

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Joseires Gleydson Santos Benício de Sá

O PROCESSO DE TRABALHO NO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA
E ATENÇÃO BÁSICA

João Pessoa

2020

Joseires Gleydson Santos Benício de Sá

**O PROCESSO DE TRABALHO NO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA
E ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal da Paraíba.

Orientador: Dr. Geraldo Eduardo Guedes de Brito

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Atenção e gestão do cuidado em saúde

João Pessoa

2020

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

S111p Sá, Joseires Gleydson Santos Benicio de.

O processo de trabalho no Núcleo Ampliado de Saúde da
Família e Atenção Básica / Joseires Gleydson Santos
Benicio de Sá. - João Pessoa, 2020.
63 f.

Orientação: Geraldo Eduardo Guedes de Brito.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Saúde da família. 2. Atenção Primária à Saúde. 3.
Trabalho. 4. Relações inter. I. Brito, Geraldo Eduardo
Guedes de. II. Título.

UFPB/BC

CDU 614(043)

Joseires Gleydson Santos Benício de Sá

**O PROCESSO DE TRABALHO NO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA
E ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde, Universidade Federal da Paraíba.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Geraldo Eduardo Guedes de Brito (Presidente/ Orientador)
Universidade Federal da Paraíba - UFPB

Prof. Dr. Franklin Delano Soares Forte (Membro Titular)
Universidade Federal da Paraíba - UFPB

Profa. Dra. Adriane Pires Batiston
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

João Pessoa-PB.

Dedico este trabalho a todos os profissionais da Atenção Básica em especial aos Núcleos de Apoio a Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), que diariamente, doam seu tempo para direta e indiretamente, reduzir a dor e o sofrimento de pessoas que necessitam de apoio.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, nosso criador, que nos ilumina e nos protege, sendo guardião nos momentos mais importantes, e nos mostrando que tudo há seu tempo.

A minha companheira Maisa que sempre esteve presente nos momentos difíceis de ausência, sempre cuidando bem do nosso filho João Guilherme, uma dádiva que nos foi concebida durante as aulas desta gloriosa qualificação.

À família, meus pais, irmãos, tios (as), por acreditarem e me incentivarem na realização de mais uma etapa na vida.

Ao professor, orientador, verdadeiramente um Mestre, Eduardo, pelo entendimento, a empatia, as fortes lições de vida, a paciência e o respeito com que sempre nos tratou, demonstrando o quão grandioso e exemplar ser humano és.

Aos professores Kátia e Robson que contribuíram para a construção e aprimoramento deste trabalho.

Aos meus colegas da turma do mestrado que fortalecendo coletivamente as nossas esperanças, tornaram esse momento possível, fazendo-me acreditar que sim, é possível conseguir nossos objetivos, principalmente quando não estamos sós.

Aos profissionais e amigos que compartilham saberes comigo diariamente, fazendo com que este profissional se torne mais exemplar cada dia mais, a cada nova lição aprendida.

Ao amigo enfermeiro Augusto José, que nos auxiliou no processo de pesquisa deste trabalho, desempenhando suas funções com responsabilidade e amor ao próximo.

Aos profissionais do NASF-AB do município de João Pessoa-PB, por participarem dessa pesquisa, disponibilizando seu tempo para que pudessem compartilhar conosco essas informações valiosas na construção deste trabalho.

RESUMO

O Núcleo de Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-AB, surge no Sistema Único de Saúde com a proposta de ampliar o escopo de ações da Atenção Básica brasileira, através de uma lógica que segue os preceitos da interprofissionalidade. Assim este trabalho de conclusão de mestrado tem por objetivo analisar o processo de trabalho do NASF-AB em uma capital do nordeste nessa realidade de trabalho. Sendo realizada uma pesquisa exploratória e descritiva com abordagem qualitativa, com quatro diretores de distritos sanitários e nove trabalhadores do NASF-AB. Os dados foram coletados através de entrevistas em profundidade e submetidos à análise de conteúdo. Como resultados surgiram duas categorias: “O papel do NASF-AB”; e “O fazer do NASF-AB”. Concluiu-se que os participantes compreendem que o trabalho na Atenção Básica como um todo, deve ser pautado pela interprofissionalidade, e que o NASF-AB é importante para a promoção da saúde, de forma que é essencial a manutenção dos mesmos para assegurar de forma efetiva e de qualidade para a população.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Trabalho; Relações interprofissionais.

ABSTRACT

The Center for Extended Family Health and Primary Care - NASF-AB, appears in the Unified Health System with the proposal to expand the scope of Brazilian Primary Care actions, through a logic that follows the precepts of interprofessionality. Thus, this article aims to analyze the work process of NASF-AB in a capital of northeastern Brazil in this work reality. An exploratory and descriptive research with a qualitative approach was carried out, with four health district directors and nine NASF-AB workers. Data were collected through in-depth interviews and submitted to content analysis. The results suggest two categories: The role of NASF-AB; and NASF-AB's doing. It was concluded that the participants understand that the work in Primary Care as a whole, must be guided by interprofessionality, and that the NASF-AB is important for health promotion, so that it is essential to maintain them to ensure a promotion effective and quality health care for the population.

Key-words: Primary Health Care, Trabalho; Interprofessional Relations.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2.1.1 Objetivo Geral.....	11
2.1.2 Objetivos específicos	11
3 REVISÃO DE LITERATURA	12
4 MÉTODO	21
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
ARTIGO ORIGINAL.....	25
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
APÊNDICES	54
APÊNDICE 1- ROTEIRO DA ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE	54
APÊNDICE 2- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	56
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	56
ANEXOS.....	58
ANEXO 1 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	58

1 INTRODUÇÃO

Com vistas à reorientação assistencial do sistema de saúde brasileiro, por meio da Atenção Básica (AB), foi instituído em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente, denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF, desde a sua criação busca promover o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, de forma integral e contínua. É definida organização prioritária para expansão e consolidação da AB no Brasil, tendo em vista sua centralidade na reordenação da rede de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017).

Diversos impactos positivos podem ser verificados com a implantação da ESF, como por exemplo, a diminuição da mortalidade infantil e a ampliação da cobertura vacinal. Porém, a ampliação do acesso aos serviços de saúde promovida pela ESF descortinou diversas demandas para o Sistema Único de Saúde. Assim, tornou-se evidente a necessidade da inserção de outras categorias profissionais no âmbito da AB, com vistas à integração e suporte das ações desenvolvidas pela ESF, de forma articulada com a rede de atenção à saúde (BRASIL, 2014).

Assim, no ano de 2008, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), posteriormente denominados Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica - NASF-AB (BRASIL, 2017), que compartilhando as práticas profissionais, deveria produzir cuidado interprofissional e integral. Com uma nova propositura de fortalecer e ampliar as ações da Estratégia de Saúde da Família (ESF), o NASF-AB busca na integralidade uma forma de trazer resolutividade aos problemas de saúde dos usuários do sistema de saúde público brasileiro (ACIOLE, 2017).

Um dos caminhos para que o NASF-AB alcance seus objetivos é a adoção do trabalho colaborativo, ou interprofissional. Costa (2016) aponta que tal estratégia é capaz de contribuir para o fortalecimento dos serviços prestados com consequente impactos positivos nos indicadores de saúde da população. Ademais, elas proporcionam elevados níveis de segurança aos pacientes, reduzem os erros diagnósticos e de conduta e os custos do setor saúde. Porém, os sistemas de saúde mundiais enfrentam, atualmente, o desafio de alterarem uma lógica de produção de cuidado por equipes multiprofissionais para a orientada pela colaboração interprofissional.

O presente Trabalho de Conclusão de Mestrado (TCM) fundamenta-se na importância de se desvelar a percepção dos profissionais e gestores do NASF-AB e distritos

sanitários acerca de seu processo trabalho. Assim, pretendeu-se contribuir para o reconhecimento das potencialidades e fragilidades do trabalho do NASF-AB com vistas à construção do cuidado integral aos usuários adscritos à AB.

A partir da seguinte pergunta condutora: “Como é o processo de trabalho do NASF-AB no município de João Pessoa-PB?”, conduziu-se este estudo, visando a geração de conhecimentos que subsidiem debates acerca do funcionamento do NASF-AB e a interlocução com a ESF. Espera-se que assim sejam impulsionadas reflexões sobre os cuidados prestados por estas equipes e da importância da manutenção e da institucionalização do NASF-AB no território nacional.

2 OBJETIVOS

2.1.1 Objetivo Geral

Analisar o processo de trabalho no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), na perspectiva de gestores e trabalhadores em uma capital do nordeste do Brasil.

2.1.2 Objetivos específicos

- a) Caracterizar o processo de trabalho do NASF-AB a partir da percepção trabalhadores e gestores municipais;
- b) Identificar potencialidades e fragilidades do processo de trabalho do NASF-AB a partir da percepção trabalhadores e gestores municipais;
- c) Discutir o processo de trabalho no NASF-AB à luz da Interprofissionalidade.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A Constituição Federal Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988) representa uma importante conquista do movimento da Reforma Sanitária. Neste sentido, de acordo com Santos e Teixeira (2016) o movimento da Reforma Sanitária nos anos 1970 serviu como base para um projeto político de organização do sistema de saúde no Brasil. Como conquista deste movimento, foi introduzido no texto da nova Carta Magna, o art. 196 com a seguinte redação:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 118-119).

Dois anos após a promulgação da Constituição Federal brasileira 1988, a lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 foi criada dispondo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Era instituído assim o Sistema Único de Saúde (SUS), onde a universalização do acesso aos serviços de saúde estava garantida, rompendo com o modelo até então vigente e trazendo para a população um sistema de saúde público universal, onde a administração era organizada a partir de cada esfera do poder executivo - municipal, estadual e federal (BRASIL, 1990).

Logo, pode-se afirmar que o SUS é um arranjo organizacional do Estado que se propõe a efetivar a política de saúde no Brasil. A ele cabe a missão de transformar os seus princípios e diretrizes em ações. Esses princípios doutrinários que, são indissociáveis e complementares da ideologia e lógica do sistema de saúde alinham-se aos conceitos de bem-estar social e de racionalidade organizativa. Os princípios doutrinários que visam legitimar o sistema são a universalidade, a integralidade e equidade. As diretrizes organizativas são a descentralização, a regionalização, a hierarquização dos serviços e a participação popular (VASCONCELOS, PASCHE, 2016; BRASIL, 1988; PAIM, 2008).

A universalidade é entendida como um direito de acesso à saúde por todo e qualquer indivíduo de forma gratuita, independente de raça, sexo, ocupação, religião ou outras características sociais. A integralidade se refere à visão do indivíduo como um todo, onde suas necessidades devem ser atendidas. Já a equidade significa que se deve maximizar a

igualdade entre todos, observando assim as peculiaridades dos indivíduos, ou seja, tratando desigualmente os desiguais.

No SUS, os serviços de saúde são organizados em níveis crescentes e definidos a partir de uma determinada área geográfica, o que é estabelecido como regionalização e hierarquização. O compartilhamento de responsabilidades é realizado entre as três esferas de governo com ênfase na municipalização dos serviços e ações de saúde trata-se da diretriz organizativa da descentralização. A Participação Popular trata-se de uma ferramenta para que as tomadas de decisão referentes ao sistema de saúde sejam edificadas a partir da colaboração de todos, por meio da democracia participativa onde os cidadãos brasileiros exercem influência na definição e execução da política de saúde (DA SILVEIRA JÚNIOR, 2015; VASCONCELOS, PASCHE, 2016).

De acordo com Souza e Costa (2010), mesmo após mais de 20 anos de sua criação, o SUS apresenta dificuldades em efetivar o que está prescrito em todo o seu arcabouço ideológico e legal. Dentre estes desafios destaca-se a necessidade de novas práticas produtoras de cuidado que rompam com o modelo curativista e que materialize os princípios e diretrizes do SUS em ações resolutivas e humanizadas. Assim a mudança na organização do sistema de saúde demanda também reflexões acerca do processo de trabalho em saúde.

O trabalho pode ser sintetizado como um conjunto de ações que são realizadas por seres humanos, a partir da mobilização de esforços intelectuais e físicos, visando a transformação da natureza ou a forma da matéria e/ou organismo (BRITO, 2016). De acordo com Peduzzi e Schraiber (2009), o conceito de processo de trabalho em saúde se refere ao estudo dos processos de trabalho específico das diferentes áreas que compõe o campo da saúde, além daqueles, atenção à saúde, gestão em saúde, modelos assistenciais, trabalho em equipe de saúde, cuidado em saúde entre outros.

Vale destacar que o processo de trabalho em saúde não se diferencia de nenhum dos outros, portanto, também foi influenciado pelos traços da sociedade moderna que por um lado permitiram o avanço do conhecimento no sentido de preservar a vida, mas, de outro, perpetuaram a fragmentação do indivíduo e de suas próprias necessidades como objetos de trabalho em saúde (SOUZA, 2010). Em síntese, trata-se da forma como os serviços de saúde se organizam e como os profissionais operacionalizam a produção do cuidado, o que sugere ser o reflexo do cotidiano do trabalho em saúde.

De acordo com Cecílio e Lacaz (2012), o trabalho em saúde pode ser conceituado como aquele que cuida, que produz o cuidado. Conforme destacado pelos autores, independentemente de onde se é executado e de seu grau de complexidade, a finalidade de

todo trabalho em saúde resulta em cuidado. Para Pinheiro (2008), *“cuidado é um modo de fazer na vida cotidiana que se caracteriza pela atenção, responsabilidade, zelo e desvelo com pessoas e coisas em lugares e tempos distintos de sua realização”*. Essa autora avança na definição de cuidado em saúde ao assumir que ele não se trata apenas simples procedimento técnico ou um nível de atenção, mas sim de uma ação produtora de cuidado integral que assume como finalidade a compreensão de saúde como direito de ser. Em síntese, por meio de relações interpessoais (profissionais de saúde e usuários) promove-se o tratamento, o respeito, o acolhimento de um sujeito em sofrimento com vistas à qualidade e resolutividade dos problemas em saúde.

Ayres (2017), apresenta três importantes questões a serem consideradas ao se discutir o cuidado. A primeira delas se refere ao fato dele revelar como seres humanos entendem e manejam as experiências do cotidiano. Avança na discussão ao circunscrever que esse entendimento e manejo é construído a partir de interações subjetivas e que valorizar o cuidado já se configura como uma forma de buscar apreender e lidar com essa intersubjetividade.

Neste sentido, Mendes-Gonçalves (1992) afirma que o trabalho em saúde não possui em sua materialidade nenhum objeto e necessidade “natural”. O objeto e a finalidade do trabalho em saúde são dimensões intrínsecas do ser humano e social e historicamente determinados. Para este mesmo autor, o trabalho em saúde é um meio pelo qual algo será transformado em algo pensado, o produto, por meio da utilização de instrumentos e força de trabalho, atendendo as generalidades e individualidades do ser humano.

A partir do exposto é possível afirmar que a finalidade do trabalho em saúde é a produção do cuidado para atender as necessidades em saúde dos indivíduos. Cecílio (2009), afirma que as necessidades em saúde podem ser compreendidas a partir de uma taxonomia organizada em quatro dimensões. A primeira dimensão traz a inclusão, como um dos fatores de causalidade do processo saúde-doença o ambiente, ou seja, fatores externos o qual o autor denomina de ter “boas condições de vida”. Uma segunda dimensão das necessidades em saúde diz respeito a necessidade de se ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida. O terceiro conjunto de dimensões refere-se à criação de vínculos entre usuários e profissionais de saúde. A quarta dimensão diz respeito à necessidade de autonomia no modo de levar a vidas das pessoas.

Para Brito, Mendes e Santos Neto (2018) no trabalho em saúde, o objeto é o usuário ou grupos populacionais que, por meio da produção do cuidado nos serviços de saúde mediada pelo uso das tecnologias, transformam-se de acordo com a finalidade do trabalho, que é atender as necessidades em saúde. Aqui cabe destacar a classificação de tecnologias de

trabalho proposta por Merhy. As tecnologias leves são aquelas associadas à criação de vínculos, acolhimento e gestão, como por exemplo, a escuta qualificada. As tecnologias leves seriam os conhecimentos estruturados e mobilizados de forma articulada para a produção do cuidado e as duras, as máquinas, normas e estrutura organizacional (MERHY, 1997).

No contexto de mudanças do paradigma assistencial, a Atenção Primária à Saúde, que no Brasil é chamada de Atenção Básica, ocupa lugar de destaque. A partir da sua criação, o SUS, a organização do Sistema tem sido buscada ao longo do tempo, e dessa forma, vários métodos de estruturação foram adotados, objetivando a garantia dos princípios e diretrizes.

Atualmente, a estruturação do sistema nacional de saúde brasileiro se dá por meio das Redes de Atenção à Saúde – RAS (BRASIL, 2010), que são consideradas ferramentas para reestruturação dos serviços em saúde, que buscam oferecer uma atenção integral e contínua para todos, devendo ter a coordenação pela atenção primária à saúde (ARRUDA, 2015). A portaria nº 4.279 do Ministério da Saúde, ainda institui como centro de regulação de toda a rede a APS que em síntese seria a porta de entrada para todo o sistema de saúde em funcionamento de forma integral, conforme apresentado no fragmento a seguir (BRASIL, 2010, p.11):

A Atenção Primária à Saúde é o centro de comunicação da RAS e tem um papel chave na sua estruturação como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado. Para cumprir este papel, a APS deve ser o nível fundamental de um sistema de atenção à saúde, pois constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e significa o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção. Deve exercer um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

No Brasil, o modelo preferencial de organização da Atenção Básica é a Estratégia Saúde da Família. O início de sua implantação foi no ano de 1994, com o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente, denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF tem

como objetivo promover o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, de forma integral e contínua e considerada prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica no Brasil, tendo em vista sua centralidade na reordenação da rede de atenção à saúde no SUS (BRASIL, 2017, 2012).

Indiscutivelmente, muitos foram os avanços e as conquistas nas melhorias das condições de vida e saúde da população brasileira, atribuídos à ESF, como por exemplo, a diminuição da mortalidade infantil. Porém, ao considerarmos a concepção de atenção integral à saúde e a efetivação de ações interprofissionais, elas ainda se encontram longe de serem concretizadas. Assim, visando ampliar o escopo das ações de saúde e a resolubilidade da Atenção Básica, o Ministério da Saúde criou por meio da portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), atualmente denominados Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-AB. A equipe NASF-AB atua conjuntamente com os profissionais da Estratégia de Saúde da Família e da Atenção Básica na redefinição, qualificação e resolutividade das necessidades de saúde da população adscrita, assim como na reordenação das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2014, 2017).

O NASF-AB é formado por equipes multiprofissionais que possuem em sua composição diversos profissionais com diferentes profissões e especialidades. De acordo com a nova Política Nacional de Atenção Básica, que foi publicada na Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017, as equipes do NASF-AB poderão ser compostas pelos seguintes profissionais:

Poderão compor os NASF-AB as ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO na área de saúde: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas conforme normativa vigente. A definição das categorias profissionais é de autonomia do

gestor local, devendo ser escolhida de acordo com as necessidades do territórios. (BRASIL, 2017, p.11)

Estes profissionais habilitados para atuar no NASF-AB, devem compartilhar saberes, bem como as práticas de gestão do cuidado, trabalhar de forma horizontal e interdisciplinar garantindo uma maior longitudinalidade nos serviços prestados à população. Não são constituídos de unidades físicas independentes ou especiais, bem como não possuem o livre acesso para atendimento individual ou coletivo, devendo tais atendimentos ser regulados pela equipe de Saúde da Família ou Atenção Básica (BRASIL, 2014; BRASIL, 2017; ACIOLE, 2017).

O objetivo de se ter uma implementação do NASF-AB nos municípios brasileiros é voltado para que se tenha um aumento progressivo da resolutividade e da qualidade da Atenção Básica, obtendo-se uma ampliação nas ofertas de cuidado, intervindo nos problemas e nas necessidades em saúde da população seja de forma individual ou coletiva. Dessa forma a capacidade de cuidado de toda equipe é redimensionada, sendo enriquecida pelas experiências profissionais mais variadas possíveis que são compartilhadas entre os integrantes da equipe que em um processo interdisciplinar progressivo efetivará a resolução dos problemas de saúde da população. (BRASIL, 2012; BRASIL, 2014)

Para que as equipes tenham êxito nos seus objetivos os profissionais do NASF-AB como corresponsáveis do cuidado em saúde da população, devem seguir alguns conceitos norteadores que embasam a prática profissional como: a territorialização e responsabilidade sanitária, o trabalho em equipe, a integralidade e a autonomia dos indivíduos e coletivos. Para atingir os objetivos propostos as equipes poderão atuar considerando o ciclo de vida da população adstrita ao seu território considerando a realidade socioeconômica e a epidemiologia do local articuladas com o planejamento das demais equipes que estão sendo apoiadas. O NASF-AB traz dentre o escopo de sua funcionalidade vários instrumentos para a melhoria dos serviços em saúde ofertados para a população, tais atividades como: discussão de casos individuais, familiares ou comunitários, diagnóstico das necessidades e demandas, elaboração de propostas e ações de monitoramento (BRASIL, 2014).

Partindo então do pressuposto de que o NASF-AB é uma estratégia que surge no âmbito do SUS, com um arranjo voltado para apoiar as EqSF na execução de suas ações, aumentando sua abrangência, alcançando a resolutividade e qualidade nos serviços ofertados, percebe-se a ocorrência de modificações no processo de trabalho na AB, que acarretaram na implementação de novas estratégias de trabalho, baseadas na corresponsabilização e

compartilhamento das ações entre as equipes NASF-AB e EqSF que devem ser desenvolvidas e planejadas entre si (JESUS et al., 2018).

Assim é evidente que a compreensão do processo de trabalho do NASF-AB é de extrema importância para a resolutividade na AB, mas o que se nota na realidade é que o entendimento do processo de trabalho do NASF-AB ainda não é totalmente claro e apropriado pelos profissionais do próprio NASF-AB, da ESF e nem pelos usuários, fazendo-se necessário uma maior e melhor integração entre eles, com vistas à qualidade e à efetividade do trabalho nesse nível de atenção (LEITE; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2016).

Segundo Santos et al., 2017, para tanto, a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho dos NASF-AB dependem de estratégias/ferramentas técnicas do trabalho, que são elas: Apoio Matricial, Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Projeto de Saúde no Território (PST), definidas por esses autores da seguinte forma:

- O Apoio Matricial é a principal ferramenta tecnológica do NASF-AB, apresentando duas dimensões: uma de suporte assistencial e outra técnico-pedagógica. A primeira visa produzir ação clínica direta junto aos usuários. A segunda desenvolve ação de apoio educativo com e para a equipe como a elaboração de material de apoio ao trabalho, conforme o modelo interdisciplinar de atuação, em uma lógica de ação com diferentes focos vistos como partes integrativas e complementares.
- A Clínica Ampliada busca a interação nos âmbitos da equipe ESF e da intersetorialidade visando à integralidade por meio do potencial dos diferentes saberes, valorizando a escuta, o compartilhamento e ampliação do objeto de trabalho com mecanismos de suporte ao profissional.
- O Projeto Terapêutico Singular se constitui de um conjunto de condutas terapêuticas articuladas para cada sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar e, se necessário, com apoio matricial.
- O Projeto de Saúde no Território (PST) possui por finalidade desenvolver ações efetivas na produção da saúde em um território, articulando os serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais, de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia das comunidades de modo a fortalecer a integralidade. Esse projeto deve possuir um processo de reuniões periódicas, envolvendo todos os atores para avaliar, refletir e corrigir linhas de ação.

Esse escopo de estratégias/ferramentas de atuação do NASF-AB, é o que confere o caráter inovador de seu processo de trabalho, reafirmando sua importância para o SUS. Entretanto, analisando a organização e gestão do processo de trabalho destaca-se a existência de descompasso do trabalho prescrito (delineado com base nas diretrizes e normas que regulamentam a implantação e funcionamento das equipes) em relação ao trabalho efetivamente realizado. Diversos determinantes interferem nesse processo, impondo adequações na execução das atividades dos NASF-AB, com base no perfil técnico e relacional dos profissionais em sua articulação com a ESF, nas condições reais de trabalho nas unidades de saúde, nas necessidades de saúde do território e de apoio das equipes de referência. Assim, os modos como se organiza o trabalho no NASF-AB podem ser diferentes a depender do contexto no qual está inserido (MACEDO et al., 2016).

Desse modo é possível apontar desafios para a afirmação das competências do NASF-AB para a consolidação da sua proposta de modelo assistencial, mesmo que essas competências construídas no seu processo de trabalho evidenciem avanços nas práticas e tenham potenciais não apenas para ampliar a capacidade da AB, mas também para contribuir no alcance da integralidade da atenção. Tornando-se necessário a construção de trabalho compartilhado com ênfase nas ações coletivas, bem como a efetiva pactuação do trabalho e articulação entre NASF-AB e ESF, para assim romper com os modelos convencionais de cuidados, voltados para assistência curativa, especializada, fragmentada; visando a construção de um processo de trabalho centrado na responsabilização e gestão integrada do cuidado (MACEDO et al., 2016; SHIMIZU; FRAGELLI, 2016; SOUZA; MEDINA, 2018).

É evidente que esses dois pontos da Atenção Básica (ESF e NASF-AB) da Rede de Atenção à Saúde devem proporcionar o cuidado por meio de práticas interprofissionais, devido à complexidade das necessidades de saúde que são postas nesse nível de atenção à saúde. Elas podem ser entendidas como ações orientadas pela interação entre os trabalhadores de diferentes núcleos de conhecimento com um objetivo comum - o de integralizar a atenção à saúde - e se configuram como práticas participativas e de relacionamentos pessoais mútuos e recíprocos entre os integrantes das equipes (nesse caso, entre a EqSF, entre a equipe do NASF-AB e entre as EqSF e as do NASF-AB).

Pode ser definido como trabalho interprofissional aquele em que a prática dos profissionais do setor de saúde é operacionalizada por meio do trabalho compartilhado e colaborativo com vistas a atender às necessidades de usuários individuais e coletivos (ESCALDA, PEREIRA E CYRINO, 2017; REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2016; MERHY, FRANCO, 2009; D'AMOUR, FERRADA-VIDELA, 2005). A prática

interprofissional inclui o trabalho clínico e o não clínico relacionados à saúde, como diagnóstico, tratamento, vigilância, educação e promoção da saúde, gestão, entre outros (WHO,2010).

O trabalho interprofissional baseia-se em uma construção coletiva, por meio de um constante processo de comunicação e de tomada de decisões, que contribuem para que os conhecimentos e as habilidades de diferentes núcleos profissionais se materializem por meio da produção do cuidado de forma associada (ESCALDA, PEREIRA E CYRINO, 2017; REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2016; MERHY, FRANCO, 2009; D'AMOUR, FERRADA-VIDELA, 2005). A interprofissionalidade também proporciona uma atenção à saúde mais segura, efetiva e integral e utiliza os recursos de forma racional, responsável e eficaz para atender às necessidades práticas específicas da população e proporcionar os melhores cuidados primários à saúde (WHO, 2010).

A partir do exposto, estudos que investiguem a interprofissionalidade no âmbito da ESF e do NASF-AB podem contribuir para se identificar os elementos potencializadores e os que representam barreiras para sua efetivação e oferecer subsídios para o planejamento de ações no campo da gestão do trabalho da AB (MATUDA et al., 2015). Podem, ainda, dar visibilidade à dinâmica da complexidade do trabalho em saúde, considerando as dimensões das práticas interprofissionais para fortalecer e consolidar a integralidade da saúde em substituição ao trabalho individualizado por categoria profissional (ESCALDA, PEREIRA E CYRINO, 2017).

Logo, é consensual que a Atenção Básica, onde o NASF-AB é inserido, deve proporcionar cuidado por meio das práticas interprofissionais, devido à complexidade das necessidades de saúde que são postas nesse nível de atenção à saúde, com práticas orientadas pela interação entre trabalhadores de diferentes núcleos de conhecimento almejando um objetivo comum: integralizar. Assim, o processo de trabalho deve se configurar como práticas participativas e de relacionamentos pessoais mútuos e recíprocos entre os integrantes das equipes.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Para que os objetivos deste estudo fossem atingidos, optou-se pelo uso do método qualitativo, em um estudo de caso. O estudo de caso é uma modalidade de pesquisa amplamente utilizada na atualidade e permite, entre outros aspectos, aprofundar, por meio do amplo e detalhado conhecimento, uma determinada realidade (GIL, 2017). A abordagem qualitativa tem sua afirmação no campo do simbolismo e da subjetividade, assim a compreensão das relações e atividades humanas com seus devidos significados se tornam diferentes do agrupamento de fenômenos. Neste método há uma espécie de aproximação íntima entre o sujeito e o objeto, tratando com empatia os motivos, intenções, projetos dos envolvidos, trazendo significado para ações, estruturas e relações. Tal abordagem elabora teorias, métodos e princípios tomando direções privilegiadas. A abordagem qualitativa trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões, aprofundando a complexidade de fenômenos de seus respectivos grupos (MINAYO, 2015).

4.2 CAMPO DE ESTUDO

O presente estudo foi realizado na cidade de João Pessoa, O município de João Pessoa, capital do estado da Paraíba, conta com uma área territorial de 211 Km². Situado no litoral do nordeste brasileiro.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a capital paraibana possui um total de 809.015 habitantes como população estimada para o ano de 2019, entre os quais 46,68% são homens e 53,32% são mulheres. É constituído por 65 bairros, dentre os quais se destaca o bairro de Mangabeira como o mais populoso, com aproximadamente 67 mil habitantes, representando 11% da população do município (IBGE, 2009).

No âmbito dos serviços de saúde, o município disponibiliza um total de 446 estabelecimentos de saúde, distribuídos da seguinte forma: 30 hospitais (incluindo hospitais

públicos, privados e filantrópicos, totalizando a oferta de 2.987 leitos para internação), 305 unidades ambulatoriais, 95 centros de saúde, 10 ambulatórios e 6 postos de assistência médica (IBGE, 2009).

No que se refere à atenção básica, a rede de serviços de saúde de João Pessoa dispõe de 180 Unidades de Saúde da Família (USF), organizadas e gerenciadas por intermédio dos distritos sanitários. O município está dividido em cinco distritos, sendo cada um deles responsável pelo gerenciamento das atividades de saúde executadas em seus respectivos territórios. Seguindo uma estrutura organizacional, tais distritos são gerenciados pela Secretaria de Saúde do município de João Pessoa, que por sua vez está inserida na rede de assistência do SUS (IBGE, 2009).

4.3 POPULAÇÃO

Foram incluídos nesta pesquisa quatro diretores de distrito sanitário e nove trabalhadores do NASF-AB que dão suporte às Equipes de Saúde da Família do município de João Pessoa-PB. Tentou-se entrevistar o universo dos diretores de distrito sanitário, porém, um deles encontrava-se de férias no período de coleta de dados. Já o número de profissionais do NASF-AB entrevistados obedeceu ao critério de saturação das informações.

O termo *saturação* originalmente descrito por Glaser e Strauss (1967), teve como referência a descrição de um estudo realizado, onde a coleta de novos dados não traria mais esclarecimentos sobre o caso estudado. Para Fusch e Ness, (2015), há uma necessidade de se apresentar uma grande quantidade de dados e riqueza de informações, pois um complementa o outro.

As ferramentas utilizadas para se obter a saturação são de ordem cognitiva, onde a percepção do pesquisador e seu domínio teórico são considerados, dessa forma há uma saturação quando há uma percepção que os novos dados a serem coletados não contribuem mais para a pesquisa, dentre os motivos estão: as questões práticas do processo de pesquisa (tempo disponível, acesso aos pesquisados); por questões ontológicas, quando o material coletado não se pode ser interpretado devido ao referencial teórico insuficiente e por questões cognitivas e dinâmicas psicológicas e culturais do pesquisador e ou dos pesquisados (FONTANELLA, 2008; MINAYO, 2017).

4.4 TÉCNICA DE PESQUISA

De acordo com Cano (2012), as técnicas de pesquisa são as formas padronizadas de coleta e análise de dados, com a mesma finalidade, a de produzir conhecimento válido. Assim, são consideradas um conjunto de processos para que uma ciência obtenha os seus objetivos de forma prática (LAKATOS, 2003). A seguir, é apresentada a técnica de pesquisa para o alcance dos objetivos dessa dissertação.

Para a apreensão do processo de trabalho do NASF-AB foram realizadas entrevistas individuais em profundidade com quatro diretores de distrito sanitário e nove trabalhadores do NASF-AB. Segundo Bardin (2016), tal técnica analisa a comunicação, procurando sentido em mensagens que são perpassadas através da comunicação. Para isso, foi construído um roteiro de entrevista aberto, a partir da revisão de literatura.

Para as entrevistas em profundidade, considerou-se criteriosamente algumas considerações como: (a) as instruções para o entrevistado que deve ser conduzido com clareza; (b) deve-se ter uma condução da entrevista para que não haja constrangimentos; (c) ordenamento das questões deve ser estabelecido afim de que o entrevistado possua capacidade de melhor responder; (d) as perguntas devem seguir um determinado padrão para que as informações possam ser comparadas (GIL, 2008).

A realização da entrevista foi precedida do contato prévio do pesquisador com os sujeitos da pesquisa, quando será agendada a data, local e horário da entrevista. Elas ocorreram em local reservado, protegido de ruídos externos, gravadas em áudio e posteriormente transcritas. O material produzido pelas entrevistas foi analisado por meio da análise de conteúdo, a partir de um olhar interpretativo dos dados, conforme os passos preconizados por Bardin (2012):

- a) Leitura dos materiais;
- b) Identificação e comparação das ideias e dos sentidos de cada resposta;
- c) Definição dos núcleos de sentido (significados atribuídos pelos sujeitos);

d) Criação de hipóteses interpretativas.

Segundo Bardin (2012), o conteúdo a ser analisado deve seguir três fases de ordem cronológica, sendo elas: a pré-análise, onde é realizada a organização propriamente dita, devendo ser precisa, porém admitindo-se flexibilidade na introdução de novos procedimentos, é nessa fase que se realizará a escolha dos documentos a formulação da hipótese e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final; a segunda fase se trata da exploração do material, que se trata da administração sistemática das decisões tomadas, consistindo na operação de codificação, desconto ou enumeração e por fim o tratamento dos dados obtidos e a interpretação, nessa fase os dados obtidos são submetidos a testes de validação ou provas estatísticas.

4.5 Considerações éticas da pesquisa

Foi garantido o anonimato aos participantes da pesquisa, bem como o direito de retirar-se dela 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 (apêndice 2), respeitando os critérios éticos de pesquisa com seres humanos, como orienta a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/CONEP). A pesquisa foi aprovada pelo CEP/CCS/UFPB (parecer nº. 2.140.637 – anexo 1).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os nove trabalhadores do NASF-AB e quatro gestores municipais que participaram deste estudo, a maioria (85,0%) eram do sexo feminino, com média de idade de 40 anos. Com relação à escolaridade, apenas 20% concluíram a graduação há mais de dez anos. Todos possuíam especialização em *lato sensu*, sendo 76% nas áreas afins à Atenção Primária à Saúde.

Com relação à experiência profissional no campo da gestão e da assistência no

NASF-AB, 100% possuíam mais que um ano de experiência acumulada. Além disso, 84 (73%) participantes estavam vinculados à sua atual Equipe de Saúde da Família no momento desta pesquisa há mais de seis meses. O vínculo de trabalho majoritário para o trabalho dos entrevistados foi o de contrato temporário.

A análise do conteúdo do material produzido pela coleta de dados deu origem ao artigo original no qual será apresentado no resultado e discussão.

ARTIGO ORIGINAL

NÚCLEOS AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA E INTERPROFISSIONALIDADE

RESUMO

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-AB, surge no Sistema Único de Saúde com a proposta de ampliar o escopo de ações da Atenção Básica brasileira, através de uma lógica que segue os preceitos da interprofissionalidade. Assim este artigo tem por objetivo analisar o processo de trabalho do NASF-AB em uma capital do nordeste brasileiro e o desenvolvimento da prática da interprofissionalidade nessa realidade de trabalho na perspectiva de gestores e trabalhadores. Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva com abordagem qualitativa, com quatro diretores de distritos sanitários e nove trabalhadores do NASF-AB. Os dados foram coletados através de entrevistas em profundidade e submetidos a análise de conteúdo. Como resultados surgiram duas categorias: O papel do NASF-AB; e O fazer do NASF-AB. Concluiu-se que os participantes compreendem que o trabalho na Atenção Básica como um todo, deve ser pautado pela interprofissionalidade, e que o NASF-AB é importante para a promoção da saúde, de forma que é essencial a manutenção dos mesmos para assegurar uma promoção de saúde efetiva e de qualidade para a população.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Trabalho; Relações interprofissionais.

ABSTRACT

The Center for Extended Family Health and Primary Care - NASF-AB, appears in the Unified Health System with the proposal to expand the scope of Brazilian Primary Care actions, through a logic that follows the precepts of interprofessionality. Thus, this article aims to analyze the work process of NASF-AB in a capital of northeastern Brazil and the development of the practice of interprofessionality in this work reality. An exploratory and descriptive research with a qualitative approach was carried out, with four health district directors and nine NASF-AB workers. Data were collected through in-depth interviews and submitted to content analysis. The results suggest two categories: The role of NASF-AB; and NASF-AB's doing. It was concluded that the participants understand that the work in Primary Care as a whole, must be guided by interprofessionality, and that the NASF-AB is important for health promotion, so that it is essential to maintain them to ensure a promotion effective and quality health care for the population.

Key-words: Primary Health Care; Work; Interprofessional Relations.

INTRODUÇÃO

Atenção Primária a Saúde (APS), que no Brasil é denominada Atenção Básica (AB), possui importância significativa para a efetivação no sistema público de saúde. Espera-se que por meio dela se oportunize o acesso aos serviços, com foco na prevenção e promoção da saúde e consequentemente, se organize e reduza os encaminhamentos para os serviços especializados. A AB é estruturada, preferencialmente, pela Estratégia Saúde da Família (ESF), que possui em sua composição profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, ligadas uma equipe de Saúde Bucal (odontólogo, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal) e, até o ano de 2019, a um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (BRASIL, 2017, 2019; BROCARD, 2018).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) surgiu em 2008, através da portaria nº 154 do Ministério da Saúde sendo posteriormente denominados Núcleos Ampliados de Saúde

da Família e Atenção Básica - NASF-AB (BRASIL, 2017). Possuem o objetivo de aumentar a resolutividade e o escopo das ações da AB. Sua composição está pautada em uma equipe multiprofissional que possui a atribuição de desenvolver atividades conjuntas com as equipes AB, sendo a lógica do apoio matricial e das ações técnico-pedagógicas ou clínico-assistenciais, premissoras da busca pela integralidade do cuidado (SANTOS et al., 2017)

O NASF-AB possui uma previsão de composição por profissionais de diferentes categorias com ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO na área de saúde sendo eles: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas conforme normativa vigente (BRASIL, 2017).

Muitas são as dificuldades descritas na literatura, evidenciando certas limitações no processo de trabalho do NASF-AB a exemplo de um déficit na oferta de Educação Permanente (EP), ausência de planejamento e ainda uma possível desarticulação com as equipes apoiadas. Silva *et al.*, (2019), aponta que há uma falta de investimento principalmente nos municípios de menor porte com relação a EP para as equipes NASF-AB, ainda verificando que a falta de planejamento das ações e fragilidade na integração entre as equipes NASF-AB e ESF, restam por predominar ações individualmente realizadas em detrimento de ações conjuntas, ainda sendo realizado encaminhamento individual por escrito e agendamento de consultas.

Após anos da implementação do NASF-AB no Brasil, avaliar sistematicamente o seu processo de trabalho se faz necessário. Segundo Nascimento et al., (2018), há dificuldades em se incorporar os dispositivos que orientam a atuação na produção do cuidado em saúde, apontando que há diferentes aspectos que contribuem para tal motivo como diferenças regionais, as EqSF e NASF-AB, o processo político municipal, dentre outros. Em determinadas regiões, o processo de trabalho pautado nas ações curativistas e isoladas, faz com que profissionais se isolem em seus núcleos de saber e não contribua colaborativamente na construção de ações conjuntas, não possibilitando a interprofissionalidade. Surge assim a perspectiva, da iniciativa dos próprios profissionais, que através de uma liderança colaborativa em uma perspectiva compartilhada possa incorporar as práticas e saberes de

forma abrangente em uma ótica de compartilhamento no processo de produção do cuidado (PREVIATO, 2017).

A interprofissionalidade pode ser entendida como a colaboração entre membros de duas ou mais profissões (BARR; LOW 2013). Desse modo a interprofissionalidade compreende o desenvolvimento de práticas coesas entre as distintas profissões, com o objetivo de suprir as necessidades de saúde da população, desse modo a colaboração é uma premissa central do trabalho em equipe, de modo que necessita-se que os profissionais queiram trabalhar juntos partilhando do mesmo objetivo (ESCALDA; PARREIRA, 2018).

Recomenda-se a colaboração interprofissional como recurso para o enfrentamento dos problemas do modelo de atenção e da força de trabalho em saúde. No modelo de apoio matricial adotado pelo NASF-AB, há uma tentativa de estabelecer na ESF a lógica da interprofissionalidade no cotidiano do trabalho. Entretanto, observa-se insuficiência de dispositivos organizacionais para apoiar o trabalho compartilhado na ESF.

A inserção da colaboração interprofissional visando reformar o sistema de saúde brasileiro e, mais especificamente, para a APS, não se limita apenas com a implantação de novos dispositivos como o apoio matricial, por meio do NASF-AB, mas também, no desenvolvimento de novas práticas de atenção à saúde que coloquem as necessidades das pessoas e das famílias no centro da produção do cuidado (MATUDA *et al.*, 2015). Neste contexto, o objetivo deste trabalho foi analisar o processo de trabalho do NASF-AB em uma capital do nordeste brasileiro à luz da base conceitual da Interprofissionalidade.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso, descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, desenvolvido em João Pessoa, capital da Paraíba. A produção dos dados foi operacionalizada por meio entrevistas em profundidade com profissionais de equipes NASF-AB e Diretores de Distritos Sanitários. Optou-se pela metodologia qualitativa pois, conforme Gomes e Silveira (2012) eles continuam no campo da saúde coletiva em estudos que pretendem a identificar como os sujeitos sentem, pensam e agem em relação a determinado fenômeno, neste caso, do processo de trabalho do NASF-AB.

Foi elaborado um roteiro de entrevista aberta composto por questões que

caracterizavam os participantes e seu processo de trabalho de maneira geral. Essas entrevistas visavam aprofundar a compreensão do objeto deste estudo. A escolha dos trabalhadores do NASF-AB ocorreu aleatoriamente. Eram sorteadas Unidades de Saúde da Família e a partir delas, os trabalhadores do NASF-AB que a apoiavam eram convidados a participarem do estudo. Houve a tentativa de entrevistar todos os cinco diretores de distrito sanitário do município, porém, um deles encontrava-se em licença. Para a definição do número de participantes para as entrevistas com os trabalhadores do NASF-AB foi adotado o critério de saturação das informações (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

A coleta de dados ocorreu no período de setembro de 2018 a janeiro de 2019. Na primeira fase do estudo, foram realizadas entrevistas individuais com os participantes intencionalmente com quatro Diretores de Distrito Sanitário. A segunda fase consistiu na realização de entrevistas individuais com nove trabalhadores do NASF-AB de cinco Equipes de Saúde da Família-EqSF (uma de cada Distrito Sanitário).

Foram então realizadas treze entrevistas em profundidade, com média de duração de sessenta minutos cada, por um mesmo pesquisador devidamente treinado, no local de trabalho dos participantes, em ambiente reservado, gravadas em áudio, transcritas e submetidas à validação. Foi realizada a leitura das transcrições simultaneamente à audição das gravações para identificação dos possíveis erros da transcrição por um sujeito não envolvido no estudo.

O tratamento dos dados foi realizado por meio da análise do conteúdo, conduzida por um olhar interpretativo do material produzido. Para isso, as transcrições das entrevistas passaram pelos processos de: pré-análise (leitura flutuante do material final e elaboração de indicadores iniciais), exploração do material (definição de categorias e identificação das unidades de registro), tratamento dos resultados, inferência e interpretação (condensação e definição das informações para análise, análise reflexiva e crítica dos resultados), conforme preconizado por Bardin (2016).

Foi garantido o anonimato aos participantes da pesquisa, bem como o direito de retirar-se dela 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 (CNS/CONEP). A pesquisa foi aprovada pelo CEP/CCS/UFPB (parecer no. 2.140.637). Os trabalhadores do NASF-AB foram identificados neste artigo pela letra T e os diretores de distrito pela letra G e numerados aleatoriamente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da análise do material produzido emergiram duas categorias: 1) o papel do NASF-AB e 2) o fazer do NASF-AB. A primeira categoria desvelou a percepção dos entrevistados quanto à função do NASF-AB na rede de atenção à saúde e a segunda, as ações que efetivamente são realizadas nos territórios. Essas categorias são apresentadas e discutidas a seguir.

O papel do NASF-AB

Foi possível identificar, que tanto os profissionais quanto os gestores entrevistados conheciam o papel do NASF-AB e da ESF, tanto enquanto políticas, quanto de núcleos profissionais que os compõe, dentro da rede de atenção à saúde. Para eles, o NASF-AB desempenha o papel de prestar apoio, tanto assistencial quanto gerencial às equipes de Atenção Básica do município, com vistas à ampliar e qualificar o escopo de ações da AB, tendo como centro, as necessidades dos usuários.

Este apoio caracterizou-se não pela oferta de serviços isolados pelo NASF-AB, mas sim, pela qualificação pelo NASF-AB das ações desenvolvidas pelas EqSF. Assim, este resultado sugere que o processo de trabalho do NASF-AB orienta-se pela concepção de trabalho interprofissional.

O papel do NASF é dar um apoio tanto assistencial a equipe de atenção básica, e somos referência a dar um suporte tanto na assistência, como gerenciamento. É utilizar estratégias e inovação em modalidades de saúde, para complementar os cuidados da atenção básica junto com as equipes. T1

Não porque o nosso objetivo é centrado no usuário, não é? Então a gente trabalha muito em parceria, o NASF e apoia a saúde da família. Aí a saúde da família também não atua assim sozinha. É a equipe NASF e Saúde da Família que atuam juntas. Assim, não tem uma

equipe vencedora, todos são vencedores. T4

Bem, basicamente é o que aqui tá preconizado, né? Dar um apoio à equipe de Saúde da Família. G2

Nas últimas décadas é notável, em escala global, uma transformação nos padrões de morbimortalidade, marcada por uma transição demográfica acelerada acompanhada de uma transição epidemiológica singular. Dessa forma as dinâmicas e complexas necessidades de saúde da sociedade atual exigem cada vez mais dos serviços de saúde e de seus profissionais, de modo que o modelo de sistema de saúde fragmentado e voltado para condições agudas não é mais suficiente para atender tais demandas (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; MENDES, 2011).

Esse cenário revela a necessidade de promover mudanças na dinâmica da produção de saúde nos serviços, objetivando o fortalecimento do trabalho colaborativo nos diversos cenários, aperfeiçoando o efetivo trabalho em equipe e melhorando a qualidade da atenção à saúde das populações. Necessitando-se de uma abordagem integrada, centrada no usuário, com forte colaboração entre as diferentes categorias profissionais e setores envolvidos (COSTA, 2017).

Como resposta para tais problemáticas surge a proposta de trabalho interprofissional em saúde, compreendido como a prática dos profissionais do setor de saúde operacionalizada por meio do trabalho compartilhado e colaborativo com vistas a atender às necessidades de usuários individuais e coletivas. A prática interprofissional inclui o trabalho clínico e o não clínico relacionados à saúde, como diagnóstico, tratamento, vigilância, educação e promoção da saúde, gestão, entre outros (ESCALDA; PARREIRA, 2018; REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018; MERHY; FRANCO, 2009; D'AMOUR ET AL, 2005).

O trabalho interprofissional colaborativo tem sido recomendado mundialmente para a melhoria da qualidade assistencial e como alternativa para recomposição dos trabalhos especializados, pois é mais abrangente, tem melhor qualidade e é mais efetiva na assistência à saúde. É um complexo processo, no qual os profissionais com formações distintas associam-se e compartilham expertise, conhecimento e habilidade com o propósito de prover um cuidado que tenha impacto na saúde dos indivíduos. Assim emerge a necessidade de trabalho colaborativo interprofissional para o alcance da assistência holística, centrada no usuário, com custo e qualidade adequados (GABOURY et al., 2009; REEVES, 2013).

Partindo-se então da concepção de que áreas profissionais de saúde possuem processos

de trabalho peculiares mediados pelo encontro entre usuários e profissionais de saúde e o uso de intervenções técnicas. O trabalho em equipe, por sua vez, consiste em uma modalidade de trabalho coletivo que se desenvolve no cotidiano de encontros e diálogos entre pares em busca das articulações necessárias à integração de suas ações no ato de cuidar (PEDUZZI, 2018).

Nos serviços de saúde, da mesma forma que podem ser definidas competências para cada indivíduo, em cada processo de trabalho, também, podem ser definidas competências para as equipes e para a instituição como um todo. Nesta perspectiva, com o objetivo de nortear a prática bem como a formação para o trabalho em equipe colaborativo interprofissional, o *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC) propõe, em 2010, seis domínios de competências interprofissionais aplicadas a todas as profissões da saúde. As competências referem-se à apropriação de conhecimentos, habilidades e atitudes que permitam o alcance da colaboração interprofissional. São elas: comunicação interprofissional; atenção centrada no usuário/paciente; clareza de papéis; dinâmica de funcionamento da equipe; liderança colaborativa e; resolução de conflitos (PEDUZZI; LEONELLO; CIAMPONE, 2016).

Assim, com base nos recortes das falas dos sujeitos dessa pesquisa, é possível identificar sua concepção a respeito do papel do NASF-AB se aproxima de pelo menos duas competências do trabalho interprofissional colaborativo, que seriam a clareza de papeis, entendida como: conhecimento que profissionais precisam ter de seu próprio processo de trabalho e papel, bem como dos demais e utilizar esse conhecimento apropriadamente para estabelecer e alcançar os objetivos da atenção à saúde de usuários e população do território. A outra competência que pode ser destaca a partir das falas é a dinâmica de funcionamento da equipe, entendida como: profissionais compreendem os princípios da dinâmica do trabalho em equipe e da dinâmica de grupo que promovem efetiva colaboração interprofissional (CIHC, 2010).

Extrapolar o trabalho em equipe multiprofissional, para uma perspectiva de interprofissionalidade, reduz custos e melhora a produção do cuidado aos usuários, especialmente em se tratando de situações de elevada complexidade. A interprofissionalidade permite aos trabalhadores de saúde atuar em uma práxis em que a equipe de saúde melhora e amplia sua capacidade de resolução diante das demandas sociais (ARAÚJO et al., 2017). Portanto torna-se primordial que essa lógica de concepção de atuação das equipes de saúde através da interprofissionalidade deve cada vez mais ser estimulada dentro da Atenção Primária a Saúde através da articulação entre o NASF-AB e a EqESF.

A criação do NASF-AB é um avanço na qualificação do cuidado. No entanto, é

fundamental que o Apoio Matricial seja adotado como forma de organização do trabalho e na viabilização das condições necessárias ao seu desenvolvimento. Essa proposta de articulação entre NASF-AB e a ESF é uma tentativa de se estabelecer gradualmente a lógica da colaboração interprofissional no cotidiano do trabalho. Assim é essencial que os profissionais estejam comprometidos com as necessidades dos usuários e sejam abertos a novos processos de trabalho colaborativos e horizontalizados. Percebe-se então a existência de uma determinada convicção de que o trabalho interprofissional colaborativo contribui para potencializar a integralidade do cuidado e a resolutividade da AB, e também do SUS (MATUDA et al., 2015; CASTRO; OLIVEIRA; CAMPOS, 2016; BISPO JUNIOR; MOREIRA, 2018).

A boa articulação entre o NASF-AB e a ESF, primordial para a efetivação do trabalho colaborativo foi apontada como dependente do vínculo expreso pela capacidade de comunicação entre os envolvidos, estabelecido entre essas equipes e pela capacidade de resposta nas demandas da AB. Essa demanda ela surge do cotidiano dos profissionais da Saúde da Família, partindo de uma identificação prévia por tais profissionais que acionam então o NASF-AB, além dos encaminhamentos via consultas, espaços como reunião de equipe mostram-se potentes para planejamento, articulação e avaliação de ações.

Tem equipes que nós temos facilidade de ter uma boa articulação, de ter uma boa resposta nas demandas e tem equipes que quando a gente passa muito tempo sem ir naquelas equipes já fica um vínculo quebrado entendeu, por conta da grande demanda de que alguns gerentes ficam mais na parte do gerenciamento e de fato era pra dar assistência em mais dias ao cronograma, aí fica um pouco quebrado.
G1

A gente consegue se comunicar bem, a gente consegue numa reunião, onde o NASF tem que estar inserido, consegue planejar bem as ações, consegue criar grupos, consegue ver as nossas fragilidades, como tentativas de criação de um grupo onde os usuários não aderem ou então o profissional não se sente muito familiarizado com aquele tema, com aquele grupo. Mas a gente consegue ter um bom vínculo, não só com a equipe de referencia, mas com toda a equipe do território que a gente está inserida. T8

Com relação a um importante potencial identificado nas falas dos entrevistados

podemos citar o aprendizado colaborativo que foi destacado como uma superação de limites profissionais a partir do conhecimento conjunto e do compartilhamento de saberes, o que beneficia tanto o profissional como os usuários, o que é possibilitado devido à configuração do NASF-AB em agregar profissionais de distintas formações. O fato de haver uma variedade de profissionais a disposição traz inúmeros benefícios para os usuários, em especial para os SUS dependentes.

A dinamicidade do trabalho é uma coisa que todo dia um dia diferente, todo dia a gente se depara com situações novas. E que não é só o nosso trabalho que é feito, a gente aprende muito porque a gente tá sempre em rede, a gente trabalha em rede, então eu aprendo com meu colega fisioterapeuta, eu aprendo com meu colega nutricionista, eu sempre estou vivenciando coisas novas eu sempre estou aumentando o meu potencial de trabalho, tá entendendo? Eu estou crescendo, você vai aprendendo, você tá sempre dinamizando esse trabalho. T3

Pois é eu já falei assim dos vários grupos que a gente oferta aqui na unidade então assim eu acho que o nasf por ter esses outros profissionais né que não são assim que vem de apoio à Saúde da família, acaba assim acaba sendo uma riqueza muito grande você tem aqui como você perguntou aqui eu tenho uma psicóloga eu tenho uma nutricionista eu tenho uma fisioterapeuta mas eu tenho uma fonoaudióloga que eu posso chamar tem um assistente social que eu posso chamar eu tenho um educador físico que eu posso acionar então assim de potencialidade você tem assim vários outros profissionais que você consegue oferta para o usuário a esse paciente que lhe procura então assim você consegue chegar a um alto nível de resolutividade para situação dele. T2

Eu acho que é uma riqueza de você ter esses outros profissionais que você não tem um acesso tão fácil tão fácil assim mas atenção primária então assim você vai para uma especializada você vai ter que ir para uma clínica você vai muitas vezes para uma consulta particular o nutricionista por exemplo você tem que ir uma consulta particular ou você tem na rede especializada aí o quantitativo de vaga então assim você tem aquele profissional do nasf que tá ali na unidade como eu te falei eu tenho uma aqui mas se não fosse um profissional que eu não tivesse aqui eu só não se dava ele viria e aí faria essa avaliação esse acolhimento inicial então eu acho que é uma riqueza muito nesse

sentido que você tem várias outras especialidades e você consegue fechar ou abrir o leque de opções. G1

Outras duas competências do trabalho interprofissional colaborativo segundo o CIHC, 2010, e que foram identificadas nas falas dos sujeitos investigados foram comunicação interprofissional e a atenção centrada no usuário/paciente. Dessa forma a primeira é definida como: necessidade de profissionais de diferentes áreas comunicarem-se, uns com os outros, de forma colaborativa e responsável. E a segunda refere-se profissionais procurem integrar e valorizar como parceiros, o engajamento do usuário, bem como sua família e a comunidade, na definição e implementação do cuidado e atenção à saúde.

Portanto, a comunicação é um domínio essencial da colaboração interprofissional dentro do processo de trabalho das equipes de NASF-AB e ESF, de modo a colaboração interprofissional, é uma oportunidade dialógica de (re) construção dos saberes e dos fazeres que emanam do cotidiano do trabalho na APS. Para que o trabalho em equipe aconteça é necessário que haja colaboração entre seus membros, que exista troca entre os diferentes saberes e a complementaridade nas atividades. Exigindo relações que promovam a colaboração e a comunicação a fim de contribuir para o desenvolvimento do trabalho, pautando nas relações dialógicas e horizontalizadas. Entretanto, a comunicação, de caráter interprofissional e colaborativo, ainda é um desafio para as equipes de saúde conduzirem um processo de trabalho compartilhado, dialógico e transformador (PREVIATO; BALDISSERA, 2018; PERUZZO et al., 2018).

Por meio dos resultados obtidos por Belotti et al., (2019), verificou-se que o trabalho do NASF-AB dispõe várias ações a serem desenvolvidas por “meio de alianças” entre os profissionais da AB, gestores, comunidade e demais equipamentos sociais existentes no território. Dessa forma a criação de espaços de comunicação rotineira, tanto interna como externa seria necessária para a realização do planejamento e discussão das ações.

Assim ainda conforme Previato; Baldissera (2018) é primordial que se criem espaços e oportunidades para o diálogo, superando a dicotomia entre saber e prática existente na realidade do trabalho em saúde. Sendo fundamental explorar as potenciais oportunidades para uma comunicação interprofissional, com a realização de reuniões frequentes nas equipes, discussões dos casos, exercer tomada de decisão compartilhada e buscar a EP como momentos de clarificação interprofissional. Por meio dessas ações, poder-se-á aumentar as chances de um trabalho pautado na prática colaborativa em Saúde.

Com relação a segunda competência destacada nesse ponto da discussão, a atenção

centrada no usuário/paciente, pode-se afirmar que a organização do trabalho das equipes deve procurar romper com lógica corporativista a qual aborda de forma fragmentada os usuários o “fatiando” em partes que serão tratadas de forma isoladas e desarticuladas entre os profissionais, gerando disputas por espaço, prestígio, reconhecimento e poder entre as diversas categorias, ainda formadas para reservar mercados e fragmentar o conhecimento e prática. Indo em encontro a perspectiva do trabalho do NASF-AB, visto que seu objetivo é contribuir para superar a fragmentação e a desresponsabilização assistencial (ELLERY, PONTES, LOIOLA 2013; BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2018).

A demanda que existe para os profissionais da AB em especial do NASF-AB, essencialmente que venha dos próprios usuários a partir de suas necessidades representando assim a realidade do seu território, bem como a representação do seu processo saúde-doença (BRITO et al., 2018). Belotti et al., 2019, assevera ainda que o trabalho do NASF-AB, deve ser construído coletivamente a partir das demandas dos usuários em seu território. O trabalho colaborativo, que supere a lógica biologicista, pautado na integralidade do sujeito se faz necessário, o NASF-AB possui importância nesse modelo de atenção, pois fortalece o trabalho integrado e interdisciplinar. Ainda há uma barreira devido a lógica mercantilista existente, onde uma produção quantitativa se é imposta, o que torna rígido o processo de trabalho, havendo uma grande dependência de serviços secundários.

Dessa forma é necessário ser o usuário o foco da organização dos serviços de saúde e da atuação dos diversos profissionais, o que é possível através da interprofissionalidade e suas competências, de modo que a colaboração pressupõe que haja reconhecimento da interdependência entre os profissionais, entendida como um desejo comum de resolver as necessidades do usuário/paciente, sendo este a figura central da atuação das equipes da ESF e do NASF-AB (ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013; ESCALDA; PARREIRA, 2018).

Essa articulação entre as equipes NASF-AB e EqSF fragilizam-se em situações em que existe uma grande demanda assistencial para o NASF-AB, o que gera demora na resolução dos casos. Outro ponto importante identificado foi que a indisponibilidade pessoal para o trabalho interprofissional por alguns profissionais da EqSF, comprometem a construção do trabalho colaborativo.

As dificuldades eu acho que tem mais demanda que oferta, né. É, a demanda é muito grande, isso é fato, e aí as vezes os serviços também ficam fragilizados... T5

Desinteresse da equipe da Saúde da Família em encaminhar, em chamar, em fazer até uma inter consulta. Acho que isso fragiliza, desinteresse em trabalhar em equipe. G4

Considera-se que a organização do processo de trabalho da equipe NASF-AB depende do planejamento das ações, da organização da agenda individual, da organização do apoio matricial às equipes apoiadas, da gestão da atenção compartilhada e do registro de todas as atividades desenvolvidas pela equipe NASF-AB (PINTO; NASCIMENTO; NICHATA, 2019). Com relação às ações, bem como seu planejamento prévio, a articulação para que aconteçam deve ser definida entre as EqSF, gestores e NASF-AB, que visem a construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias, além de critérios para acionar apoio. Para tanto se faz necessária a flexibilidade e a horizontalidade das relações e responsabilidades, utilizando dinamismo e a dialética para reavaliação e reprogramação de ações (BELOTTI et al., 2019).

No cotidiano dos serviços de saúde percebe-se um contexto complexo com uma organização de trabalho bastante heterogênea com falta de articulação entre gerências e tensões na execução do trabalho compartilhado, como a divisão desigual de tarefas, em que as EqSF devem se responsabilizar pela assistência direta à população enquanto o NASF-AB ocupa o lugar daquele que capacita e supervisiona, gerando conflitos sobre de quem é a responsabilidade da assistência, constituindo um contexto pouco propício ao cuidado integral, compartilhado e colaborativo (KLEIN; D'OLIVEIRA, 2017).

Para que ocorra de forma efetiva o trabalho em equipe interprofissional e colaborativo é necessário que haja disponibilidade por parte dos membros da equipe, de modo que as práticas sejam conduzidas pela reflexão conjunta, em que a colaboração da equipe possa reconhecer as lacunas na perspectiva do trabalho interprofissional e que, efetivamente, haja uma interpenetração das 'disciplinas' e integração entre as práticas profissionais, auxiliando o processo de construção do cuidado colaborativo (FARIAS et al., 2018).

O NASF-AB constitui-se como uma equipe em parte de atenção secundária (cuidado especializado) e em parte de capacitando as EqSF através da Educação Permanente em Saúde, localizando-se na intercessão entre atenção primária e secundária, e, ainda, auxilia na gestão da análise de prioridades e dos encaminhamentos, ou seja, na gestão e regulação do cuidado especializado. Uma problemática que deve ser destacada é a insuficiência de serviços de saúde especializados no SUS, o que pode conduzir a uma atuação equivocada do NASF-AB, quando assume um papel de substituição do serviço especializado que falta, para responder à

demanda da comunidade (VENDRUSCOLO et al., 2019).

Gerando uma controvérsia no ambiente dos serviços quanto ao modo de implementação do NASF-AB: a defesa do assistencialismo especializado versus do apoio às equipes, enquanto que, em tese, o matriciamento abarca ambas as atuações. As normas regulatórias do NASF-AB não são explícitas quanto a isso, e deixam à deriva uma discussão que se pretende aprofundar, sobre a atuação especializada do NASF-AB, embora este, institucionalmente no Brasil, seja considerado um serviço da APS. Sabe-se que, em outros países, iniciativas parecidas colocam as equipes como apoiadoras, sem deixar seu posto de atenção secundária e atuação clínica no espaço da APS, ou seja, aproxima esses espaços, quando é algo necessário para o projeto terapêutico do usuário (VENDRUSCOLO et al., 2019).

O fazer do NASF-AB

As estratégias para a efetivação deste apoio às EqSF emergiram nas falas dos entrevistados em dois grupos de ações. O primeiro dele se refere a atividades de planejamento, avaliação e educação permanente em conjunto com a ESF, que ocorriam por meio da construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), matriciamento, e interconsultas.

É fazer o apoio matricial. É a gente estar ajudando eles no processo de trabalho, é a gente tá conversando, dialogando, fazendo propostas, planejando ações com eles, né, onde o NASF esteja envolvido, né. Para a gente realmente tá apoiando as outras especialidades que tem né.T5

Se a gente nota que é uma família, que tá totalmente vulnerabilizada [...], nós nos juntamos, não somente a equipe NASF, mas com a equipe de saúde da família, e faz um PTS, para identificar o que cada um pode contribuir praquela família. T2

Interconsultas! Na hora do atendimento de qualquer outro profissional e ele vê a necessidade de um profissional NASF já nos aciona, e então fazemos a consulta compartilhada. T6

A partir da institucionalização dessas práticas no âmbito da AB, verifica-se um importante avanço na mudança de paradigma assistencial, uma vez que elas possibilitam a

incorporação do princípio da integralidade e do trabalho colaborativo, por meio de espaços dialógicos que fortalecem a articulação das ações de núcleo profissional e a integração dos profissionais. Ademais, reforçam a função de equipe de referência do NASF-AB, oferecendo suporte assistencial e pedagógico às EqSF, com consequente ampliação da capacidade resolutiva da AB (SILVA et al., 2015; PEDUZZI, 2018).

A qualificação técnica e o comprometimento político, humano e social dos profissionais que compõe o SUS, fazem se sobressair os percalços da falta de investimento na formação pedagógica como profissionais promotores de educação permanente em saúde, onde em determinadas situações, os profissionais por conta da frágil formação vivenciada, não possuem domínio sobre determinados aspectos do próprio trabalho no NASF-AB. Segundo a literatura há uma visão reduzida, onde se demonstra prevalecer uma compreensão vertical nas ações desenvolvidas, onde os trabalhadores do NASF-AB, fossem uma espécie de professores que tem como função ensinar aos membros da equipe de referência determinadas técnicas e procedimentos numa espécie de transferência de conhecimento (BISPO JUNIOR; MOREIRA, 2018).

As equipes NASF-AB não são preconizadas como porta de entrada para os sistema de saúde, sendo esse papel realizado pela equipe mínima da AB, assim o papel do NASF-AB, verte-se para um conceito ampliado de saúde que perpassa o plano biológico e traz como ferramentas elencadas em suas diretrizes a Clínica Ampliada, o Apoio Matricial, a Interconsulta e o Projeto Terapêutico Singular (PTS), para tornar possível um cuidado ao usuário e melhor qualificação das equipes (ARAÚJO NETO, 2018).

Com o advento do NASF-AB, através da portaria ministerial 154/2008, obteve-se como ferramenta fundamental o Apoio Matricial (AM) que para Campos (2007), possui o objetivo de se ter uma clínica ampliada e integração dialógica entre profissionais de diversas especialidades, possibilitando assim suporte assistencial e técnico pedagógico entre as equipes (BRASIL, 2008).

Chazan (2019) demonstra em seus resultados dois conceitos orientadores de posturas profissionais em práticas de matriciamento, sendo eles a horizontalidade, estando estruturada em uma proposta de apoio matricial, baseando-se em relações dialógicas, onde um saber não se sobrepõe ao outro, o que facilita a coparticipação e integração dos participantes. Por outro lado a verticalidade, como modelo tradicional é vista como hierarquia rígida e poder centralizado, onde se há a visão de uma espécie de “supervisão” por parte dos profissionais NASF-AB, sobre os profissionais das EqSF, tal modelo pode gerar conflitos e desafios para a prática compartilhada.

Sendo a APS um espaço de trabalho pautado pela colaboração entre os profissionais, na busca de suprir as necessidades de saúde da população, para tanto existem mecanismos que favorecem o trabalho em equipe interprofissional, dos quais podem se destacar o PTS e a interconsulta, os quais são facilitadores e potencializadores da integralidade, que combinados possibilitam um olhar ampliado das necessidades dos indivíduos/família/comunidade, agregando os diferentes saberes dos profissionais através de intervenções conjuntas, com discussão de casos e troca de informações colocando os usuários como centro das ações da equipe, desse modo tanto o PTS como a interconsulta devem fazer parte do fazer do NASF-AB como da EqSF (BRITO et al., 2018).

O segundo grupo de ações se refere à participação em grupos operativos das EqSF, realização de visitas domiciliares e de avaliações e atendimentos de núcleo profissional nas UBS. Um ponto importante identificado é que essas ações eram desenvolvidas a partir das demandas oriundas dos territórios. Além disso, os entrevistados apontaram que tais ações contribuem para a redução da medicalização e da busca por consultas especializadas.

Idosos, grupo de idosos, grupo de hipertensos, grupo de diabetes, porque tem muitos usuários que ele acha porque ele é hipertenso, ele é diabético, ele acha que ele vai viver ali naquele medicamento o resto da vida, e a gente faz palestra, a gente diz você fazendo uma atividade física, é bom pra você... caminhar não... mas porque não? Vamos caminhar porque você caminhando você está fazendo atividade física, vai diminuir mais no seu medicamento, você toma um monte de medicamento, se você não faz, você fazendo a atividade física vai diminuir... T9

Implantar atividades educativas, é atividades com grupos operativos, com gestantes, idosos, pessoas com deficiência, grupo de mulheres. G2

É importante ressaltar que o cuidado colaborativo está presente como uma estratégia para se ampliar a resolutividade na APS, a interação entre profissionais de diferentes núcleos de saber, com foco prioritário nas necessidades dos usuários, visando assim superar as formas hierarquizadas de trabalho em equipe, assim de forma comunicativa e integrada, o processo de tomada de decisão de forma conjunta amplia a resolutividade e o comprometimento em equipe (MATUDA et al., 2015; BISPO JUNIOR; MOREIRA, 2018).

Estudos evidenciam que as práticas de grupo realizadas pelo NASF-AB, possibilitam novos relacionamentos sociais, criação de vínculos afetivos, mudanças nos hábitos de vida, possibilitando uma melhoria na saúde e bem-estar do usuário se tornando assim mais autônomo no seu cuidado em saúde e ainda repercutindo a qualidade de vida entre seu círculo de convivência, apontando manutenção da saúde e inserção social do indivíduo. Dessa forma há uma clara diminuição do uso de medicamentos para alívio de dores físicas, trazendo melhor qualidade de vida e capacidade funcional dos indivíduos (FRIEDRICH et al., 2018; FERNANDES; SOUZA; RODRIGUES, 2019). Assim, as ações direcionadas a partir de demandas que surgem dos territórios são predominantemente observadas, sendo o matriciamento pautado em ações de apoio, suporte e orientação às EqSF (MAFFISSONI et al., 2018).

Os desafios encontrados pautam-se em questões de cunho administrativo e operacionais, onde a logística envolvida é precária para a condução do trabalho desenvolvido pela equipe, entre as quais se destaca a falta de veículo institucional para deslocamento entre as Unidades apoiadas.

Eu acho que assim mas questão de estrutura mesmo e só mais isso assim a questão de estrutura de você ter o que ofertar mas que a grande maioria do profissional ele tem... Né então assim a gente enquanto profissional, a gente vê questão de equipamento de uma coisa ou outra mas... Cada cada profissional ele tem ele se utiliza né ele pode se utilizar. T4

Eu acho que a gente poderia ser melhor remunerado, eu acho que a gente poderia ter um carro, pra poder ter a condução, como eu já disse que é a fragilidade, da minha equipe NASF eu não tenho o que dizer porque eles colaboram muito, sempre que eu necessito sou atendida e a gestão também nos dá suporte, eu acho assim que a gente poderia, ser melhor remunerado e ter um carro a nossa disposição pra gente poder executar o nosso trabalho de uma forma mais segura e confortável. T2

Como resultados de pesquisa realizada com grupos de trabalhadores do NASF-AB, ficou evidenciada a falta de estrutura logística para que os profissionais pudessem desempenhar suas atividades no território, prejudicando assim o deslocamento e o acesso, principalmente às áreas rurais, tornando o planejamento e até mesmo o acesso prejudicado, devido à falta de

transporte para a equipe. Ainda verifica-se a falta de espaço físico, bem como a falta de materiais para a realização de atividades tanto individuais, como coletivas (ARAÚJO NETO, 2018).

Aspectos importantes são observados para que o apoio matricial aconteça de forma efetiva, a pactuação e a estruturação disponibilizada pela gestão se tornam necessárias, sendo assim pontencializadoras e influenciando diretamente em um rendimento positivo, dessa forma, a composição das equipes, características territoriais, garantias estruturais como transporte, materiais, insumos e espaço físico para realização e atividades, são vistos como essenciais para o bom desempenho das equipes (MELO *et al.*, 2018).

Já o apoio gerencial, declarado pelos entrevistados parece ser uma atividade que gera desconforto nos trabalhadores do NASF-AB e compromete o desenvolvimento de ações assistenciais de núcleo, a maioria dos entrevistados declarou que entre 60% a 80% de sua jornada de trabalho são dedicadas a tal apoio.

Porém ao discorrerem sobre o apoio gerencial e administrativo desempenhado pelo NASF-AB no município estudado, os trabalhadores demonstraram que tal função gera desconforto e compromete o desenvolvimento de atividades assistenciais. Conforme foi declarado, o gerenciamento das USF's demanda entre 60% e 80% da carga horária total desses profissionais. Ademais a falta de capacitação para tal função também foi sinalizada pelos entrevistados.

O NASF sendo gestão. Eu acho... (risos) Que pra ser gestão, tem que ter capacitação e cada profissional é capacitado na sua área formada. Eu acho que deveria ser revisto um pouco isso. G3

Assim é... A conjuntura que se enquadra o NASF, de uns três a quatro anos na gestão do município de João Pessoa, ela, ficou um pouco distorcida devido as demandas de cunho administrativo, de gerenciamento de unidades, então o principal objetivo do NASF que é apoiar, dar ênfase a questão da assistência tanto, individual como coletiva, ficou mais em segundo ponto, entendeu? E isso acabou acarretando deficiências em alguns pontos, do manejo, de como a equipe NASF conduzir aquilo que prevê o caderno da atenção básica do NASF. T6

Eu continuo dizendo que a fragilidade maior é essa parte da gestão. A gestão no sentido de ser gerente, quando eu falo gestão é a parte de gerencia. Porque todos os profissionais do NASF, tirando o

farmacêutico, eles são gerentes, porem, por exemplo, nós temos o educador físico de cada distrito e ai tem esse profissional que não é gerente e ai ele esta mais disponível, tem mais grupos, por exemplo, a gerente daqui ela não era gerente, ela era só NASF então ela tinha muito tempo para vários grupos, ai quando ela veio pra cá outras pessoas ficaram com os grupos dela e ela ta... vamos supor que não tivesse gerente, todos os NASF atuando mais para a população. T5

Sinteticamente, pode-se dividir o trabalho do NASF-AB em três dimensões – a técnico-pedagógica, clínico-assistencial e a gerencial-administrativa. Com relação a dimensão gerencial, esta pode estar relacionada a gestão dos processos de trabalho e planejamento das ações, bem como o próprio gerenciamento das unidades de saúde, tornando-se perceptível seu potencial para criar arranjos gerenciais capazes de modificar a lógica de produção de saúde presente nos serviços, contudo essa dimensão ainda é permeada por dificuldades, por exigir alto grau de organização e forte interação com os demais profissionais, de modo que todos os envolvidos também se corresponsabilizem por a gestão (MAFFISSONI et al., 2018; MELO et al., 2018).

Desse modo, segundo a lógica da interprofissionalidade há outra dimensão que pode ser referida para a superação dessas dificuldades, no caso a liderança colaborativa, compreendida como a oportunidade dos membros da equipe aplicar princípios de liderança compartilhada e coletiva que dão suporte e promovem o trabalho em equipe e a prática colaborativa (CIHC, 2010), não se trata de estabelecer um único líder, e sim de que a pessoa que esteja ocupando esse papel deve preparar e estimular os demais membros da equipe a assumirem o protagonismo de forma colaborativa.

Assim a gestão compartilhada pode ser compreendida como um processo participativo, envolvendo toda a equipe de modo mais horizontal e descentralizado, favorecendo o processo de trabalho, fortalecendo as relações interprofissionais, de forma que quando há democratização da tomada de decisão há uma diminuição da sobrecarga de trabalho diminuindo assim as dificuldades relacionados a dimensão gerencial. A comunicação e a alternância das lideranças na equipe mostraram-se como um aspecto favorável à horizontalização das relações na equipe. Entendendo e executando o papel de líderes, os trabalhadores podem sentir-se coparticipantes da gestão (PENEDO; GONÇALO; QUELUZ, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível ao final do estudo perceber a presença de uma compreensão, por parte dos participantes, de que o trabalho do NASF-AB, e da AB como um todo, é primordialmente pautado pela interprofissionalidade. Evidenciando nas falas dos sujeitos a presença de elementos compatíveis com as competências para o trabalho colaborativo interprofissional, o que demonstra um avanço na superação da lógica da fragmentação do trabalho que historicamente marca o trabalho em saúde no Brasil.

Entretanto, ainda se vê barreiras e fragilidades para a efetivação da colaboração no processo de trabalho, refletindo em um desarranjo na assistência que é ofertada a população, o que implica em um maior investimento em ações que venham a inserir desde a formação essa concepção da interprofissionalidade como novo modo de operar o trabalho em equipe na saúde. Infelizmente, mesmo com todas as evidências da importância do NASF-AB para o SUS, presente desde sua implementação, pode se perder, após mais um ataque ao sistema de saúde brasileira com a aprovação da medida que desobriga os municípios a manterem ou criarem equipes NASF-AB, assim é, mais do que nunca, pertinente demonstrar as potencialidade que a atuação em conjunto do NASF-AB com as EqSF através da interprofissionalidade possibilitam para uma efetiva promoção da saúde.

Ademais, é necessário reforçar a luta pela permanência do NASF-AB, como segurador do acesso aos direitos de saúde da população, e fortalecer ainda mais o SUS, como política pública que garante a cidadania principalmente para a maior camada da sociedade brasileira que é totalmente dependente do SUS para suprir suas necessidades de saúde.

REFERÊNCIAS

ARAUJO NETO, João Dutra de et al. Aspectos restritivos à integralidade nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: o olhar dos stakeholders. **Physis**, Rio de Janeiro/RJ, v. 28, n. 4, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312018000400615&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 08 de março de 2020.

ARAÚJO, Thaise Anataly Maria de et al. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface Comunicação Saúde Educação**, Botucatu/SP, v. 21, n. 62, p. 601-13, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n62/1807-5762-icse-1807-576220160295.pdf>> Acesso em:

27 de outubro de 2019.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70. 2016.

BARR H., LOW H. *Introdução a educação interprofissional*. CAIPE. 2013. P. 36.

BELOTTI, Meyrielle et al. *Análise Documental sobre as Normativas do Trabalho no Núcleo Ampliado de Saúde da Família*. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, p. 1-14, 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v39/1982-3703-pcp-39-e185025.pdf>> Acesso em 26 de março de 2020.

BISPO JÚNIOR, José Patrício; MOREIRA, Diane Costa. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 9, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2017.v33n9/e00108116/>>. Acesso em: 27 de outubro de 2019.

_____. Núcleos de apoio à saúde da família: concepções, implicações e desafios para o apoio matricial. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro/RJ, v. 16 n. 2, p. 683-702, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v16n2/1678-1007-tes-1981-7746-sol00122.pdf>> Acesso em: 27 de outubro de 2019.

_____. Cuidado colaborativo entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes apoiadas. **Physis**, Rio de Janeiro/RJ, v. 28, n. 3. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/physis/2018.v28n3/e280310/pt>>. Acesso em: 06 de março de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília: Gabinete do Ministro, 2008. Seção 1, p.47-50.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Portaria nº 2.979 de 12 de Novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>>. Acesso em: 09 de março de 2020.

BRITO, Alane Renali Ramos Toscano de et al. Atuação multiprofissional do enfermeiro residente em saúde mental na Atenção Básica: relato de experiência. **Saúde em Redes**, v. 4, n. 4, p. 135-46, 2018. Disponível em: <<file:///C:/Users/lepasc1/Desktop/2251-3205-1-PB.pdf>> Acesso em: 09 de março de 2020.

BROCARD, Deniclara et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 130-44, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01->

[0130.pdf](#)>. Acesso 9 de março de 2020.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE (CIHC). A national interprofessional competence framework. Vancouver: Canadian Interprofessional Health Collaborative; 2010.

CASTRO, Cristiane Pereira de; OLIVEIRA, Mônica Martins de; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1625-36, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1625.pdf>>. Acesso em: 27 de outubro de 2019.

COSTA, Marcelo Viana da. A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. In: Toassi RFC (org.). Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos? 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017.

CHAZAN, Luiz Fernando et al., O apoio matricial na Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro: uma percepção dos matriciadores com foco na Saúde Mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro/RJ, v. 29, n. 2, 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v29n2/0103-7331-physis-29-02-e290212.pdf>>. Acesso em 26 de março de 2020.

D'AMOUR, Danielle; OANDASAN, Ivy. Interprofessionalism as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. **Journal Interprof Care**, v. 19, n. Suppl. 1, p. 8-20, 2005. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13561820500081604>> Acesso em: 26 de outubro de 2019.

ELLERY, Ana Ecilda Lima; PONTES, Ricardo Jose Soares; LOIOLA, Francisco Antonio. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro/RJ, v. 23, n. 2, p. 415-37, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n2/v23n2a06.pdf>> Acesso em: 06 de outubro de 2019.

ESCALDA, Patrícia; PARREIRA, Clélia Maria de Sousa Ferreira. Dimensões do trabalho interprofissional e práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por equipe de Saúde da Família. **INTERACE Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu/SP, v. 22, n. supl., p. 1717-27. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v22s2/1807-5762-icse-22-s2-1717.pdf>> Acesso em: 26 de outubro de 2019.

FARIAS, Danyelle Nóbrega de et al. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro/RJ, v. 16 n. 1, p. 141-62, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v16n1/1678-1007-tes-1981-7746-sol00098.pdf>> Acesso em: 06 de novembro de 2019.

FERNANDES, Elaine Toledo Pitanga; SOUZA, Melissa Nathielle de Lima; RODRIGUES, Suely Maria. Práticas de grupo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: perspectiva do usuário. **Physis**, Rio de Janeiro/RJ, v. 29, n. 1, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312019000100605&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 de março de 2020.

FRIEDRICH, Thaís Lopes et al. Motivações para práticas coletivas na Atenção Básica: percepção de usuários e profissionais. *Interface*, Botucatu/SP, v. 22, n. 65, p. 373-85, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n65/1807-5762-icse-1807-576220160833.pdf>>. Acesso 06 de novembro de 2019.

GABOURY, Isabelle et al. Interprofessional collaboration within Canadian integrative healthcare clinics: key components. *Soc Sci Med.*, v. 69, n. 5, p. 707-15, 2009. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953609003566?via%3Dihub>> Acesso em 26 de outubro de 2019.

GOMES, Mara H de Andrea; SILVEIRA, Cássio. Sobre o uso de métodos qualitativos em saúde coletiva, ou a falta que faz uma teoria. *Rev Saude Publica*, v. 46, n. 1, p. 160-5, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100020>. Acesso em: 26 de março de 2020.

KLEIN, Ana Paula; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. O “cabo de força” da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, v. 33, n. 1, 2017. <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v33n1/1678-4464-csp-33-01-e00158815.pdf>> Acesso em: 06 de novembro de 2019.

MAFFISSONI, André Lucas et al. Função matriciadora dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. *SAÚDE DEBATE*, Rio de Janeiro/RJ, v. 42, n. 119, p. 1012-1023, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2018.v42n119/1012-1023/pt>> acesso em: 06 de março de 2020.

MATUDA, Caroline Guinoza et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 8, p. 2511-21, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2511.pdf>> Acesso em: 27 de outubro de 2019.

MELO, Eduardo Alves et al. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. *SAÚDE DEBATE*, Rio de Janeiro/RJ, V. 42, número especial 1, p. 328-40, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe1/328-340/pt>> acesso em: 06 de março de 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção a saúde. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde. 2011. P. 559.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, IB; LIMA, JCF. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Escola Politécnica Joaquim Venâncio 2. ed. 2009. P. 427-432.

NASCIMENTO, Cynthia Maria Barboza do et al. Configurações do processo de trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família e o cuidado integral. *Trab. educ. saúde*, Rio de

Janeiro/RJ, v. 16, n. 3, p. 1135-56, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000301135&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 de março de 2020.

NASCIMENTO, Luciana de Cassia Nunes et al., Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. **Rev Bras Enferm.**, v. 71, n. 1, p. 243-8, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n1/pt_0034-7167-reben-71-01-0228.pdf> Acesso em 26 de março de 2020.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos, PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, n. (spe), p. 66158-164, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>> Acesso em: 26 de outubro de 2019.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saude Publica.**, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>> Acesso em 26 de outubro de 2019.

PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloíse Fernandes. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu/SP, v. 22, supl. 2, p.1525-34, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832018000601525&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 de março de 2020.

PEDUZZI, Marina; LEONELLO, Valeria Marli; CIAMPONE, Maria Helena Trench. Trabalho em Equipe e Prática Colaborativa. In: Paulina Kurcgant. (Org.). Gerenciamento em Enfermagem. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016, p. 103-114.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. **Interface comun. saúde educ.**, v. 22, supl. 2, p. 1525-1534, 2018.

PENEDO, Rafaela Mossarelli; GONÇALO, Camila da Silva; QUELUZ, Dagmar de Paula. Gestão compartilhada: percepções de profissionais no contexto de Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu/SP, v. 23, p. 1-15, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/icse/2019.v23/e170451/pt>> Acesso em: 07 de março de 2020.

PERUZZO, Hellen Emília et al. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 4, p. 1-9, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452018000400205&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 04 de novembro de 2019.

PREVIATO, Giselle Fernanda; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi. A liderança colaborativa no processo de trabalho das equipes da atenção primária à saúde. In.: Encontro Internacional de Produção Científica, 10, 2017, Maringá. *Anais 10 Encontro Internacional de Produção Científica*. Maringá: UNICESUMAR – Centro Universitário de Maringá. 2017.

_____. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. **INTERFACE Comunicação, Saúde e Educação**, v. 22, n. (Supl. 2), p. 1535-47, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v22s2/1807->

[5762-icse-22-s2-1535.pdf](#)> Acesso em: 04 de novembro de 2019.

REEVES, Scott et al. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). **Cochrane Database Syst Rev.**, v. 28, n. 3, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23543515>> Acesso em: 26 de outubro de 2019.

REEVES, Scott; XYRICHIS, Andreas; ZWARENSTEIN, Merrick. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. **Journal of Interprofessional Care**, v. 32 n. 1, p. 1-3, 2018. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13561820.2017.1400150>> Acesso em: 26 de outubro de 2019.

ROUQUEYOUROL, Maria Zélia; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. (orgs.). Epidemiologia & Saúde. 7 ed. Rio de Janeiro: Medbook. 2013.

SANTOS, Maria Clara, et al. Elaine Processo de Trabalho do Núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF): Importância da Qualificação Profissional. **Saúde & Transformação Social.**, v. 8, n.2, 60-9, 2017. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265352024007>>. Acesso em: 08 de março de 2020.

SILVA, Isabelle Cristina Borba da et al . O processo de trabalho do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro/RJ, v. 17, n. 1, 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000100507&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 março 2020.

SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino da et al . Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo/SP , v. 49, n. spe. 2, p. 16-24, 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342015000800016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 08 março 2020.

VENDRUSCOLO, Carine et al. Núcleo Ampliado De Saúde da Família: espaço de interseção entre atenção primária e secundária. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 28, n. 20170560, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v28/pt_1980-265X-tce-28-e20170560.pdf> Acesso em: 06 de novembro de 2019.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos deste estudo foram alcançados, e, através da revisitação à pergunta norteadora é possível a identificação de elementos que orientam o entendimento sobre processo de trabalho dos NASF-AB e sua relação com a Interprofissionalidade no município estudado. A realidade relatada pelos resultados do estudo apontou um adequado

conhecimento sobre o papel do NASF-AB na rede de atenção à saúde com fragilidades, potencialidades e busca de organização constante da oferta de ações pelos seus trabalhadores.

A partir dos achados neste estudo é possível propor alguns desdobramentos para a melhoria da realidade encontrada no município.

A busca pelo bem-estar do usuário é perceptível nas falas dos entrevistados, porém esbarrando-se em muitas dificuldades que por vezes, são sanadas pelos próprios trabalhadores, demonstrando assim que a verdadeira preocupação incide em visualizar o resultado da sua força de trabalho gerando satisfação nos olhares dos que necessitam de suas funções. A falta de investimento no NASF-AB, torna-se um entrave na busca pela melhoria dos serviços de atenção básica que mesmo com dificuldades são desenvolvidos pelos trabalhadores que utilizam por vezes suas ferramentas particulares para não deixar o usuário perecer, lamentável, mas real, além das dificuldades salariais, há a falta de investimento em materiais e insumos que seriam essenciais para a melhoria do serviço. Percebe-se que a interprofissionalidade informalmente beneficia coletivamente o bom andamento do serviço que carece de investimentos pelas falas dos entrevistados, uma realidade que necessita ser mudada para que o usuário que é quem está no centro das atenções possa ser beneficiado, recebendo os cuidados em saúde para melhorar a sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, Geovani Gurgel; OLIVEIRA, Dayana Kelly Silva. Percepções de usuários e profissionais da saúde da família sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1090-1101, Dec. 2017

AYRES, J. R. C. M. Cuidado: trabalho, interação e saber nas práticas de saúde. *Revista baiana enfermagem* (2017); 31(1):e21847

ARRUDA, Cecilia et al . Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro , v. 19, n. 1, p. 169-173, Mar. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452015000100169&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Mar. 2020.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2012.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70. 2016.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Brasília:

Ministério da Saúde, 2010.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRITO, Geraldo Eduardo Guedes de. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família: um estudo de caso. 2015. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.

BRITO, Geraldo Eduardo Guedes de; MENDES, Antônio da Cruz Gouveia; SANTOS NETO, Pedro Miguel dos. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 22, n. 64, p. 77-86, Março 2018 .

BRITO, G.E.G; MENDES, A.C.G; SANTOS NETO, P.M. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. Interface (Botucatu), Botucatu , v. 22, n. 64, p. 77-86, Mar. 2018 .

CANO, I. Nas trincheiras do método: o ensino da metodologia das ciências sociais no Brasil. **Sociologias**, Porto Alegre, v.14, n.31, p.94-119, 2012.

CECILIO, L.C.O. O trabalho em saúde / Luiz Carlos de Oliveira, Francisco Antonio de Castro Lacaz. Rio de Janeiro: Cebes, 2012.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2001. p. 113-26.

COSTA MV. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. Interface (Botucatu). 2016; 20(56):197-198.

DA SILVEIRA JÚNIOR, Arialdo Martins. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): um breve histórico de sua criação aos desafios atuais. SaBios-Revista de Saúde e Biologia, [S.l.], v. 10, n. 2, p. 75-79, ago. 2015. ISSN 1980-0002.

D'AMOUR, D., M. FERRADA-VIDELA, et al. "The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks.", Journal of Interprofessional Care.

v.19, n.2, p. 17, 2005.

ESCALDA, P; PARREIRA, C; CYRINO, A. Dimensões do trabalho interprofissional e das práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por uma equipe de saúde da família. Atas - Investigação Qualitativa em Saúde, V.2, p. 315-324, 2017.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, Jan. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Mar. 2020.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2017.

JESUS, Bruna Alves de et al. Avaliando o processo de trabalho das equipes NASF microrregião de Aquidauana, MS: Projeto Terapêutico Singular. Multemas, Campo Grande, MS, v. 23, n. 54, p. 105-119, 2018. Disponível em: <<http://www.multemas.ucdb.br/article/view/1707/1521>> Acesso em 25 de março de 2020.

MARCONE, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. Fundamentos da metodologia científica. 5ª edição. São Paulo: Editora Atlas SA, 2003.

LEITE, Denise Fernandes; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do. O TRABALHO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DE SEUS TRABALHADORES. Cienc Cuid Saude.; v. 15, n. 3, p. 553-560, 2016. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/30748/18079>> Acesso em: 25 de março de 2020.

MACEDO, Mirnis Aparecida Vieira de et al. Análise do processo de trabalho no núcleo de apoio à saúde da família em município do nordeste brasileiro. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), v. 15, n. 30, p. 194-211, 2016. Disponível em: <<file:///C:/Users/Jos%C3%A9%20Augusto/Downloads/17164-Texto%20del%20art%C3%ADculo-61546-1-10-20160819.pdf>> Acesso em: 25 de março de 2020

MATUDA, Caroline Guinoza et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2511-2521, Aug. 2015.

MENDES-GONÇALVES, R. B. Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 1992.

MERHY, EE; FRANCO, TB. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, IB; LIMA, JCF. Dicionário da Educação Profissional em Saúde [online]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Escola Politécnica Joaquim Venâncio 2. ed. 2009. P. 427-432.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2015. 406 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma sanitária brasileira : contribuição para a compreensão e crítica / Jairnilson Silva Paim. – Salvador : EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L.B. Processo de trabalho em saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. (Orgs.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 320-328.

PINHEIRO, R. Cuidado em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde* [online]. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/apresentacao.html>. Acesso em: 29 ago. 2018.

REEVES, S; XYRICHIS, A; ZWARENSTEIN, M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *Journal of interprofessional care*, v. 32, n. 4, p.416-425, 2018.

SANTOS, Jamilli Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Crise, refundação do Cebes e reafirmação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira. *Saúde debate*, Rio de Janeiro. v. 40, n. spe, p. 136-147, Dec. 2016.

SANTOS, Maria Clara et al., *Sau. & Transf. Soc.*, Florianópolis, v.8, n.2, p.060-069, 2017. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/2653/265352024007.pdf>> Acesso em: 25 de março de 2020.

SHIMIZU, Helena Eri; FRAGELLI, Thais Branquinho Oliveira. Competências Profissionais Essenciais para o Trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA*, v. 40. n. 2, p. 216-225, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n2/1981-5271-rbem-40-2-0216.pdf>> Acesso em: 25 de março de 2020.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. *Saude soc.*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, Sept. 2010.

SOUZA ,Thiago Santos; MEDINA , Maria Guadalupe. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS? *SAÚDE DEBATE*, RIO DE JANEIRO, v. 42, n. 2, p. 145-158, 2018. Disponível em: < <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe2/145-158/pt>> Acesso em: 25 de março de 2020.

VASCONCELOS, C.M., PASCHE, D.F. O SUS em perspectiva. In *Tratado da Saúde Coletiva*. 2ª Ed. Organizadores Gastão Wagner. São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2016, pag 559-590.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Genebra, 64p., 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE 1- ROTEIRO DA ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

LABOTARÓRIO DE ESTUDOS E PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA

- 1) Cordialidades iniciais**
- 2) Avisar ao entrevistado (a) que o gravador será ligado.**
- 3) Leitura do TCLE**
- 4) Assinatura do TCLE**

ENTREVISTA

- 1) QUAL SEU NOME?**
- 2) QUA SUA IDADE?**
- 3) QUAL SUA FUNÇÃO ATUALMENTE JUNTO A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA?**
- 4) QUAL SUA FORMAÇÃO ACADÊMICA?**
- 5) QUAL A SUA IDADE?**
- 6) EM QUAL ANO VOCÊ CONCLUIU A SUA GRADUAÇÃO?**
- 7) DESDE QUANDO VOCÊ DESEMPENHA A SUA FUNÇÃO ATUAL?**
- 8) ANTES DE SUA FUNÇÃO ATUAL, VOCÊ TEVE ALGUMA EXPERIÊNCIA**

COM O NASF-AB?

- 9) PARA VOCÊ, QUAL A FUNÇÃO DO NASF-AB?
- 10) QUAIS AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO NASF-AB QUE VC ATUA? OU QUAIS AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO NASF-AB EM SEU DISTRITO SANITÁRIO?
- 11) QUAIS AS POTENCIALIDADES DO TRABALHO DO NASF-AB?
- 12) QUAIS AS FRAGILIDADES DO TRABALHO DO NASF-AB?
- 13) VOCÊ GOSTARIA DE FALAR MAIS SOBRE O QUE CONVERSAMOS?

AGRADECER E ENCERRAR A ENTREVISTA!

APÊNDICE 2- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE****LABOTARÓRIO DE ESTUDOS E PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu _____ declaro
ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

A pesquisa intitulada “O TRABALHO DO NASF NA PARAÍBA: POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA PERSPECTIVA DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE” terá como objetivo geral: Avaliar os conhecimentos que fundamentam a atuação dos profissionais do NASF no estado da Paraíba e sua utilização prática.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados a população acadêmica;

- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo. Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes;
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário;
- A pesquisa envolverá riscos mínimos aos participantes pela possibilidade de causar constrangimento com a aplicação dos questionários, para minimizá-lo a pesquisadora

garantirá aos voluntários privacidade para responder aos questionários e ao realizar a entrevista;

- Caso o participante apresente dúvidas, o pesquisador estará disponível e prestará os esclarecimentos necessários;
- Os riscos citados justificam-se pelos benefícios advindos da avaliação do conhecimento dos profissionais e gestores sobre a Política Nacional de Atenção Básica e Caderno n 39 do NASF, tais como: melhora no conhecimento e consequente adequação das atividades profissionais no processo de trabalho da atenção básica; um profissional crítico, reflexivo e questionador adequado às exigências atuais do sistema de saúde brasileiro.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a pesquisadora responsável no endereço eletrônico: renatanewman@hotmail.com ou pelos telefones (83) 996155253 ou (83) 986668556; ou poderá contatar o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP-UFPB) no endereço: Campus I - Bloco Arnaldo Tavares – Sala 812 – 1º andar - CCS, Cidade Universitária, João Pessoa/PB, CEP: 58.051-900 e através do número (083) 32167791;
- A pesquisa apresenta como critérios de inclusão: ser profissional do NASF, estar atuando no NASF há pelo menos dois meses; e como critérios de exclusão: estar afastado das atividades de trabalho no NASF;
- Ao final da pesquisa, se for do interesse do voluntário, terá acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com a pesquisadora; vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em posse da pesquisadora e a outra em posse do voluntário.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

João Pessoa, ____/____/____

Pesquisador_____

Voluntário_____

ANEXOS

ANEXO 1 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: O TRABALHO DO NASF NA PARAÍBA: POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA PERSPECTIVA DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Pesquisador: RENATA NEWMAN LEITE CARDOSO DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 67265917.4.0000.5188

Instituição Proponente: Universidade Federal da Paraíba

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.140.637

Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto de pesquisa egresso do Programa PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE - CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA - UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, da aluna RENATA NEWMAN LEITE CARDOSO DOS SANTOS, sob orientação dos professores Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro e João Agnaldo do Nascimento.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar os conhecimentos que fundamentam a atuação dos profissionais do NASF no estado da Paraíba e sua utilização prática.

Objetivos Secundários:

- Identificar o perfil sociodemográfico dos profissionais do NASF na Paraíba;
- Validar um instrumento para medir o conhecimento dos profissionais do NASF sobre a Política Nacional de Atenção Básica e o Caderno de Atenção Básica nº 39;

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



Continuação do Parecer: 2.140.637

- Avaliar o conhecimento dos profissionais do NASF sobre a Política Nacional de Atenção Básica à Saúde e o Caderno de Atenção Básica nº 39;
- Identificar facilitadores e/ou barreiras para o conhecimento dos profissionais do NASF sobre a Política Nacional de Atenção Básica à Saúde e o Caderno de Atenção Básica nº 39;
- Investigar como se dá a efetivação do trabalho no NASF em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica e o Caderno de Atenção Básica nº 39;
- Identificar estratégias de formação e/ou educação permanente para o trabalho do NASF;
- Analisar a satisfação dos profissionais com o trabalho no NASF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa envolverá riscos mínimos aos participantes pela possibilidade de causar constrangimento com a aplicação dos questionários e a realização da entrevista. Caso o participante apresente dúvidas, o pesquisador estará disponível e prestará os esclarecimentos necessários. Para minimizar estes riscos, a pesquisa garantirá que os participantes respondam aos questionários e/ou entrevistas de forma sigilosa, em ambiente específico para este fim. Como também, a equipe de coleta de dados será treinada para evitar constrangimentos na realização da coleta.

Benefícios:

Os riscos citados justificam-se pelos benefícios advindos da avaliação do conhecimento dos profissionais e gestores sobre a Política Nacional de Atenção Básica, tais como: melhora no conhecimento e consequente adequação das atividades profissionais no processo de trabalho da atenção básica, objetivando um profissional crítico, reflexivo e questionador adequado às exigências atuais do sistema de saúde brasileiro.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente projeto apresenta coerência científica, mostrando relevância para a academia, haja vista a ampliação do conhecimento, onde se busca, principalmente, avaliar os conhecimentos que fundamentam a atuação dos profissionais do NASF no estado da Paraíba e sua utilização prática.

Endereço: UNIVERSITÁRIO S/N
 Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900
 UF: PB Município: JOÃO PESSOA
 Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: eticaccsuufpb@hotmail.com

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 2.140.637

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos de Apresentação Obrigatória foram anexados tempestivamente.

Recomendações:

RECOMENDAMOS QUE AO TÉRMINO DA PESQUISA, A PESQUISADORA RESPONSÁVEL ENCAMINHE AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, RELATÓRIO FINAL, DOCUMENTO DEVOLUTIVO COMPROVANDO QUE OS DADOS FORAM DIVULGADOS JUNTO À INSTITUIÇÃO ONDE OS DADOS FORAM COLETADOS E PESQUISA NA ÍNTEGRA, TODOS EM PDF, VIA PLATAFORMA BRASIL, ATRAVÉS DE NOTIFICAÇÃO, PARA OBTENÇÃO DA CERTIDÃO DEFINITIVA.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Tendo em vista o cumprimento das formalidades éticas e legais, SOMOS DE PARECER FAVORÁVEL A EXECUÇÃO DO PRESENTE PROJETO DA FORMA COMO SE APRESENTA.

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_890785.pdf	16/06/2017 13:32:41		Aceito
Outros	Carta_ao_Avaliador.docx	16/06/2017 13:31:59	RENATA NEWMAN LEITE CARDOSO DOS SANTOS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_2.docx	16/06/2017 13:31:01	RENATA NEWMAN LEITE CARDOSO DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Renata_2.docx	16/06/2017 13:30:26	RENATA NEWMAN LEITE CARDOSO DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE_2.docx	16/06/2017	RENATA NEWMAN	Aceito

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA**



Continuação do Parecer 2.140.637

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2.docx	13:29:42	LEITE CARDOSO DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_2.pdf	16/06/2017 13:27:58	RENATA NEWMAN LEITE CARDOSO DOS SANTOS	Aceito
Outros	PPGMDS_aprovacao.pdf	17/04/2017 16:20:15	RENATA NEWMAN LEITE CARDOSO DOS SANTOS	Aceito
Outros	Lepasc.pdf	16/04/2017 20:12:47	RENATA NEWMAN LEITE CARDOSO DOS SANTOS	Aceito
Outros	Instrumentos.docx	16/04/2017 20:11:00	RENATA NEWMAN LEITE CARDOSO DOS SANTOS	Aceito
Outros	anuencia_Queimadas.pdf	16/04/2017 20:09:48	RENATA NEWMAN LEITE CARDOSO DOS SANTOS	Aceito
Outros	anuencia_Patos.pdf	16/04/2017 20:08:17	RENATA NEWMAN LEITE CARDOSO DOS SANTOS	Aceito
Outros	anuencia_Santa_Rita.pdf	16/04/2017 20:07:47	RENATA NEWMAN LEITE CARDOSO DOS SANTOS	Aceito
Outros	anuencia_CG.pdf	16/04/2017 20:06:47	RENATA NEWMAN LEITE CARDOSO DOS SANTOS	Aceito
Outros	anuencia_Pianco.pdf	16/04/2017 20:06:13	RENATA NEWMAN LEITE CARDOSO DOS SANTOS	Aceito
Outros	Anuencia_Cajazeiras.pdf	16/04/2017 20:05:00	RENATA NEWMAN LEITE CARDOSO DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ORIENTADORA.pdf	16/04/2017 20:04:17	RENATA NEWMAN LEITE CARDOSO DOS SANTOS	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	16/04/2017 20:02:24	RENATA NEWMAN LEITE CARDOSO DOS SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



Continuação do Parecer 2 140 637

JOAO PESSOA, 27 de Junho de 2017

Assinado por:
Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador)

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com