








Características e atuação dos profissionais dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica

Characteristics and performance of professionals of the Expanded Family Health and Basic Healthcare Centers

Características y actuación de los Núcleos Ampliados de Salud de la Familia y Atención Básica

Como citar este artigo:

Vendruscolo C, Metelski FK, Maffissoni AL, Tesser CD, Trindade LL. Characteristics and performance of professionals of the Expanded Family Health and Basic Healthcare Centers. Rev Esc Enferm USP. 2020;54:e03554. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018033003554>

-  Carine Vendruscolo¹
-  Fernanda Karla Metelski²
-  André Lucas Maffissoni³
-  Charles Dalcanale Tesser⁴
-  Letícia de Lima Trindade¹

¹Universidade do Estado de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação, Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, Florianópolis, SC, Brasil.

²Universidade do Estado de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem, Florianópolis, SC, Brasil.

³Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, SC, Brasil.

⁴Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Saúde Pública, Florianópolis, SC, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To analyze the characteristics and performance of the teams of the Expanded Family Health and Basic Healthcare Centers (Nasf-AB) of Santa Catarina state. **Method:** A multicenter study implementing mixed methods, a sample of 149 municipalities (50.5% of the state) and 359 professionals through applying a survey and collective interviews with five teams of 43 professionals. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, and qualitative data were subjected to thematic analysis. **Results:** There were 11 professions integrated to the Centers with a predominance of psychologists (27%), physiotherapists (18%) and nutritionists (18%). The professionals were mostly women (88%) aged between 30 and 39 years (50.4%), with their performance involving shared care, collective activities of their professional core, group activities and individual care to users. Professionals participate in the intermediation, regulation or evaluation of referrals from Primary Care to other points of the Network. The interviews revealed a set of actions of technical care and technical-pedagogical support and specialized actions. **Conclusion:** Despite operational difficulties, the Expanded Family Healthcare Centers have been supporting Family Healthcare teams, strengthening Primary Care.

DESCRIPTORS

Primary Health Care; Family Health; Secondary Care; Primary Care Nursing; Health Services Accessibility.

Autor correspondente:

Carine Vendruscolo
Rua Mato Grosso, 1044 E, Jardim Itália
CEP 89814-080 – Chapecó, SC, Brasil
carine.vendruscolo@udesc.br

Recebido: 30/07/2018
Aprovado: 27/06/2019

INTRODUÇÃO

Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) configuram uma política desenvolvida para estimular a consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS), ou Atenção Básica (AB) no Brasil, mediante a composição de equipes multiprofissionais que visam à cooperação interdisciplinar e à resolutividade desse ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁽¹⁾. Profissionais de diferentes especialidades atuam na perspectiva do apoio matricial junto às equipes de Saúde da Família (eSF), com vistas a fortalecê-las e ampliar sua clínica e resolubilidade, além de apoiá-las no exercício da função de coordenação do cuidado. A diversidade de profissões passíveis de integração às equipes generalistas confere ao Nasf a possibilidade de desempenhar atividades interdisciplinares, considerando os conhecimentos dos núcleos específicos de cada profissão, bem como o campo de saberes dos cuidados em saúde comuns a várias profissões⁽²⁾.

Inspirado no modelo Paideia⁽³⁾, com uma metodologia de reformulação dos tradicionais mecanismos de gestão e foco na formação de pessoas e relações, o apoio ativa espaços de comunicação e deliberação conjunta, implica compartilhamento de saberes e organiza fluxos. A atividade matriciadora da equipe especializada pode ocorrer em duas interfaces: apoio técnico-pedagógico, que visa promover movimentos de educação permanente para os profissionais generalistas; e apoio clínico-assistencial, no qual os profissionais, mediante demanda específica, realizam atendimento clínico^(1,4-5). Também a função de coordenação do cuidado vem se fortalecendo e destacando nas reformas europeias da APS, convergente com o modelo brasileiro. A colaboração entre generalistas da APS e especialistas vem sendo proposta em vários países como estratégia para qualificar o cuidado, contudo, somente no Brasil equipes com vários especialistas (Nasf-AB) são integrantes desse ponto da RAS⁽⁶⁻⁷⁾.

Em relação ao desenvolvimento dos Núcleos em contexto nacional, estudos⁽⁸⁻¹¹⁾ revelam esse dispositivo como transformador do processo de trabalho na APS/AB. Tal direcionamento pode mobilizar e impactar práticas hegemônicas em saúde que se desenvolvem em cenários de desvalorização dos serviços públicos e distorcem linhas de poder instituídas. Por se tratar de um dispositivo de apoio, o Nasf pode alterar os produtos de trabalho da própria equipe, o que configura um novo modo de produzir saúde⁽¹²⁾.

Em maio de 2018, identificaram-se 5.293 equipes de Nasf atuantes nos municípios brasileiros, dessas, 289 estão em Santa Catarina (SC)⁽¹³⁾. Dependendo da configuração, cada equipe pode ser composta de um quantitativo de profissionais que varia em função da modalidade (Nasf 1, 2 ou 3) e da carga horária, respeitando, ainda, as ocupações indicadas pelo Ministério da Saúde (MS) para a composição mínima da equipe, bem como das prioridades e necessidades locais das eSF que receberão o suporte^(1,14).

A nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) não acarretou mudanças estruturais importantes no Nasf-AB, mas alterou sua nomenclatura, pois antes era denominado Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A retirada do termo apoio deixou dúvidas quanto à lógica matricial, além do fato

de ampliar a responsabilidade do Núcleo para as chamadas equipes de AB (eAB) tradicionais^(1,15). No entanto, a trajetória normativa do Nasf não se reflete automaticamente nas diferentes realidades locais do território brasileiro, tanto que em alguns municípios do estado de SC que fizeram parte deste estudo ainda não foi assumida, integralmente, a nova proposição. A mudança na PNAB, para alguns autores, deixa dúvidas aos gestores quanto ao lugar ocupado pelo matriciamento, após 10 anos dos Núcleos⁽¹⁵⁾. A partir dessa contextualização, questiona-se: como se caracterizam os profissionais que atuam nos Nasf-AB, em SC, e de que maneira atuam no contexto da APS? A pesquisa tem como objetivo analisar das características e a atuação das equipes dos Nasf-AB de SC.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDO

Pesquisa descritiva em cuja produção e análise dos dados foi utilizada a abordagem quanti-qualitativa, estratégia exploratória e sequencial. Os dados quantitativos (QUAN) foram coletados e analisados em um primeiro momento, e, após, as informações qualitativas (qual) foram produzidas e analisadas considerando os resultados quantitativos iniciais (QUAN → qual). A realização de um estudo de métodos mistos não significa a condução de pesquisas separadas que abordem uma questão específica, mas, sim, o emprego de métodos diferentes para responder à questão, com informações complementares⁽¹⁶⁾. O estudo foi desenvolvido por pesquisadores de cinco universidades de SC (duas públicas, duas comunitárias e uma privada), com participação da Secretaria de Estado da Saúde.

CENÁRIO

O cenário do estudo foi o estado de SC, composto de 295 municípios distribuídos nas nove Macrorregiões de Saúde. Desse total, 277 municípios possuíam o Nasf implantado, e os nasfianos que participaram da etapa QUAN da pesquisa pertencem a 149 (53,8%) municípios integrantes de todas as Macrorregiões: Grande Oeste, com 38 (50,7%) municípios; Meio Oeste, com 21 (48,8%); Nordeste, com 9 (100%); Grande Florianópolis, com 13 (33,3%); Foz do Itajaí, com 6 (50%); Vale do Itajaí, com 23 (57,5%); Serra Catarinense, com 6 (60%); Sul, com 30 (75%); e Planalto Norte, com 3 (33,3%). A população foi levantada a partir do *site* do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), totalizando 1.312 nasfianos no estado, em julho/2017. Para a etapa 'qual' participaram: 26 profissionais de dois municípios do Grande Oeste; nove de um município da Grande Florianópolis; quatro de um município do Vale do Itajaí e quatro de um município da Serra Catarinense.

AMOSTRA

A amostra da etapa QUAN foi composta de 359 participantes distribuídos nas nove Macrorregiões de Saúde de SC. O cálculo amostral considerou 95% para o intervalo de confiança e 4,5% para a margem de erro. Para a etapa qual, a amostra foi composta de 43 nasfianos distribuídos em cinco municípios de quatro Macrorregiões de Saúde.

COLETA DE DADOS

Os dados foram obtidos em duas etapas. Para a etapa QUAN, os nasfianos foram convidados a responder a um instrumento *Survey*, com 19 questões (perguntas fechadas, abertas e do tipo Likert), incluindo dados sociodemográficos e sociolaborais, ferramentas de trabalho e demandas da atuação. A coleta ocorreu entre maio e junho de 2017. O instrumento passou por teste de instrumento com equipe de profissionais do estado do Paraná, para avaliação da consistência e linguagem e obteve elevado coeficiente alfa de Cronbach ($\alpha = 0.819$).

Na etapa qual, realizaram-se entrevistas entre setembro a novembro de 2017 com cinco equipes representativas das Macrorregiões, estabelecidas por sorteio e adequadas conforme viabilidade de acesso. A produção das informações foi encerrada de acordo com a saturação. As entrevistas tiveram duração média de 2 horas, foram conduzidas por um entrevistador, um relator (realizava anotações sobre o perfil e a sequência dos falantes) e apoiadores (circulavam pela sala com os gravadores) e foram gravadas e transcritas na íntegra.

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Para participar, era necessário estar atuante no Nasf e aceitar o TCLE, que liberava o acesso ao *Survey*. Foram excluídos profissionais afastados por qualquer motivo no período de coleta. Na etapa qual, os critérios de inclusão dos participantes foram: atuar nas equipes do Nasf em um dos municípios selecionados e estar no cargo havia, no mínimo, 6 meses. E, como critério de exclusão: profissionais afastados do trabalho por qualquer motivo. O convite para participar foi enviado para os nasfianos dos municípios selecionados por Macrorregião do estado, e as entrevistas coletivas ocorreram com quem se dispôs a participar.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

O procedimento analítico QUAN foi realizado mediante codificação e tabulação no programa Excel e com auxílio do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 21.0. As variáveis foram descritas por meio de medidas de tendência central e dispersão: média, desvio-padrão, mediana e valor mínimo e máximo, estimativa por intervalo de confiança para a média populacional com base no número de respostas válidas, considerando o nível de significância igual ou menor que 5% e o intervalo de confiança igual ou maior que 95%. As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências absolutas e proporções.

As informações passaram por análise temática⁽¹⁷⁾. Foi realizada a pré-análise do material produzido, iniciando com a leitura flutuante das transcrições das falas, a fim de constituir o *corpus* das informações. Em seguida, partiu-se para a fase exploratória, que resultou na primeira codificação para alcançar os núcleos de compreensão/sentido do texto. Finalmente, procedeu-se ao recorte do texto em unidades de registro, as quais deram origem a três categorias: “atendimentos oferecidos pelos Nasf-AB em SC”; “atividades coletivas/grupos desenvolvidos nos Nasf-AB”; “intermediação pelos Nasf-AB para a atenção especializada”.

O Quadro 1 ilustra a síntese dos aspectos metodológicos.

Quadro 1 – Síntese dos aspectos metodológicos.

Desenho do Estudo	Pesquisa de métodos mistos com estratégia exploratória sequencial	
	Quantitativo – QUAN	Qualitativo – qual
	Estudo transversal	Análise Temática
Objetivo Específico	Analisar dados sociodemográficos, sociolaborais, e características de atuação cotidiana.	Identificar os núcleos de compreensão das práticas interdisciplinares e suporte à eSF.
Participantes	359 nasfianos	43 nasfianos
Coleta de Dados	Instrumento do tipo Survey com 39 questões	Entrevistas coletivas
Análise dos Dados	Codificação e tabulação dos dados no programa Excel Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 21.0 Estatística descritiva	Pré-análise Fase exploratória Codificação

ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina, sob o Parecer n.º 1.812.835/2016 e respeita todos os preceitos éticos e as diretrizes legislativas brasileiras vigentes. Os participantes foram esclarecidos sobre o estudo e suas identidades preservadas mediante identificação das falas por categoria profissional, seguida da sequência numérica, do termo Nasf-AB e do número de ordem que representa a Macrorregião (Psicólogo1/Nasf-AB1, Nutricionista1/Nasf-AB2...).

RESULTADOS

CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NOS NASF-AB EM SANTA CATARINA

Participaram da etapa QUAN 359 profissionais, que, juntos, atuavam em 149 (50,50%) dos 295 municípios de SC. A maioria era do sexo feminino ($n=315/88\%$), com faixa etária prevalente de 30 a 39 anos ($n=173/50,4\%$), média de 33,6 anos, com desvio-padrão de 7,6 anos. A idade mínima foi de 22, e a máxima, de 59 anos. O nível de formação mais frequente foi a pós-graduação *lato sensu* ($n=256/71,5\%$) e a titulação máxima foi o Doutorado ($n=1/0,6\%$).

A maioria dos participantes ($n=165/46,1\%$) atuava nos Núcleos havia mais de 3 anos e exclusivamente nos Nasf-AB, dentro da Secretaria de Saúde do município ($n=206/57,5\%$).

Em relação à categoria profissional, os dados revelam, pelo menos, 11 profissões diferentes nos Nasf-AB, destacando-se o número de psicólogos ($n=96/27\%$), fisioterapeutas ($n=65/18,3\%$) e nutricionistas ($n=63/17,7\%$). Os profissionais de menor frequência foram médicos veterinários ($n=1/0,3\%$), terapeutas ocupacionais ($n=2/0,6\%$) e sanitaristas ($n=3/0,8\%$).

Os dados que revelam iniciativas sobre a busca de formação específica e educação permanente, todavia, demonstram pouco ou nenhum incentivo do gestor:

(...) *os colegas que têm mestrado ou pós-graduação, foi porque foram atrás, o município não apoia muito* (Educador Físico/Nasf-AB1).

(...) *teve o curso introdutório na unidade, com os [profissionais] novos, mas tem pouca capacitação para se entender o trabalho do Nasf* (Psicólogo/Nasf-AB5).

ATUAÇÃO DOS NASFIANOS NO CONTEXTO DA APS/AB EM SC

Na primeira categoria, atendimentos oferecidos pelos Nasf-AB em SC, foi analisada a periodicidade de atendimentos aos usuários de maneira compartilhada, com outros profissionais dos Nasf/AB e das eSF, ou de maneira individual, quando o profissional atende sozinho um usuário, geralmente dentro do seu núcleo profissional específico. “Diariamente”, há maior realização de atendimentos individuais pelos Nasf-AB (41,3%) se comparados com os atendimentos de modo compartilhado (15,7%), o que pode ser visualizado na Tabela 1. Para a periodicidade “até 3 vezes por semana”, a frequência do atendimento compartilhado aumenta para 48,8% (incluindo o percentual de “diariamente”) e chega a 85,9% se considerada a periodicidade de atendimento compartilhado “até quinzenal”. Já o atendimento individual “até 3 vezes por semana” chega a 71,96% (incluindo o percentual de “diariamente”), e até quinzenal vai a 85,9% dos profissionais.

Tabela 1 – Atendimento oferecido aos usuários nos Nasf-AB em Santa Catarina, Brasil, 2017.

Atendimento ao usuário de modo compartilhado entre Nasf-AB e eSF	
Periodicidade	n (%)
Diariamente	56 (15,7)
Até 3 vezes por semana	118 (33,1)
Até 2 vezes por mês	132 (37,1)
Raramente	45 (12,6)
Nunca	5 (1,4)
TOTAL	356 (99,2%)
Atendimento individual ao usuário pelos Nasf-AB	
Periodicidade	n (%)
Diariamente	147 (41,3)
Até 3 vezes por semana	109 (30,6)
Até 2 vezes por mês	38 (10,7)
Raramente	49 (13,8)
Nunca	13 (3,7)
TOTAL	356 (99,2%)

No atendimento compartilhado ao usuário, realizado de maneira colaborativa, pela troca de saberes entre os profissionais, foram esclarecidas algumas especificidades que sinalizam o potencial dos Núcleos na mudança do processo de trabalho da SF/AB, principalmente relacionadas à ligação dialógica com a eSF:

(...) quando eu falo do apoio que a gente gostaria de dar [às equipes de SF], seria através dessas ferramentas específicas: discussão de casos, construção de projeto terapêutico (...) Quando a gente propôs, pela primeira vez, a discussão, teve uma resistência porque aí teve uma mudança de processo de trabalho para as equipes. Poder compartilhar, poder construir algo interdisciplinar (...) ainda existe uma resistência de se trabalhar em conjunto. Às vezes, até por falta de preparo, a gente sabe que têm várias categorias, então, até que você consiga construir uma sistemática de trabalho que garanta questões éticas, questões de respeito, pela diferença de visão (...) (Nutricionista1/Nasf-AB1).

(...) em alguns casos a gente consegue conversar [com as eSF] sobre pacientes, mas não com todos, alguns a gente tem um acesso melhor (...) (Fonoaudiólogo1/Nasf-AB4).

A gente faz o atendimento compartilhado, também, têm situações que eu preciso da presença da psicóloga. A gente acorda um horário em que as duas possam, chama o paciente e atendemos juntas, é bem tranquilo (Assistente Social1/Nasf-AB2).

(...) na medida do possível, estamos sempre tentando fazer esse contato e, também, fazendo ponte, para que a estratégia (SF) veja a importância de falar com a atenção secundária (Farmacêutico1/Nasf-AB4).

As entrevistas esclarecem algumas especificidades nucleares da realização de atendimentos individuais:

O atendimento individualizado por parte da fisioterapia acontece mais na triagem, direcionados para o ambulatório (Fisioterapeuta1/Nasf-AB4).

Fazemos [atendimento individualizado]! Não que seja um atendimento psicológico, não é um atendimento clínico, mas a gente faz a primeira escuta (...) (Assistente Social1/Nasf-AB7).

(...) não consigo fazer atendimento individual, faço muito pouco, então, o que eu trabalho, basicamente, é grupo. Quando eu faço atendimento individual é mais para uma orientação ou, no máximo, um retorno (Nutricionista1/Nasf-AB4).

Faço atendimento individual, pautado em poucas consultas, eu não consigo fazer o acompanhamento longitudinal; se o paciente tem a necessidade, eu converso com o médico para ele fazer o encaminhamento (...) se eu começar a pegar atendimentos individuais, eu não vou conseguir dar conta dos grupos terapêuticos (...) (Nutricionista1/Nasf-AB3).

A segunda categoria, atividades coletivas/grupos desenvolvidos nos Nasf-AB, demonstra que os grupos, em conjunto com a eSF, vêm sendo desenvolvidos a partir da área específica de formação dos nasfianos ou não. As atividades coletivas/grupos específicos da área de formação são realizadas “diariamente” e “até três vezes por semana”, com maior frequência, se comparados aos não específicos da área de formação (Tabela 2).

Tabela 2 – Atividades coletivas/grupos com usuários nos Nasf-AB em conjunto com a eSF em Santa Catarina, Brasil, 2017.

Específicos da área de formação do nasfiano	
Periodicidade	n (%)
Diariamente	39 (10,9)
Até 3 vezes por semana	114 (31,9)
Até 2 vezes por mês	139 (38,9)
Raramente	60 (16,8)
Nunca	5 (1,4)
TOTAL	357 (99,4%)
NÃO específicos da área de formação do nasfiano	
Periodicidade	n (%)
Diariamente	12 (3,4)
Até 3 vezes por semana	71 (20,0)
Até 2 vezes por mês	189 (53,2)
Raramente	74 (20,8)
Nunca	9 (2,5)
TOTAL	355 (98,9)

Trechos das entrevistas demonstram particularidades das atividades compartilhadas ou colaborativas realizadas pelas equipes Nasf-AB e sua relação com a SF/AB:

Há os grupos de reeducação alimentar, que acontecem em todas as Unidades [de Saúde] por ciclo, em torno de três a quatro meses,

ai fecha um ciclo e começa outro. Pacientes com o mesmo perfil para cada grupo. Os que não conseguem ser atendidos individualmente, a gente trabalha com consulta compartilhada, faz grupo (...) e qualquer grupo da unidade que precisa, a gente dá o apoio (Nutricionista1/Nasf-AB1).

A nossa forma de atuar como Nasf na fisioterapia seria, por exemplo, ter determinados tipos de patologia que a gente possa, em conjunto, criar grupos terapêuticos (...) a unidade [eSF] traz a demanda, nós, em conjunto com a unidade ou com outros profissionais do Nasf, criamos grupos, para atender de forma coletiva (Fisioterapeuta1/Nasf-AB3).

(...) nós não fazemos psicoterapia, como é tradicionalmente oferecido em consultório. Não é função do Nasf: faz um acompanhamento até a abertura dos grupos do GDH, que é a formação dos Grupos de Desenvolvimento Humano (Psicólogo1/Nasf-AB1).

A terceira categoria identificada, intermediação pelos Nasf-AB para a atenção especializada, revela que o atendimento individualizado pode gerar encaminhamento para a atenção especializada, ou, mesmo, a intermediação, regulação ou a avaliação de encaminhamento. A Tabela 3 apresenta esses resultados. Observa-se que prevalece a opção “raramente” para o percentual de encaminhamentos para a atenção especializada pelos Nasf-AB, bem como a intermediação, regulação ou avaliação de encaminhamentos da AB pelos nasfianos para a atenção especializada. Esses dados sugerem que, se por um lado os Nasf-AB vêm oferecendo ações de cuidado individual e coletivo (compartilhado, em que se concretiza parte do apoio, ou não), por outro, os nasfianos também contam com um potencial de orientar o referenciamento, fazer intermediação, regulação ou avaliação de encaminhamentos relativamente pouco explorados (cerca de 50% dos profissionais nunca fazem ou o fazem raramente), para contribuir para um fluxo que organize e torne mais resolutivo o encaminhamento para outros pontos da RAS. Isso possibilita refletir sobre o Nasf-AB atuando como uma equipe em um ponto intermediário entre a AB e a atenção secundária.

Tabela 3 – Encaminhamentos para atenção especializada realizados pelos Nasf-AB em Santa Catarina, Brasil, 2017.

Encaminhamento realizado pelo nasfiano	
Periodicidade	n (%)
Diariamente	18 (5,1)
Até 3 vezes por semana	48 (13,5)
Até 2 vezes por mês	124 (34,8)
Raramente	141 (39,6)
Nunca	25 (7,0)
TOTAL	356 (99,2%)
Intermediação, regulação ou avaliação de encaminhamentos da Atenção Básica para a atenção especializada	
Periodicidade	n (%)
Diariamente	25 (7,1)
Até 3 vezes por semana	47 (13,4)
Até 2 vezes por mês	102 (29,1)
Raramente	132 (37,7)
Nunca	44 (12,6)
TOTAL	350 (97,5%)

As entrevistas coletivas apresentaram algumas particularidades e diferenciações acerca dessas questões de encaminhamento e regulação, incluindo uma noção de Nasf como uma equipe que, embora tenha domínio de saberes

específicos, sente-se parte da Atenção Básica num trabalho que é – ou deveria ser – de suporte e empoderamento da equipe generalista:

A gente [Psicólogos] têm os encaminhamentos: os usuários chegam até os médicos e enfermeiros, eles fazem o encaminhamento, nem todos eles conseguem discutir conosco antes de encaminhar [para a atenção especializada]. Geralmente, dão preferência para os casos mais graves, que precisam de uma atenção um pouco mais urgente (Psicólogo1/Nasf-AB1).

(...) eu faço o encaminhamento e dou para as meninas da recepção que agendam clínica; [o usuário] não volta para o médico. Agora está tendo uma mudança, porque abriu uma regulação de fisioterapia, então os pacientes estão passando, primeiro, lá, saem da unidade, vão para a regulação e eles decidem se vão para a clínica (Fisioterapeuta1/Nasf-AB4).

(...) a gente faz reunião [com equipes da SF] na discussão do matriciamento; são levantados esses casos e é feito o direcionamento para ver o que vai fazer para aquela situação, qual é o tipo de encaminhamento, com base na discussão (Assistente Social1/Nasf-AB5).

(...) a gente não gostaria de funcionar como um núcleo de especialidade na Atenção Básica, mas, sim, que a gente pudesse empoderar os profissionais para que eles se qualificassem para também atender uma demanda mais especial (Nutricionista1/Nasf-AB1).

DISCUSSÃO

Os profissionais investigados seguem a tendência geral de feminilização das profissões da saúde (88% mulheres) e são relativamente jovens. A maioria tem formação pós-graduada, quase metade atua há mais de três anos, e pouco mais da metade atua exclusivamente nos Nasf. Há poucos estudos sobre o perfil profissional para comparação. No que se refere à formação, estudo recente⁽¹⁸⁾ analisou o trabalho nos Nasf em território brasileiro por meio de dados do PMAQ e apresentou dados não tão satisfatórios quanto à formação específica e educação permanente, referidas como sendo ofertadas pela gestão para alguns ou para nenhum profissional por cerca de 50% das equipes, o que demanda iniciativa dos profissionais.

Apesar da parte QUAN envolver profissionais de mais da metade dos municípios, é possível que a pesquisa tenha selecionado uma fração que apresentasse maior envolvimento com o trabalho pela dedicação integral, o que torna questionável a generalização dos resultados para o conjunto dos Nasf do estado e do país. Mesmo assim, os resultados iluminam aspectos de uma fração significativa da rotina dos profissionais, cujo trabalho é, geralmente, fortemente influenciado pelo contexto local e municipal. As profissões que se destacam são as tipicamente mais demandadas na APS, de forma coerente com a prevalência de problemas de saúde mental, osteomusculares e cardiovasculares (psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas).

A atuação dos Nasf-AB é objeto de interpretações diversas, tomando distintas configurações conforme a localidade. Há controvérsias e dubiedades relacionadas às funções de

cada área profissional nesses Núcleos, ao mesmo tempo que se evidencia ambiguidades nos referenciais de sustentação das práticas nesse novo arranjo organizacional. Um dos paradoxos está no fato de que há preocupações em estabelecer diretrizes para a atuação “intra-áreas”, todavia, a iniciativa se orienta, justamente, na articulação multi e interdisciplinar, o que implica colaboração entre diversos saberes e núcleos de competência de cada profissão⁽¹⁹⁾. A atuação dos profissionais em SC parece seguir o proposto pelos documentos ministeriais^(1,5), havendo características de apoio técnico-assistencial e técnico-pedagógico às eSF e alguma atuação (em menor escala) como articuladores e reguladores do acesso aos serviços especializados de saúde.

Os dados mostram a presença do atendimento individual, realizado pela maioria dos nasfianos, diariamente (Tabela 1). Todavia, uma parcela considerável – mais de 70% – dos profissionais também expressa a atuação em grupos, coletivamente com as eSF ou no âmbito da sua competência nuclear. Ao que tudo indica, os encontros e trabalhos conjuntos com a eSF vem se constituindo (Tabela 2), com especificidades em cada equipe.

A atuação interprofissional implica formas colaborativas de trabalho entre profissionais de diferentes núcleos de saberes, reagrupando conhecimentos fragmentados, a fim de melhorar a prestação de serviços e evitar a duplicidade de cuidados. Tal atuação vincula-se à noção de trabalho em equipe e negociação de processos decisórios, mediante construção coletiva de conhecimento, respeito às diferenças e singularidades dos núcleos de saberes e práticas, para além da soma ou integração de enfoques disciplinares ou profissionais⁽²⁰⁻²¹⁾. Nessa perspectiva, cumpre esclarecer que se reconhecem avanços no trilhar do caminho para a interprofissionalidade, ao levar em conta a complexidade da proposta do matriciamento, sobretudo, contemplando práticas colaborativas entre os profissionais dos Nasf, e destes com os das eSF.

Destaca-se a atuação em grupos, específicos ou não, da área de formação do nasfiano. As práticas grupais fundamentam-se ou devem se fundamentar em referenciais interativos que possibilitem a participação do usuário e favoreçam a sua aproximação dos objetivos pretendidos pelo grupo, reforçando o porquê e o tema de cada encontro. Essa perspectiva pedagógica se fundamenta na educação libertadora, tendo em vista o aprendizado a partir da vivência do outro⁽²²⁾. Com esse delineamento, as práticas grupais podem ser consideradas dispositivos para a promoção, prevenção e para a busca da felicidade, como ferramentas que proporcionam o vínculo, a responsabilização, a ampliação do cuidado, além de não envolver alta tecnologia, o que contribui para a redução de gastos⁽²³⁾.

Os nasfianos parecem buscar consolidar sua função de apoio sem menosprezar a clínica especializada, conforme ideias previstas para o matriciamento nos escritos precursores da proposta do Nasf⁽²⁴⁾, da década de 1990. O exercício de cuidado clínico especializado ali era assumido integralmente e acrescido da função de apoio e educação permanente às eSF, constituindo ambos (apoio às equipes e exercício da clínica especializada) o matriciamento⁽²⁵⁾.

O Nasf-AB foi concebido como proposta para cumprir a função de apoio matricial numa gestão integradora do cuidado. No entanto, é preciso um tempo até que se fortaleçam vínculos e se formulem estratégias de atuação que contemplem as expectativas dos profissionais da eSF e dos próprios usuários. Por outro lado, há uma preocupação dos profissionais (e pesquisadores do tema)⁽²⁵⁾ de evitar que os nasfianos priorizem o atendimento especializado e, principalmente, que o exerçam à revelia e desvinculados das eSF, em consultórios agora dentro das unidades de saúde.

As equipes de SC desenvolvem atividades em que se destaca o atendimento individual, mas aparecem também os atendimentos compartilhados com as eSF. Nos dados qualitativos, sobressaem-se as discussões de casos, inseridas na rotina, inclusive, por meio de conversas e interações não agendadas. Ganham evidência grupos voltados a usuários, específicos ou não, da área de formação do nasfiano.

Os nasfianos participam da intermediação, regulação ou avaliação de encaminhamentos da APS para outros pontos da Rede, mas em raros casos decidem individualmente. Os diferentes arranjos das equipes parecem convergir para algum exercício da clínica compartilhada, conformando espaços coletivos de discussão em que a equipe exerce a capacidade de analisar e intervir em conjunto, refletindo sobre os efeitos de suas práticas e deliberando coletivamente sobre isso⁽³⁾. Essas disposições também aludem a uma rede integrada, em que a APS é porta de entrada preferencial e, como tal, organiza o acesso aos demais serviços. Nas equipes estudadas, os serviços de APS, apoiados pelo trabalho dos Nasf-aB, coordenam o acesso aos serviços especializados. Alguns autores⁽²⁵⁾ defendem a necessidade de outro formato organizacional para os Nasf, aproximando-os dos serviços especializados, os quais poderiam todos operar realizando também apoio matricial, na medida do possível⁽⁶⁻⁷⁾, o que poderia diminuir o número de encaminhamentos desnecessários.

O que se observou em SC foram atuações que pareciam tornar mais efetiva a porta de entrada preferencial, podendo acarretar desejável reestruturação produtiva na saúde⁽¹²⁾, mediante a responsabilização por uma parte da demanda e a reorganização dos modos de produzir cuidado pelos próprios profissionais na medida de suas atribuições e competências.

O estudo apresentou algumas limitações, como a dificuldade de reunir os profissionais dos Nasf-AB de todas as Macrorregiões, bem como de analisar os diferentes contextos sociais em que as equipes atuam, o que faz refletir sobre a importância da realização de pesquisas que explorem a temática. Os desafios de adaptação às normativas oficiais também requerem outros estudos, que analisem e compreendam o modo como as equipes dos Nasf têm atuado nos mais diversos territórios brasileiros e avaliem os resultados de sua interação com as eSF.

CONCLUSÃO

As características da atuação das equipes dos Nasf-AB em SC vão ao encontro do previsto pela literatura, que sinaliza que elas têm demonstrado potencial de suporte às eSF, podendo se estabelecer como mecanismo de fortalecimento da APS como ordenadora do cuidado na RAS. Embora seja

uma proposta em processo de construção, os avanços, até o presente, parecem estar relacionados ao modelo de atuação centrado no apoio matricial e que, nesse estado, se materializa mediante consultas compartilhadas, atendimento individual, em grupos, específicos ou não, da categoria profissional do nasfiano e participação no processo de regulação entre APS e Atenção Secundária.

A proposta dos Nasf-AB em SC tem como potencialidade o fortalecimento do processo de trabalho na APS. Chama atenção o trilhar de um caminho na direção da interprofissionalidade, o que confere ao Nasf uma perspectiva

promissora para a qualidade do cuidado, para a resolatividade da APS e sua articulação com a RAS.

Destaca-se a necessidade de considerar que, no desenho deste estudo, orientado para a análise de uma estratégia de intervenção com características peculiares, ao investigar características e o trabalho das equipes dos Nasf, foram selecionadas experiências aleatórias, limitando a generalização dos resultados. Sinaliza-se a diversidade dos municípios de SC, mas se considera que foi possível refletir sobre as potencialidades e os limites do dispositivo.

RESUMO

Objetivo: Analisar as características e a atuação das equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica de Santa Catarina. **Método:** Pesquisa multicêntrica, com métodos mistos, amostra de 149 municípios (50,5% do estado) e 359 profissionais, mediante aplicação de Survey e entrevistas coletivas com cinco equipes, 43 profissionais. Os dados quantitativos foram analisados via estatística descritiva, e os qualitativos passaram por análise temática. **Resultados:** Encontraram-se 11 profissões integradas aos Núcleos, com predomínio de psicólogos (27%), fisioterapeutas (18%) e nutricionistas (18%). Os profissionais são, majoritariamente, mulheres (88%) com idade entre 30 e 39 anos (50,4%), cuja atuação envolve atendimento compartilhado, atividades coletivas de seu núcleo profissional, atividades em grupos e atenção individual aos usuários. Os profissionais participam da intermediação, regulação ou avaliação de encaminhamentos da Atenção Primária para os demais pontos da Rede. As entrevistas revelam um conjunto de ações de apoio técnico-assistencial e técnico-pedagógico e atuação especializada. **Conclusão:** Os Núcleos Ampliados, apesar das dificuldades operacionais, têm atuado no suporte às equipes de Saúde da Família, fortalecendo a Atenção Primária.

DESCRITORES

Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Atenção Secundária à Saúde; Enfermagem de Atenção Primária; Acesso aos Serviços de Saúde.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las características y la actuación de los equipos de los Núcleos Ampliados de Salud de la Familia y Atención Básica de Santa Catarina. **Método:** Investigación multicéntrica, con métodos mixtos, muestra de 149 municipios (50,5% del Estado) y 359 profesionales, mediante aplicación de Survey y entrevistas colectivas con cinco equipos, 43 profesionales. Los datos cuantitativos fueron analizados por vía estadística descriptiva, y los cualitativos pasaron por análisis temático. **Resultados:** Se hallaron 11 profesiones integradas a los Núcleos, con predominio de psicólogos (27%), fisioterapeutas (18%) y nutriólogos (18%). Los profesionales son mayoritariamente mujeres (88%), cuya actuación involucra atención compartida, actividades colectivas de su núcleo profesional, actividades en grupos y atención individual a los usuarios. Los profesionales participan en la intermediación, regulación o evaluación de derivaciones de la Atención Primaria a los demás puntos de la Red. Las entrevistas desvelan un conjunto de acciones de apoyo técnico asistencial y técnico pedagógico y actuación especializada. **Conclusión:** Los Núcleos Ampliados, pese a las dificultades operativas, están actuando en el soporte a los equipos de Salud de la Familia, fortaleciendo la Atención Primaria.

DESCRIPTORES

Atención Primaria de Salud; Salud de la Familia; Atención Secundaria de Salud; Enfermería de Atención Primaria; Accesibilidad a los Servicios de Salud.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília; 2017 [citado 2018 jun. 30]. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/161636273/dou-secao-1-22-09-2017-pg-68>
2. Oliveira MM, Campos GWS. Matrix support and institutional support: analyzing their construction. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 [cited 2018 June 30];20(1):229-38. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/1413-8123-csc-20-01-00229.pdf>
3. Campos GWS, Figueiredo MD, Pereira Júnior N, Castro CP. Application of Paideia methodology to institutional support, matrix support and expanded clinical practice. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2014 [cited 2018 June 30];18(1):983-95. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-18-1-0983.pdf>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF [Internet]. Brasília; 2008 [citado 2018 jun. 30]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html
5. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano [Internet]. Brasília; 2014 [citado 2018 jun. 30]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf
6. Lythgoe MP, Abraham S. Good practice in shared care for inflammatory arthritis. *Br J Gen Pract.* 2016;66(646):275-7.
7. Bower P, Gilbody S, Richards D, Fletcher J, Sutton A. Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. *Br J Psychiatry.* 2006;189:484-93.
8. Macedo MAV, Ximenes-Guimarães JM, Sampaio JJC, Pereira-Morais A, Carneiro C. Análise do processo de trabalho no núcleo de apoio à saúde da família em município do nordeste brasileiro. *Rev Gerenc Polit Salud* [Internet]. 2016 [citado 2018 jun. 30];15(30):194-211. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/545/54546742013.pdf>

9. Volponi PRR, Garanhani ML, Carvalho BG. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades como dispositivo de mudança na Atenção Básica em Saúde. *Saúde Debate* [Internet]. 2015 [citado 2018 jun. 30];39(n.esp.):221-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00221.pdf>
10. Gonçalves RMA, Lancman S, Sznelwar LI, Cordone NG, Barros JO. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. *Rev Bra Saúde Ocup* [Internet]. 2015 [citado 2018 mar. 27];40(131):59-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v40n131/0303-7657-rbso-40-131-59.pdf>
11. Raimundi DM, Ferreira FF, Lima FCA, Siqueira VCA. Analysis of Family Clinical, vision of service nurses. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [cited 2018 June 30];50(n.spe):125-33. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reesp/v50nspe/0080-6234-reesp-50-esp-0130.pdf>
12. Panizzi M, Lacerda JT, Natal S, Franco TB. Reestruturação produtiva na saúde: atuação e desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Saúde Debate* [Internet] 2017 [citado 2018 jun. 30];41(112):155-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n112/0103-1104-sdeb-41-112-0155.pdf>
13. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. CNES – Equipes de saúde-Brasil. Competência 07/2018 [Internet]. Brasília; 2018 [citado 2017 ago. 28]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/equipebr.def>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2018 jun. 25]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html
15. Melo EA, Miranda L, Silva AM, Limeira RMN. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. *Saúde Debate* [Internet]. 2018 [citado 2018 dez. 20];42(1):328-40. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/328-340/pt/>
16. Santos JLGS, Erdmann, AL, Meirelles BHS, Lanzoni GMM, Cunha VP, Ross R. Integrating quantitative and qualitative data in mixed methods research. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2018 June 30];26(3):e1590016. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/en_0104-0707-tce-26-03-e1590016.pdf
17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
18. Brocardo D, Andrade CLT, Fausto MCR, Lima SML. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. *Saúde Debate* [Internet] 2018 [citado 2018 dez. 20];42(1):130-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0130.pdf>
19. Correia PCL, Goulart PM, Furtado JP. A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). *Saúde Debate* [Internet]. 2017 [citado 2018 jun. 30];41(n.esp.):345-59. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe/0103-1104-sdeb-41-nspe-0345.pdf>
20. Araújo TAM, Vasconcelos ACCP, Pessoa TRRF, Forte FDS. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2017 [citado 2018 dez. 22];21(62):601-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n62/1807-5762-icse-1807-576220160295.pdf>
21. D'Amour D, Goulet L, San Martín-Rodrigues LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2008 [cited 2018 June 30];8:188. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2563002/>
22. Maceno PR, Heidemann ITSB. Unveling the actions of nurses in primary health care groups. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2018 June 30];25(4):e2140015. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n4/0104-0707-tce-25-04-2140015.pdf>
23. Freitas FB, Seminotti N, Leite JCC. Protocolo de observação: uma estratégia para capacitação em coordenação de grupos. In: Seminotti N, organizador. *O Pequeno Grupo como um Sistema Complexo: uma estratégia inovadora para produção de saúde na Atenção Básica*. Porto Alegre: Rede Unida; 2016.
24. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 1999 [citado 2018 jun. 27];4(2):393-403. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>
25. Tesser CD. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet] 2016 [citado 2018 abr. 28];21(62):565-78. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n62/1807-5762-icse-1807-576220150939.pdf>

Apoio financeiro

Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC). Termo de Outorga nº 2016TR2209. FAPESC nº 10/2015 – FAPESC/MS-DECIT/CNPQ/SES-SC – Apoio à Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS) – Gestão Compartilhada em Saúde.



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.