

**Trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na perspectiva de profissionais:
pressupostos e experiências desenvolvidas**

**Family Health Support Center on the professional's perspective: assumptions and
developed experiences**

**Trabajo del Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia en la perspectiva de profesionales:
presupuestos y experiencias desarrolladas**

Recebido: 02/10/2020 | Revisado: 10/10/2020 | Aceito: 16/10/2020 | Publicado: 18/10/2020

Maria Letícia de Melo Lima

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3159-1854>

Universidade Federal da Paraíba, Brasil

E-mail: marialeticiamelo@hotmail.com

Natália Paes Santana

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5395-798X>

Centro Universitário de João Pessoa, Brasil

E-mail: nataliapaess@hotmail.com

Eleazar Marinho de Freitas Lucena

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9851-1815>

Universidade Federal da Paraíba, Brasil

E-mail: eleazar_lucena@hotmail.com

Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5850-7176>

Universidade Federal da Paraíba, Brasil

E-mail: katiaribeiro.ufpb@gmail.com

João Agnaldo do Nascimento

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3138-2596>

Universidade Federal da Paraíba, Brasil

E-mail: joaoagh@gmail.com

Renata Newman Leite dos Santos Lucena

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9818-4412>

Universidade Federal da Paraíba, Brasil

E-mail: renatanewman@hotmail.com

Resumo

O estudo objetivou investigar o conhecimento dos profissionais acerca dos marcos legais que fundamentam o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), além de potencialidades e fragilidades nas experiências desenvolvidas no trabalho da Atenção Básica (AB). A pesquisa foi realizada com 29 profissionais do NASF de um município do litoral da Paraíba, Brasil. As entrevistas foram direcionadas por um roteiro semi-estruturado e sua transcrição foi submetida à Análise de Conteúdo. Os entrevistados demonstraram déficit quanto ao conhecimento e apropriação de saberes acerca dos documentos em questão e reconheceram os obstáculos presentes em suas práticas, destacando como fragilidades o trabalho em Redes de Atenção à Saúde (RAS) e a alta demanda nos serviços especializados. Apesar das dificuldades, ressaltaram a importância da equipe multiprofissional e ações interprofissionais, imprescindíveis à assistência ampliada, cuidado e consolidação da AB no âmbito do SUS.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Saúde da família; Relações interprofissionais.

Abstract

The study aimed to investigate the professional's knowledge on the legal boundaries that underlie the NASF, and the weaknesses and strengths developed in the Basic Care (AB). The research was conducted with 29 NASF's professionals in a city on the coast of Paraíba, Brazil. The interviews followed a half-structured script and its transcriptions were submitted to a Content Analysis. The interviewees showed a deficit regarding their knowledge and appropriation of knowledge about the documents under discussion and they acknowledged the existing obstacles in their technique, emphasizing as weaknesses the work in the Health Care Networks (RAS), as well as the high demand of specialized services. Despite de difficulties, they pointed out the importance of a multidisciplinary team and the inter-branch actions, extremely important to extended assistance, AB's care and consolidation in the SUS.

Keywords: Primary health care; Family health; Interprofessional relations.

Resumen

El estudio tuvo el objetivo de investigar el conocimiento de los profesionales acerca de los marcos legales que fundamentan el Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF), además de potencialidades y fragilidades en las experiencias desarrolladas en el trabajo de Atención Básica (AB). La investigación fue realizada con 29 profesionales del NASF de un municipio del litoral de Paraíba, Brasil. Las entrevistas fueron dirigidas por un guión semi estructurado y su transcripción fue sometida al Análisis de Contenido. Los entrevistados

presentaron déficit cuanto al conocimiento y apropiación de saberes acerca de los documentos em cuestión y reconocimiento de los obstáculos presentes em sus prácticas, destacando como fragilidades el trabajo em Redes de Atención a la Salud (RAS) y la alta demanda em los servicios especializados. Apesar de las dificultades, resaltaron la importância del equipo multiprofesional y acciones interprofesionales, imprescindible a la assistência ampliada, cuidado y consolidación em la AB em el ámbito del SUS.

Palabras clave: Atención primaria a la salud; Salud de la familia; Relaciones interprofesionales.

1. Introdução

A Atenção Básica (AB), encarada como a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), compreende um conjunto de ações de caráter individual e coletivo que engloba a promoção e proteção da saúde, além da prevenção de agravos e reabilitação, envolvendo durante esse processo uma conduta de forma integral, universal e equânime do usuário, a fim de obter melhores condições de saúde da coletividade (Brasil, 2012). Objetivando o fortalecimento da AB, o Ministério da Saúde criou, no ano de 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado como Estratégia Saúde da Família (ESF), tencionando potencializar os esforços já inseridos na AB, garantindo assim uma assistência mais eficaz. Hoje, a ESF é uma das principais tentativas de resolução dos problemas advindos do modelo biomédico e também de busca da implantação dos princípios do SUS (Fertonani, 2015).

Com a finalidade de aumentar a abrangência das ações da AB, no ano de 2008, foram instituídos os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF foi introduzido por meio da portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008 e implantado na perspectiva de apoiar a ESF e expandir o escopo de ações, além de tornar ativo o cuidado integral e fortalecer o trabalho em equipe, adotando uma série de atividades e condutas especializadas não incorporadas anteriormente (Brasil, 2014). Vale destacar que no ano de 2017, mediante a portaria nº 2436 que aprova a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o NASF passou a ser denominado como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), embora o presente estudo esteja sendo realizado na vigência da portaria anterior e a denominação do Núcleo neste trabalho esteja de acordo com a mesma. O Nasf-AB direciona-se a ser membro orgânico da AB, a fim de trabalhar

horizontalmente com os demais profissionais, assegurando desta forma a troca de saberes, práticas e gestão do cuidado (Brasil, 2017).

Considerando-se as diretrizes do NASF e as propostas de trabalho previstas para este Núcleo, torna-se imprescindível a presença da equipe multiprofissional e sua colaboração no contexto real da comunidade. O trabalho compartilhado tende a ser um dos caminhos em busca de uma melhor compreensão dos aspectos envolvidos no processo saúde-doença, bem como de um melhor desenvolvimento das práticas em saúde nos mais diversos campos de atuação interprofissional (Matuda, Pinto, Martins & Frazão, 2015).

A implementação do NASF no Brasil e no Nordeste vem se consolidando progressivamente de acordo com a adesão da política e a adaptação dos municípios. Segundo dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), com relação ao Nordeste, desde o ano de 2010, a região já despontava como líder em relação ao número de equipes NASF implantadas. Tal destaque pode ser atribuído aos investimentos realizados como estratégias para ações de saúde voltadas às populações mais carentes, bem como às políticas públicas direcionadas ao combate da miséria, a exemplo do Bolsa Família (Moretti & Fedosse, 2016).

Com relação à Paraíba, Malta et al. (2016) afirmaram que o Estado possui a segunda maior proporção dentre todos os estados do Brasil com relação a domicílios cadastrados em Unidades de Saúde da Família (USF), obtendo um percentual de 81% de cobertura. Silva et al. (2017) apontaram que o Estado apresenta uma boa posição quanto ao alcance da ESF, possuindo um valor acima de 90%. Além disso, a Paraíba se destaca por obter uma cobertura da AB de 93,3% e por possuir 273 equipes NASF, assumindo assim, nacionalmente, a quarta posição em números absolutos de equipes NASF.

Apesar de uma boa configuração do cenário da AB na Paraíba, onde as estatísticas relacionadas à cobertura da AB e número de equipes NASF se apresentam bastante elevadas, torna-se desafiadora a ampliação de tais números. Silva et al. (2017) observaram que, ainda que as Equipes NASF paraibanas apresentem boa articulação com as Equipes de AB, são notórias as fragilidades, principalmente no que diz respeito as ações correlatas ao apoio matricial, principal proposta do NASF. Dessa forma, sugere-se uma maior interação e planejamento conjunto entre essas equipes, focados na ótica do cuidado integral e em uma melhor assistência aos usuários.

Diante do exposto e tendo em vista a proposta do NASF no que concerne à promoção da integralidade do cuidado, torna-se de suma relevância a percepção e autocrítica dos profissionais envolvidos, para que assim seja suscitada neles a consciência de agentes ativos e fundamentais na atenção prestada à população. Além do mais, é evidente a importância do

debate acerca das questões potenciais e vulneráveis encontradas no trabalho desses profissionais, a fim de aumentar a resolutividade na AB. Em vista disso, levantam-se os seguintes questionamentos: qual a visão dos profissionais acerca do trabalho do NASF e quais os pontos positivos e negativos percebidos por eles no âmbito das práticas em saúde?

O presente estudo pretende contribuir para a ampliação do olhar profissional, voltado para a sua atuação e cooperação na construção de uma atenção integral, universal e equânime, potencializando a resolutividade na atenção básica à saúde. Nessa concepção, o objetivo do estudo é investigar o conhecimento dos profissionais acerca dos marcos legais que fundamentam o trabalho do NASF, além de potencialidades e fragilidades nas experiências desenvolvidas na atenção básica.

2. Metodologia

O estudo se caracteriza como exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. Para Lakatos e Marconi (2017), uma pesquisa exploratória possibilita ao pesquisador uma maior proximidade com o problema, a fim de torná-lo mais explícito e facilitar na construção de hipóteses. A pesquisa descritiva, por sua vez, procura descrever as características de uma população ou identificar relações entre variáveis. Também são pesquisas descritivas aquelas que estudam o nível de atendimento dos serviços públicos de saúde, segurança e direitos humanos, por exemplo (Gil, 2012).

A abordagem qualitativa parte do princípio da existência de um vínculo e uma relação dinâmica entre sujeito e objeto. Nesse tipo de abordagem, o pesquisador busca incorporar o significado social que os sujeitos conferem aos fatos e aos problemas em que vivenciam, assim, os dados são analisados em todo o seu contexto psicossocial (Lakatos & Marconi, 2017). Os autores afirmaram, ainda, que o estudo qualitativo se amplia a partir de uma situação natural, proporcionando riqueza de dados descritivos e focalizando na realidade de forma profunda e contextualizada. No caso desse estudo, tais dados e situações foram advindos de todo o contexto exploratório realizado.

A pesquisa foi realizada em um município do litoral da Paraíba no período que compreendeu os meses de Novembro e Dezembro de 2017. Tal município, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), possui um total de 8 Equipes de Saúde da Família (EqSF) e 3 equipes NASF, totalizando 34 profissionais do NASF. Como critério de inclusão, poderiam participar da pesquisa os profissionais que estivessem vinculados à AB do Município, sendo excluídos aqueles que não estivessem desenvolvendo

suas atividades no período da coleta de dados. Ao final, 2 profissionais não se encaixaram nos critérios de inclusão e 3 não aceitaram participar do estudo.

Antes de iniciar a coleta de dados, realizou-se contato com a gestão municipal de saúde, a fim de se expor os objetivos e solicitar a participação dos profissionais do NASF, mediante a assinatura da Carta de Anuência. A coleta de dados foi efetuada no local de trabalho dos profissionais por meio de um roteiro de entrevista semi-estruturado contendo indagações relacionadas ao trabalho cotidiano dos entrevistados no NASF. Tal roteiro compreendeu primeiramente a caracterização do sujeito, seguido de questões voltadas aos marcos legais que fundamentam o trabalho do NASF, à rotina e atividades desenvolvidas, e às dificuldades e potencialidades percebidas pelos mesmos. As entrevistas foram gravadas por meio de um gravador de áudio *Sony*®, posteriormente foram integralmente transcritas e, logo após, analisadas mediante Análise de Conteúdo.

De acordo com Laurence Bardin, figura precursora de tal método, esse tipo de análise é definida como uma técnica de investigação de informações colhidas, intencionando a obtenção de indicadores que viabilizem a conclusão de conhecimentos relacionados às condições de produção e recepção dessas mensagens. O objetivo é obter uma compreensão acerca do sentido das comunicações, para isso, tal análise propõe uma postura de vigilância crítica sobre os dados, para que se observem significações explícitas ou implícitas contidas nos elementos (Mendes & Miskulin, 2017).

De acordo com Bardin (2011), os critérios de organização de uma análise são categorizados em 3 partes: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (inferência e interpretação). A primeira consiste no arranjo do material, denominado *corpus* da pesquisa. Nela, acontece a leitura flutuante, onde são elaborados os objetivos e teorias relacionadas ao estudo. O segundo passo, a exploração, é determinada como a codificação dos dados, os mesmos são separados sistematicamente e associados em unidades. Por fim, o tratamento dos resultados abarca a codificação dos dados e as conclusões obtidas por meio de todo o processo. Bardin defende ainda a utilização de tecnologias facilitadoras no processo de análise, a exemplo de *softwares*. Nesta pesquisa, foi utilizado o programa de computador *Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte* (ALCESTE), versão 2015.

Quanto aos aspectos éticos, foi garantida a preservação do anonimato aos participantes, bem como o direito de desistência a qualquer momento, sem ônus ou prejuízo de qualquer natureza. Aos que aceitaram participar da pesquisa foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando os critérios éticos de pesquisa com

seres humanos, como orienta a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS (CAAE: 67265917.4.0000.5188).

3. Resultados e Discussão

Os dados relacionados à caracterização dos profissionais participantes do estudo são demonstrados na Tabela 1 a seguir:

Tabela 1 – Características gerais dos Profissionais do NASF.

	<i>N</i>	<i>%</i>
Sexo		
	<i>Feminino</i>	20 69,0
	<i>Masculino</i>	9 31,0
Faixa etária		
	<i>20 a 29 anos</i>	5 17,2
	<i>30 a 39 anos</i>	13 44,8
	<i>40 a 49 anos</i>	5 17,2
	<i>50 anos ou mais</i>	6 20,7
Categoria profissional		
	<i>Fisioterapeuta</i>	13 44,8
	<i>Fonoaudiólogo</i>	3 10,3
	<i>Médico homeopata</i>	1 3,4
	<i>Psicólogo</i>	3 10,3
	<i>Assistente social</i>	3 10,3
	<i>Educador físico</i>	3 10,3
	<i>Médico ginecologista</i>	2 6,9
	<i>Médico pediatra</i>	1 3,4
Especialização		
	<i>Sem especialização</i>	4 13,8
	<i>Saúde pública/ Saúde coletiva/Saúde da família/NASF</i>	11 37,9
	<i>Especialidade em saúde</i>	14 48,3
Curso ofertado pela Gestão Municipal		
	<i>Saúde da família/NASF</i>	9 31,0
	<i>Especialidade em saúde</i>	2 6,9
	<i>Não participou</i>	13 44,8
	<i>Não informou</i>	5 17,2
Tempo de atuação no NASF		
	<i>0 a 6 meses</i>	5 17,2
	<i>7 a 12 meses</i>	8 27,6
	<i>13 a 18 meses</i>	2 6,9
	<i>19 a 36 meses</i>	2 6,9
	<i>37 a 48 meses</i>	8 27,6
	<i>Mais de 48 meses</i>	4 13,8
Carga horária semanal		

	<i>20 horas</i>	12	41,4
	<i>30 horas</i>	8	27,6
	<i>40 horas</i>	8	27,6
	<i>Não informou</i>	1	3,4
Número de equipes NASF vinculados			
	<i>Até 3 equipes</i>	17	58,7
	<i>4 a 6 equipes</i>	9	31,0
	<i>7 ou mais equipes</i>	3	10,3
Total		29	100

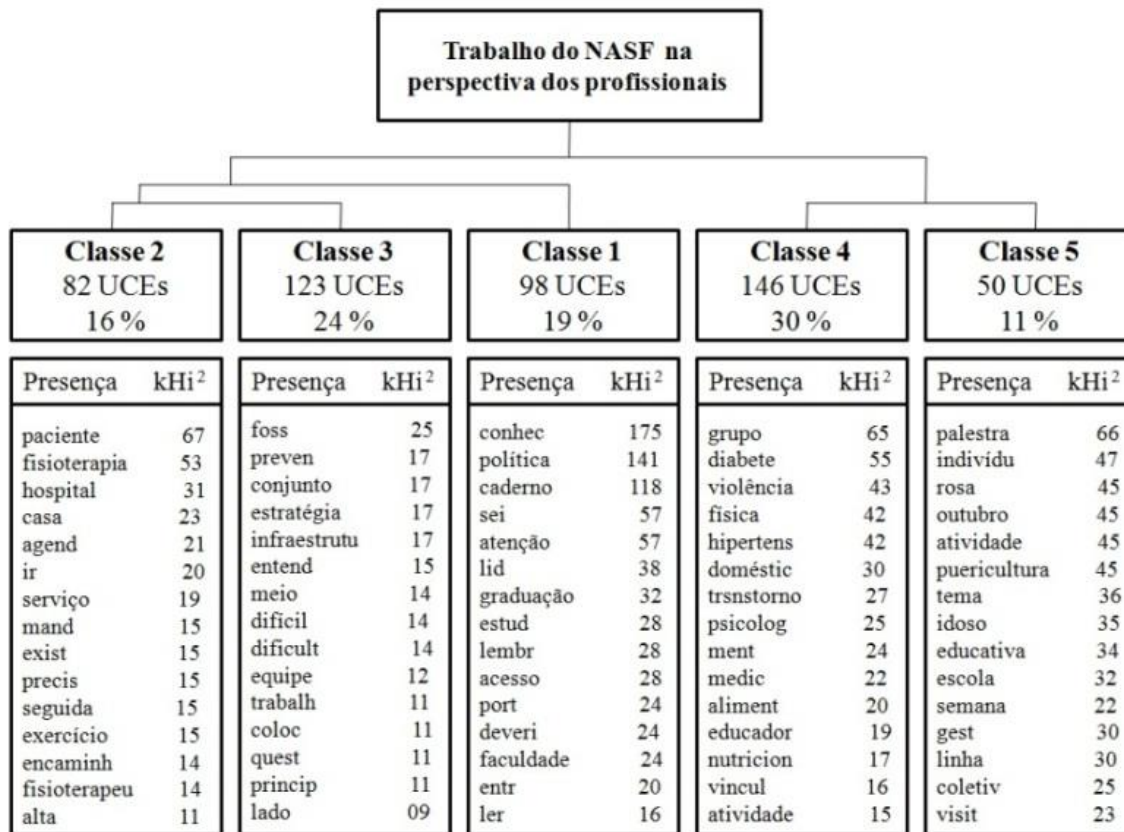
Fonte: Autores.

Assim como demonstrado acima, a população do estudo é composta por 29 profissionais do NASF do referido município (N = 29), destes, 20 do sexo feminino (69%) e 9 do sexo masculino (31%). A faixa etária mais prevalente é a de 30 a 39 anos (44,8%) e a composição da equipe inclui, em sua maioria, Fisioterapeutas (44,8%), seguidos de Psicólogos, Fonoaudiólogos, Assistentes sociais e Educadores físicos (10,3% em cada classe), Médico ginecologista (6,9%), Médico pediatra e Médico Homeopata (3,4% em cada classe). A maioria dos profissionais (48,3%) possui especialização em saúde, 11 deles (37,9%) em Saúde coletiva/Saúde pública/Saúde da família/NASF, parte destes profissionais (31%) haviam participado de cursos promovidos pela gestão municipal. O tempo de atuação profissional prevalente é de 7 a 12 meses e 37 a 48 meses (27,6% cada categoria) e a carga horária exercida mais frequente é de 20 horas (41,4%). A maior parte dos profissionais está vinculada a até 3 EqSF (58,7%).

Os dados submetidos à análise do ALCESTE apontaram 678 Unidades de Contexto Elementar (UCE's), destas, 499 analisadas. Durante a análise, foi aproveitado 74% do *corpus* final, o que corresponde a um valor estatisticamente relevante com dados homogêneos, como descreve Melo et al. (2016). O produto final resultou em cinco classes, a saber: Classe 1 – Conhecimento dos marcos legais; Classe 2 – Fragilidades do trabalho do NASF; Classe 3 – Potencialidades do trabalho do NASF; Classe 4 – Ações realizadas pelo NASF; Classe 5 – Trabalho do NASF nas perspectivas clínico-assistenciais e técnico-pedagógicas. O *corpus* foi identificado como Trabalho do NASF na perspectiva dos profissionais.

Dentre os variados tipos de análise, foram utilizados a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e o dendograma de classes, ilustrados desta forma na Figura 1 abaixo:

Figura 1 – Dendograma obtido por meio da Classificação Hierárquica Descendente.



Fonte: Autores.

Segundo Camargo e Justo (2013), a CHD possibilita a investigação dos segmentos textuais com vocabulário semelhante entre si e diferente de outros fragmentos. A partir disto, calcula distâncias e afinidades por meio de testes qui-quadrado (kHi^2). Com esses processos, o ALCESTE dispõe as palavras em um dendograma a partir de um agrupamento dos termos, onde as mais representativas são aquelas que apresentaram um maior valor de qui-quadrado, assim como exposto no dendograma.

Classe 1 – Conhecimento dos marcos legais que fundamentam o trabalho do NASF

Aborda o conhecimento dos entrevistados acerca dos marcos legais que orientam o trabalho no NASF (PNAB e Caderno de Atenção Básica nº 39). Discute, também, o envolvimento da gestão na apresentação dessa documentação.

Não, não sei falar da política (PNAB). Na verdade eu nunca me interessei em Atenção Básica, sabe aquela disciplina chata que você vê na faculdade, que tipo assim, quando

you study in graduation, my God, Basic Attention is uó, it is the bicho, what is that? (026; Fisioterapeuta; 11 meses de atuação no NASF).

I did the faculty, then I took the exam and then I came here. I heard about politics. I don't talk about politics. I also heard about Caderno 39, but I never accessed, I know that access is easy, on the internet there are these things, in fact, I never interested in looking deeper (001; Fisioterapeuta; 3 anos de atuação no NASF).

This search (for knowledge of public policies) is what facilitates my adaptation here in the system. Yes, I know the politics, I haven't read the new one, I confess. She says that access and welcome is the door of entry for the system, mainly the primary attention to health (005; Fonoaudiólogo; 8 meses de atuação no NASF).

I know Caderno 39, but I haven't read it recently. I'm also studying for the exam, I know those SUS tests? I had to see. Ah, there's a lot of things that orient my work, because he talks about here, right? (008; Fisioterapeuta; 3 anos de atuação no NASF).

A maioria dos profissionais entrevistados relataram não ter conhecimento acerca da PNAB e do Caderno de Atenção Básica nº 39, nota-se, desta forma, falta de apropriação com relação à base legal do NASF. A partir de outras falas é possível constatar que, embora os profissionais saibam da existência desses documentos e que são de domínio público, não há disposição individual para se aprofundar nos mesmos. Por outro lado, o profissional que se apropria do conhecimento destaca a contribuição para orientar sua atuação. Tal profissional tende a possuir uma maior sensibilidade frente às situações que requerem algum tipo de intervenção, maior dinamismo na organização de agendas e planejamento de ações e uma maior capacidade de solucionar problemas e enfrentar desafios na AB com maior respaldo.

Tomando como referência a importância da produção de políticas de proteção social e seu papel no fortalecimento e consolidação da saúde, Vasconcelos, Silva e Rotta (2015) expuseram que as políticas públicas de saúde compreendem um produto de respostas sociais validadas pelo Estado diante das situações de saúde populacional, sejam elas individuais ou coletivas. Logo, as políticas configuram-se a partir da participação de diferentes atores, quer seja em sua construção ou execução, buscando ações que compreendam uma visão social ao processo saúde-doença e que abram caminho à integralidade das atuações coletivas no âmbito da saúde. Observa-se a importância da apropriação de conhecimentos por parte dos profissionais, para que sejam priorizadas as estratégias de reorientação dos serviços de saúde, bem como o desenvolvimento dos sujeitos envolvidos em tais processos, sejam eles os próprios profissionais ou a comunidade.

No que diz respeito a esse domínio, sabe-se que, além de ser competência da gestão possibilitar esse conhecimento, é esclarecido que o processo de formação durante a graduação torna-se imprescindível na relação de familiaridade dos profissionais com essa temática. Diante do contexto, surgem os seguintes questionamentos: até onde a formação na graduação aborda e explora os conteúdos referentes ao trabalho do profissional da AB? Até que ponto esse aprendizado acompanha o profissional na sua prática diária? Em seu estudo, Rangel et al. (2017) relataram que a formação constitui um dos mais importantes meios de transformação, principalmente na área da saúde. As mudanças no modelo de cuidado começaram a acontecer a partir da criação do SUS, deixando de ser uma visão preferencialmente biológica e passando a ser de caráter multidimensional.

Sendo assim, as orientações educacionais na graduação devem ser introduzidas a partir de metodologias de ensino-aprendizagem que englobem o conhecimento em seus diversos cenários de aprendizagem e que mobilizem o sujeito diante da realidade, por isso a importância da integração ensino-serviço de saúde é recomendada às instituições formadoras, o que reflete em profissionais dotados de maior direcionamento em suas práticas (Codato, Garanhan & Gonzalez, 2017). Em sua pesquisa, Rangel et al. (2017) também destacaram que existe uma necessidade de que os discentes, futuros profissionais, tenham consciência dos motivos pelos quais estão se formando, para que a partir daí entendam seu papel como agentes de saúde transformadores frente à sociedade. O saber deve ser construído para além das salas de aula, possibilitando aos discentes e docentes uma relação mútua de aprendizado, além disso, as informações devem ser direcionadas a fim de proporcionar o desenvolvimento da autonomia no processo de formação e construção de conhecimentos.

Posto isto, entende-se que a base de conhecimentos adquiridos durante a graduação deve acompanhar o profissional, quer seja na AB ou em qualquer área de atuação, servindo como norteadora ao trabalho, para que as práticas em saúde sejam abordadas de maneira a atender a população efetivamente.

Nas falas, nota-se deficiência com relação à capacitação profissional, os entrevistados relataram dispersão por parte da gestão municipal e falta de direcionamento, o que reflete em fragilidades na prática profissional.

Olha, agora mesmo não, não sei falar da política. Não, ainda não conheço o Caderno 39. Eu acho assim, como a gente não fez nenhuma capacitação ainda, por isso que eu não tive acesso ainda a esse conhecimento, ao Caderno (029; Médico; 5 anos de atuação no NASF).

Não conheço o caderno 39. Não sei o que fez com que eu não tenha tido acesso, acho que lá o pessoal é muito disperso também (a gestão), eles não se interessam tanto em capacitar, tem uma deficiência muito grande nisso (018; Fisioterapeuta; 3 anos de atuação no NASF).

A porta de entrada é aqui. Não conheço o caderno 39. Eu acho assim, quando os profissionais são contratados, geralmente eles passam por algum curso para se inserir dentro da Atenção Básica, mas no meu caso eu tenho nove anos aqui, tenho o livro do NASF, mas não tive contato assim (027; Educador físico; 9 anos de atuação no NASF).

Como descrito anteriormente, é papel da gestão oferecer subsídios para que as ações em saúde sejam baseadas nas diretrizes recomendadas ao trabalho no SUS. Segundo Sulti, Lima, Freitas, Feslky e Galavote (2015), é dever da gestão a supervisão e cobrança do efetivamento das políticas e desenvolvimento das práticas no âmbito da saúde, como também a capacitação dos profissionais, para que os mesmos estejam inseridos de forma ativa em seu local de trabalho. Sendo assim, a gestão assume um papel estratégico, a fim de consolidar as políticas do SUS e reestruturar os processos de trabalho dos profissionais de saúde. Cabe ressaltar que, embora o SUS seja constituído mediante arcabouço legal, são os sujeitos agregados a ele que regem a instituição e suas demandas, configurando uma responsabilidade conjunta e uma via de mão dupla acerca dos caminhos a serem construídos e trilhados nas práticas em saúde.

De acordo com a PNAB (Brasil, 2012), a gestão ainda é responsável pela qualificação, valorização e educação permanente da força de trabalho das equipes de AB. Tais gestores são orientados mediante diretrizes previstas pelo Ministério da Saúde e instâncias superiores, a exemplo das Secretarias Estaduais de Saúde e Comissão Intergestores Bipartite. Esses órgãos devem garantir a qualificação da gestão municipal através de formações e ações voltadas ao pressuposto do gerenciamento, buscando assim o desenvolvimento da gestão, dos profissionais das equipes de AB e a continuidade do vínculo, do cuidado e das responsabilidades sanitárias em meio às variadas situações epidemiológicas.

Classe 2 – Fragilidades do trabalho do NASF

O conteúdo dessa classe expõe as fragilidades percebidas pelos profissionais diante da realidade cotidiana do seu trabalho. Dentre tais fragilidades, destacam-se a grande demanda de usuários e a sobrecarga no serviço de saúde especializado, no caso do município em questão, o Centro Especializado em Fisioterapia.

A gente tem algumas dificuldades, tem uma dificuldade, por exemplo, em relação ao trabalho propriamente dito, me falta o termo agora, por exemplo, existe uma demanda muito grande aqui de pacientes domiciliares (022; Fisioterapeuta; 13 anos de atuação no NASF).

De início era complicado porque também o paciente tinha a interpretação, ele achava que eu chegava com dez aparelhos nas costas, de ultrassom, de laser, isso pra atendê-lo em casa, toda uma estrutura e não compreendia muito bem (022; Fisioterapeuta; 13 anos de atuação no NASF).

Por meio dos discursos foi possível identificar as expectativas do usuário frente ao trabalho dos profissionais do NASF, expectativas essas que estão centradas no tratamento de forma assistencial. O trabalho da maioria dos profissionais do NASF ainda é estigmatizado pela perspectiva predominante da reabilitação, o que acaba interferindo no trabalho conjunto da equipe, entrando em contradição com a proposta do apoio matricial e ações de promoção e prevenção da saúde propostas pela política do NASF, o que configura uma dificuldade e um desafio frente à comunidade. Tais achados corroboram com o estudo de Bispo Júnior e Moreira (2018), no qual são percebidas as mesmas fragilidades, neste, a expectativa da população também é por um trabalho voltado à cura e reabilitação das enfermidades e não a visão do NASF como apoiador da ESF.

A gente do NASF, a gente consegue resolver, mas só que tem coisas que não dá pra a gente resolver, né. Eu acho o seguinte, eu como fisioterapeuta, eu encaminho muito paciente para o Centro Especializado em Fisioterapia quando eu vejo que o paciente precisa, só que quando o paciente chega no Centro Especializado em Fisioterapia existe uma lista de espera gigante (026; Fisioterapeuta; 11 meses de atuação no NASF).

Uma melhora do fluxo, porque pelo menos na minha parte, tem muita coisa que a gente não resolve aqui, por exemplo, cirurgia ginecológica, uma gestante de risco eu não tenho pra onde mandar, eu preciso ter essa referência (016; Médico; 5 anos de atuação no NASF).

Nota-se a dificuldade dos profissionais com relação à referência aos serviços especializados, observa-se ainda um déficit de conexão entre os três níveis de atenção à saúde, o que dificulta o trabalho do profissional do NASF e a resolutividade na AB. O trabalho em Redes de Atenção à Saúde (RAS) é uma fragilidade percebida em muitas realidades, o que também é notado por Bispo Júnior e Moreira (2018). Como resposta a essa deficiência, surgem os mecanismos horizontalizados de referência e contrarreferência, estes têm como

objetivo a diminuição da congestão dos serviços especializados, trazendo o desenvolvimento e partilha de saberes, assim como propõe o apoio matricial e uma atenção ampliada à saúde.

Como soluções aos problemas mais pertinentes, os entrevistados apresentaram como sugestões as ações de promoção por meio de escutas e orientações. Com elas, faz-se possível a condução dos usuários às melhores intervenções, podendo evitar encaminhamentos desnecessários e alta demanda para a atenção especializada.

Eu aqui muitas vezes em uma escuta eu consigo dar um andamento, uma orientação, uma escuta qualificada e não precisa encaminhar pra policlínica, pra um atendimento psicológico lá, porque é uma coisa pontual (010; Psicólogo; 4 anos de atuação no NASF).

A gente faz orientações pra aquelas pessoas que precisam de fisioterapia, quando o caso não é também só orientação a gente encaminha também pra reabilitação, que a gente não faz a reabilitação, faz mais a parte de prevenção (008; Fisioterapeuta; 3 anos de atuação no NASF).

Esses atendimentos passam pelo médico pra serem encaminhados para o fisioterapeuta e aí na minha avaliação, é uma consulta, né? Eu vou ver se eu vou encaminhá-lo pra algum serviço, serviço secundário, outro serviço de referência ou se eu realizo apenas orientação (012; Fisioterapeuta; 4 anos de atuação no NASF).

É de responsabilidade das equipes de AB possibilitarem o acesso, o acolhimento e o atendimento às necessidades da população inclusa na área de abrangência do serviço, assim como o NASF. Tal equipe deve realizar acompanhamentos de forma longitudinal por meio de ações que promoção, prevenção, reabilitação e redução de danos, coordenando assim as RAS e ampliando o escopo de ações, como orienta o Caderno de Atenção Básica nº 39 (Brasil, 2014). Foi percebido que os entrevistados em questão apontaram tais atuações como forma de manter a continuidade do serviço e a oferta de cuidado aos usuários.

Para Norman e Tesser (2015), as ações preventivas devem ser incorporadas de maneira rigorosa, visto que quando é transmitida a perspectiva de risco ao paciente, o mesmo é submetido a um reconhecimento da realidade e tende, a partir de então, a lidar com a noção de dor, adoecimento e medo. A promoção da saúde e o cuidado associam-se de forma a concentrar-se em uma clínica voltada ao sujeito, sua família e sociedade. Essa integração é vista como um suporte essencial na ESF e se faz necessário que seja posta em prática, assim como percebido na presente pesquisa.

Classe 3 – Potencialidades do trabalho do NASF

Elenca as potencialidades do trabalho do NASF, os principais pontos norteadores para que os profissionais desempenhem esse trabalho, a importância da equipe multiprofissional e da cooperação interprofissional, retratando o NASF, internamente, e juntamente com a equipe da USF.

Então, acho que primeiro, mobilizar a equipe né, para fazer um trabalho em conjunto e aí esse trabalho iria entrar as informações acerca da saúde né, da prevenção da saúde e do tratamento, já que as pessoas já foram diagnosticadas (002; Psicólogo; 9 meses de atuação no NASF).

Primeiramente é a equipe, a equipe a qual você está inserido orienta muito o seu trabalho. Já passei por algumas unidades durante esses três anos e eu digo que já fui do extremo ao mais perfeito (025; Fisioterapeuta; 3 anos de atuação no NASF).

Observa-se que o trabalho vai além da execução individual de cada profissional. É preciso um olhar atento e amplo, visando sempre a colaboração da equipe, para que assim a integralidade seja abarcada. Para mais, o apoio dos materiais norteadores do NASF, a exemplo do Caderno de Atenção Básica nº 39 faz-se imprescindível à prática e aos frutos produzidos por ela.

Nessa concepção, tendo em vista a integração do NASF com a EqSF, o estudo de Santana, Azevedo, Reichert, Medeiros e Soares (2015), também executado no município alvo desta pesquisa, obteve resultados que se assemelham aos encontrados nesta. Nele foi possível perceber que as equipes do NASF operam de maneira conjunta à EqSF, mesmo que ainda precisem reajustar essa integração. Para esse progresso, os participantes ressaltaram a importância de uma melhor interação com a USF, discussão de casos clínicos e condutas compartilhadas, o que também foi descrito pelos profissionais do NASF entrevistados nesta pesquisa e destacado em suas narrativas.

De acordo com o próprio Caderno de Atenção Básica nº 39, é tarefa da equipe NASF a associação das práticas com as diversas políticas sociais, bem como a atenção humanizada, ações em conjunto com a USF e comunidade, elaboração e discussão de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), dentre outros. Esses elementos buscam contribuir para o fortalecimento da ESF e da AB como um todo, obedecendo e consolidando a integralidade do cuidado, princípio doutrinário do SUS (Brasil, 2014).

Os profissionais apontaram os pontos positivos, a exemplo da disposição variada de profissionais na AB e da possibilidade do trabalho em equipe, o que dá poder para a prática de inúmeras condutas, mesclando conhecimentos, técnicas e visões inerentes a cada profissão.

Uma delas (potencialidades) é poder ajudar as pessoas que necessitam de tratamento e não tem, que não tem plano de saúde e é isso (013; Fonoaudióloga; 2 meses de atuação no NASF).

Acho que a potencialidade pra mim é a questão da prevenção e a promoção, né? A gente tem uma habilidade e opções de trabalhar junto com grupos, junto com a população e não apenas na nossa área especializada, vendo a saúde como todo, né? (012; Fisioterapeuta; 4 anos de atuação no NASF).

A potencialidade é que você pode fazer o matriciamento dentro da comunidade onde o PSF tá, sem haver a necessidade do deslocamento daquele profissional, que é o grande estrangulamento das questões de fila do atendimento, exemplo (010; Psicólogo; 4 anos de atuação no NASF).

Eu acho que uma das potencialidades do NASF, eu tenho um fisioterapeuta que pode junto comigo, dizer: João, isso aqui eu vou tratar dessa forma e tu continua o trabalho da forma mais adequada, eu trato e tu continua teu trabalho e a gente não para (009; Educador Físico; 6 meses de atuação no NASF).

De acordo com as falas destacadas nesta classe, os profissionais atestaram que reconhecem a relevância da colaboração interprofissional e consequente trabalho conjunto e contínuo. Em seu estudo, Leite e Arruda (2015) também verificaram a percepção dos profissionais da AB, porém, o público-alvo foram os profissionais da ESF e sua visão acerca da atuação do NASF. Eles notaram que com a inserção do NASF obteve-se maior segurança, por lançar mão de uma vasta equipe com variadas especialidades, além disso, elencaram a prevenção como ponto forte e uma resolutividade maior dos casos no território, mas não deixam de lado algumas fragilidades, também evidenciadas nesta pesquisa, a exemplo da falta de apoio e incentivo por parte da gestão.

O trabalho em equipe, evidenciado na AB, proporciona maiores possibilidades e melhores impactos no que se refere à assistência a saúde. Em seu estudo, Farias, Ribeiro, Anjos e Brito (2018) constataram, por meio das falas e vivências dos próprios profissionais, neste caso, profissionais da ESF, que o fato de discutir as intervenções, realizar o planejamento de atividades e acompanhar de perto os casos dos usuários, por exemplo, permitia a troca de conhecimentos dos profissionais, contribuindo para a vivência da interprofissionalidade. A prática colaborativa propõe a integralidade à saúde, exigindo ainda disposição dos sujeitos envolvidos e articulação de ações que visem estimular a participação

da comunidade, bem como a ampliação do acolhimento e atividades coletivas. Tal estratégia permite aos profissionais atingirem esferas profundas e importantes das relações profissionais, pessoais e do cuidado, pondo em foco todos os aspectos do usuário.

Com relação ao atendimento e às ações de promoção e prevenção proporcionadas pela equipe, é orientada a realização de intervenções que objetivem assegurar a integralidade do cuidado, envolvendo seus inúmeros aspectos. As demandas, programadas ou espontâneas, devem ser articuladas de acordo com as necessidades da população e realidade da equipe. Tal organização propõe uma mudança no modelo de cuidado, deixando de centrar-se na técnica e voltando-se ao usuário, fato este destacado pelas falas aqui presentes (Brasil, 2012). Além disso, o matriciamento é evidenciado, configurando-se como um importante potencializador na relação dos profissionais com a comunidade. O estudo realizado por Fittipaldi, Romano e Barros (2015) também evidenciou essa questão, nele, os entrevistados destacaram o apoio matricial como um caminho à resolutividade dos problemas da AB, sempre pautado na importância da corresponsabilidade do cuidado ofertado à população.

Classe 4 – Ações realizadas pelo NASF

A referida classe direciona o foco para as ações realizadas pelos profissionais do NASF, diante disso, expõe as possibilidades de intervenção frente a uma situação problema apresentada durante a entrevista. As respostas englobaram os grupos operativos, educação em saúde e trabalho em equipe, as falas retrataram ainda a importância da família no processo saúde-doença e de todos os determinantes sociais relacionados.

Por exemplo, nos diabéticos e hipertensos eu convido eles sempre pra minhas atividades físicas, então tô sempre botando eles pra isso. Eu trabalho muito vinculada à nutricionista, eu sempre peço uma fala dela, uma ajuda dela, uma parte educacional pra essa população, entendeu? (006; Fisioterapeuta; 10 meses de atuação no NASF).

Porque o hipertenso vai ser sempre hipertenso, né isso? E geralmente são pessoas mais nervosas que não tem os cuidados com a alimentação, então eu sozinha não faço, eu contribuo na medida do possível, dentro dos grupos com eles e individualmente, inclusive sendo o caso, nós vamos pras famílias pedir ajuda (004; Assistente Social; 3 anos e 4 meses de atuação no NASF).

A psicóloga aqui tem um grupo que ela reúne pacientes que tomam remédios controlados, esses pacientes falam muito bem desse grupo porque eles interagem muito, conversam muito, eu acho grupo muito importante, sabe (026; Fisioterapeuta; 11 meses de atuação no NASF).

Procurar também ensinar essas mulheres, fazer alguns tipos de oficinas pra que elas possam também aprender, ter algumas habilidades, ter uma independência financeira também, né? Que é uma forma de quebrar um pouco o vínculo com a violência, tentar organizar os grupos, né? (012; Fisioterapeuta; 4 anos de atuação no NASF).

Abrange um número maior de pessoas (grupo operativo) e com isso já vai eliminando aquela necessidade de fazer atendimento singular. Na verdade, só não a violência doméstica, mas os outros três (diabetes, hipertensão e transtornos mentais), a gente poderia fazer um grupo, separado, claro, e com isso já poderia tá diminuindo (014, Fisioterapeuta; 5 meses de atuação no NASF).

Os grupos operativos são destacados nas falas dos entrevistados, bem como seus benefícios quanto à otimização da demanda, estimulação da autonomia do sujeito e atendimentos compartilhados, o que reflete em resultados positivos e avanços no trabalho do NASF. Tais achados entram consonância com o que Menezes e Avelino (2016) observaram, os grupos funcionam na perspectiva de um conceito de saúde mais ampliado, visto que a saúde não é considerada apenas a ausência de doença e sim um completo bem estar físico, mental, social e espiritual. Nesse cenário, propõem uma participação ativa do sujeito no processo educativo e constituem um papel fundamental nos vínculos sociais.

O trabalho em grupo está pautado na educação em saúde, ferramenta benéfica aos usuários, de modo que possibilita, por meio da exposição e compreensão da temática, subsídios para melhores comportamentos e hábitos de saúde. A educação em saúde propõe, por meio do diálogo, um espaço para conhecimentos novos, dentro ou fora da assistência (Lima, Garcia, Lima & Bezerra, 2020). O grupo pode propiciar a abordagem de variados temas, o que em conjunto com as evidências científicas possibilitará as ações de prevenção das doenças, promoção da saúde e conseqüente melhor qualidade de vida dos usuários (Menezes & Avelino, 2016).

Mais uma vez apresenta-se a importância da equipe multiprofissional e sua atuação perante as necessidades da comunidade, como destacado dos discursos a seguir:

Porque aí a gente vai discutir os casos que a gente realmente tem problema grande e ver o que é que a gente deve fazer pra solucionar aquele caso, eu acho que o PTS aí é essencial, nesse caso de violência doméstica, porque é uma coisa muito delicada (008; Fisioterapeuta; 3 anos de atuação no NASF).

Debater isso em rodas de conversa, no dia dos atendimentos fazer rodas de conversa com essas pessoas, seria interessante. A violência doméstica, a gente percebe isso e, como tem assistente social dentro do NASF (023; Psicólogo; 3 anos de atuação no NASF).

A partir dos casos relatados, os profissionais dispuseram de uma visão ampla e ações coletivas de enfrentamento que, quando correlacionadas ao vínculo com a ESF, ganham mais força e solidez. O trabalho compartilhado é um recurso que eleva as práticas para outras áreas de conhecimento, e que compreende a complexidade dos casos de maneira mais integral. Dessa forma, tal temática e sua relevância vêm crescendo e sendo cada vez mais discutidas nas políticas públicas de saúde, objetivando melhorias na qualidade dos serviços (Matuda et al., 2015).

Classe 5 – Trabalho do NASF nas perspectivas clínico-assistenciais e técnico-pedagógicas

Refere-se ao trabalho do NASF sob a ótica do apoio matricial e sua intervenção pedagógico-terapêutica. A classe também perpassa pela rotina dos entrevistados e as principais atividades realizadas por eles no âmbito das competências do NASF.

Considerado como o principal referencial orientador do NASF, o apoio matricial é estabelecido como uma metodologia de organização do trabalho em saúde centrado nos conceitos de trabalho compartilhado, cogestão do cuidado e interprofissionalidade, tencionando, mediante seus enfoques, um olhar ampliado ao processo saúde-doença (Castro & Campos, 2016). A partir desse entendimento, o NASF desenvolve suas ações guiado pelo trabalho compartilhado em ao menos duas dimensões, são elas: clínico-assistencial e técnico pedagógica. A primeira pressupõe a atuação direta com os usuários da rede, enquanto a segunda propõe ações de apoio educativo, internamente e a outras equipes. Tais dimensões devem mesclar-se em inúmeros momentos, adequando-se as situações e as equipes (Brasil, 2014). As falas destacadas preveem as ferramentas asseguradas à equipe NASF com base no apoio matricial.

Atendimentos individuais, atendimento em grupo, palestras educativas, participação em eventos, quando a gente faz algo coletivo, fazemos atividades também junto ao Programa de Saúde na Escola (PSE), inclusive eu sou uma das articuladoras (023; Psicólogo; 3 anos de atuação no NASF).

Eu desenvolvo basicamente atendimentos individuais com a homeopatia e complemento com atividades educativas. Geralmente na sala de espera com os usuários, porque como a minha especialidade ainda é nova, então de vez em quando eu faço uma conversa com as equipes (017; Médico; 3 anos e 8 meses de atuação no NASF).

Eu trabalho com alguns grupos específicos, da comunidade mesmo, e são mais atividades de alongamento, atividades cardiorrespiratórias, um pouco de tudo, dentro das aptidões da minha área. Olha, até agora só algumas palestras que teve, reuniões, mas capacitações assim, nenhuma. Essas reuniões foram promovidas pela equipe que direciona o NASF, que participam da gestão ali do NASF, né (021; Educador Físico; 5 meses de atuação no NASF).

A partir das narrativas, pôde-se perceber a disposição de atividades realizadas pelos entrevistados; as mesmas mantêm o foco no usuário, indo de atendimentos coletivos e grupos operativos aos atendimentos individuais mais especializados. Os profissionais citam ainda a realização de atividades coletivas de educação em saúde, efetivadas, em sua maioria, na sala de espera das USF.

A educação em saúde, ferramenta indispensável à integralidade do trabalho do NASF, é tida como um veículo usado para capacitar indivíduos, visando dessa forma a promoção da qualidade de vida, seja ela de forma individual ou coletiva. Tais orientações são abordadas de forma a promover um diálogo e uma discussão de maneira participativa e benéfica a todos os envolvidos (Braghini, Ferretti & Ferraz, 2016). Em sua pesquisa, Maciel et al. (2015) perceberam que a proposta da educação em saúde rendeu frutos, não apenas com relação ao físico dos indivíduos, toda a intervenção despertou o senso de responsabilidade com o próprio bem estar e desenvolveu uma nova visão acerca da troca de experiências e saberes em saúde. O profissional do NASF lança mão de variados recursos ao seu favor para a efetivação dessa prática, tais quais o uso do espaço nos grupos operativos, a promoção de rodas de conversa, a realização de dinâmicas de grupo e a utilização de música e jogos educativos, por exemplo, alguns mencionados neste estudo.

Ainda são citadas pelos profissionais algumas ferramentas, tornando-se evidente o leque de possibilidades disposto pelas equipes NASF frente ao cuidado na AB. O NASF desfruta de ferramentas transversais de atuação que são utilizadas de modo a preconizar o trabalho compartilhado e reduzir a fragmentação da atenção à saúde, fato este evidenciado nas políticas norteadoras. Entre elas, podem-se destacar os grupos operativos, PTS, genograma, ecomapa, atendimento individual compartilhado, atendimento domiciliar compartilhado e atendimento individual específico, alguns também presentes nas falas dos entrevistados (Brasil, 2014).

Que é quando realizo atividade educativa pra os agentes de saúde, pra os profissionais das equipe. Eu participei de uma especialização de saúde da família, com ênfase nas linhas de cuidado, com aperfeiçoamento no NASF, com ênfase no

apoio matricial e algumas capacitações menores sobre o PTS (012; Fisioterapeuta; 4 anos de atuação no NASF).

Eu faço mais atendimento coletivo, que são as reuniões, as palestras que a gente faz na sala de espera com diversos temas, seja na saúde da mulher, saúde do idoso, algum tema relacionado, que estejam trabalhando na equipe aquele dia, e puericultura (005, Fonoaudiólogo; 8 meses de atuação no NASF).

Nós fazemos as atividades educativas, né? Roda de conversa, atendimento individual e o atendimento coletivo, que no caso, palestras na comunidade, escola, então é basicamente essa atividade (010; Psicólogo; 4 anos de atuação no NASF).

Apesar da variada atuação das equipes NASF em questão, nota-se a predominância da dimensão clínico-assistencial, deixando em segundo plano a dimensão técnico-pedagógica, exposta em apenas um fala. Tal acontecimento tende a representar um enfraquecimento nas equipes, repercutindo assim na sua capacidade resolutiva. Os momentos de educação permanente se fazem essenciais, e é nesse sentido que a dimensão técnico-pedagógica do NASF atua junto à clínica e assistência oferecidas, somando à integralidade do cuidado e permitindo uma reorganização das práticas em saúde no contexto da AB (Batista, Machado, Maciel, Morais & Paula, 2017).

As narrativas evidenciam que a atuação dos profissionais em questão perpassa vários domínios dispostos à equipe NASF, mostrando um ponto positivo no processo de trabalho dos sujeitos estudados. A pluralidade de profissionais e ferramentas inerentes ao NASF permite a diversidade de práticas e troca de saberes entre os componentes da equipe, mesmo que ainda haja fragilidades nessa prática. Tais fatos atingem a população de maneira que os mesmos saem beneficiados com os conhecimentos e cuidado oferecidos.

4. Considerações Finais

Sob a perspectiva das potencialidades e fragilidades do processo de trabalho do NASF, os profissionais reconheceram os obstáculos do trabalho em RAS e os enfrentamentos quanto à alta demanda e congestão do nível de atenção especializada à saúde. Além disso, demonstraram déficit no que diz respeito ao conhecimento e apropriação dos saberes acerca da PNAB e Caderno de Atenção Básica nº 39, norteadores do seu trabalho.

Apesar das fragilidades apresentadas, os sujeitos relataram a importância do trabalho multiprofissional e ações interprofissionais, sejam entre a própria equipe NASF ou em conjunto com a ESF. Os sujeitos demonstraram que, mesmo não tendo um profundo

conhecimento teórico das políticas, incorporam na prática muitas das ferramentas direcionadas por elas, a exemplo dos grupos operativos, atendimentos individuais e compartilhados, e atividades de educação em saúde. Dessa forma, exercem um papel essencial junto a USF, promovendo uma atenção integral e de qualidade aos usuários da área de abrangência.

Tomando como base as diretrizes que regem a AB e a equipe NASF, vê-se a necessidade de fortalecer a relação do profissional com a gestão e a corresponsabilidade nas atuações interdisciplinares, almejando a consolidação da AB como porta de entrada do SUS e referência do serviço, para que dessa forma seja possível proporcionar à comunidade uma assistência cada vez mais completa, em conformidade com o SUS e seus valores e princípios.

O estudo apresentou como limitações não ter investigado a visão de outros atores envolvidos no contexto do NASF, como gestores e usuários, e ter realizado a coleta individual com os profissionais, a qual não possibilitou a interação com as opiniões e vivências de outros profissionais. Diante disso, sugere-se a realização de novos estudos abordando a temática em questão, investigando a percepção de outros sujeitos, a exemplo de gestores e usuários, bem como o uso de outras metodologias e abordagens a serem empregadas posteriormente em outros municípios e experiências.

Referências

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Batista, C. B., Machado, R. M. C., Maciel, F. J., Morais, M. C. N., & Paula, P. P. (2012). Trabalho do núcleo de apoio à saúde da família em um município de Minas Gerais. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 10(2), 264-274.

Bispo Junior, J. P. & Moreira, D. C. (2018). Núcleos de apoio à saúde da família: concepções, implicações e desafios para o apoio matricial. *Trabalho, Educação e Saúde*.

Braghini, C. C., Ferretti, F. & Ferraz, L. (2018). Physiotherapist's role in the NASF: perception of coordinators and staff. *Fisioterapia em Movimento*, 29(4), 767-776.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes

para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 set. 2017. 68.

Brasil. Ministério da Saúde. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Camargo, B. V. & Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ: um *software* gratuito para análise de dados textuais. *Temas em psicologia*, 21(2), 513-518.

Castro, C. P. & Campos, G. W. S. (2016). Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. *Physis*, 26(2), v. 455-481.

Codato, L. A. B., Garanhani, M. L. & Gonzalez, A. D. (2018). Percepções de profissionais sobre o aprendizado de estudantes de graduação na Atenção Básica. *Physis*, 27(3), 605-619.

Farias, D. N., Ribeiro, K. S. Q. S., Anjos, U. U., & Brito, G. E. G. (2018). Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família. *Trabalho, Educação e Saúde*, 16(1), 141-162.

Fertonani, H. P., Pires, D. E. P., Biff, D., & Scherer, M. D. A. (2015). Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6), 1869-1878.

Fittipaldi, A. L. M., Romano, V. F. & Barros, D. C. (2015). Nas entrelinhas do olhar: Apoio Matricial e os profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Saúde em Debate*, 39(104), 76-87.

Gil, A. C. (2012). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.

Lakatos, E. M. & Marconi, M. A. (2017). *Metodologia Científica*. Rio de Janeiro: Atlas.

Leite, E. M. F. & Arruda, C. A. M. (2015) Percepções de Profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca do trabalho multiprofissional na Atenção Básica à Saúde. *Cadernos ESP*, 9(2), 22-35.

Lima, D. C., Garcia, M. P., Lima, E. S., & Bezerra, C. C. (2020). Educação em saúde como ferramenta na prevenção de doenças cardiovasculares no Programa de Atenção à Saúde do Idoso. *Research, Society and Developmen*, 9(10), 1-9.

Maciel, M. S., Coelho, M. O., Marques, L. A. R. V., Neto, E. M. R., Lotif, M. A. L. & Ponte, E. D. (2015). Ações de saúde desenvolvidas pelo núcleo de apoio à saúde da família-NASF. *Saúde (Santa Maria)*, 41(1), 117-122.

Malta, D. C., Santos, M. A. S., Stopa, S. R., Vieira, J. E. B., Melo, E. A., & Reis, A. A. C. (2016). A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 21(2), 327-338.

Matuda, C. et al. (2015). Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(8), 2511-2521.

Melo, V. L., Sá, S. P. C., Christovam, B. P., Carvalho, L. R., & Teixeira, D. Z. (2016). Psicodinâmica do trabalho de um restaurante universitário: Aplicação do *software* ALCESTE na pesquisa qualitativa. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 10, 1450-1458.

Mendes, R. M. & Miskulin, R. G. S. (2017). A análise de conteúdo como uma metodologia. *Cadernos de Pesquisa*, 47(165), 1044-1066.

Menezes, K. K. P. & Avelino, P. R. (2016). Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. *Cadernos Saúde Coletiva*, 24(1), 124-130.

Moretti, P. G. S. & Fedosse, E. (2016). Núcleos de Apoio à Saúde da Família: impactos nas internações por causas sensíveis à atenção básica. *Fisioterapia e Pesquisa*, 23(3), 241-247.

Norman, A. H. & Tesser, C. D. (2015). Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. *Saúde e Sociedade*, 24(1), 165-179.

Rangel, R. F., Backes, D. S., Ilha, S., Zamberlan, C., Siqueira, H. C. H., & Costenaro, R. G. S. (2017). Formação para o cuidado integral: percepção de docentes e discentes de enfermagem. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 9(2), 488-494.

Santana, J. S., Azevedo, T. L., Reichert, A. P. S., Medeiros, A. L., & Soares, M. J. G. O. S. (2015). Núcleo de Apoio à Saúde da Família: atuação da equipe junto à estratégia saúde da família. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 7(2), 2362-2371.

Silva, I. C. B., Silva, L. A. B., Lima, R. S. A., Rodrigues, J. A., Valença, A. M. G., & Sampaio, J. (2017). Processo de trabalho entre a Equipe de Atenção Básica e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 12 (39), 1-10.

Sulti, A. D. C., Lima, R. C. D., Freitas, P. S. S., Felsky, C. N., & Gavalote, H. S. (2015). O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, 39(104), 172-182.

Vasconcelos, M. C., Silva, C. L., & Rotta, C. V. (2015). Políticas públicas em saúde, sistema único de saúde e o papel do legislativo municipal: um estudo sobre os projetos de lei ordinária na área da saúde da cidade de Curitiba no período 2008 – 2011. *Revista Brasileira de Planejamento e Desenvolvimento*, 4(2), 11-32.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Maria Letícia de Melo Lima– 30%

Natália Paes Santana– 20%

Eleazar Marinho de Freitas Lucena – 20%

Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro– 10%

João Agnaldo do Nascimento– 10%

Renata Newman Leite dos Santos Lucena– 10%