolescentes. Em 2017, recebi o convite da secretaria de saúde para integrar a equipe do NASF que iria passar por algumas mudanças, despertando um novo cenário para minha atuação profissional.

O interesse pela temática veio das minhas vivências como pesquisador a partir da prática, que despertou o desejo de buscar compreender melhor a atuação do núcleo e começou a conhecer outras realidades através de troca de experiências com municípios vizinhos que fazem parte da DRS – Departamentos Regionais de Saúde.

Nesse curto espaço de tempo atuando como parte de uma equipe, me deparei com inúmeros desafios sobre a prática profissional e o exercício diário da atuação dentro dessa equipe. A equipe havia sido credenciada em 2012, mas o que se observava era a realização de atendimento ambulatorial vinculado aos

serviços que já existiam. As equipes da atenção básica tinham ciência da equipe NASF, mas não do seu trabalho e nem mesmo alguns integrantes do NASF tinham ciência da grandeza e abrangência do núcleo.

Logo após a implantação do NASF na esfera nacional, o Ministério da Saúde proporcionou uma única capacitação, anos após a implantação da equipe. Nos municípios com equipe NASF, cada profissional que tivesse interesse, poderia buscar por si só instrumentos e qualificação para realizar tal função. Vale salientar que tal situação varia de município para município, não sendo uma regra para os estados.

Em reuniões do DRS, foram iniciadas rodas de conversas sobre a temática NASF, que desencadearam algumas apresentações das equipes NASF que compõem a Regional de Saúde. A partir desses encontros, tive a percepção de que cada núcleo vinha desenvolvendo as atividades a sua maneira, não necessariamente seguindo as Diretrizes do Ministério da Saúde.

Alguns dos encontros seguem no modelo ambulatorial, com atividades separadas, sem realização de trabalhos com grupos, apoio matricial e intervenções com a AB. Outros apenas usam os profissionais para atendimento nas unidades de saúde que fazem parte do território, mas eles não são integrados à equipe.

Pelas orientações do Caderno de Saúde da Atenção Básica, conheci os protocolos sobre a implantação do NASF e, em rodas de conversas com outros municípios, pude compreender a ideia e o objetivo do trabalho dessa equipe.

Assim, tendo esse material como referência, usei esse conhecimento para a organização e reestruturação do NASF do município de atuação.

A partir desse movimento, a equipe iniciou os trabalhos com matriciamento em todas as unidades de saúde da família, sendo realizado mensalmente com toda a equipe, ou seja, médicos, enfermeiros, agente comunitário de saúde, dentistas, auxiliar de saúde bucal, serviços gerais, recepcionistas e técnicos de enfermagem.

A equipe também ampliou a realização de visitas domiciliares, reuniões de rede com outros equipamentos como CREAS, CRAS, conselho tutelar, fórum e escolas. Algumas ações de prevenção e promoção em conjunto com a secretaria de saúde foram implementadas, seguindo o calendário do MS com novos temas, a cada mês.

Após discussão de caso, a equipe elaborava o Projeto Terapêutico Singular – PTS e colaborava para a problematização das dificuldades das equipes junto à gestão municipal.

Essa imersão na saúde pública, disparou inquietações, dúvidas, e um desejo de saber mais. Sendo assim, busquei ingressar como aluno especial em uma disciplina do mestrado profissional na Universidade Federal de São Carlos para que pudesse servir de auxílio e formação no entendimento e implementação de atividades dentro do NASF no município de atuação onde, pouco tempo depois, como aluno regular do mestrado profissional, através da literatura pude conhecer mais as competências e o processo de trabalho que estão sendo construídos com e pelo NASF.

Esse espaço de discussão que a universidade me proporcionou, ajudou a mudar e sinalizar a importância de obter mais informações e maior detalhamento sobre a prática e o desenvolvimento do trabalho dessa equipe e o quanto são necessários para a manutenção do trabalho.

Desse modo, pude entender que a construção de pesquisas que levem à reflexão e ao conhecimento sobre o trabalho do NASF tendem a fortalecer a implementação e a consolidação do trabalho realizado pelas equipes e o papel do Apoio Matricial como ferramenta de trabalho dentro da Atenção Básica de Saúde, gerando benefícios para todos os trabalhadores do SUS em todo o território nacional.

A partir de tal questionamento, busquei realizar um levantamento bibliográfico dos 10 anos de NASF no Brasil para usar como referência e ponto de partida para iniciar minha pesquisa. Com a leitura dos artigos, pude perceber que havia questionamentos e discussões em que sobressaem temáticas como: a atuação profissional no NASF, diferentes formas de implantação e a importância do apoio matricial e do matriciamento.

Esse estudo foi estruturado em um artigo de Revisão Bibliográfica, ainda não publicado, no qual apresento os três principais pontos que se destacam na pesquisa realizada. Primeiramente com o PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO que, embora se apresente como um dos temas com menor quantidade de artigos encontrados, se faz muito relevante, pois trata da implantação do NASF em algumas regiões do país, onde se configurou com distorções e que pareciam claramente opostas com o que era preconizado pela portaria 481nº 154/GM, das Diretrizes do NASF.

Na sequência, aparece a ATUAÇÃO PROFISSIONAL. Chama a atenção que existem 29 publicações ao todo tratando da questão de atuação profissional. Em sua grande maioria, profissionais de Educação Física, Psicólogos, Nutricionistas, Fonoaudiólogos, Fisioterapeutas dentre outros, buscam conhecer/refletir sobre a prática profissional e seu papel dentro dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

Por fim, encerra o conjunto da categoria o MATRICIAMENTO/APOIO MATRICIAL, com 22 publicações, que apresenta como base o Apoio Matricial, titulado por Campos & Domitti (2007). Sendo o matriciamento então uma das principais ferramentas de trabalho do NASF.

Esse referencial teórico possibilitou o amadurecimento e a compreensão das atribuições do NASF e como seu modelo de atuação é amplo. Todo esse material serviu de base para a realização da pesquisa de campo no primeiro NASF do interior de São Paulo.

Através de um roteiro semiestruturado, realizei as entrevistas com os funcionários da equipe NASF e também com gestores e profissionais que recebem o apoio da equipe. O principal objetivo foi compreender o significado e a importância do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Sistema de Saúde desse município, a partir do relato desses profissionais. Para tanto, utilizo a metodologia qualitativa de estudo de caso, que será apresentada no segundo artigo, com os resultados desta pesquisa de campo.

A pesquisa propõe apontamentos e reflexões em que foi possível compreender parte das potencialidades e fragilidades do NASF, ressaltando a importância de tal equipamento para a organização dos serviços na Atenção Básica de Saúde, considerando o depoimento dos participantes.

1.2 INTRODUÇÃO

Considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o SUS – Sistema Único de Saúde – foi criado pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1990) e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) nº 8.142/90. Sua principal finalidade é alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, valorizando o atendimento público a qualquer cidadão.

Tendo como regra geral a ideia de que saúde é direito de todos e dever do Estado, em suas proposições, a Constituição estabelece que o Estado deve formular e executar políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos. E ainda, no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1990).

De acordo com a lei 8080/1990, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) serão desenvolvidos obedecendo aos seguintes princípios:

I – Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II – Integralidade de assistência, entendida 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;

III – Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

Ao longo desses trinta anos, o SUS trouxe uma série de avanços para a melhoria da saúde dos brasileiros. Entre essas ações destacam-se os programas de saúde dentro da Atenção Básica de Saúde, considerada porta de entrada dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo o atendimento integral à saúde da população e facilitando o acesso aos demais equipamentos. De acordo com a PNAB de 2017, a Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica – AB e Atenção Primária à Saúde – APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar

a ambas os princípios e as diretrizes definidas na revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2017).

Atenção Primária é:

[...] o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada. Realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2006).

Com o propósito de ampliar a Atenção Primária à Saúde, no início dos anos 90, criou-se o PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), consolidando-se um processo da descentralização de recursos no Sistema Único de Saúde (SUS). O PACS foi inspirado em experiências de promoção e prevenção de doenças por meio de informações e orientações de cuidados em saúde, realizados pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) que visa a ser o elo que liga a comunidade à equipe de Saúde. É hoje entendido como uma estratégia transitória para os Programas de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 1996).

Para o Ministério da Saúde, o PSF se fundamenta no trabalho de equipes multiprofissionais em um território adstrito e desenvolve ações de saúde a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades de sua população.

A equipe é composta, no mínimo, por um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). A organização do trabalho das equipes deve estar centrada nas necessidades dos usuários e na busca contínua de melhoria da qualidade dos serviços ofertados à população. Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas de uma determinada área, que passa a ter corresponsabilidade no cuidado com a saúde. (BRASIL, 2006)

O PSF atualmente é conhecido como Estratégia de Saúde da Família

(ESF), por não se tratar mais apenas de um programa, mas de uma estratégia para fortalecer e reorganizar os serviços de saúde. O olhar para a família muda, e passa a ser o objeto de atenção no ambiente em que a família vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença. (BRASIL, 2006)

VIANNA & DAL POZ (1998) ressaltam que esse movimento de “olhar afamília” se deu em muitos países e a formulação do PSF no país teve a seu favor esses modelos de assistência existentes no Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra, que serviram de referência para a formulação do programa brasileiro. A ESF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, assim como para a relação com a comunidade, envolvendo os diversos níveis de assistência. Assume o compromisso de prestar assistência integral à população, na unidade de saúde e no domicílio, de acordo com suas necessidades, identificando fatores de risco aos quais a população está exposta. (ARAÚJO, 2012).

Com essa expansão, logo veio a necessidade de um equipamento para dar suporte e retaguarda, atuando junto às equipes. Visando apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família, em 24 de janeiro de 2008, o Ministério da Saúde, através da portaria de nº154 criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é uma equipe multiprofissional que atua de maneira integrada, apoiando as equipes de saúde da Atenção Básica.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), essa atuação integrada permite realizar discussões de casos clínicos; possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais, tanto nas equipes de saúde da família, como nas visitas domiciliares; permite a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde.

O NASF tem o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade. Este deve buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente por

intermédio da clínica ampliada, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários e ambientais, dentro dos territórios. (BRASIL, 2008)

O NASF é composto por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes de Saúde da Família e das Equipes de Atenção Básica para populações específicas, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes (CAMPOS E DOMITTI, 2007).

Considerando a proposta de revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de agosto de 2017, as modalidades de NASF hoje estão assim definidas: (Tabela 1)

Modalidades	Nº de equipes vinculadas	Somatório das Cargas Horárias Profissionais*
NASF 1	5 a 9 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	Mínimo 200 horas semanais; cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 80h de carga horária semanal;
NASF 2	3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	Mínimo 120 horas semanais; cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal;
NASF 3	1 a 2 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	Mínimo 80 horas semanais; cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal;

** Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas. eCR - Equipe Consultório na Rua; eSFR - Equipe Saúde da Família Ribeirinha; eSFF - Equipe Saúde da Família Fluvial. (MS, BRASIL, 2017).*

De acordo com a portaria do MS (Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012), poderão compor os NASF as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO): médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico

veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

Conforme a PNAB 2017, o Ministério da Saúde deixa claro que a composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas.

É importante salientar que, em se tratando de uma equipe consideravelmente nova, o NASF deve ser considerado uma equipe de apoio à atenção básica e não uma equipe especializada. Segundo SOUZA, OLIVEIRA e COSTA (2015), o NASF não deve ser visto como um programa, um centro ou uma nova “porta de entrada” para o SUS. Tal com o nome diz, o NASF é um componente da Atenção Básica. Sendo assim, não deve repetir as atividades de outros componentes que atuam no campo da saúde, ou mesmo de instituições que trabalham articuladamente com ela, nem atuar em substituição às ações da ESF na Atenção Básica.

CAMPOS & DOMITTI (2007) definem Equipe de Referência, como aquela que tem a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário, tendo como objetivo ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários. Os autores também salientam que a responsabilidade de condução se refere à tarefa de encarregar-se da atenção ao longo do tempo. A Equipe de Referência é composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais para a condução de problemas de saúde dentro do território.

As Equipes de Apoio se inserem nesse arranjo e quebram a verticalidade da Equipe de Referência, conectando-a horizontalmente com outras equipes através do matriciamento (CAMPOS, 1999). Podemos compreender como:

O suporte realizado por profissionais e diversas áreas especializadas dado a uma equipe interdisciplinar com o intuito de ampliar o campo de atuação e qualificar suas ações. (FIGUEIREDO & SILVA; et al., 2010)

Ou então,

É um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Portanto, o apoio matricial consiste em ser uma ferramenta que potencializa a corresponsabilização e dilui o poder de decisão dos membros, contrapondo-se à hierarquia burocrática e à imposição de saberes dominantes. Entre as ações, o NASF deve auxiliar as equipes de referência nos casos mais complexos e difíceis de se trabalhar na Atenção Primária, evitando assim encaminhamentos desnecessários. Portanto, encaminhando para a Atenção Secundária somente o necessário, tanto em questões de saúde, como no suporte em outras áreas, tais como CRAS e CREAS.

Segundo o Caderno de Atenção Básica n. 27, que apresenta as Diretrizes do NASF, e o Caderno n. 39, que apresenta ferramentas para gestão e para o trabalho (BRASIL, 2008, 2009, 2011, 2014), as principais atividades potencialmente realizadas por uma equipe do NASF na realização do apoio matricial são:

(a) Atendimento compartilhado, para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiências para ambos os profissionais envolvidos.

(b) Intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários e/ou famílias, com discussão e negociação *a priori* com os profissionais da equipe de Saúde da Família responsáveis pelo caso.

(c) Ações comuns nos territórios de sua responsabilidade desenvolvidas de forma articulada com as equipes de Saúde da Família. Como o desenvolvimento do projeto de saúde no território, planejamentos, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos, como escolas, creches, igrejas, pastorais etc.

Com base nos dados mencionados, há um número grande de atribuição para a equipe NASF, podendo correr o risco de serem distorcidos, ou não postos em prática pela gestão/equipe. Esses dados sinalizam a necessidade de estudos que busquem refletir sobre a prática, como vem sendo

desenvolvido o trabalho e os avanços dessa equipe nesses 10 anos de atuação no país. Tais estudos podem contribuir com o avanço na compreensão e problematização acerca do trabalho do NASF para os trabalhadores da equipe, gestores e equipes da atenção básica.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), a integralidade pode ser considerada a principal diretriz praticada pelos NASF, podendo ser compreendida em três sentidos: (a) a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural; (b) práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção reabilitação e cura; além de (c) a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população.

Os NASF devem colaborar para a:

Integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários.” (BRASIL, 2011b, p. 25)

A integralidade está presente tanto nas discussões quanto nas práticas na área da saúde e está relacionada à condição integral, e não parcial, de compreensão do ser humano. Ou seja: o sistema de saúde deve estar preparado para ouvir o usuário, entendê-lo inserido em seu contexto social e, a partir daí, atender às demandas e necessidades dessa pessoa.

O princípio da universalidade nos impulsiona a construir o acesso para todos, o da equidade nos exige pactuar com todos o que cada um necessita, mas a integralidade nos desafia a saber e fazer o ‘quê’ e ‘como’ pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um. (AYRES, 2001)

Em sua pesquisa sobre os aspectos restritivos à integralidade nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, NETO *et al.* (2018), faz alguns apontamentos da integralidade no âmbito da prática profissional, SALA *et al.*

(2011) apontam a integralidade como valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como estes respondem aos usuários que os procuram.

BOSI e UCHIMURA (2006) afirmam que, tomada como princípio norteador da avaliação de programas de saúde, a integralidade pode ser concebida como princípio orientador das práticas, ou orientador da organização do trabalho, ou ainda, orientador da organização das políticas, mas, acima de tudo, implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e uma afirmação da abertura para o diálogo.

Dessa forma não parece acidental, portanto, que cuidado integral e integralidade do cuidado sejam expressões tão presentes e fortes hoje em nosso campo. É como se uma palavra reclamasse a outra: a integralidade é do cuidado, como o cuidado só pode ser integral. (AYRES, 2009)

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GERAL

Estudar os significados dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Sistema Único de Saúde (SUS), tomando como referência a produção científica sobre o assunto desde a sua criação e a atuação de um NASF segundo os trabalhadores da saúde de um município do interior de São Paulo.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar as concepções existentes acerca de criação, implantação e desenvolvimento do NASF, a partir da literatura científica;
- b) Conhecer o entendimento de profissionais e gestores acerca do processo de trabalho e do papel do NASF na organização das ações de saúde, segundo os trabalhadores que atuam em um NASF;
- c) Discutir as potencialidades e fragilidades do serviço, a partir da vivência dos profissionais de saúde no cotidiano de trabalho e da literatura científica.

1.4 METODOLOGIA

Esse estudo trabalhou com duas estratégias metodológicas: inicialmente, foi realizado um estudo bibliográfico, cujo objetivo foi conhecer um pouco mais as compreensões sobre o que é o NASF, desde sua implementação nos diferentes municípios até os processos de trabalho realizados pelas equipes; em seguida, realizou-se um estudo de caso para compreender e discutir as potencialidades e fragilidades de uma equipe de NASF em sua realidade, no interior de São Paulo.

A abordagem de cunho qualitativo, através do estudo de caso, trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores, das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. (MINAYO, 2007, p. 21)

O estudo de caso é um método de pesquisa que utiliza, geralmente, dados qualitativos, coletados a partir de eventos reais, com o objetivo de explicar, explorar e/ou descrever fenômenos atuais inseridos em seu próprio contexto. (YIN, 2009). Dessa forma, entendemos que, para essa pesquisa, o estudo de caso era o mais apropriado para atingir o objetivo ao qual nos propusemos.

Para tanto, o pesquisador foi a campo coletar dados para analisar e entender o ponto de vista relevante, a partir da perspectiva das pessoas envolvidas na prática. Antes, para melhor entender o NASF, buscou-se fazer um levantamento do contexto nacional para se compreender inicialmente o que se tem produzido e discutido sobre o NASF, desde sua criação, em 2008, até 2018.

Com base em revisão bibliográfica e em análise documental do Ministério da Saúde, foi definido esse recorte, considerando os 10 anos de implantação e atuação do NASF no Brasil. Para esse levantamento foi utilizado como descritor unicamente a palavra NASF. Foram selecionados 67 artigos publicados no período de 2008 a 2018, tomando como referência apenas publicações em português. Foi descartado um artigo, pois não tem nenhuma relação com o tema, e era de outra área do conhecimento. Em seguida,

agrupamos os artigos por núcleos temáticos, pois foi possível perceber uma melhor necessidade de explanação das temáticas.

A escolha de realizar a pesquisa em um município específico, no interior de São Paulo, se deveu ao fato de o município ser o primeiro no estado de São Paulo a ter uma equipe NASF. Dessa forma, buscamos identificar os “porquês” e “como” se deu esse início de trabalho, de forma exploratória, visando a identificar a percepção dos gestores e trabalhadores do NASF a respeito do trabalho.

Para compreender o significado e a importância dos NASF, tomamos por referencial o princípio da integralidade, conforme pormenorizado na introdução deste trabalho.

1.4.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

O estudo foi realizado com profissionais de diferentes formações, sendo eles: psicólogos, médicos, nutricionistas, farmacêutico, agente comunitário de saúde, enfermeiros, dentro outras profissões que trabalham na equipe do NASF e trabalhadores da equipe de referência. Também foram realizadas entrevistas com gestores municipais da AB e com o diretor municipal de saúde do município.

A escolha desses profissionais se deveu à necessidade de compreender como diferentes trabalhadores envolvidos nas atividades da AB percebem o trabalho do núcleo. Especificamente, uma parte deles atua diretamente nas ações do NASF; uma outra parte é composta por trabalhadores que demandam as ações do NASF e, por último, o Diretor de AB e Gerentes, são os profissionais que têm um papel importante nas definições das ações e prioridades para esse trabalho.

Foi disparado um convite para quem tivesse interesse ou quisesse participar da pesquisa. Os critérios para a seleção foram: trabalhar na equipe NASF do município de Sumaré, não estar afastado do trabalho no período da coleta, ser profissional de qualquer ESF/UBS ou PSF onde a equipe do NASF realize apoio ou estar inserido dentro da Atenção Básica a Saúde como gestor e ter relação direta ou indiretamente com a equipe NASF.

Ao longo do estudo, 15 profissionais estiveram envolvidos sendo 7 integrantes da equipe NASF, 5 trabalhadores das Equipes de Saúde da Família, e 01 Diretor de AB e 02 Articuladores de AB. Todos os autores das narrativas são mulheres de diferentes formações, em sua grande maioria de nível superior, com especialização e pós-graduação, com tempo de atuação no município variando entre mínimo de seis anos e máximo de 23 anos.

1.4.3 LOCAL DE ESTUDO

A secretaria de saúde do município está localizada em um prédio que comporta a maioria dos setores administrativos da prefeitura. A sala do NASF é compartilhada com outros trabalhadores, de forma que há pouca privacidade para discussão de casos, elaboração de planos terapêuticos ou reuniões.

Sumaré localiza-se a Leste do Estado de São Paulo e limita-se com Hortolândia, Campinas, Santa Bárbara, Nova Odessa, Monte-Mor e Paulínia. O município é dividido em 6 distritos: distrito-sede, Jardim Dall'Orto, Picerno, Maria Antônia, Área Cura e Matão. De acordo com o IBGE, sua população estimada em 2019 é de 282.441 habitantes.



FIGURA 1

Fonte: Prefeitura Municipal de Sumaré. Disponível em: <http://santanasumare.com.br/municipio-de-sumare-sp>. Acesso em novembro, 2018.

Com dados obtidos na Secretaria Municipal de Saúde, verifica-se que, em 2019, o município contava com 28 Equipes de Saúde da Família, seis Unidades Básicas de Saúde, dois Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS I e CAPS II), um Ambulatório de Especialidades, um Centro de Especialidades Odontológicas, um Serviço de Atendimento Domiciliar Humanizado (SADH) e um NASF.

O NASF de Sumaré iniciou seu trabalho em março de 2008, logo após a publicação da Portaria do Ministério da Saúde. A equipe é composta por um psicólogo, um nutricionista, um fisioterapeuta, dois pediatras, um ginecologista, um farmacêutico e um médico sanitário.

1.4.4 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada. A opção pela técnica de entrevista semiestruturada se deu em função de proporcionar ao entrevistador melhor entendimento e captação da perspectiva dos entrevistados. (ROESCH, 1999, p.159)

Através da entrevista, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos trabalhadores. Ela não significa uma conversa despretensiosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados por eles, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada. (MINAYO, 2010)

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas para então serem analisadas. No primeiro momento foram realizadas três entrevistas de pré-teste no NASF de Cordeirópolis, com uma nutricionista, um educador físico e uma assistente, com a intenção de verificar se as perguntas estavam adequadas para alcançar o objetivo da pesquisa e realizar possíveis modificações, caso necessário. E, também, o tempo necessário para cada entrevista.

O informante utilizou a própria linguagem espontânea na narração dos acontecimentos, e o entrevistador evitou impor qualquer forma de linguagem ou reação durante as entrevistas. Iniciada a narração, buscou-se não interromper a fala dos sujeitos até que o mesmo houvesse concluído seu relato.

No final das entrevistas, com o gravador desligado, em alguns momentos aconteceram discussões interessantes na forma de comentários informais importantes para a interpretação da narração no seu contexto. Para que não perdêssemos essas informações, foi utilizado pelo pesquisador o recurso de diário de campo.

1.4.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise de conteúdo é uma técnica de tratamento de dados em pesquisa qualitativa e está calcada na proposta da professora da Universidade de Paris V, Laurence Bardin.

BARDIN (2011) indica que a utilização da análise de conteúdo prevê três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação. A autora, aponta que as interpretações a que levam as inferências serão sempre para buscar o que se esconde sob a aparente realidade, que significa verdadeiramente o discurso enunciado, o que querem dizer, em profundidade, certas afirmações, aparentemente superficiais.

Dessa forma, os dados foram registrados por anotações escritas, documentos de implantação e material obtido nas gravações. Foram transcritas na íntegra, separadas em pastas por grupo de trabalho, sendo eles: Equipe NASF, Equipe de Referência e Gestores. Cada profissional entrevistado recebeu uma identificação, de acordo com o local/setor de trabalho, ou seja, Equipe NASF (N), funcionários da ESF (F) e gestores da atenção básica (G). A escolha das letras foi proposital, tendo em vista facilitar a identificação das falas introduzidas na discussão.

Iniciou-se a análise dos dados separando-os por meio de conteúdo categorial temático, agrupando-os de acordo com os temas comuns, norteados pelas questões formuladas no questionário.

Para a análise dos dados, foi captado o ponto de vista de cada participante e confrontada sua percepção com a de pesquisadores que debatem o tema. A análise e a interpretação estão contidas no mesmo movimento: o de olhar atentamente para os dados da pesquisa. É importante ressaltar que utilizamos a análise documental como uma técnica complementar, validando e aprofundando dados obtidos por meio das entrevistas e da observação.

1.4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar, processo número: 3.408.603, e foi aprovado em 24 de junho de 2019.

Os participantes do estudo que aceitaram participar da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após informações sobre a justificativa e objetivos do estudo.

Todos foram esclarecidos sobre a autonomia para desistirem de participar a qualquer momento do estudo, caso sentissem desconforto. Os

nomes dos participantes foram mantidos em sigilo para que não houvesse exposição de qualquer situação que os identificasse ou constrangesse.

2. SEGUNDA PARTE

2.1 ARTIGOS

Optamos por apresentar esta dissertação na forma de dois artigos científicos.

O primeiro artigo 1 – *Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF: 10 anos, uma revisão bibliográfica*. Artigo de revisão da bibliográfica, ainda não publicado, objetivou descrever por meio de um levantamento bibliográfico, como vêm sendo desenvolvidos os trabalhos nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família(NASF) ao longo desses 10 anos de criação dos Núcleos no Brasil.

O artigo não está compilado dentro da formatação exigida, pois ainda não foi enviado para publicação, o modelo e formatação serão alterados posteriormente, conforme exigência da revista.

Nesse artigo, busca-se conhecer o entendimento de profissionais e gestores acerca do processo de trabalho e do papel do NASF na organização das ações de saúde, segundo esses trabalhadores que atuam no NASF, além de discutir as potencialidades e fragilidades do serviço, a partir da literatura científica e da vivência dos profissionais de saúde no seu cotidiano de trabalho.

ARTIGO 1

2.2. NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF: 10 ANOS, UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Luís Eduardo de Oliveira Silva

Wagner dos Santos Figueiredo

RESUMO

Este estudo objetivou descrever através de um levantamento bibliográfico, como vêm sendo desenvolvidos os trabalhos nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) ao longo desses 10 anos de criação dos Núcleos no Brasil. Os princípios e diretrizes que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS), como o acesso universal aos serviços de saúde, a integralidade do cuidado e o controle social impulsionaram transformações no âmbito das ações de prevenção, assistência e reabilitação. Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tornou-se fundamental para reorganizar o modelo de atenção no SUS, desde 1994, aumentando a resolutividade na atenção primária em saúde. Logo se viu a necessidade de uma equipe multiprofissional para dar Apoio e Suporte especializado para efetivar e ampliar as ações dentro do território. Por meio da portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, o Ministério da Saúde cria os Núcleo de Apoio à Saúde da Família. O novo modelo de organização em saúde, considerando o princípio da integralidade, exige dos profissionais um trabalho integrado com outros setores, de modo a possibilitar maior responsabilização e melhorar o acesso dos usuários aos serviços da rede de saúde. Foram selecionadas publicações apenas em português, dos anos de 2008 a 2018. Ao todo foram 67 publicações e utilizamos apenas a base de dados SCIELO. Após as leituras, os artigos foram organizados e divididos em três grupos: atuação profissional no NASF, matriciamento/apoio matricial e processo de implantação. Através dessa pesquisa foi possível perceber que cada Núcleo desenvolve as atividades a sua maneira, não necessariamente seguindo as diretrizes do ministérioda saúde.

Palavras Chave: NASF, matriciamento, atenção primária, SUS, revisão bibliográfica.

INTRODUÇÃO

Considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo pela Organização Mundial de Saúde (OMS) o SUS – Sistema Único de Saúde – foi criado pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1990) e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8.142/90, tendo como finalidade alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde oferecida à população até então, proporcionando assim o atendimento público a qualquer cidadão. Partindo da premissa de que a saúde é direito de todos e dever do Estado, em suas proposições, a constituição estabelece que o Estado deve formular e executar políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

CAMPOS (2006) define os três principais pilares do SUS: Universalidade, Integralidade e Equidade, em que a universalidade é o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção; a integralidade de assistência é compreendida como um conjunto de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, que devem funcionar de forma articulada em todos os níveis de atenção; e por fim, a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer natureza. Posteriormente, o termo equidade passou a ser utilizado em lugar de igualdade.

Ao longo dos trinta anos de existência, o SUS conquistou uma série de avanços para melhorar a saúde dos brasileiros. Dentre essas ações ressaltam-se os programas de saúde inseridos na Atenção Primária, considerada a porta de acesso dos usuários ao sistema de saúde, buscando garantir o atendimento integral à saúde da população e facilitando o acesso aos demais equipamentos da rede.

O SUS está organizado em três níveis de atenção, sendo a Atenção Básica o eixo estruturador de todo o sistema. As ações e os serviços oferecidos pelo nível básico de atenção do SUS vão além da assistência médica e têm como base as necessidades específicas de cada comunidade assistida. Para reconhecê-las, é fundamental que se construa uma relação de proximidade e diálogo entre os profissionais com o território da população a ser atendida. O diálogo surge como instrumento fundamental de construção da atenção integral.

Somente através de uma relação dialógica de cuidado é possível avançar no novo paradigma que relaciona finalidades e meios, a saúde ao mais amplo estado de bem-estar social. (AYRES, 2004; HEIMANN & MENDONÇA, 2005).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surge então como principal mecanismo de operacionalização da Atenção Básica bem como um modelo ordenador de toda a rede de saúde do sistema. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) Com essa expansão, logo veio a necessidade de um equipamento para dar suporte e retaguarda atuando junto as equipes dentro da Atenção Primária.

Visando apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família, em 2008, criou-se o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na perspectiva de ampliar a capacidade de resposta à maior parte dos problemas de saúde da população na atenção básica e, a partir de experiências municipais e de debates nacionais, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008.

Essa criação significou o início de uma política audaciosa, mas que ainda não contemplava grande parcela dos municípios brasileiros. Um ano depois, complementando as orientações inicialmente definidas, foi publicado o Caderno de Atenção Básica nº 27 – Diretrizes do NASF, com o objetivo de traçar diretrizes mais claras para os gestores e os trabalhadores.

Todo o processo de trabalho do NASF é inspirado na metodologia do Apoio Matricial, que por sua vez insira-se no Método Paideia, que é uma metodologia sobre como fazer o trabalho interprofissional de maneira horizontal, propondo relações dialógicas entre os distintos atores envolvidos na produção de saúde. (VIANA, 2018)

O auxílio financeiro para o provimento de equipes multiprofissionais especializadas, compostas segundo as necessidades identificadas pelas equipes de Atenção Primária, em que cada equipe, a partir do diagnóstico de agravos e condições de saúde prevalentes em seu território pode selecionar até cinco profissionais para seu NASF, dentro de um rol que pode incluir psicólogos, nutricionistas, assistente social, pediatra, psiquiatra, terapeuta ocupacional, educador físico, fonoaudiólogo, pedagogos, entre outros, deu-se por meio da Portaria Ministerial 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008).

O NASF tem como objetivo bem definido ampliar a abrangência e o escopo das

ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, sendo assim, o NASF deve buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente por intermédio da clínica ampliada, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários e ambientais dentro dos territórios. (BRASIL, 2008)

O NASF é composto por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes de Saúde da Família e das Equipes de Atenção Básica para populações específicas, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes. (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Para melhor entender o NASF e como se deu sua implantação, buscou-se fazer um levantamento do contexto nacional para compreender inicialmente o que se tem produzido e discutido sobre essa equipe, desde sua criação em 2008.

O objetivo desse artigo é, com base em revisão bibliográfica e em análise documental do Ministério da Saúde, compreender e mapear os avanços e dificuldades do NASF, buscando posteriormente condensar e aprofundar o que se produziu desde sua implantação até o presente momento, para que possamos a partir desse ponto, contribuir com o desenvolvimento do trabalho dessas equipes.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada na base de dados SCIELO, no período de cinco meses, de agosto de 2018 a dezembro de 2018. Esse recorte foi definido para obter um panorama brasileiro considerando os 10 anos de implantação e atuação do NASF. Para a busca, foi utilizada apenas a palavra NASF. Pensou-se apenas na SCIELO para que pudéssemos delinear o levantamento, com apenas uma base de dados. Os critérios utilizados para inclusão do material acessado ao estudo foram: disponibilidade *online* do texto completo, período de publicação entre janeiro de 2008 a dezembro de 2018 e idioma português. Foram encontrados 68 artigos relacionados ao tema.

Após o período de pesquisa na SCIELO, ao chegar em um número

significativo, cessamos as buscas para que pudéssemos nos debruçar sobre cada artigo, entender e elaborar uma linha de trabalho. Foi descartado um artigo, pois não apresentava nenhuma relação com o tema, sendo apenas a inversão das letras pesquisadas NASF – FSNA (fibras naturais de sílica amorfa, denotadas por FNSA), contabilizando no total 67 artigos.

As leituras dos artigos foram realizadas na íntegra, sendo feita uma ficha de caracterização com resumo, autor, ano e temas. Ao longo das leituras percebe-se que os artigos conversavam entre si, de uma certa forma, ou seja, os autores partiam de um determinado ponto para explicar pormenorizadamente sobre o NASF.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor organizar a discussão e compreensão dos artigos, dividimos em três grupos temáticos que exploravam a rotina e o cotidiano desse núcleo em diferentes regiões do país. Desde a atuação profissional, formas como o NASF foi implantado e organizado dentro da Atenção Básica e, por fim, como cada profissional percebe a sua atuação dentro do núcleo.

PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO

Esta foi a temática com o menor número de artigos. Colocamos em primeiro lugar, pois nos mostra como o programa foi implantado nos municípios. Pudemos entender, a partir do relato de MARTINEZ & SILVA (2016), que oferece um olhar nacional de sua experiência em Goiânia, que praticamente em todas as investigações identificadas sobre a implantação do NASF no país encontraram-se indicativos de problemas relacionados à estrutura física das unidades de saúde, ao transporte para os profissionais e à falta de materiais, especialmente para as atividades de grupo e de educação permanente.

CORREIA *et al.* (2017), em sua pesquisa sobre a avaliação do NASF, relata através de seu trabalho de referência bibliográfica que a capacidade do Ministério da Saúde de orientar e esclarecer as equipes sobre as estratégias de

implantação e condução dos NASF, ainda que estas sejam detalhadas em suas respectivas portarias e publicações ministeriais, no plano de concepções e operacionalização (BRASIL, 2008, 2009, 2011, 2012, 2014), parece não subsidiar a efetiva condução dos núcleos nos milhares de municípios brasileiros – sobretudo se consideradas as dificuldades de coordenação federativa em saúde e de organização regionalizada do Sistema Único de Saúde (SUS), no plano estadual.

Já na pesquisa de SOUZA & CALVO (2016), os autores ressaltam também elementos que apontam para uma condição estrutural de precariedade generalizada dos serviços públicos de saúde, que pode ser intensificada com a implantação do NASF. Nesse caso, afirmam que o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, pode tornar-se um serviço substitutivo à falta de equipes de ESF, o que distorce e fragiliza a proposta de fortalecimento e qualificação da saúde da família como uma estratégia de Atenção Básica no Brasil.

SHIMIZU & FRAGELLI, em seu estudo de 2016, observaram que existem dificuldades para viabilizar o cuidado integral e longitudinal, especialmente devido à dificuldade para articular os níveis de atenção primária, secundária e terciária. Eles ressaltam a dificuldade de comunicação que não é fluida entre esses níveis de atenção, e apontam que a Atenção Básica poderia assumir o papel dessa comunicação e, por consequência, a coordenação do cuidado. Sendo assim, o NASF, como constituinte da Atenção Básica, tem responsabilidade sobre a organização do cuidado, definindo os fluxos assistenciais e garantindo o acesso aos outros níveis de assistência, de maneira a dar continuidade aos cuidados dos usuários.

O processo de implantação em algumas regiões do país se configurou com distorções e que pareciam claramente opostas ao que era preconizado pela Portaria 481 nº 154/GM, das Diretrizes do NASF.

O Ministério da Saúde tem conhecimento e aponta as diversas necessidades e seus aspectos, que constituem um desafio para a prática profissional, mas que podem ser superadas com a experimentação, isto é, com a vivência durante a ação de apoiar os envolvidos. (Diretrizes do NASF. BRASIL, 2001)

ATUAÇÃO PROFISSIONAL NO NASF

Com a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, uma ideia que ainda é tão pouco clara, chama a nossa atenção a existência de 29 publicações ao todo tratando da questão de atuação profissional. Em sua grande maioria profissionais de Educação Física, Psicólogos, Nutricionistas, Fonoaudiólogos, dentre outros, buscam refletir sobre a prática e seu papel dentro do núcleo.

Para NAKAMURA & LEITE (2014), a oportunidade de o farmacêutico estar inserido em uma equipe multiprofissional para o desenvolvimento das atividades é tido como positivo, já que permite a troca de conhecimentos com outros profissionais, qualificando e potencializando o trabalho, além de permitir a participação em diversas áreas fora do campo de atuação individual da farmácia. Porém, foi observado que as atividades em conjunto com as equipes de Saúde da Família ainda são compreendidas como uma pequena parte do cronograma mensal do farmacêutico e não como parte do processo de trabalho junto à equipe multiprofissional do NASF. Os autores, concluem fazendo a observação de que o trabalho no NASF tem aspectos autônomos; por outro lado, pode ser limitador, pois as mesmas coordenações que não interferem no cronograma de trabalho cotidiano, tratam o farmacêutico do NASF como um “tapa buracos”, exigindo sua presença na substituição de qualquer colega de profissão de um centro de referência ou serviço que dispense medicamentos.

Em sua grande maioria, os profissionais que chegam às equipes do NASF não têm treinamento e muitos nem conheciam a existência da equipe. É o que mostra a pesquisa de CERVATO-MANCUSO *et al.*, 2012, referindo que o padrão do atendimento de uma determinada classe (nutricionista) acaba sendo semelhante ao realizado no ambulatório, onde poderiam realizar grupos, matriciamento e outras atividades. A pesquisadora aponta 63% focando nos atendimentos individuais, sendo que em matriciamento chega a 0,2% e em grupos 14%. Nesse formato, a equipe acaba realizando um trabalho ambulatorial muito maior.

Segundo REIS *et al.* (2009), o trabalho compartilhado em matriciamento, fugindo da lógica ambulatorial, se traduz em maior resolutividade na Atenção Primária à Saúde, do que os atendimentos individuais da equipe multiprofissional. Ele cita em seu estudo que os atendimentos de um determinado profissional (Fisioterapia) são utilizados apenas para os casos de

agravos e reabilitação, e não de prevenção como é a lógica de trabalho da equipe.

Para ARCE & TEIXEIRA (2017), os profissionais que estão atuando no NASF se sentem subutilizados, tendo a todo momento que convencer as equipes a buscá-los para construírem ações em conjunto, o que gera desânimo e, até mesmo, sofrimento.

Em teoria, é amplo o escopo de atuação das equipes NASF, mas como toda equipe apresenta suas limitações, fragilidades e pontos a serem trabalhados na prática, conforme sugere KLEIN & OLIVEIRA (2017), acerca da necessidade de se estabelecer efetivamente uma qualificação profissional, que só será alcançada por meio de reflexão e diálogo, em torno de uma perspectiva que deve ocorrer tanto na esfera interna de cada profissão, quanto no coletivo das atuações.

MATRICIAMENTO/APOIO MATRICIAL

Na categoria Apoio Matricial pudemos enquadrar 22 publicações. O trabalho do NASF é orientado pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial. De acordo com BRASIL (2014), o apoio matricial é um novo modo de reproduzir saúde, em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Dessa forma, amplia-se a Atenção Primária à Saúde, gerando uma estratégia de organização do trabalho em saúde pensado a partir das necessidades e do escopo das ações, conforme titulado por CAMPOS & DOMITTI (2007) em que o matriciamento é uma das principais ferramentas de trabalho do NASF.

CAMPOS (2007), afirma que o apoio matricial vem para gerar maior compromisso com o cuidado, através dos PTS (Projeto Terapêutico Singular), flexibilizando as tendências burocratizadas das instituições. Outros autores, como CHIAVERINI (2011), endossam a ideia de CAMPOS (2007). O processo de saúde-enfermidade-intervenção não é monopólio nem ferramenta exclusiva de nenhuma especialidade, pertence a todo o campo da saúde. Isso torna o matriciamento um processo de trabalho de construção e conhecimento interdisciplinar.

A organização e o desenvolvimento do processo de trabalho dos NASF

dependem de algumas estratégias já testadas no Brasil, como é o caso do apoio matricial, da clínica ampliada e do Projeto Terapêutico Singular (PTS), conforme justifica ANJOS *et al.* (2013) em sua pesquisa sobre a perspectiva e desafios do NASF quanto à sua prática.

No Brasil, a ferramenta do apoio matricial e a lógica de trabalho do NASF diferem consideravelmente das práticas e das relações tradicionais estabelecidas entre médicos e enfermeiros da saúde da família e os profissionais de outras formações. São novas formas de organizar o trabalho, novos parâmetros nas relações entre profissionais e nova forma de responsabilizar-se pelos usuários. No entanto, ainda predomina no país um modelo de formação em que cada profissional é responsável por uma parte do corpo do indivíduo, sem a devida abordagem da importância do trabalho interdisciplinar. (ANJOS *et al.*, 2013).

Há também um outro olhar sobre as práticas das equipes NASF, um modo diferente daquilo que foi explanado anteriormente. TESSER (2017) nos oferece uma discussão muito comum sobre a função do NASF, trazendo a ambiguidade do apoio matricial (suporte técnico-pedagógico às equipes) e o atendimento assistencial (cuidado especializado aos usuários), afirmando que tais reduções ocorrem frequentemente nos serviços, em que talvez predomine a versão assistencialista. O autor afirma haver interessados nas duas reduções apontadas: gestores, provavelmente mais alheios ao ideário da saúde coletiva, tendem a preferir a versão assistencialista, também mais facilmente administrável, sem os conflitos e negociações do matriciamento e tendem, com isso, a reproduzire ambulatórios especializados dentro da ESF.

Para CAMPOS & DOMITTI (2007), a concepção do NASF como núcleo de especialistas inserido na Atenção Básica, em vez da compreensão dele como equipe de apoio para a qualificação da Atenção Básica, pode reduzir o potencial de transformação das práticas em saúde e de concretização de mudanças na realidade sanitária local a partir do suporte matricial.

Em uma observação da prática profissional com os trabalhadores do NASF, JUNIOR & MOREIRA (2017) cita, em sua pesquisa, as fragilidades observadas, no que tange à formação sobre matriciamento e aponta que a realidade estudada demonstra inexistência ou incipiente formação sobre essa ferramenta de trabalho.

A maior parte dos discursos convergiu para ausência de qualquer atividade formativa, mesmo que pontual, sobre a lógica do apoio matricial ou sobre o processo de trabalho do NASF. Ele ressalta que a qualificação técnica e o comprometimento político, humanístico e social dos profissionais de saúde são elementos essenciais para o bom desempenho do SUS. Além do mais, reforçam o quanto os profissionais do NASF estão despreparados e se sentem inseguros para o desenvolvimento das atividades formativas dentro do apoio matricial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da leitura dos artigos, alguns dos quais aqui incluídos, foi possível perceber questões relacionadas a uma das principais ferramentas de trabalho do NASF, o matriciamento. Nesses dez anos de atuação, muito se ouve falar de matriciamento, quando o assunto é NASF, mas na realidade percebe-se uma dificuldade das equipes em pôr esse instrumento em prática. Não só isso, mas também a falta de entendimento da gestão e dos próprios trabalhadores do sistema sobre tal prática.

Podemos entender que matriciar é trocar ideias, informações, ajustar expectativas das equipes sobre evolução dos casos e pactuar decisões. Pensando nesse sentido, nota-se que, para apropriar-se dessa proposta, é preciso entender o que é o núcleo e qual o objetivo dele dentro da Atenção Básica. Pudemos perceber dúvidas, dificuldades e desconhecimento tanto teórico quanto prático, vindos dos profissionais do NASF e dos profissionais que recebem o apoio matricial relatados nos artigos.

SANTOS *et al.* (2017) observam que, à medida que as políticas são implantadas, as ações são transformadas paulatinamente e, por vezes, até reinventadas.

Esse movimento vem sendo acompanhado e fundamentado por pesquisas e teorizações, de acordo com (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009; CAMPOS; DOMITTI, 2007; CUNHA; CAMPOS, 2011; PIRES, 2009; entre outros), embora ainda haja muito por investigar sobre o tema, sobretudo no que diz respeito às atividades cotidianas durante o trabalho vivo.

Outro ponto que chama a atenção é que nessa primeira década de criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, há muitas dúvidas e questionamentos sobre o que realmente é essa equipe e qual é o seu papel dentro da Atenção Primária a Saúde. Para SHIMIZU & FRAGELLI (2016) ainda há uma falta de clareza quanto às principais competências profissionais das equipes do NASF. Muito embora a Portaria e os Cadernos de Diretrizes do NASF contribuam para diminuir um pouco as dúvidas, muitas vezes, a grande lista de atribuições é mal interpretada e colabora para o desvio das funções de apoio do NASF.

Portanto, se faz necessário conhecer mais as competências e o

processo de trabalho que estão sendo construídos com e pelo NASF. Através dos artigos, há a percepção de que cada Núcleo desenvolve as atividades à sua maneira, não necessariamente seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde. Alguns municípios seguem no modelo ambulatorial, com atividades separadas, sem trabalhos de grupos, sem apoio matricial. Outros apenas utilizam os profissionais para atendimentos nas unidades de saúde que fazem parte do território. Como um profissional especialista realizando atendimento no modelo clínico.

Podemos concluir que, devido à quantidade de atribuições sobre o NASF, abrem-se possibilidades para que cada gestor escolha realçar por onde sua equipe deve dar maior ênfase ao trabalho.

ARTIGO 2

2.3. NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF: DISCUTINDO POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES

INTRODUÇÃO

Criado em 2008 pelo Ministério da Saúde, o Núcleo de Apoio à Saúde da família (NASF) é composto por uma equipe multiprofissional que atua de maneira integrada apoiando as equipes de saúde na Atenção Básica.

O NASF tem como principal objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações dentro da atenção básica, bem como sua resolubilidade. Este deve buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente por intermédio da clínica ampliada, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários e ambientais dentro dos territórios (BRASIL, 2008).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), essa atuação integrada permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais, tanto nas equipes de saúde da família, como nas visitas domiciliares, permite a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde.

Nem sempre a atuação das equipes se dá de mesma forma, para tanto, buscou-se realizar um levantamento com publicações científicas sobre o NASF, selecionadas publicações apenas em português, nos anos de 2008 a 2018. Ao todo foram 67 publicações, utilizamos apenas a base de dados SCIELO, após as leituras, os artigos foram organizados e divididos em três grupos: atuação profissional no NASF, matriciamento/apoio matricial e processo de implantação. Dentre as temáticas, a atuação profissional foi a que apresentou o menor número de artigos e colocamos sua análise em primeiro lugar, pois nos mostra como o programa foi implantado nos municípios. O processo de implantação em algumas regiões do país se configurou com distorções e que pareciam claramente opostas ao que era preconizado pela Portaria 481nº 154/GM das Diretrizes do NASF.

Algumas pesquisas nos levaram a entender que praticamente em todas as investigações sobre a implantação do NASF no país foram encontrados indicativos de problemas relacionados à estrutura física das unidades de saúde, ao transporte para os profissionais e à falta de materiais, especialmente para as atividades de grupo e de educação permanente.

Como a criação dos NASF's, uma ideia que ainda para alguns profissionais é pouco clara, chama a atenção a questão de atuação profissional dentro dessa equipe, muito se fala sobre a prática e seu papel dentro do núcleo, incluindo suas ferramentas de trabalho: Matriciamento/Apoio matricial.

O trabalho do NASF é orientado pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), o apoio matricial é um novo modo de reproduzir saúde, em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Dessa forma, ampliando a atenção básica de saúde, geram uma estratégia de organização do trabalho em saúde, pensado a partir das necessidades e do escopo das ações, conforme titulado por CAMPOS & DOMITTI (2007). O matriciamento é uma das principais ferramentas de trabalho do NASF.

Os NASF devem colaborar para a:

Integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários” (BRASIL, 2011b, p. 25)

Pensar em integralidade, é pensar em integração de ações de prevenção, reabilitação individuais e coletivas. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), a integralidade pode ser considerada a principal diretriz praticada pelo NASF, podendo ser compreendida em três sentidos: (a) a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural; (b) práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção reabilitação e cura; além de (c) a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população.

Em sua pesquisa sobre os aspectos restritivos à integralidade nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, NETO *et al.* (2018), faz alguns apontamentos da integralidade no âmbito da prática profissional, SALA *et al.* (2011) apontam a integralidade como valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como estes respondem aos usuários que os procuram.

BOSI e UCHIMURA (2006) afirmam que, tomada como princípio norteador da avaliação de programas de saúde, a integralidade pode ser concebida como princípio orientador das práticas, ou orientador da organização do trabalho, ou ainda, orientador da organização das políticas, mas, acima de tudo, implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e uma afirmação da abertura para o diálogo.

Dessa forma, não parece acidental, portanto, que cuidado integral e integralidade do cuidado sejam expressões tão presentes e fortes hoje em nosso campo. É como se uma palavra reclamasse a outra: a integralidade é do cuidado, como o cuidado só pode ser integral (AYRES, 2009).

OBJETIVOS

Conhecer o entendimento de profissionais e gestores acerca do processo de trabalho e do papel do NASF na organização das ações de saúde, segundo os trabalhadores que atuam em um NASF e discutir as potencialidades e fragilidades do serviço, a partir da vivência dos profissionais de saúde no cotidiano de trabalho e da literatura científica.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso realizado no primeiro Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF do interior de São Paulo, SP. Buscou-se identificar os “porquês” e “como” se deu esse início de trabalho, de forma exploratória, visando a identificar a percepção dos gestores e trabalhadores do NASF a respeito da atuação da equipe. A coleta de dados foi realizada através de uma entrevista semiestruturada com os trabalhadores do NASF, gestores da Atenção Básica e trabalhadores das ESF, no período de agosto a novembro de 2019.

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas para então serem analisadas. No primeiro momento foi realizado duas entrevistas de pré-teste no NASF de Cordeirópolis, com uma nutricionista, um educador físico e uma assistente, com a intenção de verificar se as perguntas estavam adequadas para alcançar o objetivo da pesquisa e realizar possíveis modificações, caso necessário. E, também, o tempo necessário para cada entrevista.

O informante utilizou a própria linguagem espontânea na narração dos acontecimentos, e o entrevistador evitou impor qualquer forma de linguagem ou reação durante as entrevistas. Iniciada a narração, buscou-se não interromper a fala dos sujeitos até que houvessem concluído seu relato.

No final das entrevistas, com o gravador desligado, em alguns momentos aconteceram discussões interessantes na forma de comentários informais importantes para a interpretação da narração no seu contexto. Para que não perdêssemos essas informações, foi utilizado pelo pesquisador o recurso do diário de campo como define BARDIN (1977).

A autora aponta que as interpretações a que levam as inferências serão sempre no sentido de buscar o que se esconde sob a aparente realidade, o que significa verdadeiramente o discurso enunciado, o que querem dizer, em profundidade certas afirmações, aparentemente superficiais.

Após a coleta dos dados, as entrevistas foram transcritas na íntegra, organizadas em pastas por grupos de trabalho, sendo eles: Equipe NASF – (N), Equipe de Referência – (F) e Gestores – (G). Foi utilizado cada letra para compor os relatos da discussão. Iniciamos a análise dos dados separando por meio de conteúdo categorial temático, agrupando-os de acordo com os temas em comum, norteados pelas questões formuladas no questionário.

Inicialmente, enviamos o convite para todos os trabalhadores, aqueles que quisessem/tivessem interesse em participar da pesquisa. Os critérios de seleção foram: trabalhar na equipe NASF do município, não estar afastado do trabalho no período da coleta, ser profissional de qualquer ESF/UBS ou PSF, onde a equipe do NASF realize apoio ou estar inserido na Atenção Básica à Saúde como gestor e ter relação direta ou indiretamente com a equipe NASF.

Ao longo do estudo, 15 profissionais estiveram envolvidos sendo sete integrantes da equipe NASF, cinco trabalhadores das Equipes de Saúde da Família, e um Diretor de AB e dois Articuladores de AB. Todos os autores das

narrativas são mulheres de diferentes formações, em sua grande maioria de nível superior, com especialização e pós-graduação, tendo tempo mínimo de atuação no município entre seis anos a 23 anos. A análise baseou-se no princípio da integralidade, conforme descrito na introdução deste artigo.

LOCAL DE ESTUDO

O município de Sumaré fica localizado a Leste do Estado de São Paulo e limita-se com Hortolândia, Campinas, Santa Bárbara, Nova Odessa, Monte-Mor e Paulínia. Está dividido em seis distritos: distrito-sede, Jardim Dall’Orto, Picerno, Maria Antonia, Área Cura e Matão. De acordo com o IBGE, sua população estimada em 2019 era de 282.441 habitantes.

Na área da saúde, o município conta com vinte e oito Equipes de Saúde da Família, seis Unidades Básicas de Saúde, dois Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS I e CAPS II), um Ambulatório de Especialidades, um Centro de Especialidades Odontológicas, um Serviço de Atendimento Domiciliar Humanizado (SADH) e um NASF.

O NASF de Sumaré teve seu trabalho iniciado em março de 2008, logo após a portaria do Ministério da Saúde. A equipe é composta por um psicólogo, um nutricionista, um fisioterapeuta, dois pediatras, um ginecologista, um farmacêutico e um médico sanitário.

RESULTADOS

PRIMEIRO NASF DO ESTADO DE SÃO PAULO

A Secretaria de Saúde do município está sediada em um prédio que comporta a maioria dos setores administrativos da prefeitura. A sala do NASF é compartilhada com outros trabalhadores; há pouca privacidade para discussão de casos, elaboração de planos terapêuticos ou reuniões.

Baseado em documentos da implantação e relatos das equipes, o NASF do município estudado foi criado em 2008, período no qual o secretário de saúde “era um visionário médico sanitário”. De acordo com o projeto de implantação, o município contava com 235 mil habitantes, caracterizava-se por

apresentar um sistema de saúde historicamente deficiente, conhecido por ser “exportador” de pacientes para as cidades vizinhas, notadamente Campinas e Paulínia.

Em 2005, com a mudança da gestão, o novo Plano Diretor para a saúde define diretrizes de mudanças radicais no modelo, colocando a Atenção Básica como estratégia estruturante da rede de serviços, através do Programa da Saúde da Família.

Definem-se também subprojetos de transição que vão desde a mudança estrutural dos serviços (ampliações, reformas e construções de unidades para abrigar as equipes de saúde da família, novos equipamentos etc), gestão e planejamento participativo, gerando mudanças nos processos de trabalho como a criação de espaços colegiados (reunião semanal de gerentes de serviços, fórum de trabalhadores, reunião local de equipe etc.).

Além disso, houve um maior incentivo a ações que investiam em melhorar a qualidade de vida de pessoas e coletivos, com ênfase na mudança de hábitos de vida, notadamente aqueles condicionantes das doenças crônicas não transmissíveis, destacando-se as atividades de combate e prevenção da obesidade, sedentarismo e tabagismo.

Na época de implantação do NASF, a rede de serviços era composta por 19 unidades de Atenção Básica, contendo 11 unidades de PSF com 18 equipes em atividade, com previsão de inauguração de mais cinco unidades e cinco equipes de PSF naquele ano. Além de um Pronto Socorro Central, três Serviços de Pronto-Atendimento, dois Ambulatórios de Especialidades Médicas, um Serviço de Internação e Atenção Domiciliar Humanizada, um Núcleo de Doenças Infecto-contagiosas, um Centro de Reabilitação, um CEO, uma Central de Regulação e um Centro de Apoio à Educação Permanente.

Apoiando as ESFs já em funcionamento, os profissionais escolhidos foram: nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, médico pediatra e médico gineco-obstetra. Cada especialista foi contratado para cumprir uma carga de 40h semanais, tendo um ou dois profissionais para tal. Esses, com exceção da nutricionista, que foi chamada através de concurso público, foram escolhidos dentre os que já trabalhavam na rede, considerando-se sua disponibilidade de tempo e características pessoais, tais como facilidade para trabalhar em grupos multiprofissionais e experiência com atividades de apoio/matriciamento.

Dessa forma, quando foi realizado o credenciamento, acreditava-se que a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família viria a somar nesse modelo de qualificação e ampliação da Atenção Básica, aumentando sua capacidade resolutiva e dando maior acesso ao direito à saúde através do fortalecimento do Programa Saúde da Família, justificava o gestor da época.

Através de acesso a documentos sobre a implantação da equipe, podemos compreender melhor, como se deu. Em reunião do Colegiado Gestor no mês de fevereiro de 2008, estabeleceu-se que seria implantado um NASF, apoiando as 20 ESFs já em funcionamento. As profissões escolhidas foram: nutrição, fisioterapia, psicologia, pediatria e gineco-obstetrícia. Cada especialidade cumprindo uma carga de 40 horas semanais, contando com um ou dois profissionais para tal. Esses, com exceção da nutricionista, que foi chamada através de concurso público já realizado. Os demais profissionais foram escolhidos dentre os que já trabalhavam na rede, considerando-se sua disponibilidade de tempo e características pessoais tais como facilidade de trabalhar em grupos multiprofissionais e experiência com atividade de apoio/matriciamento.

Atualmente, em 2019, o município conta com 28 Equipes de Saúde da Família, sei Unidades Básicas de Saúde, dois Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS I e CAPS II), um Ambulatório de Especialidades, um Centro de Especialidades Odontológicas, um Serviço de Atendimento Domiciliar Humanizado (SADH) e um NASF. De acordo com o IBGE (2019), a população do município estimada em 2019 era de 282.441 habitantes.

PERFIL DA EQUIPE ESTUDADA E PROFISSIONAIS DA AB

Como ressaltado na metodologia, a equipe é formada por profissionais do sexo feminino, todas com nível superior, especialização, em sua grande maioria com mais de 10 anos de experiência em saúde pública. A equipe se mostra engajada, boa relação interpessoal, contentes com o trabalho desenvolvido e motivadas com o papel que desempenham.

As profissionais da equipe NASF receberam treinamento e capacitação

para iniciar o trabalho como equipe matriciadora no município. Tendo o desafio de ser a primeira equipe do Estado de São Paulo, desbravaram e ainda desbravam um caminho novo dentro da ABS.

Podemos dizer que boa parte das equipes de Saúde da Família, que compõem os profissionais da AB do município estudado foram implantadas quase no mesmo período da equipe NASF, em 2008. As equipes em sua maioria são compostas de maneira multidisciplinar e, apesar de serem formadas por trabalhadores jovens, uma grande parte possui experiência de trabalho na AB.

Em relação à gestão municipal, a equipe NASF verbaliza que há uma liderança que fica responsável para fazer a ponte com a gestão, liderança essa eleita pela equipe.

Nota-se que na gestão com as equipes do território o contato é muito restrito; alguns poucos gestores de unidades e enfermeiros têm uma proximidade maior com a diretora de AB.

DISCUSSÃO

A PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES SOBRE O QUE É O NASF

Nesse curto tempo em campo, nota-se que grande parte das unidades ou trabalhadores da saúde já ouviram falar da sigla NASF, ou conhecem algum profissional que compõe a equipe, ou já realizaram algum trabalho em conjunto.

Durante a permanência do pesquisador em campo, notou-se que a sigla NASF soava familiar nos ambientes dos setores de saúde, ou seja, desde a secretaria de saúde, recepção, funcionários em corredor e outros profissionais da atenção básica tinham uma ideia do que era ou se tratava a equipe.

As equipes de ESF recebem bem a equipe NASF, há uma interação, troca, por contato telefônico, mensagem de texto e solicitação para auxílio nas demandas das unidades. A equipe do município conta com mais de 10 anos de atuação, mesmo assim, ainda há algumas falas sinalizando pouco conhecimento sobre o que realmente faz esta equipe, ou de fato como realizam seu trabalho.

Olha, eu vou ser bem sincera para você. Eu não sei falar exatamente o que é o NASF, eu só sei que tem o pessoal do Núcleo de Apoio, que é o pessoal que dá o apoio para as unidades. (F4)

Através da literatura, conforme relata MARTINEZ, SILVA e SILVA (2015), a maioria das ferramentas tecnológicas do processo de trabalho do (NASF), percepções de usuários e profissionais da saúde da família sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, ainda são pouco conhecidas pela maioria dos profissionais da ESF, bem como, por alguns dos integrantes do (NASF). Uma ACS da Equipe de Saúde da Família que recebe o apoio do NASF, define o trabalho deste último da seguinte forma:

Eu acredito que seja dar esse suporte mesmo, os profissionais vêm até a unidade, eles têm uma agenda, eles vêm dar atendimento. Nós tínhamos uma psicóloga na unidade, ela tinha agenda e tinha os horários, mas saiu, agora vem a do NASF, a psicóloga X, ela já faz grupo, e alguns atendimentos, e se precisa ela vai na visita comigo se for acamado, casos mais graves. É um trabalho diferente. (F4)

Podemos apontar nessa fala que o núcleo foi assertivo em sua atuação, pois quando a profissional da ESF diz que é um trabalho diferente, podemos compreender que essa é a intenção. Não reproduzir uma clínica tradicional.

Outra ACS, de uma equipe de ESF Rural, define o trabalho da equipe de forma semelhante:

Eu acho que é o apoio a nós. Sem eles eu acho que ficaria muito mais difícil. (F5)

Percebe-se que o trabalho é o mesmo, mas a compreensão e o entendimento da dinâmica mudam. Muda a forma como o profissional faz e vê a equipe. Sem mudar o sentido da práxis, revelam diferentes formas de ver a mesma equipe. As vezes até a própria equipe NASF, ao ressaltar suas vivências, reviveu e confirmou a função do NASF como uma equipe de apoio matricial à ESF.

O nosso papel é informar e multiplicar os saberes de cada um da equipe, atender esses pacientes quando são casos mais graves, quando é grupo alguns funcionários participam, no intuito de estar multiplicando as informações. Eu acho que o papel do nasf é fundamental, é estar levando o conhecimento de cada núcleo para as unidades. (N4)

Em sua primeira década de criação, há muitas dúvidas e questionamentos sobre o que realmente é essa equipe e qual é o seu papel dentro da Atenção Básica de Saúde. Como afirma Shimizu & Fragelli (2016) ainda há uma falta de clareza quanto as principais competências profissionais das equipes do NASF. Muito embora a portaria e os Cadernos de Diretrizes do NASF (BRASIL, 2008, 2009, 2011, 2014), contribuam para diminuir um pouco as dúvidas, muitas vezes, a grande lista de atribuições é mal interpretada e colabora para o desvio das funções de apoio do NASF.

É possível inferir que a rotina experimentada por muitos anos na mesma função impacte o exercício de reflexão acerca do próprio trabalho, conforme se vê na fala de uma profissional da equipe NASF:

Eu acho que o NASF é um apoio especializado, é uma retaguarda

dos profissionais que estão nas unidades, pois em nosso município não temos esses profissionais em toda rede. É para tirar dúvidas, apoiar, levantar novas questões, dar um outro olhar. (N5)

O NASF atua como retaguarda, apoio especializado, fundamentando sua prática na integralidade do cuidado e na articulação dos saberes para a ampliação e compreensão do ser humano e no desenvolvimento de ações que favorecem a interdisciplinaridade na AB. (BRASIL, 2009)

O nasf para mim é uma equipe com profissionais habilitados, para trabalhar na atenção básica e dar apoio para AB, resumidamente, tecnicamente. O nasf é muito mais que isso, temos um apoio de equipe entre o NASF e um apoio de rede. (N6)

É muito importante que a equipe (NASF) consiga apoiar, inclusive nas suas limitações as equipes de AB, e que elas possam sentir que estão sendo apoiadas. Em relação a saúde mental, acolher as demandas, as queixas, não só do paciente, mas também dos atores sociais é papel do núcleo. O NASF pode estar presente na atenção ao sofrimento leve e moderado das equipes e isso contribui muito para potencializar as ações na AB e fortalecer essa relação entre equipes.

Primeiro que a gente ganha mais pessoas da equipe para pensar o caso, acolher, olhar o caso e tira aquela ideia de que uma consulta médica vai resolver a vida daquela pessoa, ou procedimento, ou remédio, que é muito que a mental tinha. Exemplo, ah, tem que passar por psicólogo, pois o psicólogo vai resolver o problema daquela pessoa ou com médico que ele vai resolver, aquela pessoa tá me incomodando. E aquela pessoa tem nome... aquela pessoa tem história...Então a gente sempre faz aquela ideia de olha..., como é que é o contexto familiar dessa pessoa? A discussão da mental é sempre um momento do profissional entrar na história de vida da pessoa e perceber que o que ele ta fazendo é, e sempre foi um trabalho de mental. Ele fez uma escuta, e ela escolheu ele para falar aquilo, esse vínculo é importante... (N1)

A relação com ansiedade, depressão, violência, são questões que aparecem para as equipes de saúde da família. E o NASF pode contribuir com esse espaço de escuta, e assim podendo acolher os casos de saúde mental também. Dessa forma, ajudando a equipe a lidar com suas próprias ansiedades.

Esse trabalho pouco valorizado, é de extrema importância, pois é nesse espaço que as equipes são instrumentalizadas. Um dos papéis que o NASF tem é de ampliar essas ações de saúde mental na atenção básica.

O NASF contribui para ampliar esse olhar para as demandas dos pacientes, dos trabalhadores e das questões que o território está inserido dentro dessa ABS. Ampliar o olhar, problematizar e não reduzir.

Um paciente não se reduz a uma lesão que no momento lhe causa sofrimento. Não se reduz a um corpo com possíveis lesões ainda silenciosas, escondidas à espera de um olhar astuto que as descubra. Tampouco se reduz a um conjunto de situações de risco. O profissional que busque orientar suas práticas pelo princípio da integralidade busca sistematicamente escapar aos reducionismos. Analogamente, quando se busca orientar a organização dos serviços de saúde pelo princípio da integralidade, busca-se ampliar as percepções das necessidades dos grupos, e interrogar-se sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades. (MATTOS, 2009).

O PAPEL DO NASF NA ATENÇÃO BÁSICA

Muitas são as tarefas do NASF dentro da ABS. Tanto que a equipe tem uma gama de opções de trabalho. Isso, de certa forma parece ser positivo, onde elas podem desempenhar muitas ações, tendo muito trabalho pela frente. Mas, não é o que se percebe e o que a equipe verbaliza.

Há profissional sobrecarregada, sendo apenas ela para acolher quase o município todo. Esse tipo de situação gera frustração, angústia em relação a tantas unidades para serem atendidas, tantas opções de ação dentro desse território, mas não sabem por onde começar. Acabam “cobrindo buraco” fazendo aquilo que a gestão acha que é mais urgente. Não seguindo um planejamento de ação para a Atenção Básica.

De acordo com o caderno de Atenção Básica (BRASIL, 2014), O Nasf é uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Seus requisitos são, além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de equipes de SF e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família.

Fica uma lacuna entre o não conseguir ir em todas as unidades, há um espaço entre o que é teórico e do que é prático, existe ... mas a nossa carga horária não supre toda demanda ... a gente gostaria de fazer mais coisa, mas não dá. Não temos “perna” pra tanto...
(N6)

O Caderno de Atenção Básica (BRASIL, 2014), frisa que o nasf deve estar comprometido também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da SF e entre sua própria equipe (Nasf), incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde.

Podemos afirmar que de certa forma todos os participantes das entrevistas apontaram em suas falas a importância do NASF para o município. Relatam o quanto o NASF ao longo desses 10 anos veio contribuindo para ajudar a melhorar a AB, mesmo com tantas dificuldades e limitações.

Podemos apontar que, para a equipe, talvez elas não tenham consciência de quanto seu papel no desenvolvimento da saúde municipal é importante, mas o núcleo ajuda a apontar (mesmo que ainda pouco) os nós críticos do sistema de saúde, mesmo em sua grande maioria não tendo possibilidade de abertura com a gestão para expor tais dados.

Elas têm a confiança de todas equipes da atenção primária, dos profissionais, de que realmente eles são os detentores de alguns conhecimentos que outros não têm; elas apontam, mostram caminhos e as enfermeiras, as responsáveis pelas unidades levam isso para gestão. Isso é uma facilidade da equipe NASF. Elas são extremamente proativas, então eles levantam os problemas e ajudam a solucionar algumas questões antes que essas questões aconteçam. (G1)

A falta de proximidade com os gestores (não apenas a gestão atual, outras gestões passadas também agiram da mesma forma) faz com que a equipe atue de forma isolada, sem dialogar e apontar dados importantes do território e indicadores de saúde que poderiam ser trabalhados através de ações no

território.

Nota-se um NASF potente, há muitas ações que vêm sendo realizadas, sem o apoio e incentivo da gestão e de algumas Equipes de Saúde da Família (ESF). Isso se comprova nas narrativas desses atores sociais:

Temos o projeto de formação e incentivo “ciranda de ervas”, já fizemos uma capacitação com os profissionais da saúde, mas vamos fazer novas capacitações. Esse projeto trabalhamos com fitoterapêutico, incentivar o uso de plantas medicinais e resgate desse saber, incentivo de hortas nas unidades básicas, estamos ampliando também para as escolas e CRAS. (N1)

No relato a seguir, observa-se a preocupação de uma das profissionais do NASF para assegurar o mínimo de ações no território e o cuidado e manejo com os profissionais e equipes do território.

...a gente sempre participa das campanhas (outubro rosa, novembro azul a saúde do homem, prevenção de saúde bucal, campanhas vacinais, a prevenção de câncer bucal, a gente faz uma grande campanha para a população. Eu tenho sido uma pessoa que tem cobrado reuniões de equipe, cobro e faço questão de participar nas ações das equipes, e nas visitas domiciliares muitas das vezes só tem acontecido por conta do NASF. (N2).

A equipe aparenta estar engessada, sendo que não participa de planejamento com a gestão, não há uma construção horizontal e com muito poucas ferramentas de ações dentro da Atenção Básica. Os próprios profissionais notam e relatam essa queda de ações e resgatam com saudosismo os bons tempos em que conseguiam ampliar as ações de prevenção dentro dos territórios.

Eu acho que o NASF não deixa as equipes sozinhas com casos muito difíceis, casos de abandono total do estado que batem na nossa porta, pessoas na rua, em situação de violência, negligência de direitos básicos, passando fome...então a equipe fica ali sem saber o que fazer...então, muitas das vezes a saúde mental é tratar da inhaca social. Cuidamos daquilo que ninguém quer cuidar. (N1)

Há também atividades coletivas pontuais, como Outubro Rosa,

Novembro Azul, demandas do calendário do MS em que a equipe do NASF prepara material, oferece capacitação para outros profissionais realizarem as atividades em suas unidades. Podendo ser com ou sem a equipe matriciadora. Nesses espaços há troca de experiências, saberes e vivências que são aproveitados, gerando um espaço motor de produção de saúde para a comunidade.

O ENTENDIMENTO DE PARTE DA GESTÃO SOBRE O NASF

Quando se implantou o NASF, houve um cuidado muito grande com a análise da situação demográfica, social e de saúde do município, bem como seu porte e a rede de saúde existente ou de referência nos municípios maiores na sua região de saúde próxima.

Com o passar do tempo, a cidade foi crescendo e não se fez a atualização dessa rede e a equipe NASF, por sua vez, não conseguiu ampliar suas ações. Hoje a única equipe do município não consegue dar conta, nem teria pernas para isso. Sumaré está com aproximadamente 282 mil habitantes, cidade que teria porte para no mínimo mais três equipes de NASF, conforme as Diretrizes do MS.

O trabalho do NASF está diretamente relacionado com a gestão. Não há como discutir NASF, sem olhar para o entendimento do gestor sobre a equipe.

Olha, a única relação boa que a gente teve foi com a gestão que trouxe a gente, depois não foi muito boa não. Já quiseram usar a gente de plataforma eleitoreira, já teve uma gestora que dizia que a gente não fazia o que a portaria pede, mas não entende que somos uma única equipe para um município grande.(N2)

De acordo com REIS *et al.* (2016), algumas experiências de implantação de equipes NASF relatadas na literatura confirmam a relevância do entendimento da gestão sobre o processo de trabalho da equipe multidisciplinar, no entanto, esse tem sido fator de impacto negativo sobre os resultados esperados. A falta de apoio e reconhecimento institucional e por parte da gestão pode se tornar fator de desmotivação da equipe. Pudemos perceber tal

afirmação com a fala a seguir:

Não dá para fazer só grupos, nem matriciamento com as equipes. É cobrado atendimentos também, nos é cobrado números. (N3).

Acabou de mudar o secretário, então a gente está no quarto secretário em três anos... e esse da nossa representante da equipe...rs! (Coordenadora do NASF e líder da equipe), de vender nosso peixe toda vez que muda o gestor, explicar o que a gente faz então nesse momento eu não sei como é o NASF perante o olhar dos gestores novos. (N3)

De acordo com a fala de uma das integrantes da equipe, podemos afirmar que o núcleo não passa a instabilidade de troca de gestores apenas de quatro em quatro anos, mas vive essa constante instabilidade pela troca de secretários, diretores de AB, qualquer gestão que tenha ligação direta com a AB. Esse desgaste desmotiva, cria uma queixa, gerando sintomas, desencadeando em desmotivação. Apesar disso, não é o que se nota nessa equipe.

O trabalho que o NASF desenvolve em grupo, visa de acordo com cada território ou problemática com as demandas trazidas pelas equipes. Onde podem ser abordados grupos de prevenção de agravos e intervenção terapêutica. A equipe estudada tem experiências de diversos grupos, sejam eles de doenças crônicas (hipertensão, diabetes), gestantes, idosos, adolescentes, homens, terapia comunitária, atividade física e grupos de convivência.

É notório o interesse da equipe em fazer mais ações, mas há uma agenda imposta e produção a ser computada, como exemplifica uma das entrevistadas.

Como todo mundo conhece a gente, sempre tem alguém, que é uma enfermeira que tem um cargo na gestão e explica o que o NASF é, o que o NASF faz, sem o NASF não tem isso... e assim vai...reprovar (provar o tempo todo) o que a gente faz é bom, que tem significado, que dá resultado. Resumindo, eu acho que a política esbarra muito no nosso trabalho. (N3)

Cada NASF pode ter trabalhos que se caracterizam conforme a sua

região/município, pois, devido o fato de as diretrizes serem tão amplas, abrem espaço para muitas possibilidades. Percebe-se até um certo receio e medo por parte de alguns integrantes da equipe de ser um ambulatório móvel e reproduzir tudo, menos o que o NASF se propõe: ampliar as ações de saúde dentro da Atenção Básica.

Hoje a gente está com um secretário de saúde que faz dois dias que está como secretário. O secretário anterior ele não teve tempo de olhar para isso. Trocou o secretário e ele ficou dois meses também. O anterior a este, achava que o NASF era cheio de especialistas e que eles deveriam atender a população, ele não conseguia entender a importância do matriciamento e da qualificação profissional, cobrava muito da gente para que fosse desfeito o NASF. E isso não só ele, outros também anteriores, isso passou por dois gestores enquanto eu estava por aqui. (G1)

Há um fator muito importante que nos chama a atenção. A equipe, mesmo com todas as dificuldades, sempre manteve um número de atendimentos, compreendendo que era para a sobrevivência do núcleo. Mas sempre soube que seu local era a prevenção, promoção de saúde, apoio às equipes de ABS. Mesmo com tantos desafios, tantas precariedades, a equipe se mantém, pois tem ciência do seu real ofício.

O que a gente passa um pouco às vezes é essa desconfiança do gestor em tudo, não é só no NASF, em tudo...as vezes a pessoa quer só saber de atender, não quer atender qualificado, não quer resolver o problema do paciente. Quer só que demonstre números e quer economizar, uma economia barata que a gente fala, economizar miséria. E é difícil, porque a gente já passou por muitos gestores sem formação em saúde e sem formação em gestão pública, então...é difícil. Eu acho que tudo isso fragilizou demais e pode ser que a gente continue sem essa figura, então pra mim hoje está bem tenso...está bem tensionado, vamos ver como vai se desenrolar. (G1)

A cada nova gestão, a equipe fica mais fragilizada, pois não sabe o que

pode acontecer, que rumo a ABS irá tomar. A gestão vê o NASF de uma outra forma:

Hoje, elas fazem muito mais um papel de apoio institucional nas linhas de cuidado, do que propriamente o atendimento à população, é a minha opinião. (G1)

Não é isso que a equipe percebe. E parte da gestão continua pontuando o que tem notado da equipe, quando questionada em relação às dificuldades do núcleo no município:

...eu acho que hoje o NASF está um pouco fragilizado, eu não sei qual motivo ainda, estou tentando ajudar no diagnóstico. Então eles estão fragilizados enquanto equipe mesmo, de confiança entre si, dentro do próprio NASF, é minha opinião. O NASF daqui sempre teve a característica de que além de sempre fazer o trabalho individual, tem que fazer o trabalho em equipe. Então eles têm os temas para trabalhar em conjunto, e não sozinho, então eu percebo que hoje eles estão um pouco fragmentados, o próprio núcleo. (G1)

Estamos falando de COMUNICAÇÃO. Não há comunicação na gestão, tanto que se aponta algo importante que poderia contribuir para o trabalho da equipe, mas não há sinalização de que haverá intervenções sobre o que está sendo dialogado. A gestão vê as fragilidades, mas não tem iniciativa de ajudar a organizar. Há um entendimento sobre os modos de cuidar que podem influenciar na maneira como são operacionalizados os processos de trabalho dos profissionais do NASF. Parece ser comum que os profissionais que o compõem sofram pressão por parte da gestão de saúde, dos usuários e até mesmo dos profissionais das equipes de saúde vinculadas por produção numérica de atendimentos individuais. Essa é uma lógica de atuação divergente daquela que estamos colocando até então.

Talvez a gestão atual prefira ver o NASF caracterizado como um serviço ambulatorial de especialistas e generalistas inseridos na Atenção Básica, mas não incluídos na Equipe mínima de Saúde da Família. Quando o NASF foi implantado, a iniciativa partiu de um gestor que trouxe muita inovação, capacitação para as equipes. O ganho que o município teve na época é

significativo e nesse mesmo período surge o NASF.

O núcleo surge em um período de potência, de inovação tecnológica em saúde, em um município que estava investindo na atenção básica. (F3)

Percebe-se um saudosismo ao falar desse período em que as equipes apresentavam seus projetos em congressos, simpósios e já chegaram até a ganhar prêmios.

Podemos dizer que, para a equipe, elas trazem essa força. Havia coisas que quando falado, as mesmas achavam uma ideia “louca”, pois ele queria abrir qualquer casinha ele dizia que já dava pra abrir um PSF. As equipes justificavam pra ele, calma, temos que ter estrutura, e ele dizia não: “se a gente tiver vontade, vamos, dá pra fazer e vamos melhorar!”. Nessa época dele criou-se muita coisa. O NASF traz muito desse idealismo do secretário, e dessas discussões que são dessa época e que hoje em dia a gente está perdendo. (F3)

O TRABALHO DO NASF

Para QUIRINO *et al.* (2019), o trabalho do NASF é identificado, sobretudo em sua dimensão técnico-pedagógica, com o desempenho da tarefa de instigar uma reflexão e ação nas práticas dos serviços de saúde que valorizem o saber popular e se concentrem na integralidade do usuário.

Segundo o relato de uma das funcionárias do NASF, o projeto do município iniciou-se com um objetivo bem específico:

Eu acho que o NASF veio com a ideia de que não dá para trabalhar apenas na área assistencial, a gente tem que ampliar, tem que ampliar mais e eu acho que é pouco, ainda é insuficiente, ele não dá conta para esse fim, mas ele é um dos atores que tenciona para dizer de alguma forma, olha, só colocar um médico de família e enfermeira ali no postinho para trabalhar no território não dá conta, tem que ter mais coisa, eu acho que essa é a ideia. (N1)

Citado por NETO *et al.* (2018), a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) expressa e enfatiza a posição da ABS como porta de entrada preferencial do SUS e ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais

de saúde, destacando o modelo de atenção e a definição de prioridades: consolidar e qualificar a ESF como modelo de atenção básica e centro de reordenação das redes de atenção à saúde no SUS, com equipes multiprofissionais responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, em áreas geográficas delimitadas. (BRASIL, 2012).

Para os trabalhadores dessa equipe NASF, eles conseguem enxergar que o trabalho desenvolvido potencializa ações e é muito importante para a qualificação das ações dentro da Atenção Básica. Ao mesmo tempo fazem críticas pela forma como atuam, acreditando que poderiam estar realizando mais ações de prevenção e menos atendimento ambulatorial.

De acordo com HEIMANN *et al.* (2011), há estudos realizados desde a década de 1990 que vêm apontando importantes desafios para a consolidação de um modelo assistencial com base na ABS, dentre os quais se destacam a capacidade gestora dos municípios, o vínculo dos profissionais e, ante a incipiente definição de redes regionalizadas de atenção à saúde, o desafio de ofertar cuidados contínuos e coordenados com observância ao princípio da integralidade.

Esse cuidado contínuo, essas ações ainda continuam sendo um desafio. Para os profissionais do NASF a sensação se divide entre acreditar que alcança os objetivos para que o núcleo foi destinado e não alcançá-los. Nota-se uma cobrança por parte da equipe em dar conta de tudo, sendo que isso não é responsabilidade da equipe. Sumaré, cresceu muito. Em 2008, o município tinha 235 mil habitantes, passando para 282.441 habitantes, em 2018. Desde o início, já comportava muito mais equipes NASF para cada PSF/ESF, do que foi credenciado. Isso gera um sentimento de impotência na equipe.

Não alcança, pois, a gente não consegue ampliar da forma como gostaria a atenção básica. E a gente tem que fazer muita concessão, eu tenho que renovar muita receita, as pediatras tem que atender muito, temos que fazer muitas coisas que seria a secretaria para fazer e não o nasf. Como encontro de atividade física do município, o que o município espera das práticas corporais, o nasf tem que estar preocupado com as suas equipes e não com a política municipal. Então a gente faz essas concessões pra gente existir, se não a gente não existiria. (N1)

Acho que alcança sim, 80% alcança. Eu acho que a gente alcançou

muita coisa, posso falar dos ganhos na saúde mental... A gente está em um movimento agora para mostrar número para a gestão, do que atendemos e fazemos. (N2)

Alcança, mas com defasagem, se tivesse outra equipe, seria melhor... (N4)

Ser a primeira equipe do Estado de São Paulo e não ter dificuldades, seria utópico. Talvez a equipe necessite de mais *feedback* como este relato:

Sim, eles alcançam o objetivo a que a equipe foi destinada. Digo pelos resultados que nós temos. Vejo pelo envolvimento, os vínculos dos pacientes, a relação com a rede, só traz benefícios. O envolvimento entre a equipe com os usuários, o vínculo dos usuários conosco, a nossa parceria com o NASF. Não me vejo com dificuldade, pois eles estão aqui nos dando apoio. (F1)

Muitos são os desafios para a realização de um trabalho novo, que fuja da lógica ambulatorial a que fomos condicionados. Podemos pensar que a proposta do NASF nesse município, necessita de um espaço para a equipe toda, para que se realize reuniões mensais, assim possam reorganizar o processo de trabalho, tornando mais integrado, com a lógica de fortalecer a reorientação de práticas.

O NASF vem num momento muito de prevenção também, mas a gente precisa ter essa sensibilização com as equipes, com a gestão, espaço para construir tudo isso. Temos algumas equipes muito fechadas, grupos fechados. Pelo menos eu penso assim, as demandas são diferentes. Cada unidade tem suas particularidades, a gente abrange muita coisa. Desde amputado, até uma gestante mais complicada. (N6).

A organização dos processos de trabalho do NASF deve ter como foco o território sob sua responsabilidade, e deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais

envolvidos. (BRASIL, 2014). A lista de atribuições do NASF é grande, receio que as equipes se sintam sufocadas e não consigam cumprir uma parcela de tais atribuições.

Percebe-se que equipe do NASF se organizou para realizar o seu trabalho com as equipes de referência pautado na construção de vínculos, no compartilhamento do saber, responsabilidades e ações, como preconiza o MS. É claro, fazendo algumas adaptações, necessárias.

A gente vai onde é querido. Rs! Tomamos essa decisão. As unidades que não vem sentido nosso trabalho, já batemos muita porta, mais boicota do que fortalece, nosso contato é direto com as unidades, ninguém na secretaria intermedia isso, a gente faz onde é solicitado, e onde as pessoas veem sentido no trabalho que a gente faz. (N1)

Eu só faço os grupos regionais nas unidades que eu faço pois eu tenho um vínculo com essas equipes. Já teve unidades em que eu fui espirrada para fora, porque o primeiro roubo de celular, acharam que era os pacientes do meu grupo, então meu grupo foi parar num corredor, era um depósito aberto, então é essa ideia das equipes. A gente tem uma relação hoje depois de muitos anos, um trabalho consolidado, acho que 80% do município das unidades de saúde, a gente faz trabalho que não são iniciais, são trabalhos há 10 anos. (N1)

Nota-se um desgaste citado tanto por alguns integrantes da equipe NASF como por trabalhadores do território. Apesar disso, os integrantes da equipe NASF traçaram possibilidades de trabalho, nem sempre conseguindo o alcance máximo. Bancar a liberdade de poder fazer escolha dentro do serviço público, não é ato fácil, mas proporciona um envolvimento maior para a execução do trabalho, mais um ponto que destaca o trabalho dessa equipe: escolhas assertivas.

Dentre tantas escolhas, optar por dar uma assistência maior a uma equipe rural sinaliza o quanto a equipe vai desbravando e se apropriando dos territórios. Segundo uma profissional da ESF Rural, a equipe tem compreensão da importância do trabalho do NASF em conjunto com eles. Ainda mais que sendo rural, as casas são bastante distantes uma das outras e quando são

realizadas ações conjuntas, as famílias participam e valorizam. Esse trabalho levou tempo para ser internalizado tanto pela equipe, quanto pelos usuários da ESF.

Matriciar é você receber um profissional específico em uma área, que vai passar sobre um assunto específico, como ele deve lidar com esse assunto, lógico que de acordo com a área de cada um. Matriciamento em saúde mental, ter uma visão do paciente de como é o perfil dele, desde a auxiliar de limpeza recebendo esse paciente, a recepção, enfermeiro, para que a gente seja capacitada e não deixe de ter uma visão diferente. São profissionais que matriciam o resto da equipe, (como se fosse uma educação permanente) isso existe aqui, é feito. (F3)

O apoio matricial é o referencial teórico-metodológico que orienta o trabalho das equipes NASF e tem como objetivo assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais de saúde, de maneira personalizada e interativa (CUNHA; CAMPOS, 2011). O matriciamento envolve troca de conhecimentos teórico-práticos, reflexão, discussão e pactuação de responsabilidades para o seguimento das ações. (BARROS *et al.*, 2015).

Perceber que o trabalho ofertado pela equipe NASF não é sempre o que a equipe do território deseja, ainda mais sem um breve conhecimento sobre esse trabalho. Trata-se de uma metodologia de trabalho nova, leva-se um tempo, conscientização e esforço da gestão em apontar o objetivo do núcleo. A proposta do NASF é apoio matricial, e não apenas atendimento ambulatorial.

Um exemplo de onde o matriciamento pode ter bastante potencialidade é o trabalho realizado por profissionais que atuam em uma unidade rural.

O NASF vem pra somar, para potencializar isso, a gente não tem fisioterapeuta na atenção básica, não tem nutricionista. Então a gente não vai dar conta de tudo, o conhecimento desses profissionais vem para somar com a gente e ampliar a capacidade de resolução dos casos. (F1)

Segundo essa profissional da equipe de ESF Rural, eles têm compreensão da importância do trabalho do NASF em conjunto com eles, ainda mais que a equipe é uma equipe rural, as casas são bastante espaçadas e

quando é realizado ações em conjuntas as famílias participam e valorizam as ações. Esse trabalho levou tempo para ser internalizado tanto para a equipe, quanto para os usuários da ESF.

CAMPOS & CUNHA (2011) afirmam que, para o apoio matricial acontecer, ele depende da relação entre as equipes de saúde, da ampliação dos cenários em que se realiza a atenção especializada e da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem Apoio Matricial.

A ampliação de cenários significa um cardápio de atividades que pode ir desde um atendimento conjunto entre profissionais de serviços diferentes, a participação em discussões de projetos terapêuticos, discussões de temas prevalentes, análise de estratégias para lidar com demanda reprimida, análise de encaminhamentos até a simples disponibilidade para contato telefônico para discutir urgências ou seguimentos.

Para as equipes, o matriciamento é um espaço não só para troca, aprendizado e discussão de casos. É também um espaço para compartilhar os sentimentos de impotência em relação aos problemas da comunidade, sejam eles: psicossociais relacionados à pobreza, não ter o que comer em casa, violência e drogas que acometiam a saúde da população.

Dentro do matriciamento surgem demandas com temas como a burocracia e a demora na marcação e na entrega de resultados de exames clínicos dos usuários, falta de medicação ou dispensação de medicamentos em tal unidade.

Para OLIVEIRA, ROCHA e CUTOLO (2012), o NASF é, sim, uma proposta inovadora e de grande potencial na saúde coletiva, porém apenas leituras dos documentos que o estabelecem não são suficientes para efetivá-lo. Portanto, pensar e repensar as práticas é imprescindível na busca pela integralidade.

Nessa equipe a ACS relatou que a comunidade acabava cobrando e exigindo uma posição desse ACS, dessa equipe, e que eles resolvessem tais situação. Sempre projetando as demandas da comunidade para a ACS. Nota-se nos relatos que, na maioria das vezes, tal cobrança gerava um sentimento de

frustração quando a resolução dos problemas estava fora do alcance deles ou eles não conseguiam nem retornar na casa para visitar a família. Mesmo tempo sendo difícil para a profissional ouvir, essa ação, amplia os cuidados de saúde.

Para MATTOS (2009), quando um agente comunitário que segue rumo a suas visitas domiciliares se defronta com o convite de um morador para uma conversa sobre um problema que o aflige, ele pode aplicar não a medicina integral, mas a integralidade também. É nesse cuidado do ouvir que o vínculo acontece, que abre espaço para se trabalhar e entender as demandas de saúde dessa casa.

Esse ACS terá suporte e apoio no matriciamento para seguir essa escuta. O espaço do matriciamento não é apenas um espaço educativo, mas também terapêutico, os encontros grupais favorecem o fortalecimento emocional de quem está diretamente ligado às famílias, um exemplo os ACS.

Matriciamento é formação, é discussão de casos, é discussão em corredor, dar um apoio, uma forma que a equipe não fique sozinha em casos difíceis, visita em conjunta...é tudo isso! (N1)

O matriciamento é o lugar onde as equipes se encontram para refletir sobre a dinâmica de trabalho, pensar junto, criar propostas, possibilidades e medidas para enfrentar as dificuldades do cotidiano. É também local de conforto, acolhimento, saber que eles têm um local de fala. Um espaço protegido e seguro para falar. Não podemos deixar de salientar que os principais parceiros para as visitas domiciliares das equipes são os ACS, o que contribui para o estabelecimento de vínculo e boa receptividade das famílias em visita domiciliar. As estratégias estabelecidas, como citadas anteriormente possibilitam pequenos passos, alguns avanços com sucesso, mas não se consolidou como possibilidade de transformação das práticas nos espaços de saúde.

Há também equipes que não entendem ou não aceitam esse formato de trabalho. Verbalizam para a equipe que gostariam de outra dinâmica de trabalho.

Depois de tantos anos, eles ainda não entendem que o paciente não é do NASF, é da equipe. O caso é da equipe. Já escutamos de equipes: “O NASF não faz nada, a gente chama e eles vêm, não resolvem” Às vezes é bem tenso...” (N2)

O matriciamento foi banalizado e não potencializado como uma

ferramenta tecnológica para quebrar paradigma e produzir saúde. O matriciamento também é espaço para reavaliar e “lavar a roupa suja” das equipes.

DISCUTINDO POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES

Para falar de potencialidades e fragilidades através dos relatos dos trabalhadores, é importante contextualizar o local de fala em que estão inseridos. MEHRY, (2005), afirma que o ato do trabalho é em sí, um ato formativo e, uma vez inseridos no mundo do trabalho, estamos nos vendo naquilo que fazemos, no que produzimos nos outros e, também, no que o outro produz em nós.

Para tanto, uma das potencialidades dessa equipe são seus trabalhadores, que envoltos em expectativas sobre o seu trabalho, desenvolvem novas possibilidades a cada dia.

Olha, a maior facilidade que a gente tem é o respeito que a Atenção Básica tem pela nossa equipe, eles conseguem entender que a gente não dá conta de toda a demanda que eles têm para gente, mas, quando a gente consegue entrar, nós fazemos com que a equipe melhore a atuação. Essa é a única facilidade, essa coisa da gente ser reconhecido enquanto equipe que ajuda. Ajudamos de verdade!
(N2)

A partir das vivências dos profissionais entrevistados, podemos dizer que o NASF é um equipamento tecnológico muito potente dentro da Atenção Básica. Sua proposta é justamente qualificar estes espaços de cuidado e de assistência à saúde, tendo como público alvo as equipes e os sujeitos de determinado território, dessa forma, contribuindo para que a atuação na Atenção Básica seja realizada de forma qualificada, ampliando a resolutividade e gerando bons resultados.

Os resultados deste estudo apontam para a existência de um processo de trabalho desarticulado entre as equipes NASF e ESF e Gestão da Atenção Básica. Soma-se a isso o fato de o NASF enfrentar desafios de diversas ordens, que limitam a realização das atividades, tornando o processo de trabalho fragmentado.

Reconhecer que o conjunto de processos envolvidos na realização das atividades dos profissionais da saúde desencadeiam não apenas atos produtivos, mas também processos formativos que possibilitam refletir sobre o próprio fazer. (QUIRINO, 2019).

A dificuldade é ser uma equipe só para o município inteiro, acho que essa é a pior. E a gente anda com nosso carro, não tem nenhum lugar, não tem uma sede, uma sala. É muito ruim não ter um espaço para nada. Estão cogitando de um espaço que sobrou de outro local, para a equipe, já fui até ver. É muito ruim não ter um espaço nosso... (N2)

No município estudado, o número de habitantes cresceu, o número de equipes de saúde da família teve um crescimento, mas continuou apenas uma equipe. Talvez não tenha compreendido a importância de tal equipamento, para a organização da AB no município.

As questões relacionadas à remuneração apontam que existiam disparidades salariais, exigências distintas de produtividade entre as equipes, o que acentua a disputa entre os profissionais dessas equipes; esse é um fator que afastou o núcleo de algumas equipes dentro da AB, como relata uma integrante das ESF.

Era uma equipe que avaliava outra equipe. É diferente do AMAQ/PMAQ. Vinha uma avaliação, eles destruíam o valor (prêmio – do governo de acordo com o número de unidades) avaliavam-se a cada 4 meses, esse prêmio do PSF, variava para funcionários por categoria (A, B, C) alguns das equipes era avaliado outros não. Isso gerou um desconforto dentro das equipes, desmotivando, a prefeitura ainda não solucionou, meio que congelou esse prêmio, uns recebem o prêmio, outros não... (F1)

Há um desconforto, esse desconforto afastou algumas equipes da Atenção Básica de apoiar o NASF, houve um estresse na equipe, isso vem vindo com discussão – essa briga desestruturou as unidades, refletindo no trabalho dentro da Atenção Básica, o estímulo caiu muito. Alguns funcionários dizem: “Que vá aquela enfermeira, pois ela recebe o prêmio, ela que faça mais”. Há quem

recebe até hoje e outros não. Isso gerou um desestímulo em fazer o próprio trabalho na equipe, entre eles apoiar e receber o trabalho do NASF. (F1)

Na prática, para que as equipes NASFs possam ter um bom desempenho, é preciso do apoio das equipes de ESF, isso é observado em campo. A Atenção Básica deve estar unida na defesa de um modelo de tratamento integral do sujeito, pautado na integralidade e corresponsabilização do cuidado, para que assim consiga defender esse modo de atuação diante das mudanças de gestão.

Eu acho que são essas lembranças de como começamos o trabalho que ajuda elas nesse levar aí. Hoje em dia, não temos isso mais no município. Os funcionários mais jovens não conhecem isso, não vão trazer essa discussão de matriciamento e PTS, até reunião de equipe está meio que caindo por terra em vários lugares. (N1)

Discutir fragilidade é buscar fazer uma reflexão para as questões políticas que a equipe enfrenta a cada quatro anos com a troca de gestores municipais.

Acho que a equipe que recebe o NASF, muita das vezes não sabe muito para que serve e acabam não aproveitando esse recurso que a gente tem. As meninas do NASF sabem bem qual é o papel delas, às vezes vejo a agenda da pediatra do NASF lotada em determinada unidade, a equipe do PSF fica sofrendo com casos para resolver, não faz uso adequado do profissional que está lá, e muitas das vezes poderia discutir os casos mais graves. A própria equipe da atenção básica não valoriza e não reconhece o trabalho do NASF, eu acho que no município tem muito disso. A questão da gestão, número reduzido de profissionais, falta de reconhecimento da gestão central da importância do trabalho deles. (F1)

A necessidade de reafirmar o seu trabalho reflete a internalização de um modelo de saúde que não visa à prevenção, ou ao fortalecimento de ações que é o papel da Atenção Básica. É importante salientar o esforço e o desgaste da equipe que precisa reafirmar o seu trabalho, o seu valor para continuar atuando. É preciso fortalecer o diálogo entre os trabalhadores da saúde. Os atores comprometidos com a AB, para contagiar e gerar reflexão nos espaços. A saúde sempre foi uma moeda de troca dentro da política, outros programas dentro da

AB no passado foram perdendo a força, mudaram de nome, até deixar de existir, talvez seja esse também o futuro das equipes NASF.

O NASF SEM CENÁRIO OU UM NOVO CENÁRIO PARA O NASF

Para TESSER (2017) os NASF têm sido em muitos locais subexplorados como equipes assistenciais de retaguarda especializada, devido às diretrizes oficiais focadas no apoio e em ações generalistas de promoção e prevenção da APS, subutilizando a competência nuclear dos profissionais matriciadores.

Por outro lado, em locais em que eles atuam somente com assistência especializada, ocorre o inverso e aí devem fazer também apoio técnico às equipes de APS, melhorando sua resolubilidade e contribuindo na sua educação permanente, concretizando o matriciamento.

A Secretaria de Atenção Primária em Saúde, pertencente ao Ministério da Saúde (SAPS/MS) publicou em 28 de janeiro de 2020, a Nota Técnica nº 3/2020, na qual revoga os serviços do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e cria um novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS), instituído pelo programa “Previne Brasil”.

A Portaria explica que a composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às equipes NASF. Com essa desvinculação, o gestor municipal passa a ter autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe.

O gestor municipal pode então cadastrar esses profissionais diretamente nas equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Primária (eAP), ampliando sua composição mínima. Poderá, ainda, manter os profissionais cadastrados no SCNES como equipe NASF-AB ou cadastrar os profissionais apenas no estabelecimento de atenção primária sem vinculação a nenhuma equipe. (BRASIL, 2020).

Como já discutimos, deixar essa escolha a critério dos gestores, deixa apenas a ABS ainda mais fragilizada e cria um cenário na Atenção Básica com probabilidades maiores de não existir NASF.

Proponho, ousadamente, perguntar: será que falta aos gestores conhecimento sobre o NASF, ou seria uma forma desses gestores agirem contra as propostas do NASF?

CONSIDERAÇÕES

CAMPOS (1992) já observa um intenso debate sobre a necessidade de reformular a organização dos serviços de modo a atender as demandas da população no cenário brasileiro. Ele afirma que os modos como os serviços de saúde são organizados para atender às necessidades da população estão relacionados ao conceito de modelo de saúde.

O modelo adotado como principal estratégia para a APS, também identificada como ABS, no SUS, ao mesmo tempo que é potente e inovador, apresenta desafios e insuficiências, como, por exemplo, uma equipe de ESF ser a ordenadora do cuidado para uma população de referência, bem como as dificuldades do diálogo entre as equipes, gestão. É preciso criar espaços de diálogos entre sí. (QUIRINO, 2019).

Para isso é imprescindível compreender a integralidade como um dos princípios mais importantes para a produção do cuidado e fortalecimento da ABS.

Embora tenha sido registrado em 2016 um crescimento no número de NAFS no País, a implantação dessa política ainda se constitui um grande desafio. A proposta de trabalho fundada na corresponsabilização do cuidado e no planejamento coletivo de projetos terapêuticos contrasta com a realidade da maioria das equipes de ESF. (MARTINEZ, SILVA & SILVA, 2016).

Podemos perceber nas entrevistas alguns indícios dos assuntos que aqui apontamos. As incertezas da equipe, a fragilidade, a troca de gestor e as instabilidades cogitadas pelo MS.

Logo após o encerramento das entrevistas, no início da análise do material desta pesquisa, o MS por meio de uma nota técnica excluiu o NASF. O documento aponta que não será mais possível cadastrar novas equipes NASF no Brasil, o documento dá fim ao cadastro de novas equipes NASF e desobriga o gestor municipal e estadual de registrar esses profissionais no CNES. Sem isso não se comprova vinculação, nem carga-horária trabalhada.

Municípios com dificuldades orçamentárias vão acabar extinguindo essas equipes. É nítido que o que estamos observando é a extinção de um

modelo de saúde. Uma atitude para sucumbir o NASF. De certo, outro setor será prioridade, pois a partir do momento que não há investimento na Atenção Básica à Saúde, não se tem investimento em prevenção e promoção de saúde, passando a trabalhar apenas com o que for curativo, ou seja, número de consultas e remédio.

O projeto da Reforma Sanitária, o SUS, foi gerado na luta contra o autoritarismo e pela ampliação dos direitos sociais. (PAIM, 1992). O SUS é fruto da luta do movimento social, durante anos e atualmente com essa luta perdendo força, foram se abrindo espaços para “novos” rumos dessa conquista. Podemos dizer que a população conhece muito pouco o trabalho do NASF. Ficando sempre nas mãos da gestão a decisão maior pelo núcleo.

Em Sumaré, eu acho que as pessoas não conhecem o NASF, porque primeiro somos poucas, e também nunca atuamos de forma a dar visibilidade ao NASF no município. Nunca demos visibilidade ao NASF, algo na mídia... Sempre atuamos na retaguarda das equipes, não temos prédio com nome NASF. (N1)

O Sistema Único de Saúde é uma conquista, uma luta social, onde trabalhador, sociedade apontem as necessidades dos equipamentos para sua permanência e sobrevivência. Talvez o NASF não seja diferente.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É preciso reconhecer que o NASF tem dois “públicos-alvo”: as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família e os usuários em seu contexto de vida. Nessa relação, é fundamental que o NASF crie ferramentas de identificação e escuta das demandas das equipes, criando espaços para que possam dialogar sobre sua prática e também a partir da atenção direta aos usuários. Podemos afirmar que o NASF pode “cuidar” de forma integral do território, tendo um olhar para a equipe e também para os usuários do Sistema Único de Saúde.

Iniciamos a análise dos dados separando por conteúdo temático conforme o roteiro das entrevistas. Buscou-se fazer uma reflexão sobre o cenário atual em que a equipe estava vivenciando, a troca de gestores, a instabilidade e o que esse cenário traz para o cotidiano de trabalho da equipe estudada. Desde quando foi criado o NASF no município, não houve uma avaliação por parte da gestão para criar indicadores apontando o quanto a equipe é funcional, eficiente e resolutiva. Muitos dos trabalhos realizados não foram registrados, ou mensurados em dados.

Então, a cada troca de gestão há sempre um questionamento sobre o que a equipe faz, qual seu objetivo e na maioria das vezes, os gestores fazem a escolha de forma simplória e sem embasamento que seria melhor transformar ou utilizar a equipe para atendimentos individuais de especialidades. Podemos concluir assim como uma análise simplista.

Ao falar da Atenção Básica, temos muitas produções científicas sobre tal temática, dentre elas algumas que focam a questão do trabalho do NASF, e como vem se dando ao longo desses anos. Os estudos analisados no primeiro artigo sinalizam a necessidade de trazer para reflexão a temática. Com informações da rotina, implantação e como cada categoria profissional que atua no NASF vê o núcleo.

De acordo com a PNAB de 2017, o Ministério da Saúde define as ações do NASF da seguinte forma:

Deve estabelecer seu processo de trabalho a partir de problemas, demandas e necessidades de saúde de pessoas e grupos sociais em seus territórios, bem como a partir de dificuldades dos profissionais de todos os tipos de equipes que atuam na Atenção Básica em suas análises e manejos. Para tanto, faz-se necessário o compartilhamento de saberes, práticas intersetoriais e de gestão do cuidado em rede e a realização de educação permanente e gestão de coletivos nos territórios sob responsabilidade dessas equipes. (BRASIL,2017)

Ao se debruçar sobre o município estudado, podemos apontar que é uma equipe muito potente, realiza interconsulta, trabalhos de grupos, todas as práticas preconizadas pelo Ministério da Saúde, quando se descreve a função do NASF. Realço a necessidade de aprofundar mais a discussão sobre o objetivo na prática do NASF e como a gestão compreende esse núcleo. Talvez o maior limitador para que a equipe desenvolva seu potencial seja uma gestão pouco participativa e aberta.

Todos os esses caminhos reforçam a necessidade de trazer gestores, trabalhadores da Atenção Básica para uma reflexão, especialmente buscar compreender o significado da Atenção Básica em um contexto de prevenção, redução de gastos, onde para os gestores é um ponto importante.

Esse trabalho sinaliza muito mais pontos importantes para que novos estudos possam contribuir com investigações que sejam fortalecedoras com o desafio que vem pela frente, visto que a Nota Técnica n.3/2020 do Ministério da Saúde confirma a extinção do incentivo financeiro ao NASF e que não haverá mais equipes credenciadas, deixando incertezas sobre o futuro da equipe.

As equipes de certo modo sempre viveram essa instabilidade de existir ou não. O trabalho que o NASF realiza está além de ser mensurado, pois passa por uma análise muito mais do campo do subjetivo e qualitativo, do que quantitativo. Em cada relato tanto por parte das equipes de ESF, Gestoras e trabalhadoras do NASF há emoção ao detalhar e contar os casos, quantas famílias foram acolhidas, orientadas, quantas ações de prevenção, promoção de saúde. Palavras de incentivo para as equipes que estavam desmotivadas, o quanto essa equipe fortaleceu e fortalece a Atenção Básica desse município. Há uma história de luta e muitas conquistas por parte dessa equipe, buscando

a todo momento dizer o quanto esse trabalho é importante, o quanto elas podem contribuir e acrescentar às ESF em cada território.

Ainda há muito a ser explorado, o trabalho que a equipe NASF realiza é também algo muito pouco destacado. Cuidar da saúde do cuidador. Cuidar da saúde dos trabalhadores, ser um espaço de fala. Destacam-se ainda as ações de prevenção e promoção de saúde que precisam ser divulgadas, talvez dessa forma, possam vir respostas quando se questionam “o que essa equipe faz”.

Cabe refletir também sobre a gestão. Na maioria dos municípios do país, de acordo com o levantamento bibliográfico realizado de 2008 a 2018 citado no primeiro artigo, deixa exposto uma fragilidade do quanto uma gestão não técnica pode prejudicar o sistema de saúde e subestimando o trabalho dentro da Atenção Básica. E o quanto precisamos de gestores empáticos, abertos e dispostos a entender não apenas o que é o NASF, mas toda essa amplitude que é o Sistema Único de Saúde.

É visto que estamos inseridos em um sistema condicionado a um modelo muito forte da lógica de mercado: as instâncias maiores (poder executivo), com isso os programas e projetos estão sendo eleitores. Há questionamentos profissionais e pessoais quanto a criar programas que sejam fortes e não haja mudanças com uma troca de gestão, onde cada um faça valer aquilo que acredita. Talvez esse seja um grande desafio para o SUS.

Não se pode deixar de salientar o quanto a equipe do NASF pode contribuir para dinamizar e ampliar as ações dentro da Atenção Básica, facilitando, apoiando e articulando junto aos demais equipamentos de saúde.

Mediante tal afirmativa, podemos entender que a construção de pesquisas que levem reflexão e conhecimento sobre o trabalho do NASF tendem a fortalecer a implementação e a consolidação do trabalho realizado pela equipe e do apoio matricial, como principal ferramenta de trabalho, gerando benefícios para todos os trabalhadores do SUS em todo o território nacional e conseqüentemente proporcionando para a Atenção Básica uma qualificação melhor dos serviços ofertados à população assistida.

Poder observar a potência que é a equipe NASF e o envolvimento, a motivação de cada uma das integrantes, contribui ainda mais para acreditar que uma Atenção Básica bem estruturada pode acontecer, mediante tantas

dificuldades. É preciso seguir acreditando e construindo parcerias com outras áreas, talvez assim seja possível reverter o desmonte da Atenção Básica no Brasil.

4. REFERÊNCIAS

ACIOLE, G. G.; OLIVEIRA, D. K. S. **Percepções de usuários e profissionais da saúde da família sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Revista Saúde em debate, vol.41, n.115, Dezembro, 2017.

ARCE, V.A.R.; TEIXEIRA, C. F. **Práticas de saúde e modelo de atenção no âmbito do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Salvador (BA)**. Revista Saúde em Debate, volume 41, número 3, p.228-240, setembro, 2017.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.

BRAGHINI, C. C.; FERRETTI, F.; FERRAZ, L. **Atuação do fisioterapeuta no contexto dos núcleos de apoio à saúde da família**. Fisioterapia em movimento, vol.30, n.4, pp.703-713, Dezembro, 2017.

BRAGHINI, C. C.; FERRETTI, F.; FERRAZ, L. **Atuação do fisioterapeuta no NASF: percepção dos coordenadores e da equipe**. Revista Fisioterapia em movimento, vol.29, n.4, pp.767-776, 2016.

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

BRASIL, Ministério da Saúde - Pacto pela Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Volume 4, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.150, de 9 de junho de 2008**. Credencia municípios conforme quantitativo e modalidade definidos, para receber o incentivo financeiro aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família-Nasf. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 jun. 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Série A**.

Normas e manuais técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 27. Brasília (DF): MS; 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica: Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Brasília, DF: MS,2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 8.080.** Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

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

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CAMPOS, G.W.S. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde.** Ciência e Saúde coletiva 1999; 4(2):393-403.

CAMPOS, G.W.S. **Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS.** Saúde e Sociedade 2006; 15(2):23-33.

CARVALHO, D. B. de; ARAUJO, T. M. de; BERNARDES, K. O. **Transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Básica à Saúde.** Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, vol.41, e17, Dec. 12, 2016.

CARVALHO, M.N; GIL, C.R.R.; COSTA, E.M.O.D.; SAKAI, M.H.; LEITE, S.N.; **Necessidade e dinâmica da força de trabalho na Atenção Básica de Saúde no Brasil.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, volume 23, número1, Janeiro 2018.

CERVATO-MANCUSO, A.M.;TONACIO, L.V; SILVA, E.R; VIEIRA, V.L. **A atuação do Nutricionista na atenção básica à saúde em um grande centro urbano.** Departamento de Nutrição, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo,2012.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução 196/96. **Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

CORREIA, P.C; GOULART, P.M; FURTADO, J.P. **A avaliação dos núcleos de**

- apoio à saúde da família (NASF).** Revista Saúde e Debate, V.41, N. especial, P:245-359, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=1021.
- CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde.** Revista Saúde Soc., São Paulo, v.20, n. 4, p. 961-970, 2011.
- FARIA, C. D. C. de M.; ARAUJO, D. C.; CARVALHO-PINTO, B. P. de B. **Assistência do fisioterapeuta da atenção primária a indivíduos pós-acidente vascular cerebral.** Revista fisioterapia em movimento, volume.30, n.3, pp.527-536, 2017.
- FERNANDES, J. M.; RIOS, T. A.; SANCHES, V. S.; SANTOS, M. L. M. dos. **As ferramentas do NASF nas práticas em saúde de fisioterapeutas.** Revista Fisioterapia em movimento, vol.29, n.4, pp.741-750, 2016.
- GONCALVES, H. C. B.; QUEIROZ, M. R.; DELGADO, P. G. G. **Violência urbana e saúde mental: desafios de uma nova agenda?** Revista de Psicologia, vol.29, n.1, pp.17-23, 2017.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sumare/panorama>. Acesso em novembro, 2018.
- 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.** Caderno Saúde Pública, 33(9),2017
- KLEIN, A.P; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. **O “cabo de força” da assistência: Concepção e prática de psicólogos sobre o apoio matricial no núcleo de apoio à saúde da família.** Caderno de Saúde Pública, 33(1), 2017.
- MINAYO Inayo, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Rio de Janeiro,2002.
- NAKAMURA, C.A; LEITE. S,N. **A construção do processo de trabalho no**

Núcleo de Apoio à Saúde da Família: a experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 21(5):1565-1572,2016.

NOGUEIRA, I. S; BALDISSERA, V.D.A.; **Educação Permanente em Saúde na atenção ao idoso: dificuldades e facilidades do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Escola Ana Nery, volume 22, número2, Junho;2018

REIS,D.C;FLISCH, T.M.P; VIEIRA,M.H.F;SANTOS-JUNIOR,W.S. **Perfil de atendimento de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família na área de reabilitação, município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais.** Epidemiol. Ser. Saúde, Brasília, 21 (4):663-674, out-dez 2012.

SANTOS, R. A. B. de G.; UCHOA-FIGUEIREDO, L. R.; LIMA, L. C. **Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf.** Revista Saúde em debate, volume.41, n.114, pp.694-706, 2017.

SHIMIZU, H.E; FRAGELLI, T.B.O; **Competências profissionais essenciais para o trabalho no núcleo de apoio a saúde da família.** Revista Brasileira de Edu. Médica, Brasília,40(2):216-225, 2016.

SOUSA, D.de; OLIVEIRA,I.F.;COSTA, A.L.F.; **Entre o especialismo e o apoio: psicólogos no Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Revista Psicologia USP, volume 26, número 3, 2015.

SOUZA, M. O.; SANTOS, K. O. B. dos. **Atuação do fisioterapeuta no Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Fisioterapia em movimento, vol.30, número.2, p.237-246, abril, 2017.

SOUZA, T. T.; CALVO, M. C. M. **Resultados esperados dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: revisão de literatura.** Revista Saúde & Sociedade, vol.25, n.4, pp.976-987, 2016.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P. **Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio.** Ciência & Saúde Coletiva, vol.22, n.3, pp.941-951, 2017.

VELLOSO, A. F.; VARANDA, M. P. **Difusão de inovação e atores-chave na ESF.** Caderno de saúde coletiva, vol.25, n.1, pp.73-82. Mar, 2017.

VIANNA, A.L.A; DAL POZ, M.R; **Estudo sobre o processo de reforma em**

saúde no Brasil. RIO DE JANEIRO, RJ Abril; 1998.

FLORINDO, A. A.; *et al.* **Promoção da atividade física e da alimentação saudável e a saúde da família em municípios com academia da saúde.** Revista brasileira de educação física e esporte, vol.30, n.4, pp.913-924, 2016.

TESSER, C. D. **Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde.** Revista Interface, vol.21, n.62, pp.565-578, 2017.

MARTINEZ, J. F. N.; SILVA, M. S.; SILVA, A. M. **O Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Goiânia (GO): percepções dos profissionais e gestores.** Revista Saúde em debate, vol.40, n.110, pp.95-106, setembro, 2016.

MORETTI, P. G. de S.; FEDOSSE, E. **Núcleos de Apoio à Saúde da Família: impactos nas internações por causas sensíveis à atenção básica.** Revista Fisioterapia e Pesquisa, vol.23, n.3, pp.241-247, 2016.

REIS, M. L.; MEDEIROS, M.; PACHECO, L. R.; CAIXETA, C. C. **AVALIAÇÃO DO TRABALHO MULTIPROFISSIONAL DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF).** Revista de enfermagem, vol.25, n.1, 2016.

SANTOS, S. F.S.S. *et al.*, **Atuação do profissional de Educação Física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: um levantamento nacional.** Rev. bras. cineantropom. Desempenho humano. vol.17 no.6 Florianópolis Nov./Dec. 2015.

PATROCÍNIO, S.S.S.M.; MACHADO, C. V.; FAUSTO, M. C. R. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e implementação em municípios do Rio de Janeiro.** Revista Saúde em Debate, vol.39, número especial, p105-119, Rio de Janeiro, dezembro, 2015.

VOLPONI, P. R. R.; GARANHANI, M. L.; CARVALHO, B. G. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades como dispositivo de mudança na Atenção Básica em saúde.** Revista Saúde em debate, vol.39, número especial, pp.221-231, 2015.

BARROS, J. de O.; GONCALVES, R. M. de A.; KALTNER, R. P.; LANCMAN, S. **Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil.** Revista Ciência &saúde coletiva, vol.20, n.9, pp.2847-2856, 2015.

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, vol.17, n.4, pp.1241-1253, 2015.

GONÇALVES, R.M.de A. *et al.* **Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil.** Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, vol. 40, n.131, pp. 59-74, jun. 2015.

SQUARCINI, C. F. R.; JESUS, G. M. de; PETROSKI, E. L. **Ficha antropométrica nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e obstáculos.** Rev. bras. Cineantropometria & Desempenho Humano; vol.17, n.2, pp.248-255, 2015.

CELA, M.; OLIVEIRA, I.F. de; **O psicólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: articulação de saberes e ações.** Revista Estudos de Psicologia, vol. 20, n.1, pp. 31-39, mar.2015.

SANTANA, C.L.A.de; **A integração da Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família.** Revista Interface – Comunicação, Saúde & Educação, vol.18, n.51, pp.797-798, dez.2015.

SILVA, M. A. P. da; *et al.* **Atenção Básica em Alagoas: expansão da Estratégia Saúde da Família, do Nasf e do componente alimentação/nutrição.** Revista Saúde & Debate, vol.38, n.103, pp.720-732, 2014.

COSTA, J. P. *et al.* **Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços.** Revista Saúde & Debate, vol.38, n.103, pp.733-743, 2014.

GOMES, G. A. de O. *et al.* **Características de programas de atividade física na atenção básica de saúde do Brasil.** Caderno de Saúde Pública, vol.30, n.10, pp.2155-2168, 2014.

MOREIRA, T. das N. F.; MARTINS, C. L.; FEUERWERKER, L. C. M.;

SCHRAIBER, L. B. **A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família.** Revista Saúde & Sociedade, vol.23, n.3, pp.814-827, 2014.

FERRETTI, F.; LIMA, L.; ZUFFO, A. **Percepção dos profissionais do Programa Saúde da Família sobre a necessidade de inserção do**

fisioterapeuta na equipe. Revista Fisioterapia & Movimento, vol.27, n.3, pp.337-347, 2014.

HORI, A. A.; NASCIMENTO, A. de F. **O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, vol.19, n.8, pp.3561-3571, ago.2014.

PEIXOTO, M. do R. G. *et al.* **Insegurança alimentar na área de abrangência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Itumbiara, Goiás.** Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, vol.23, n.2, pp.327-336, jun. 2014.

MOLINI-AVEJONAS, D. R.; ABOBOREIRA, M. S.; COUTO, M. I. V.; SAMELLI, A. G. **Inserção e atuação da Fonoaudiologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.** CoDAS, vol.26, n.2, pp.148-154, abr.2014.

MOURA, R. H. de.; LUZIO, C. A. **O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes.** Revista Interface (Botucatu), vol.18, suppl.1, pp.957- 970, 2014.

ANDRADE, A. F. de; LIMA, M. M. de; MONTEIRO, N. P.; SILVA, V. de L. **Avaliação das ações da Fonoaudiologia no NASF da cidade do Recife.** Audiol. Commun. Res. vol.19, n.1, pp.52-60, mar.2014.

LEITE, D. F.; NASCIMENTO, D. D. G. do; OLIVEIRA, M. A. de C. **Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo.** Revista de Saúde Coletiva, vol.24, n.2, pp.507-525, 2014.

ANJOS, K. F. dos *et al.* **Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde.** Revista Saúde em Debate, vol.37, n.99, pp.672-680, dez. 2013.

LOCH, M. R.; RODRIGUES, C. G.; TEIXEIRA, D. de C. **E os homens? E os que moram longe? E os mais jovens? ...? Perfil dos usuários de programas de atividade física oferecidos pelas Unidades Básicas de Saúde de Londrina -PR.** Revista Brasileira de Ciência do Esporte, vol.35, n.4, pp.947-961, dez.2013.

LEITE, D. C.; ANDRADE, A. B.; BOSI, M. L. M. **A inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.** Revista de Saúde Coletiva, vol.23, n.4, pp.1167-1187, 2013.

FALCI, D. M.; BELISARIO, S. A. **A inserção do profissional de educação física na atenção primária à saúde e os desafios em sua formação.** Revista Interface (Botucatu), vol.17, n.47, pp.885-899, 2013.

LANCMAN, S.; GONÇALVES, R. M. de A.; CORDONEL, N. G.; BARROS, J. de O. **Estudo do trabalho e do trabalhador no Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Revista de Saúde Pública, vol.47 n.5, pp. 968-75, out. 2013.

SOUZA, F. L. D. *et al.* **Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: percepção do usuário.** Revista Saúde em Debate, vol.37, n.97, pp.233-240, jun. 2013.

SILVA, N. H. L. P. da; CARDOSO, C. L. **Contribuições da fenomenologia de Edith Stein para a atuação do psicólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).** Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental, vol.16, n.2, pp.246-259, jun. 2013.

ELLERY, A. E. L.; PONTES, R. J. S.; LOIOLA, F. A. **Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção.** Revista Saúde Coletiva, vol.23, n.2, pp.415-437, jun. 2013.

ARAUJO, E. M. D.; GALIMBERTTI, P. A. **A colaboração interprofissional na estratégia saúde da família.** Revista Psicologia & Sociedade, vol.25, n.2, pp.461-468, 2013.

COSTA, L. S. da *et al.* **A prática do fonoaudiólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios paraibanos.** CoDAS, vol.25, n.4, pp.381-387, 2013.

AZEVEDO, N.S.; KIND, L. **Psicologia nos núcleos de apoio à saúde da família em Belo Horizonte.** Revista Ciência & Profissão, vol.33, n.3, pp. 520-535, 2013.

OLIVEIRA, I.C.; ROCHA, R. M.; CUTOLO, L. R. A. **Algumas palavras sobre o nasf: relatando uma experiência acadêmica.** Revista Brasileira de Educação Médica, vol. 36, n. 4, pp. 574-580, dez. 2012.

SILVA, A. T. C. da *et al.* **Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil.** Caderno de Saúde Pública, vol.28, n.11, pp.2076-2084, nov. 2012.

FERNANDES, T. de L. *et al.* **Análise das atribuições dos fonoaudiólogos do NASF em municípios da região metropolitana do Recife.** Revista CEFAC, vol. 15, n.1, pp. 153-159, mai. 2012.

VANNUCCHI, A.M.C.; CARNEIRO JUNIOR, N. **Modelos tecnoassistenciais e atuação do psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde, Brasil.** Revista de Saúde Coletiva, vol. 22, n.3, pp. 963-982, 2012.

SANTEIRO, T. V. **Processos clínicos em Núcleos de Apoio à Saúde da Família / NASF: estágio supervisionado.** Revista Psicologia Ciência & Profissão, vol.32, n.4, pp.942-955, 2012.

SUNDFELD, A. C. **Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência.** Revista de Saúde Coletiva, vol.20, n.4, pp.1079-1097, dez. 2010.

BARBOSA, E. G.; FERREIRA, D. L. S. FURBINO, S. A. R. **Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG.** Revista Fisioterapia em Movimento, vol.23, n.2, pp.323-330, jun.

2010.

MOLINI-AVEJONAS, D.R.; MENDES, V. L. F.; AMATO, C. A. de la H.

Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, vol.15, n.3, pp. 465-474, 2010.

PAIM, J. S. **A Reforma Sanitária e a municipalização.** Revista Saúde & Sociedade, vol.1, n.2, pp.29-47, 1992

5. ANEXOS

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Resolução 466/2012 do CNS)

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar de uma pesquisa que tem como nome: “NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA – DISCUTINDO POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES” com o objetivo deste estudo compreender o significado e importância dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Sistema de Saúde de municípios do interior de São Paulo.

O (a) senhor (a) foi selecionado (a) por ser maior de 18 anos, gestor ou trabalhador ou equipe da Atenção Primária a Saúde. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar sua autorização. A sua recusa não trará nenhum prejuízo. Eu conversarei com o senhor para ter dados para o meu estudo, por meio de várias perguntas, desde o seu nome, idade e algumas sobre o NASF no seu município.

A coleta de dados será composta por um questionário contendo onze questões simples sobre o NASF. O tempo utilizado para coleta dos dados será de aproximadamente de quarenta minutos. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer momento do estudo. Quando for necessário dar algum exemplo, ainda assim sua privacidade será respeitada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos, mas sempre sem identificar o senhor (a).

As respostas para o preenchimento destes questionários, que eu mesma farei não oferece risco ao (a) senhor (a), mas se considerar que em algum momento se sente desconfortável, com a presença de sentimentos ou lembranças que não o agradam, ou ainda, levar o senhor a se cansar, o senhor

poderá solicitar imediatamente a suspensão desta.

O senhor (a) não terá nenhum gasto ou compensação financeira ao participar do estudo. Esta pesquisa poderá contribuir com a melhor compreensão do trabalho do NASF e sua atuação dentro da Atenção Primária a Saúde. O (a) senhor (a) receberá uma via deste documento que, chamamos de termo, rubricada em todas as páginas pelo senhor e por mim, que sou o pesquisador, onde consta o meu telefone e endereço. O senhor poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou em qualquer outro momento, basta fazer contato comigo.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - 16 São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028.

Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br e que também posso solicitar qualquer esclarecimento para eles. Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisador Responsável: _____

Contato telefônico: _____ e-mail: _____

Local _____ Data: _____

Nome do Pesquisador

Assinatura do Pesquisador

Nome do Participante

Assinatura do Participante

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

Projeto: NASF - Núcleo de apoio à saúde da família – discutindo potencialidades e fragilidades.

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Nome:

Idade:

Sexo:

Cargo/Ocupação:

Formação:

Tempo de trabalho no Município/NASF:

1. O que é o NASF, para você?
2. Há quanto tempo foi instalado o NASF no Município, como vem se desenvolvendo ao longo desses anos?
3. Conte-me como é o seu trabalho no NASF, fale um pouco da sua rotina.
4. No seu entendimento qual o papel do NASF dentro da Atenção Primária a Saúde?
5. Atualmente como vem se desenvolvendo o trabalho do NASF no município? Quais as facilidades? Quais as Dificuldades?
6. Como se dá a relação de trabalho do NASF com as equipes de Estratégias da Família?
7. E com os gestores municipais?
8. Conte-me uma estratégia em conjunta do NASF e das ESF?
9. Quais são as atividades realizadas em conjunto com a ESF e NASF? E as que são individualmente só do NASF?
10. O que é matriciamento a seu ver? E como você desenvolve?
11. Para você, o NASF ALCANÇA os objetivos a que foi destinado?
12. Conte-me uma experiência que você considera muito importante aqui no NASF que você tenha participado.