

V.12, n.7, dezembro/2025 – DOI: 10.20873/saberesemcirculaçã015

NÚCLEOS AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA: MUDANÇAS NO TRABALHO MEDIANTE SUA IMPLANTAÇÃO

EXTENDED FAMILY HEALTH CENTERS: CHANGES AT WORK THROUGH ITS IMPLEMENTATION

NÚCLEO AMPLIADO DE SALUD DE LA FAMILIA: CAMBIOS EN EL TRABAJO A TRAVÉS DE SU IMPLEMENTACIÓN

Meyrielle Belotti

meyrielle.belotti@ufes.br

Alexandra Iglesias

aleiglesias@gmail.com

Luziane Zacché Avellar

luzianeavellar@yahoo.com.br

Como citar este artigo:

BELLOTI, M.; IGLESIAS, A. AVELLAR, L. Z. Núcleos Ampliados de Saúde da Família: mudanças no trabalho mediante sua implantação. **Desafios. Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**. Palmas, v. 12, n. 7, p. 68-85, 2025. DOI: <https://doi.org/10.20873/saberesemcirculaçã015>

ABSTRACT:

The objective was to analyze the conceptions of the professionals of the Extended Nucleus of Family Health and Primary Care (NASF-AB) about the changes produced in the work in Primary Care (AB), through the implementation of the NASF-AB. The focus group technique was used to collect the data, which were submitted to content analysis. The results highlighted the following categories: methodology and work tools; organization of access for the population and agendas of NASF-AB professionals; team meeting spaces and co-responsibility for care. The importance of strengthening matrix support in the organization of NASF-AB work is emphasized, enhancing the care tools that can be used during matrix meetings. It is pointed out, the need for the AB teams to be clear about the population's access to the Center's professionals, in order to avoid reinforcing the referral practice.

KEYWORDS: Health Unic System; Public policy; Health services.

RESUMO:

Objetivou-se analisar as concepções dos profissionais dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) sobre as mudanças produzidas no trabalho na Atenção Básica (AB), mediante a implantação do NASF-AB. Utilizou-se da técnica de grupo focal, para a coleta dos dados, os quais foram submetidos à análise de conteúdo. Os resultados destacaram as seguintes categorias: metodologia e ferramentas de trabalho; organização do acesso da população e agendas dos profissionais do NASF-AB; espaços de reunião de equipe e corresponsabilização do cuidado. Ressalta-se a importância do fortalecimento do apoio matricial na organização do trabalho do NASF-AB, potencializando as ferramentas de cuidado que podem ser utilizadas durante os encontros de matriciamento. Aponta-se, a necessidade das equipes da AB possuírem clareza sobre o acesso da população aos profissionais do Núcleo, a fim de evitar reforçar a prática de encaminhamento.

PALAVRAS CHAVE: Sistema Único de Saúde; Políticas Públicas; Serviços de Saúde.

RESUMEN:

El objetivo fue analizar las concepciones de los profesionales del Núcleo Extendido de Salud Familiar y Atención Primaria (NASF-AB) sobre los cambios producidos en el trabajo en Atención Primaria (AB), a través de la implementación del NASF-AB. La técnica del grupo focal se utilizó para recopilar los datos, que se enviaron al análisis de contenido. Los resultados destacaron las siguientes categorías: metodología y herramientas de trabajo; organización de acceso para la población y agendas de profesionales de NASF-AB; espacios de reunión del equipo y corresponsabilidad de la atención. Se enfatiza la importancia de fortalecer el soporte matricial en la organización del trabajo NASF-AB, mejorando las herramientas de atención que se pueden usar durante las reuniones de soporte matricial. Se señala que es necesario que los equipos de AB tengan claro el acceso de la población a los profesionales del Centro, para evitar reforzar la práctica de derivación.

Palabras clave: Sistema único de Salud; Políticas públicas; Servicios de salud.

INTRODUÇÃO

Com o propósito de qualificar, complementar e consolidar o trabalho das equipes Saúde da Família (eSF), o Ministério da Saúde promulgou, em 24 de janeiro de 2008, a Portaria nº 154, que cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, atualmente denominado de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Composto por diferentes categorias profissionais, o NASF-AB tem como atribuição contribuir para a ampliação da abrangência e do escopo das ações na Atenção Básica (AB), buscando aumentar o grau de resolutividade neste nível de atenção e promover um cuidado integral (BRASIL, 2014).

Por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Portaria nº 2.488/2011, os NASF-AB foram oficialmente inseridos na AB, reafirmando a sua função de contribuir na ampliação da capacidade de análise e de intervenção sobre os problemas de saúde do território, por intermédio das propostas de uma clínica ampliada e do trabalho compartilhado junto as eSF. Para tanto, o trabalho nesses Núcleos deve ser organizado tendo como base a metodologia do Apoio Matricial (BRASIL, 2012a; 2014).

O apoio matricial visa assegurar retaguarda especializada a equipes encarregadas da atenção a problemas de saúde, de maneira personalizada e interativa, alterando a lógica tradicional de referência e contrarreferência, instituindo uma relação interprofissional dialógica e democrática (CAMPOS et al., 2014). A operacionalização do apoio matricial ocorre por meio do suporte técnico-pedagógico e clínico-assistencial. Compreende-se o suporte técnico-pedagógico como uma ação relacionada à troca de saberes e de experiências entre as equipes a partir, por exemplo, da discussão de um caso específico. Já o clínico-assistencial demanda do apoiador a realização de ações clínicas diretamente com os usuários. Contudo, recomenda-se que essa ação seja após acordo entre as equipes envolvidas no cuidado, sendo priorizado o atendimento conjunto (apoiador e profissional da equipe de referência) (CAMPOS e CUNHA, 2011).

Diante dessas discussões, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) ressalta a importância das equipes NASF-AB utilizarem ferramentas de caráter transversal, para ampliar a capacidade de cuidado, bem como expandir as ações de saúde na AB. Dentre essas, cita-se o trabalho com grupo, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Projeto de Saúde no Território (PST). O trabalho com grupos é ressaltado como um importante recurso para oportunizar trocas de experiências de vida entre as pessoas que lidam com problemas parecidos, estimulando, assim, a busca de alternativas coletivas para o enfrentamento da realidade, o protagonismo dos sujeitos, o seu empoderamento e a sua autonomia (ANDRADE et al., 2016). Já o PTS congrega um conjunto de propostas de

condutas terapêuticas articuladas, construídas conjuntamente entre profissionais, usuários e familiares, fazendo uso tanto dos recursos da equipe quanto do território, da família e do próprio sujeito. Sua elaboração deve levar em consideração as necessidades de saúde de cada pessoa/família, seu modo de compreender a vida, suas subjetividades e singularidades (PINTO et al., 2011). Por fim, o PST se configura como uma ferramenta de trabalho que visa desenvolver ações efetivas de produção de cuidado no território, articulando os serviços de saúde com os demais serviços e políticas sociais, de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia das comunidades (BRASIL, 2014).

Importa destacar ainda que, o trabalho do NASF-AB deve ser orientado pelas diretrizes da AB. Logo, seu trabalho tem como foco o território sob sua responsabilidade, onde as equipes NASF-AB devem atuar apoiando as eSF na produção de um cuidado continuado e longitudinal, próximo da população e na perspectiva da integralidade, que é destacada como a principal diretriz a ser praticada pelas equipes NASF-AB. Além da integralidade, outras diretrizes orientam a organização do trabalho do NASF-AB, a saber: territorialização; intersetorialidade; Educação Permanente em Saúde (EPS); educação popular; humanização; interdisciplinaridade; participação popular e promoção à saúde (BRASIL, 2014).

Cabe ressaltar que os NASF-AB não se caracterizam como porta de entrada do sistema de saúde, suas ações são delimitadas a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as eSF. Ou seja, os NASF-AB fazem parte da AB, porém não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo. Estes, quando necessários, devem ser dialogados juntos as eSF, sendo os seus objetivos terapêuticos condizentes com as características deste nível de atenção (BRASIL, 2014).

Contudo, atualmente, o processo de implantação e sistematização do trabalho do NASF-AB vem sofrendo constantes ameaças com a promulgação de políticas que visam desqualificar o trabalho da AB abrangente, caracterizada pela ênfase na integralidade do cuidado e na atenção universal. Neste contexto de ameaças, cita-se: a PNAB de 2017, que já anunciava um possível desmonte dos Núcleos com a relativização da cobertura populacional dos serviços de saúde, restrita a certas áreas de risco e vulnerabilidade, buscando instaurar uma AB seletiva (BRASIL, 2017); e mais recentemente, a nota técnica publicada pelo Ministério da Saúde, em janeiro de 2020, que exime os gestores municipais da obrigatoriedade de as equipes multidisciplinares estarem vinculadas ao modelo proposto pelo NASF-AB. A referida nota técnica, diz ainda que, a partir de 2020, o Ministério da Saúde não realizaria mais o credenciamento das equipes NASF-AB. Na prática, verifica-se que ambas publicações buscam produzir

o enfraquecimento do trabalho colaborativo e integrado de profissionais de diferentes áreas do conhecimento na AB, conforme preconizado na PNAB 2011.

Diante deste cenário de ameaças ao NASF-AB, o presente estudo destaca a importância de analisar e compreender como as equipes NASF-AB, que organizam o seu trabalho conforme disposto na proposta da PNAB de 2011, estão efetivamente contribuindo para o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar, corresponsável, com vistas a promover o cuidado integral. Dito isto, esse estudo objetivou analisar as concepções dos profissionais que compõem o NASF-AB sobre as mudanças produzidas na organização do processo de trabalho na AB, perante a implantação das equipes NASF-AB, configuradas conforme a PNAB 2011.

METODOLOGIA

Diante da objetivo do estudo, o método qualitativo mostrou-se o mais adequado, visto que sua finalidade é a compreensão dos sentidos, das intencionalidades e das questões subjetivas inerentes aos atos, às atitudes, às relações e às estruturas sociais (MINAYO, 2008).

A pesquisa foi realizada em um município da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), situado no estado do Espírito Santo (ES). A escolha por este cenário ocorre em função do NASF-AB estar em processo de implantação e por possuir algumas particularidades. Antes mesmo do lançamento da Portaria nº. 154/2008, o município estudado já contava com equipes ampliadas na AB. As equipes da AB eram compostas, para além de médicos, enfermeiros, ACS, auxiliares de enfermagem, dentista, técnico de higiene dental e auxiliar de consultório dentário, também por profissional de educação física, fonoaudiólogo, ginecologista, pediatra, sanitarista, psicólogo, assistente social e farmacêutico, lotados nas Unidades Básicas de Saúde.

Assim, as categorias profissionais que compõem os NASF-AB, no município estudado, já atuavam na AB desde o ano de 2007. Contudo, esses profissionais não tinham seu processo de trabalho organizado na lógica NASF-AB. Além disto, em sua maioria, as atividades realizadas por esses profissionais eram independentes umas das outras, não se configurando como um trabalho de equipe. Somente no ano de 2014, com a adesão do município à proposta do NASF-AB, alguns profissionais que atuavam nas denominadas equipes ampliadas (psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, educador físico e farmacêutico) começaram a funcionar dentro da proposta do NASF-AB. Atualmente, o município possui oito equipes NASF-AB, na modalidade 1, conforme parâmetros de vinculação estabelecidos na Portaria nº. 3.124/2012 (BRASIL, 2012b).

Participaram do estudo oito equipes NASF-AB de um município da RMGV, correspondendo ao total de equipes cadastradas no referido município. As equipes são compostas por psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, educadores físicos e farmacêuticos. Cada grupo teve um número aproximado de cinco a seis participantes, totalizando 43 profissionais das seguintes categorias: 11 psicólogos, 13 assistentes sociais, cinco fonoaudiólogos, nove farmacêuticos e cinco profissionais de educação física na saúde.

Para a coleta de dados utilizou-se a técnica de grupo focal, que visa à interação entre os participantes e o pesquisador, por meio da discussão focada em tópicos previamente definidos (Silva et al., 2014). O tópico disparador da discussão foi as concepções dos profissionais sobre as mudanças produzidas na organização do trabalho na AB, diante da implantação das equipes NASF-AB, sendo este o único recurso utilizado para fomentar as reflexões sobre a questão abordada. Buscou-se criar um ambiente favorável para que diferentes concepções e pontos de vista, sobre a temática, viessem à tona. Todas as sessões foram asseguradas do direito de privacidade.

Foram realizadas oito sessões de grupo focal, sendo uma sessão de grupo focal com cada equipe NASF-AB existente no município em questão. Cada grupo teve a duração de aproximadamente uma hora e meia. Todos os grupos tinham a figura de um moderador e de um observador. O moderador tinha como funções: esclarecer a dinâmica de funcionamento dos grupos focais; apresentar os aspectos éticos vinculados à pesquisa; facilitar a discussão e, estimular o debate. Já o observador tinha a responsabilidade de registrar a dinâmica grupal, auxiliar na condução das discussões, colaborar com o moderador no controle do tempo e monitorar o equipamento de gravação.

Para a apresentação de cada categoria são explicitados extratos das falas dos participantes. As falas são identificadas por meio da letra P seguida de um número, representando a identificação de cada participante (P-1, P-2, P-3, etc.)

Todas as sessões dos grupos focais foram gravadas e transcritas, posteriormente. Vale destacar que essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) (nº. 47881815.7.0000.5542) e pela Secretaria Municipal de Saúde. Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em atendimento à Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, conforme proposta por Bardin (2011), que contou com as seguintes etapas: (1) pré-análise, (2) exploração de material e (3) tratamento dos resultados. A fase da pré-análise dos dados se constituiu na leitura

flutuante da transcrição dos grupos focais, sendo recortados trechos das falas que contemplavam o objetivo do estudo. Na segunda fase foi realizada a categorização dos dados, que foram organizados com base nas concepções dos profissionais de saúde sobre as mudanças produzidas na organização do trabalho na AB, mediante a implantação do NASF-AB. A última etapa configurou-se na fase do tratamento dos resultados, que culminou na análise reflexiva dos dados, tendo como elementos orientadores as quatro categorias construídas após a transformação dos dados brutos, na fase de exploração do material.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme processo de análise detalhado anteriormente, as concepções dos profissionais dos NASF-AB sobre as mudanças produzidas na organização do trabalho com a implantação do NASF-AB, delinearam quatro categorias: (1) metodologia e ferramentas de trabalho; 2) organização do acesso da população e agendas dos profissionais do NASF-AB; 3) espaços de reunião de equipe; 4) corresponsabilização do cuidado. Optou-se pela discussão concomitante à apresentação dos resultados.

METODOLOGIA E FERRAMENTAS DE TRABALHO

A categoria metodologia e ferramentas de trabalho incorpora as falas que dizem respeito às mudanças produzidas no modo de conduzir o trabalho, bem como das novas ferramentas utilizadas, em função da implantação das equipes NASF-AB. A análise dos dados demonstra que os profissionais têm ciência de que, com a implantação do NASF-AB, o apoio matricial passou a ser a metodologia que norteia o trabalho dessas equipes. Entretanto, verifica-se a presença de relatos que ressaltam a dificuldade das equipes NASF-AB para exercerem o papel de apoiadores. Tais dificuldades, de acordo com os dados, estão atreladas tanto a ausência de um processo de formação para ser apoiador, quanto às experiências vivenciadas enquanto equipe de referência matriciada, pois se mostraram insuficientes frente às expectativas desses profissionais, gerando a concepção de que o apoio matricial não é uma metodologia de trabalho resolutive.

Eu sei que o modelo do NASF é o matriciamento e que nós temos que funcionar dentro dessa proposta. Só que a gente sabe o que é matriciamento de outro lugar, de quem recebe o matriciamento. Eu nunca fui apoiador. Eu tenho que me preparar para isto. Eu particularmente tive poucos contatos com matriciadores e não era uma coisa que a gente se sentia matriciado. Eu não consegui ver o apoio funcionando (P7).

Observa-se que um dos principais desafios vivenciados pelas equipes NASF-AB, diz respeito à incorporação do matriciamento no seu processo de trabalho junto as

eSF, visto que não há uma aposta na metodologia do apoio matricial por parte dos profissionais do Núcleo, mas sim, uma descrença sobre a sua efetividade. Somado a isto, verifica-se que a formação em saúde não se mostra compatível com as demandas vivenciadas nos serviços de saúde, uma vez que os profissionais participantes da pesquisa relatam não ter preparo para exercer a função de apoiador.

Vale lembrar que o matriciamento se encontra em processo de germinação, ou seja, sua proposta se apresenta como uma das “novidades” que visa dar um novo contorno ao processo de cuidado em saúde. Assim, experiências das equipes matriciais e os processos de formação para apoiadores estão ainda em construção e em fase de consolidação. Dito isto, para a efetivação do apoio matricial no contexto da AB, toma-se de suma importância que atores envolvidos, sobretudo o próprio NASF-AB, fomentem espaços coletivos de reflexão e discussão sobre essa prática e sobre seus processos de trabalho. Em outras palavras, é fundamental que, no cotidiano dos serviços, haja investimento significativo tanto nas práticas de EPS como nos processos comunicacionais, para que os profissionais possam construir espaços de confiança e respeito aos diferentes saberes, favorecendo, assim, a criação das parcerias necessárias para desenvolvimento do trabalho colaborativo, conforme preconizado no apoio matricial (BARROS et al., 2015).

No que diz respeito às novas ferramentas de trabalho, os resultados demonstram que algumas equipes NASF-AB têm conhecimento que o PTS é uma das ferramentas do NASF-AB, contudo, sua implantação ainda não foi concretizada. Para alguns profissionais, participantes da pesquisa, a utilização do PTS é um dos desafios do trabalho, sendo visto como um recurso capaz de auxiliar na desconstrução da lógica dos encaminhamentos, por meio de discussões mais profundas. Em contraponto, evidencia-se a presença de relatos que ressaltam a concepção do PTS como um instrumento de planejamento, que facilita o retorno do usuário ao profissional de saúde que o acompanha. Por sua vez, as falas também versam sobre o entendimento de que, antes mesmo da implantação do NASF-AB, o PTS já era realizado, porém as equipes não utilizavam esta denominação.

Implantar o PTS é o nosso maior desafio. É isso que a gente tem tentado aprofundar as nossas discussões. A gente está querendo chegar nesse nível, sair do ao ao, ao fono, ao psicólogo. Nesta construção, do projeto terapêutico, da mesma forma que o usuário pode ter um retorno ao médico, já planejado, ele pode ter um retorno planejado para qualquer outro profissional (P20).

Tem nove anos que a gente discute o caso da Dona Mariazinha. A dona Mariazinha tem ido ao médico, tem tomado os remédios, tem vindo para o atendimento individual, a ACS tem feito visita, ela não tem vindo, aí então

como a gente vai fazer daqui para frente? Apesar disso não ‘está’ registrado como PTS, isso já é feito (P35).

Apesar de o PTS ser apontado como uma ferramenta que auxilia na desconstrução da lógica dos encaminhamentos, também fica claro, por meio dos dados, a sua equiparação a uma agenda que contempla as ações de cuidado destinadas ao usuário. Ou seja, como algo protocolar, que congrega os tipos de atendimentos de saúde em que o usuário é inserido. Nesta configuração, de PTS como sinônimo de agenda, os relatos demonstram que o cuidado fica restrito às práticas do modelo hegemônico, tais como a consulta médica, o atendimento individual por algum especialista e a disponibilização dos medicamentos. Logo, o cuidado, neste caso, não é guiado pela perspectiva da clínica ampliada, visto que não considera as demais dimensões existentes em torno da pessoa (social, psíquica, sexual e espiritual).

Corroborar-se com Barros (2009) sobre a importância de o PTS buscar a superação do modelo biomédico por meio do desenvolvimento de ações conjuntas e coletivas, centradas nas necessidades e no contexto de vida da pessoa. Nesta mesma direção, para não correr o risco do PTS reproduzir práticas hegemônicas, Mângia et al. (2006) propõem a adoção de alguns eixos orientadores para a sua operacionalização, tais como: a centralidade na pessoa, a parceria entre equipe e usuário, a articulação dos recursos do território, a ênfase no contexto de vida da pessoa, a construção compartilhada e a definição de metas com prazos previamente acordados.

No que se refere ao trabalho com grupos, os dados demonstram que a implantação do NASF-AB possibilitou a criação de outras modalidades de grupos, com ênfase no caráter terapêutico. As falas versam que antes da fundação do NASF-AB, as práticas grupais realizadas na AB do município estudado, eram vinculadas às ações programáticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Além disso, os relatos ilustrados a seguir, ressaltam que a realização dos grupos terapêuticos proporcionou a troca de conhecimento entre os profissionais, bem como, fomentou a reflexão conjunta dos profissionais e dos usuários sobre formas alternativas do cuidado, para o enfrentamento dos problemas relacionados ao processo saúde e doença.

As ações em grupo, que foram umas demandas trazidas pelas equipes da estratégia, a gente comprou a ideia e estamos fazendo junto os grupos. A gente aprende muito com essas ações, a gente com eles e eles com a gente (...). A gente já fazia alguns grupos vinculados ao programa hiperdia para gestantes e tabagismo. Aí tem outros grupos agora, que foram criados a partir do NASF, o grupo de mulheres e de adolescentes. A gente está fazendo eles com o objetivo de serem terapêuticos (P26).

Outro grupo que a gente pensou a partir do NASF foi o grupo do sono, que é para pessoas que tomam ansiolítico, só aquilo, e que tinham aquela queixa de

só querer dormir, então a gente resolveu fazer esse grupo para estar pensando outras estratégias junto aos usuários (P31).

O uso da ferramenta grupal por intermédio do trabalho do NASF-AB, junto às eSF, não tem como proposta substituir as diferentes modalidades de grupos existentes na AB, que em sua maioria, estão vinculados a proposta de educação em saúde, desenvolvendo uma função importante frente a promoção de mudança de alguns padrões de comportamento. A ideia é agregar o trabalho com grupos terapêuticos como mais um recurso a ser utilizado (BRASIL, 2014; ANDRADE et al., 2016).

Dito isto, nota-se que a ampliação das práticas grupais, por meio da implantação do NASF-AB, possibilitou a criação de espaços de diálogos e interação, capazes de favorecerem o protagonismo dos usuários, uma vez que, estes são convidados a “*pensar*” com os profissionais, outras estratégias de cuidado que não se restringem ao cuidado já realizado no cotidiano dos serviços, como, por exemplo, a administração de psicofármacos. Nesse sentido, corrobora-se com Andrade et al. (2016), ao destacarem que a utilização de grupos terapêuticos, permeados pela criatividade, pode favorecer a criação de práticas capazes de fomentarem a construção da autonomia dos integrantes e da dinamicidade de suas relações, o vínculo com o serviço, a corresponsabilização e o acolhimento.

Organização do acesso da população e agendas dos profissionais do NASF-AB

Esta categoria incorpora dados referentes às concepções sobre as mudanças produzidas no acesso da população às ações desenvolvidas pelas equipes NASF-AB, e as suas consequências na organização das agendas dos profissionais dos Núcleos. De modo geral, os dados revelam que os profissionais têm ciência de que o NASF-AB não se caracteriza como porta de entrada para o sistema de saúde, sendo o acesso do usuário a estas equipes realizado por meio das reuniões com as eSF.

O NASF não é para ser porta de entrada, os casos tem que chegar via discussão com as eSF, não vai ser mais por encaminhamento (...). A nossa agenda vai ser fechada, a nossa agenda vai ser montada a partir das reuniões de equipe da ESF, daí vai ser discutido conjuntamente (P9).

Verifica-se que o acesso a equipe NASF-AB a partir das discussões com as eSF inseriu uma nova lógica de trabalho, que busca promover a melhoria da comunicação entre o NASF-AB e as eSF, potencializando, assim, o trabalho integrado entre ambas as equipes. Neste sentido, coaduna-se com Oliveira e Quevedo (2016) ao ressaltarem que a forma de acessar o NASF-AB produz mudanças positivas na lógica de encaminhamento presente nos serviços de saúde, incitando um trabalho compartilhado e corresponsável. Em outras palavras, este modo de acessar as equipes NASF-AB pode

favorecer o rompimento das relações verticais dos mecanismos de referências e contrarreferências, em que a comunicação entre os profissionais de saúde ocorre somente por meio de relatos escritos, muitas vezes no sentido de transferir uma responsabilidade ou de realizar algum informe.

Entretanto, os dados apontam para presença de falas que demonstram movimentos de resistência, por parte de alguns profissionais, a este modo de promover o acesso. Observa-se que tal resistência está atrelada a diferentes justificativas, tais como: limitação do acesso da população; baixa resolutividade, devida à burocracia para a chegada do usuário até as equipes NASF-AB; além da compreensão de que não é necessário compartilhar as demandas do usuário com todos os profissionais da equipe.

(...) eu acho ruim, eu acho que isso limita o acesso da população. Para mim só burocratiza a chegada do paciente e não resolve, não é resolutivo. Tem que passar todos os casos pela eSF? Tem essa necessidade? Eu não vejo sentindo nisto (P17).

Eu acho que com isso a população vai perder, eles não vão ter o livre acesso a qualquer tipo de orientação básica, porque se a pessoa chega na recepção, “aí, eu quero marcar um psicólogo”, primeiro vai marcar para o médico, para o médico dar um encaminhamento para levar para reunião de equipe, para na reunião de equipe decidir se esse caso precisa ou não do atendimento de Psicologia, até lá isso já se perdeu, então isso não é resolutivo, porque não deixa que essa pessoa chegue até a gente, para a gente fazer uma simples orientação (P32).

Verifica-se que não há uma clareza sobre o fluxo do acesso do usuário às equipes NASF-AB. Como consequência desta realidade, são criadas outras formas de acesso que burocratizam a chegada do usuário aos profissionais do Núcleo. Conforme exposto nas falas ilustradas acima, na compreensão dos profissionais, o acesso da população se daria por meio da avaliação do médico e não por meio das discussões de casos, realizadas durante os encontros de matriciamento. Tal entendimento favorece a organização do trabalho em saúde guiado pelo modelo hegemônico, uma vez que propõe a subordinação dos demais profissionais aos médicos, centralizando o cuidado na figura deste.

Ressalta-se que a proposta do trabalho do NASF-AB tem como base o compartilhamento do conhecimento, visando promover cuidado em saúde de modo mais abrangente, integral e resolutivo (SANTANA et al., 2015; PATROCÍNIO et al, 2015). Para tanto, cabe às equipes NASF-AB, junto às eSF, se instrumentalizarem para a realização deste cuidado. Dito de outra forma, uma das atribuições do NASF-AB é estar junto às eSF, por intermédio do apoio matricial, para ampliação do nível de resolutividade da AB, evitando, assim, a realização de encaminhamentos desnecessários aos demais níveis de complexidade do sistema de saúde. Assim, ao dividir com as eSF

as questões dos núcleos de competências que podem ser compartilhados, cria-se a possibilidade de oportunizar o acesso das equipes NASF-AB às demandas de maiores complexidades, que podem ser cuidadas no contexto da AB.

Apesar de algumas falas evidenciarem a proposta da agenda “fechada” como um fator que limita o acesso direto da população às equipes NASF-AB, também foi possível observar que, para alguns profissionais, a implantação das agendas “fechadas” proporcionou a sua participação em outros espaços, bem como favoreceu o desenvolvimento de outras práticas, tais como: a realização de ações coletivas, atividades em grupos e participação em outros espaços de reuniões.

Hoje, com a nova configuração das agendas a gente está conseguindo participar de outros espaços de reuniões, de fazer outras ações que, não sejam só o ambulatório. Antes era chegar à unidade pegar a agenda, “vê” como que ela estava e atender. Era praticamente fazer atendimento individual. Tinha que atender 12 por dia. Hoje a gente tem mais tempo para fazer outras ações coletivas, para fazer grupo, para participar das reuniões com as estratégias, até para sentar com essa escola para discutir esses casos, para ver outra forma de assistência (P29).

Observa-se que a organização da agenda com base na proposta do NASF-AB possibilitou, também, a reversão da lógica ambulatorial, visto que, antes da implantação dos NASF-AB as agendas se destinavam, predominantemente, à realização dos atendimentos individuais. De acordo com os dados, havia uma cobrança por uma produtividade que sustentava metas coerentes com o modelo biomédico. Essa realidade impossibilitava a participação dos profissionais em determinadas práticas de cuidado, reforçando os especialismos na AB.

Dito isto, corrobora-se com Quevedo e Oliveira (2016) ao ressaltarem que a organização do trabalho do NASF-AB pode permitir a elaboração de uma agenda com elementos de diferentes ordens e com maior grau de capilaridade do que as eSF conseguem desenvolver atualmente. Dentre as ações que podem ser contempladas nas agendas das equipes NASF-AB, os autores citam: práticas intersetoriais, participação em conselhos gestores, participação nas reuniões das Redes de Atenção a Saúde (RAS), realização de práticas coletivas, dentre outras.

ESPAÇOS DE REUNIÕES DE EQUIPES

Esta categoria diz respeito às concepções dos profissionais sobre as alterações ocorridas nos espaços de encontro entre o NASF-AB e a eSF, mais especificamente, nos espaços caracterizados como reuniões de equipes. Os resultados apontam que, com a implantação do NASF-AB, houve a inclusão das demais categorias profissionais nas reuniões com as eSF, diminuindo a sobrecarga de trabalho do psicólogo e do assistente

social. Além disto, a inclusão das demais categorias, possibilitou uma socialização dos casos com todos os membros das equipes, criando a sensação de um trabalho mais organizado, com maior interação entre os profissionais, possibilitando a troca de conhecimento e a construção de um trabalho interdisciplinar.

Antes o trabalho era mais eu e o psicólogo, agora que tem farmacêutico, fono e o técnico desportivo. Ampliou. E cada um dá sua opinião e fica mais fácil para gente estar lidando com os casos. Fica mais fácil da gente estar trabalhando, porque acaba que tinha certas situações que sobrecarregavam mais o psicólogo ou o assistente social. Então tendo uma equipe para compartilhar os casos, trocar, fica melhor de trabalhar, acaba tendo mais organização (P19).

Agora ficou mais sistemático com a inclusão dos outros profissionais. Agora todo mundo conhece o paciente. Então, acho que o que mais mudou foi a organização do trabalho em equipe que facilitou o cuidado e integrou mais (P40).

Verifica-se que a ampliação do cuidado ocorreu em função da articulação dos saberes das diferentes categorias profissionais, ou seja, por intermédio da interdisciplinaridade, que favoreceu a construção de um trabalho em equipe integrado e compartilhado. Dito de outra forma, a interdisciplinaridade foi capaz de transcender a troca de informações, produzindo mudanças significativas no cotidiano de trabalho destas equipes, apresentando-se de forma alternativa ao cuidado orientado pelo modelo biomédico. Neste sentido, coaduna-se com Madeira (2009, p. 41), ao destacar que o trabalho, na perspectiva de interdisciplinaridade, está para além de um “simples monólogo dos profissionais ou do diálogo paralelo entre dois dentre deles”. A prática interdisciplinar deve ser considerada como um mecanismo para desenvolver um pensamento que contemple as diversidades do território de trabalho, instaurando, assim, novos caminhos para repensar o cuidado ampliado em saúde.

No que se refere à metodologia usada para a condução das reuniões entre NASF-AB e eSF, os dados demonstram que esta não tem se mostrado resolutiva frente às demandas da eSF. Tal realidade ocorre, pois os casos não são discutidos com as eSF, mas nos espaços destinados à reunião da equipe NASF-AB, conforme ilustrado nas falas abaixo:

(...) acontece a discussão de vários casos na reunião de equipe, nessa reunião com a estratégia, tem que ter os representantes do NASF, esses profissionais vão ouvir essas questões e vão anotar, para levar para reunião do NASF, para gente discutir e dar os encaminhamentos, e depois voltarmos com o caso para equipe da estratégia. Burocratizou demais. Aí quando chegam as respostas dos profissionais do NASF-AB, as equipes da eSF relatam que já foi feito dessa forma ou a gente pensou da mesma forma (P10).

A organização adotada para a operacionalização das reuniões entre o NASF-AB e as eSF, inviabiliza o movimento de coprodução do cuidado entre essas equipes, reforçando os especialismos e a fragmentação existentes no cuidado em saúde, uma vez que, estabelece uma divisão entre os profissionais que pensam, no caso as equipes NASF-AB, e os que executam, representados pelas eSF. Em outras palavras, este modo de operar não possibilita o trabalho colaborativo e a troca de conhecimento, visto que a construção das propostas terapêuticas para o cuidado em saúde fica somente a cargo dos profissionais do Núcleo. Diante deste cenário, de divisão de tarefas entre as equipes NASF-AB e eSF, Shimizue e Fragelli (2016) ressaltam a importância dos profissionais da AB terem conhecimento sobre as atribuições do NASF-AB e sua metodologia de trabalho, para não correr o risco de produzir práticas que reforcem a fragmentação do cuidado e a verticalização das relações existentes nos serviços de saúde.

CORRESPONSABILIDADE DO CUIDADO

Esta categoria engloba falas que ressaltam a corresponsabilidade do cuidado, como uma prática que está sendo fomentada após a implantação das equipes NASF-AB. As falas ilustradas a seguir versam que os profissionais do Núcleo estão em processo de construção do trabalho corresponsável, sendo a discussão dos casos, realizadas no coletivo com as eSF, um instrumento que tem possibilitado a efetivação da corresponsabilidade entre os diferentes membros da equipe. Além disto, é descrito pelos profissionais que, antes da implantação do NASF-AB, eles vivenciavam um momento em que a organização do trabalho favorecia o desenvolvimento de práticas individuais e isoladas em detrimento do trabalho coletivo e com responsabilização mútua.

A gente está tentando trabalhar essa corresponsabilização dos casos. Os casos são colocados na roda, nas reuniões com as estratégias, aí todos os profissionais se envolvem e a gente vai trabalhando a questão da corresponsabilidade, apreendendo a trabalhar desta forma. Então isso é uma mudança que se produz com o NASF-AB, as pessoas estão mais envolvidas, aprendendo a trabalhar dessa forma no dia a dia (P24).

A gente ficava muito sozinho, muito no consultório. O NASF mudou isto. Eu estava no momento bem complicado do trabalho, sem ter alguém para dividir as responsabilidades e poder trocar. Então, para mim, o que tem sido positivo é essa possibilidade de a gente poder trabalhar coletivamente, poder buscar outros atores, de forma que a gente tem alguém para poder contar, trocar e dividir as responsabilidades (P36).

A ideia de corresponsabilidade apresentada nas falas está associada a um maior envolvimento, que produz como resultado o trabalho coletivo e colaborativo, caracterizado pela relação de parceria, de cooperação técnica e de troca de conhecimento entre os diferentes membros da equipe. Todavia, nota-se, por meio dos

relatos ilustrados nesta categoria, que a corresponsabilidade, e consequentemente, o trabalho colaborativo, são habilidades que ainda precisam ser aprimoradas pelos profissionais de saúde no cotidiano dos serviços. Neste sentido, coaduna-se com Costa (2016) ao ressaltar que os processos formativos em saúde são insuficientes para a construção de uma prática colaborativa. Os profissionais continuam sendo formados separadamente para no futuro trabalharem juntos. Além disto, o autor destaca ainda a existência da lógica da formação específica, que enaltece o especialismo e exerce importante influência na construção das identidades profissionais; e os processos de formação conteudista, que dificultam a adoção de estratégias capazes de formar atitudes, habilidades e valores pautados na colaboração e na corresponsabilização do cuidado em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo teve como objetivo analisar as concepções conferidas pelos profissionais de saúde que compõem os NASF-AB sobre as mudanças produzidas na organização do trabalho na AB, mediante a implantação desses Núcleos. Os resultados demonstram que a criação das equipes NASF-AB, conforme preconizado na PNAB 2011, produziu mudanças significativas e coerentes com o cuidado integral em determinados aspectos do trabalho das equipes acompanhadas no estudo. Dentre essas mudanças, cita-se: o desenvolvimento do trabalho com grupos, sendo criados espaços grupais com enfoque terapêutico, conduzido por meio do trabalho interdisciplinar, com fomento ao protagonismo dos usuários; as transformações produzidas nos espaços destinados às reuniões de equipe, que favoreceram a ampliação do cuidado, por meio da inclusão das diferentes categorias profissionais nesses espaços; e por fim, a corresponsabilidade destacada como uma prática que possibilitou a construção de uma nova relação entre os profissionais, fortalecendo o trabalho coletivo, com responsabilização mútua e com sujeitos implicados com o enfrentamento dos problemas de saúde existentes no território.

Todavia, os resultados também demonstram alguns impasses para a mudança da lógica do trabalho, principalmente no que se refere a metodologia e o uso de determinadas ferramentas de cuidado preconizadas pelo NASF-AB. Sobre o apoio matricial foi possível verificar que existe uma descrença dos profissionais na sua resolutividade, além da dificuldade para exercer o papel de apoiador. Já em relação ao PTS, observou-se a predominância do uso dessa ferramenta como sinônimo de uma agenda que congrega os atendimentos do usuário, como algo protocolar, negligenciando a singularidade das situações/casos.

Dito isto, pondera-se a necessidade do fortalecimento do apoio matricial na organização do trabalho das equipes NASF-AB junto às eSF, potencializando as diferentes ferramentas de cuidado que podem ser utilizadas durante os encontros regidos pela lógica do matriciamento. Para tanto, ressalta-se a importância da criação de espaços coletivos de diálogo, com caráter transversal, capazes de produzir reflexões tanto sobre o matriciamento, quanto sobre os processos de trabalho das equipes na AB. Acredita-se que o fomento do apoio matricial pode contribuir com a construção do trabalho colaborativo, estimulando o surgimento de novos padrões de inter-relação entre equipes e usuários, instaurando-se assim, uma nova lógica de organização dos serviços de saúde, contrária ao modelo hegemônico.

Especificamente sobre as mudanças relacionadas ao acesso da população às equipes NASF-AB e à organização da agenda dos profissionais desses Núcleos, de modo geral, evidenciou-se que a implantação da “agenda fechada” possibilitou a reversão da lógica ambulatorial, com a inclusão de outros elementos no processo do cuidado em saúde, coerentes com o trabalho do NASF-AB. Contudo, observou-se que a ausência de clareza sobre o acesso da população às equipes NASF-AB, pode favorecer a criação de uma lógica de trabalho centralizada na figura do médico. Diante dessa realidade, pondera-se a importância de, tanto as equipes NASF-AB, quanto as eSF, terem ciência sobre como se efetiva o acesso da população aos profissionais do Núcleo, a fim de evitar reforçar a lógica do encaminhamento ao especialista, agora mais acessível, em função da implantação do NASF-AB.

Espera-se que esta pesquisa favoreça o fortalecimento e o aperfeiçoamento das políticas direcionadas à AB, bem como fomenta as discussões relacionadas à organização do trabalho das equipes NASF-ABs, instaurando, assim, processos de trabalho capazes de substituir as tradicionais relações burocráticas e hierarquizadas ainda existentes no campo da saúde. Aponta-se a necessidade de realização de outras pesquisas que foquem na observação do trabalho, a fim de compreender como essas concepções se materializam efetivamente no cotidiano de trabalho o NASF-AB, junto as demais equipes da AB.

Referências Bibliográficas

ANDRADE, C.F.; AMORIM, S.C.; NATAL, T.B. (2016). Clínica comum com ênfase nos grupos. In: UCHÔA-FIGUEIREDO, L.R.; RODRIGUES, T.F.; DIAS, I.M.A.V. (eds), **Percursos interprofissionais: formação em serviços no Programa Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, p. 275-296; 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2011.

BARROS, J.O. (2009). A construção de projetos terapêuticos no campo da saúde mental: apontamentos acerca das novas tecnologias de cuidado. São Paulo, SP. **Dissertação de mestrado**. Faculdade de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP, Universidade de São Paulo, 2009.

BARROS, J.O.; GONÇALVES, R.M.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. **Ciência & Saúde coletiva**, v.20, n. 9, p. 2847-2856, 2015. doi: 10.1590/1413-81232015209.12232014.

BRASIL. **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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

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

BRASIL. **Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012**. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. **Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

CAMPOS, G.W.S.; FIGUEIREDO, M.D.; PEREIRA JUNIOR, N.; CASTRO, C.P. (2014). A aplicação da metodologia paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface** (botucatu). v.18, n.1, p. 983-995, 2014. doi: 10.1590/1807-57622013.0324.

COSTA, M.V. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**.v. 20, n. 56, p. 197-198, 2016. doi: 10.1590/1807-57622015.0311

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S. (2011). Apoio matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Soc.** v.20, n.4, p. 961-70, 2011. doi: 10.1590/S0104-12902011000400013.

MADEIRA, K.H. (2009). Práticas do Trabalho Interdisciplinar na Saúde da Família: um estudo de caso. Itajaí, Santa Catarina. **Dissertação de mestrado**. Programa de Pós-graduação em Saúde e Gestão do Trabalho, Universidade do Vale do Itajaí.

MÂNGIA, E.F.; CASTILHO, J.P.L.V.; DUARTE, V.R.E.D. A construção de projetos terapêuticos: visão de profissionais em dois Centros de Atenção Psicossocial. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 17, n. 2, p.87-98. doi: 10.11606/issn.2238-6149.v17i2p87-98.

Minayo, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; 2008.

OLIVEIRA, F.R.; QUEVEDO, M.P. Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e a construção das Redes de Atenção à Saúde. *In*: SANTOS, M.L.M., KODJAOGLANIAN, V.L.; FERRARI, F.P. (eds.) **O NASF-AB em cena: tecnologias e ferramentas de trabalho no cotidiano das equipes**. Porto Alegre: Rede Unida, p 113-144, 2016.

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. **Saúde Debate**. v.39. n. especial, p. 105-119, 2015. doi: 10.5935/0103-1104.2015S005373

PINTO, D.M.; JORGE, M.S.B.; PINTO, A.G.A.; VASCONCELOS, M.G.F.; CAVALCANTE, C.M.; FLORES A.Z.T. (2011). Projeto Terapêutico Singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto Contexto Enferm**. v.20. n.3, p. 493-302, 2011. doi: 10.1590/S0104-07072011000300010.

QUEVEDO, M.P., & OLIVEIRA, F.R.. O cuidado como uma prática reflexiva. *In*: SANTOS, M. LM; KODJAOGLANIAN, V.L.; FERRARI, F.P. (eds.) **O NASF em cena: tecnologias e ferramentas de trabalho no cotidiano das equipes**. Porto Alegre: Rede Unida, p. 13-50, 2016.

SANTANA, J.S.; AZEVEDO, T.L.; REICHERT, A.P.S.; MEDEIROS, A.L.; SOARES, M.J.G.O. (2015). Núcleo de apoio à saúde da família: atuação da equipe junto à estratégia saúde da família. **Rev. fundam. Care**, 7(2), 2362-2371. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=5057/505750946015>

SHIMIZU, H.E.; FRAGELLI, T.B.O. (2016). Competências Profissionais Essenciais para o Trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista Brasileira de Educação Médica (Online)**, v. 40, n. 2, p. 216-225. doi: 10.1590/1981-52712015v40n2e02702014

SILVA, I.S.; VELOSO, A.L.; KEATING, J.B. (2014). Focus group: Considerações teóricas e metodológicas. **Rev. Lusófona de Educação [online]**, v. 26, n.1, p. 175-190. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rle/n26/n26a12.pdf>