

Avaliação dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB): o olhar e a voz de seus trabalhadores



Organização e Colaboração:
Trabalhadores NASF Leste, NASF Sudoeste, NASF Sul;
Representantes da Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde de
Campinas

Novembro/2021

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	3
PERCURSO METODOLÓGICO	3
2.1. Instrumento e procedimentos de coleta de dados	3
2.2. Sujeitos do questionário	3
2.3. Tratamento e análise dos dados	4
2.4. Divulgação dos resultados	4
RESULTADOS & DISCUSSÃO	4
3.1. Questão 1: seu NASF pertence a que território?	4
3.2. Questão 2: Qual sua categoria profissional?	6
3.3. Questão 3 - Qual o tempo de atuação no NASF? & Questão 4 - Qual o tempo de prefeitura?	7
3.4. Questão 5 - Como você foi alocado no NASF?	9
3.5. Questões 6, 7 & 8 Sobre as atividades desenvolvidas, mais realizadas e com necessidade de capacitação.	10
3.6. QUESTÃO 9 Quais são os maiores desafios do NASF para você?	14
3.7. QUESTÃO 10 O que você mudaria no seu trabalho NASF?	17
3.8. QUESTÃO 11 O quanto você está satisfeito com seu trabalho no NASF? (sendo 0 nada satisfeito e 10 muito satisfeito)	26
3.9. QUESTÃO 12 Se você tivesse oportunidade de deixar de compor a equipe NASF você aceitaria?	27
3.10. QUESTÃO 13 Que comentários gostaria de acrescentar?	28
CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório consolida os resultados do Questionário sobre atuação dos profissionais e residentes do NASF Campinas. O referido Questionário representou um levantamento de informações produzido por trabalhadores do NASF em parceria com trabalhadores e usuários da Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde de Campinas, com objetivo de coletar a opinião dos profissionais que compunham o NASF, verificar a diversidade de ações realizadas pelas equipes NASF no município e fomentar o debate sobre características, processo de trabalho e dificuldades enfrentadas no cotidiano laboral dessas equipes.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

2.1. Instrumento e procedimentos de coleta de dados

Foi elaborado um Questionário utilizando recursos do aplicativo “Google Forms”, cujo link foi enviado aos trabalhadores e residentes via Whatsapp. O Questionário possuía 12 perguntas com resposta obrigatória e 1 campo para comentários livres, todas as respostas dos participantes garantiram o anonimato de quem preencheu. Foram recebidas 81 respostas, no período entre 15 e 30/09/2021, entretanto duas respostas foram excluídas por terem sido feitas por profissionais ou residentes que não compõem a equipe NASF nos termos das diretrizes oficiais (um auxiliar de enfermagem e um dentista). Dessa forma, os resultados aqui consolidados representam as 79 respostas válidas.

2.2. Sujeitos do questionário

Para a elaboração deste questionário e relatório, foram considerados os trabalhadores de NASF relacionados nos seguintes documentos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS):

- Relatório Consolidado de Equipes – Competência 08/2021 (Campinas, 2021a);
- Relatório de Totalização de Equipes por Tipo – Competência 08/2021 (Campinas, 2021b);
- Relatório de Profissionais por Equipe - Competência 08/2021(Campinas, 2021c).

Estes relatórios supracitados incluem nas equipes de NASF servidores municipais e profissionais residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde/ Saúde da Família da SMS, cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

2.3. Tratamento e análise dos dados

As questões fechadas foram analisadas conforme sua ocorrência quantitativa, e agrupadas em algumas ocasiões, para melhor visualização e apresentação dos dados. As questões abertas foram agrupadas em núcleos de sentido comum e analisadas qualitativamente.

A discussão dos dados foi elaborada em diálogo com o 'Documento Orientador para a Continuidade do Processo de Qualificação da Atenção Primária à Saúde na Rede Básica do SUS Campinas', bem como com a literatura acerca do NASF disponibilizada pelo Ministério da Saúde e a literatura de saúde coletiva encontrada em artigos científicos.

2.4. Divulgação dos resultados

As respostas aqui consolidadas foram apresentadas em plenária de reunião do Conselho Municipal de Saúde de Campinas, conforme indicado em Reunião do CMS do dia 22/09/2021.

3. RESULTADOS & DISCUSSÃO

3.1. Questão 1: seu NASF pertence a que território?

A pergunta tinha como alternativas os cinco setores administrativos de Campinas (Norte, Leste, Sul, Noroeste e Sudoeste) e uma alternativa caso o participante não desejasse identificar o Distrito.

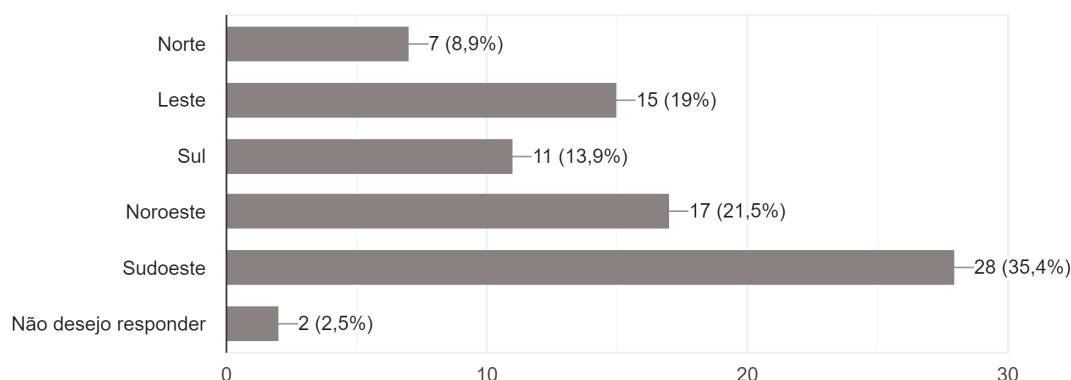
A maioria das respostas foi de trabalhadores pertencentes ao Distrito Sudoeste (35,4%), seguidas do Distrito Noroeste (21,5%), Leste (19%), Sul (13,9) e Norte (8,9%), conforme demonstrado no Gráfico 1.

Os Distritos Sul e Sudoeste concentram o maior número de moradores da cidade além de, juntamente com o Distrito Noroeste, representarem os territórios com maior vulnerabilidade na cidade de Campinas, conforme indica o estudo conduzido pelo setor de Vigilância Socioassistencial, analisando dados referentes à renda, educação, morbi-mortalidade, segurança pública e cobertura de assistência social (Campinas, 2018)

GRÁFICO 1

Seu NASF pertence a que território?

79 respostas



A análise quantitativa dos trabalhadores da saúde revelou uma **difficuldade em compreender a real distribuição dos trabalhadores em distritos e equipes**. Embora os relatórios consolidados de equipes e equipes por tipo (Campinas, 2021a; 2021b) apontem 60 eNASFs no município, não são apontados quais centros de saúde compõem cada NASF. O distrito norte indica um NASF por Centro de Saúde; contudo, é possível verificar, no relatório de profissionais por equipe (Campinas, 2021c) que muitos trabalhadores atuam em mais de um Centro de Saúde.

Ademais, nenhum relatório aponta o total de trabalhadores NASF de cada distrito. Para facilitar a compreensão, formulamos a tabela abaixo, contendo: o número de eNASF apontadas no relatório consolidado das equipes (Campinas, 2021a); os trabalhadores por distrito, contabilizados conforme foram apresentados no relatório de profissionais por equipe (Campinas, 2021c) e buscando excluir duplicidades; e a porcentagem de trabalhadores que responderam o questionário por distrito.

TABELA 1

Distrito	eNASF	Quantidade de trab. NASF	% trab. NASF que responderam
Norte	12	52	7: 52 = 13,5%
Sul	17	109	11: 109 = 10,1%
Leste	7	58	15: 58 = 25,9%
Noroeste	15	70	17: 70 = 24,3%
Sudoeste	9	75 *	28: 75 = 37,3%
Total	60	364	79: 364 = 21,7%

Tabela elaborada pelo coletivo CMS-NASF, a partir dos relatórios da SMS

* Não há dados dos CS Vila União e Santa Lúcia, embora hajam residentes lá.

Nota-se uma **incongruência entre o número de trabalhadores apontado pelo relatório de equipes por tipo**, que aponta 531 trabalhadores (Campinas, 2021b); e o mesmo número, quando contabilizado no relatório de profissionais por equipe, que, conforme a tabela acima, soma 364 trabalhadores (Campinas, 2021c).

O desencontro das informações acerca do NASF nos relatórios oficiais pode evidenciar, ou mesmo influenciar, o pertencimento e a assimilação da proposta de trabalho contemplada neste arranjo por parte dos trabalhadores. O distrito norte, que apresentou uma porcentagem de respostas abaixo da média municipal, têm a particularidade de ter cadastrado as equipes NASF apenas recentemente. Quando observados os relatórios consolidados de equipes, este distrito apresentou zero equipes em junho/2021 (Campinas, 2021d), uma equipe em julho de 2021 (Campinas, 2021e), e doze equipes em agosto de 2021 (Campinas, 2021a).

Ademais, o questionário **levanta a questão, a ser melhor explorada, sobre as diferenças de compreensão e operacionalização do NASF nos distintos distritos.**

3.2. Questão 2: Qual sua categoria profissional?

As respostas levaram em consideração as categorias profissionais previstas nas Portarias e Diretrizes sobre NASF. A categoria com maior número de respostas foi a dos profissionais médicos (21,5%) de diferentes especialidades (predomínio de pediatras), seguida de psicólogos (12,5%) e terapeutas ocupacionais (11,4%). Observa-se um significativo percentual de respostas que optaram por não identificar a categoria profissional (15,2%), apesar do questionário garantir o anonimato do participante (Tabela 2).

As três categorias profissionais com maior número de participantes (medicina, psicologia e terapia ocupacional) são também as mesmas categorias que aparecem com maior número de trabalhadores no relatório de equipes por tipo (Campinas, 2021b). Diante disso, **a distribuição dos participantes por profissão guarda relação com a distribuição de trabalhadores por profissão.**

Ainda que este relatório apresente inconsistências, cabe o resgate que, no modelo anterior, estas categorias já eram contempladas na Atenção Básica. **A atuação já consolidada na Atenção Básica e a permanência dos profissionais neste nível de atenção** pode justificar a maior presença deles no NASF e no questionário.

Outro ponto de discussão é que, de acordo com os relatórios, os trabalhadores de NASF da profissão médica somam cerca de metade do total de trabalhadores NASF. No entanto, neste questionário representaram pouco mais de um quinto. Isto pode estar relacionado com o fato de que **os trabalhadores médicos, por estarem até pouco tempo trabalhando sob outro modelo, não se sentem, em sua maioria, trabalhadores do NASF.**

TABELA 2

Qual sua categoria profissional?	n	%
Médico	17	21,5
<i>Médica(o) pediatra</i>	7	8,9
<i>Médica(o) ginecologista</i>	3	3,8
<i>Médica(o) homeopata</i>	3	3,8
<i>Médica(o) psiquiatra</i>	3	3,8
<i>Médica(o) sanitarista</i>	1	1,3
Psicóloga(o)	12	15,2
Terapeuta ocupacional	9	11,4
Farmacêutica(o)	8	10,1
Assistente social	6	7,6
Fisioterapeuta	6	7,6
Nutricionista	5	6,3
Fonoaudióloga (o)	3	3,8
Educador Social	1	1,3
Não desejo responder	12	15,2
Total geral	79	100

3.3. Questão 3 - Qual o tempo de atuação no NASF? & Questão 4 - Qual o tempo de prefeitura?

As respostas de cada questão estão representadas nas Tabelas 3 e 4, respectivamente. A Tabela 5 apresenta um cruzamento de informações entre o tempo de atuação no NASF e o tempo de atuação na Prefeitura de Campinas, indicando que grande parte dos profissionais que estão compondo estas equipes têm pouco tempo de atuação no trabalho NASF (menos de 1 ano ou até 3 anos), seja por estarem em formação (categoria de profissionais residentes) ou por serem profissionais recém-contratados ou recém-remanejados na Prefeitura.

Algumas respostas à Questão sobre o “tempo de atuação no NASF” indicaram carga horária (uma possível falta de clareza na formulação da pergunta) e também houveram os que omitiram o tempo de atuação, ambas as situações foram computadas como “Sem resposta”.

TABELA 3

Tempo de NASF	n	%
< 1 ano	39	49,4
1 a 3 anos	31	39,2
> 3 anos	4	5,1
Sem resposta	5	6,3
Total geral	79	100

TABELA 4

Tempo de Prefeitura	n	%
< 1 ano	15	19,0
1 a 3 anos	13	16,5
3 a 10 anos	21	26,6
Mais que 11 anos	11	13,9
Não se aplica (residente)	16	20,3
Sem resposta	3	3,8
Total geral	79	100

TABELA 5

Tempo de Prefeitura	Tempo de NASF					Total geral	%*
	< 1 ano	1 a 3 anos	> 3 anos	Sem resposta			
< 1 ano	14			1	15	19,0	
1 a 3 anos		12		1	13	16,5	
3 a 10 anos	8	8	4	1	21	26,6	
Mais que 11 anos	5	6			11	13,9	
Não se aplica (residente)	11	5			16	20,3	
Sem resposta	1			2	3	3,8	
Total geral	39	31	4	5	79	100	

* Percentual em relação ao Tempo de Prefeitura

O NASF se mostra bastante heterogêneo com relação à trajetória dos profissionais neste modelo e na instituição, o que sugere que a implantação e a educação permanente destes profissionais devem levar este dado em conta. Por exemplo, os trabalhadores com mais de 10 anos de prefeitura **ingressaram antes mesmo da implantação das primeiras equipes** no município, que ocorreu em 2011 (Castro, 2015). Ou seja, são profissionais que, necessariamente, já precisaram trabalhar, na mesma instituição, sob outro modelo. Dessa forma, necessitam de capacitação singular à sua condição.

Os **residentes**, por sua vez, são profissionais que estão em um programa de ensino. Cabe a discussão de **como é que se dá a formação em NASF, em um NASF em incipiente implantação**.

3.4. Questão 5 - Como você foi alocado no NASF?

As respostas à Questão 5 previam 4 possibilidades e um campo para “outros casos” que não se enquadrassem dentro das alternativas previstas. Foi necessário um reagrupamento de algumas respostas digitadas no campo “outros casos” por estarem, de certo modo, contempladas nas alternativas, por exemplo, ocorrência de respostas descritas como “só tinha essas vagas no concurso”, foram computadas na categoria “escolhido no concurso”; uma das respostas descrevia “Nem fui comunicada, percebi quando apareceu ao lado do meu nome o código da equipe Nasf”, foi computada como Permuta/ remanejamento compulsório.

A Tabela 6 indica que a maioria dos profissionais que estão compondo o NASF são provenientes dos concursos para provimento de trabalhadores na rede e, conforme já discutido nas análises das questões anteriores, provavelmente, tem pouca experiência nas atividades de NASF, uma vez que os concursos começaram a apontar vagas para NASF recentemente. Ainda, há casos de profissionais que não se reconhecem como pertencentes à equipe NASF, a exemplo da resposta computada na categoria “Outros”.

TABELA 6

Modo de alocação em equipe NASF	n	%
Escolhido no concurso	31	39,2
Permuta / Remanejamento voluntário	17	21,5
Pela residência	16	20,3
Permuta / Remanejamento compulsório (fui apenas comunicado (a))	14	17,7
Outros	1	1,3
Total geral	79	100

O remanejamento compulsório é um aspecto que preocupa e também chama bastante atenção, pelo expressivo número de participantes que relatam esta situação, bem como pela sua incongruência com as diretrizes apresentadas pela SMS. De acordo com as diretrizes gerais apresentadas pelo "Documento Orientador para a Continuidade do Processo de Qualificação da Atenção Primária à Saúde na Rede Básica do SUS Campinas", temos que a implantação do NASF:

"(...)deve ser um processo singularizado com as equipes dos Centros de Saúde (CS) e nos respectivos Distritos, com construção de entendimento e pactuação que contemple as expectativas dos usuários, trabalhadores, e gestores." (Campinas, 2021f, p. 6)"

Outro ponto de discussão é a alocação pela residência. Embora seja muito importante para a formação para o SUS, a rede municipal não deve delegar à residência a incumbência da implantação e desenvolvimento do NASF. Por haver um número expressivo de residentes, há o **risco de** a rede se tornar dependente dos mesmos para a efetivação desta política, **subvertendo o sentido primordial da residência enquanto estratégia de ensino e não de provimento.**

3.5. Questões 6, 7 & 8 Sobre as atividades desenvolvidas, mais realizadas e com necessidade de capacitação.

- **Questão 6 - Das atividades abaixo listadas quais o NASF em que você atua está desenvolvendo?**
- **Questão 7 - Das atividades listadas anteriormente quais consomem mais o seu tempo?**
- **Questão 8- Das atividades listadas abaixo, para quais você precisa de mais conhecimento, capacitações e/ ou apoio?**

Estas três questões são complementares entre si, e buscam compreender o cotidiano dos trabalhadores do NASF - atividades desenvolvidas, atividades mais frequentes e atividades mais desafiadoras. Nas respostas listadas a essa questão, o formulário foi configurado de forma a possibilitar escolhas simultâneas e estavam previstas as seguintes opções:

- atendimentos individuais por livre demanda;
- atendimentos individuais de pacientes mais complexos encaminhados pelas equipes de saúde da família;
- atendimentos conjuntos com médicos de Saúde da Família;
- atendimentos conjuntos com enfermeiros da saúde da família;
- atendimentos conjuntos com agentes comunitários;
- atendimentos conjuntos com outros profissionais da equipe;
- atendimentos conjuntos com profissionais do próprio NASF;
- Reunião com equipes de Saúde da Família;
- Reunião com outros equipamentos de saúde;
- Reunião com outros equipamentos intersetoriais;
- Reunião da equipe NASF;
- Trabalhos e ou ações intersetoriais;
- Trabalhos e ou ações com e na comunidade;
- Trabalhos e ou ações nos territórios das áreas de cobertura;
- Grupos com pacientes;
- Atividades de Educação em Saúde diferentes dos grupos;
- atendimentos/visitas domiciliares conjuntas com as equipes de saúde da família;
- Preceptoria/Tutoria/Outras atividades ligadas ao ensino.
- Outras atividades (com descrição pelo participante)

As principais atividades estão demonstradas nas Tabela 7, 8 e 9, por ordem decrescente de frequência de respostas.

TABELA 7

ATIVIDADES QUE O NASF DESENVOLVE	N	%
Atendimentos individuais de pacientes mais complexos encaminhados pelas equipes de saúde da família	66	83,5%
Atendimentos conjuntos com profissionais do próprio NASF	60	75,9%
Reunião da equipe NASF	55	69,6%
Atendimentos individuais por livre demanda	52	65,8%
Atendimentos/visitas domiciliares conjuntas com as equipes de saúde da família	47	59,5%
Reunião com outros equipamentos de saúde	43	54,4%
Reunião com outros equipamentos intersetoriais	42	53,2%
Atendimentos conjuntos com outros profissionais da equipe	40	50,6%
Reunião com equipes de Saúde da Família	39	49,4%
Atendimentos conjuntos com médicos de Saúde da Família	36	45,6%
Atendimentos conjuntos com enfermeiros da saúde da família	36	45,6%
Preceptoria/Tutoria/Outras atividades ligadas ao ensino	30	38,0%
Grupos com pacientes	29	36,7%
Trabalhos e ou ações intersetoriais	26	32,9%
Atendimentos conjuntos com agentes comunitários	24	30,4%
Trabalhos e ou ações com e na comunidade	23	29,1%
Trabalhos e ou ações nos territórios das áreas de cobertura	20	25,3%
Atividades de Educação em Saúde diferentes dos grupos	20	25,3%
Outros	9	11,4%

Nesta tabela, as respostas categorizadas como “Outros” incluíram: desenvolvimento de atividades em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), atividades nucleares distintas dos atendimentos/matriciamentos como gestão de farmácias, organização de lista de espera de especialidades da Atenção Secundária, educação continuada de médicos residentes e até os que acreditam não estarem desenvolvendo nenhuma ação como NASF a despeito de integrar a equipe.

TABELA 8

ATIVIDADES QUE MAIS CONSOMEM TEMPO	N	%
Atendimentos conjuntos com profissionais do próprio NASF	44	55,7%
Atendimentos individuais de pacientes mais complexos encaminhados pelas equipes de saúde da família	37	46,8%
Atendimentos individuais por livre demanda	37	46,8%

Reunião da equipe NASF	19	24,1%
Reunião com equipes de Saúde da Família	16	20,3%
Reunião com outros equipamentos de saúde	15	19,0%
Reunião com outros equipamentos intersetoriais	11	13,9%
Preceptoria/Tutoria/Outras atividades ligadas ao ensino	11	13,9%
Atendimentos conjuntos com médicos de Saúde da Família	8	10,1%
Outros	8	10,1%
Grupos com pacientes	7	8,9%
Atendimentos/visitas domiciliares conjuntas com as equipes de saúde da família	7	8,9%
Atividades de Educação em Saúde diferentes dos grupos	6	7,6%
Atendimentos conjuntos com enfermeiros da saúde da família	3	3,8%
Atendimentos conjuntos com outros profissionais da equipe	2	2,5%
Trabalhos e ou ações com e na comunidade	2	2,5%
Trabalhos e ou ações intersetoriais	2	2,5%
Atendimentos conjuntos com agentes comunitários	1	1,3%
Trabalhos e ou ações nos territórios das áreas de cobertura	1	1,3%

TABELA 9

ATIVIDADES QUE NECESSITA CAPACITAÇÃO	N	%
Atendimentos individuais de pacientes mais complexos encaminhados pelas equipes de saúde da família	33	41,8%
Grupos com pacientes	31	39,2%
Atividades de Educação em Saúde diferentes dos grupos	28	35,4%
Trabalhos e ou ações com e na comunidade	28	35,4%
Trabalhos e ou ações intersetoriais	27	34,2%
Trabalhos e ou ações nos territórios das áreas de cobertura	26	32,9%
Reunião com equipes de Saúde da Família	22	27,8%
Atendimentos conjuntos com médicos de Saúde da Família	20	25,3%
Atendimentos conjuntos com enfermeiros da saúde da família	20	25,3%
Atendimentos conjuntos com profissionais do próprio NASF	19	24,1%
Reunião da equipe NASF	18	22,8%
Reunião com outros equipamentos de saúde	16	20,3%
Atendimentos conjuntos com agentes comunitários	15	19,0%
Reunião com outros equipamentos intersetoriais	14	17,7%
Preceptoria/Tutoria/Outras atividades ligadas ao ensino	14	17,7%
Atendimentos conjuntos com outros profissionais da equipe	13	16,5%

Atendimentos/visitas domiciliares conjuntas com as equipes de saúde da família	11	13,9%
Atendimentos individuais por livre demanda	10	12,7%
Outros	8	10,1%

A partir das tabelas acima, algumas questões emergem para o debate. Primeiramente, **chama a atenção a pluralidade de atividades desenvolvidas** pelos participantes e suas respectivas equipes NASF. Isto se apresenta ainda mais significativo ao sabermos que grande parte destes trabalhadores iniciou suas atividades no NASF há menos de três anos, e que há quase dois anos lidamos com um contexto de pandemia. É possível afirmar, baseando-se nas diretrizes ministeriais de NASF, que **o NASF no município abrange praticamente a totalidade das possibilidades de ações previstas** (Brasil, 2010; 2014; 2017).

A incidência de atendimentos individuais por livre demanda preocupa. Não por acaso é contra-indicado nas normativas, uma vez que abriga o risco de se constituir como uma oferta de cuidado dispendiosa e inefetiva. Contudo, felizmente esta estratégia não foi apontada entre as que consomem mais tempo dos trabalhadores.

O NASF retratado nesta pesquisa também chama atenção pela sua **força na dimensão clínico-assistencial** de seu trabalho, evidenciada principalmente no tempo dedicado aos atendimentos individuais de casos mais complexos. Este resultado é bastante positivo, pois compreende-se que o escopo das ações da atenção básica foi ampliado, e a população pode contar com um atendimento mais integral. A ocorrência de atendimentos conjuntos e espaços de reunião com as equipes de saúde da família, outras equipes de saúde e equipamentos intersetoriais também pode se configurar como um ganho nesta mesma dimensão, uma vez que podem contemplar a coordenação do cuidado e o planejamento/ordenamento de ações e serviços das redes.

Exatamente pela ocorrência destes espaços de reunião supracitados é possível supor que o NASF também contempla a dimensão técnico-pedagógica de seu trabalho. Contudo, a presente pesquisa traz indícios que esta dimensão poderia ser mais desenvolvida no município. Pela maior ocorrência de atendimentos conjuntos com os colegas do NASF do que com os colegas das eSF, e pela maior ocorrência de reuniões do NASF, com outras equipes de saúde e intersetoriais do que reuniões das eSF, a pesquisa sugere que **a dimensão técnico-pedagógica se desenvolve mais dentro do próprio NASF e deste com a rede, do que entre este e as eSF.**

Recomenda-se, neste âmbito, que os espaços de encontros sejam protegidos e potencializados, com destaque para as reuniões das equipes NASF, que deveria ser uma realidade de todos os trabalhadores. Ainda, é necessário que **novos espaços sejam construídos,** em especial as pactuações e agendas comuns para atendimentos conjuntos e a participação de trabalhadores do NASF nas reuniões das eSF.

Observando as atividades que demandam maior capacitação e apoio para serem executadas, na perspectiva dos participantes, se destacam atendimentos conjuntos, grupos e trabalhos comunitários e intersetoriais. É interessante notar que são atividades

preconizadas pelo NASF desde sua criação, o que sugere que o trabalho do NASF carrega uma complexidade. **O NASF reforça um novo paradigma na saúde; a capacitação e a estrutura para sua efetivação vai muito além da afirmação de um modelo.**

Sugere-se que a capacitação dos trabalhadores do NASF possa contemplar essa complexidade, auxiliando-os a colocarem seu saber e sua força de trabalho neste novo paradigma. O NASF não trata da clínica de sempre em um Centro de Saúde. O NASF trata de uma outra clínica: territorial; de orientação familiar, comunitária e populacional; interdisciplinar e interprofissional; individual e coletiva; de atenção aos agudos e crônicos.

Os trabalhadores devem ser auxiliados para dar conta desta mudança.

3.6. QUESTÃO 9 Quais são os maiores desafios do NASF para você?

Nas respostas listadas a essa questão, o formulário foi configurado de forma a possibilitar escolhas simultâneas e estavam previstas as seguintes opções:

- Dimensionamento (n° de unidades e equipes abrangidas para realizar matriciamento)
- Instrumentos e infraestrutura (sala, tablet's, telefone, internet, computador, recursos terapêuticos)
- Deslocamento (carro, distância entre as unidades)
- Ter entrado compulsoriamente no NASF
- Relacionamento / pactuação com as equipes
- Relacionamento / pactuação com a gestão
- Realização pessoal (prazer, satisfação, realização, reconhecimento)
- Risco e insalubridade da função
- Capacitação adequada para o exercício do NASF
- Clareza sobre o trabalho do NASF por parte das ESF e dos gestores
- Integralidade e efetividade da prática
- Planejamento baseado em indicadores / necessidades do território
- Outros

TABELA 10

Desafios ao trabalho NASF	N	%
Clareza sobre o trabalho do NASF por parte das ESF e dos gestores	63	79,7%
Instrumentos e infraestrutura (sala, tablet's, telefone, internet, computador, recursos terapêuticos)	61	77,2%
Relacionamento / pactuação com as equipes	48	60,8%
Dimensionamento (n° de unidades e equipes abrangidas para realizar matriciamento)	43	54,4%
Integralidade e efetividade da prática	43	54,4%

Planejamento baseado em indicadores / necessidades do território	39	49,4%
Capacitação adequada para o exercício do NASF	35	44,3%
Deslocamento (carro, distância entre as unidades)	29	36,7%
Relacionamento / pactuação com a gestão	27	34,2%
Ter entrado compulsoriamente no NASF	21	26,6%
Risco e insalubridade da função	15	19,0%
Realização pessoal (prazer, satisfação, realização, reconhecimento)	14	17,7%
Outros	5	6,3%

Notamos pelas respostas dos trabalhadores do NASF que um dificultador bastante significativo da atuação do NASF é a **pouca clareza do trabalho real que as equipes de estratégia da saúde da família têm do NASF**. Mesmo com a particularidade de cada território, porém com uma grande representação, dada as respostas, a dificuldade em trabalhar com as equipes é grande, aquilo que não é compreendido, não é efetivo. Este fenômeno é corroborado pela literatura, de modo que alguns autores ainda complementam que **o próprio conceito de matriciamento, bem como o conceito de interdisciplinaridade, encontram pluralidade de interpretações** (Iacabo; Furtado, 2020). Sabendo disso, uma estratégia possível para a SMS seria incluir na capacitação e educação continuada dos trabalhadores da APS estes conceitos, trabalhando-os de forma extensiva e aprofundada.

Ademais, esta questão se conecta à percepção de acessar uma capacitação adequada para o exercício de NASF como um desafio. Autores como Mazza et al (2020) postulam que a dificuldade de compreensão sobre o NASF se dá por diversos atores, incluindo também os próprios trabalhadores do NASF e os usuários.

Não indicamos que este balizamento conceitual parta apenas do próprio NASF, uma vez que como o terceiro item aponta, **a pactuação e o relacionamento com as ESF's são vistos como desafios**. É necessário que haja um entendimento e alinhamento correto das funções e ações para que os fluxos e os cuidados possam se desenvolver adequadamente. Ademais, **a SMS, através do seu corpo de coordenadores e apoiadores, pode fazer uso de distintas ferramentas de cogestão, como a pactuação de apoio** (Brasil, 2010; 2014; Bellotti; Iglesias; Avelar, 2019). Não obstante, alguns autores ressaltam a influência de elementos estruturais na colaboração profissional entre NASF e ESF, como a falta de mão de obra e recursos materiais, sobrecarga de trabalho e falta de disponibilidade de profissionais para um trabalho em equipe eficaz (Brito et al, 2021).

Conseqüentemente, outro ponto de bastante impacto sobre a atuação dos profissionais é a falta ou escassez de instrumentos, materiais e infraestrutura. Este ponto é encontrado em outros municípios (Moreira et al, 2019), e também reflete algo observado na implantação do NASF: **a implantação do NASF implicou na convocação de novos trabalhadores e novas possibilidades de atuação, contudo sem que a estrutura acompanhasse esse incremento de profissionais e atividades**. Unidades antigas, já pequenas e disfuncionais

para o quadro de profissionais existentes, receberam novos profissionais, orientados sob uma nova lógica, com ainda mais possibilidades de atuação e, conseqüentemente, maior necessidade de recursos. Unidades recém reformadas não contemplam locais adequados para grupos. A oferta de veículo para se deslocar no território e entre as unidades contempladas por cada NASF também se coloca como uma barreira para o desenvolvimento efetivo do trabalho.

O dimensionamento é outro ponto que abrange a preocupação do profissional do NASF, pois o dimensionamento correto permite que a população possa ter qualidade em seu cuidado e garantia de acesso. Na literatura, alguns autores já apontam como **deficitário o dimensionamento previsto aos profissionais do NASF** (Iacabo; Furtado, 2020; Moreira et al, 2019; 2021; Mazza et al, 2020), afirmando que este **implica em prejuízos: no acesso da população ao cuidado necessário; na longitudinalidade do cuidado**, uma vez o atual dimensionamento dos trabalhadores do NASF os restringe a atendimentos mais pontuais, menos longitudinais e resolutivos; **na integração entre trabalhadores NASF e ESF**, pois dado o dimensionamento, esses trabalhadores tendem a se encontrar pouco.

Não obstante, um agravante do dimensionamento é o fato de haverem ESF também deficitárias quanto ao seu dimensionamento. Dessa forma, trabalhadores do NASF se responsabilizam por muitas equipes (por vezes mais do que o teto preconizado de nove equipes), e estas, por sua vez, também se responsabilizam por mais usuários que o preconizado, comprometendo ainda mais o cuidado. Desse modo, um dimensionamento correto é essencial ao trabalho das ESF's e da equipe NASF.

Este ponto também culmina na questão de **planejamento baseado em indicadores** e nas demandas dos territórios. Essencial para o bom desenvolvimento do cuidado prestado pelo NASF, o planejamento baseado em indicadores e demandas do território é preconizado pelo Ministério (Brasil, 2010; 2014) e reforçado por autores como Bellotti, Iglesias e Avelar (2019), que apontam para a importância da inclusão do usuário nos planejamentos; e Lima et al (2019), que colocam o planejamento e a análise do trabalho produzido como pontos fracos das equipes NASF pelo Brasil.

Na realidade campineira, há de se considerar, como supracitado, o dimensionamento e o "inchaço" da população atendida em cada Centro de Saúde, fazendo com que os serviços se desorganizem para dar conta da demanda, impossibilitados de compreenderem melhor o perfil e demandas crescentes dos territórios individualmente. Pensando na atuação dos NASF em até 4 unidades diferentes, com demandas semelhantes e diferentes, é fácil cair em generalizar o cuidado, sem individualizar cada território, quando os profissionais estão sobrecarregados. **Sugere-se valorizar a cultura do planejamento e avaliação, fundamentados em evidências científicas, indicadores e na percepção dos distintos atores, incluindo os usuários. Ademais, há de existir um trabalho prévio da gestão para que este planejamento caiba nas agendas.**

Por fim, algumas questões acerca do coletivo de trabalhadores permearam as respostas, como a compulsoriedade em compor o NASF, discutida anteriormente; o risco e a insalubridade envolvidos na função, sem, contudo, compensação financeira deste risco; a satisfação pessoal, que incluiu prazer e reconhecimento pelo serviço prestado. Ainda, 44,3% das respostas apontam que sentem falta, sendo um desafio a seu trabalho, de

capacitação, ou seja, de aperfeiçoamento em sua atuação como NASF, seja ela advinda do modo como o profissional entrou no NASF, exemplo de forma compulsória, como apontam 26,6% das respostas, ou por incompreensão desse modo de trabalho, entre outras.

3.7. QUESTÃO 10 O que você mudaria no seu trabalho NASF?

A Questão 10 foi umas das perguntas abertas do questionário, elaborada para que os participantes tivessem liberdade para explicar, descrever e opinar sobre propostas de mudanças e melhorias na microgestão do seu trabalho cotidiano em uma equipe NASF. Conforme espera-se em questionamentos desse tipo, houve grande variabilidade nas respostas, as quais foram categorizadas conforme os itens apresentados na Tabela 11. Algumas respostas foram encaixadas em mais de uma categoria, uma vez que não se restringiram a abordar uma única dimensão do NASF.

Observamos que alguns dos relatos na Questão 10 traziam um conteúdo mais detalhado de respostas à Questão anterior, a respeito dos principais desafios no trabalho em equipe NASF, e portanto, algumas categorizações se pautaram nos itens descritos na Questão 9, como por exemplo, “dimensionamento”, “infraestrutura”, “integração com as equipes”. Outros relatos trouxeram uma ampliação dos desafios previamente imaginados, como por exemplo o conteúdo apontado pelas categorias "valorização do trabalho nuclear" e "período da pandemia".

TABELA 11

CATEGORIAS DE MUDANÇA DE ASPECTOS DO TRABALHO NASF	N	%
Gestão do processo de trabalho	33	41,8%
Apreensão de conceitos APS e NASF	15	19,0%
Gestão da clínica	15	19,0%
Dimensionamento	14	17,7%
Infraestrutura	11	13,9%
Sem mudanças/ Não sabe	7	8,9%
Integração entre eSF e profissionais NASF	6	7,6%
Formação/Educação permanente	5	6,3%
Desarmonia entre NASF imaginado e real	5	6,3%
Desvio de função/ Período da pandemia	4	5,1%
Implantação	2	2,5%
Valorização do trabalho nuclear	2	2,5%
Composição das equipes NASF	2	2,5%
Outros	2	2,5%

A categoria mais citada, "Gestão do Processo de trabalho", refere-se a sistematização de processos organizacionais, como por exemplo, fluxos de atendimentos a serem pactuados entre as eSF e eNASF, divisão de carga horária para realização das diferentes ações, facilitação/mediação de conflitos com apoio dos gestores.

Ilustramos este ponto com algumas falas representativas, apresentadas a seguir sem identificação dos participantes:

"Efetivação das reuniões em equipe; intervenção e mediação nas relações equipe/paciente; estrutura funcional para exercer as atividades profissionais."

"1) Deixaria de ser "tapa-buracos" de equipes de saúde da família e a rotina espartana de atendimentos em COVID. Estou realizando atendimentos individuais praticamente desde o início e fui obrigada a assumir funções que não são do cargo para o qual sou concursada; 2) gostaria de ter tido mais apoio e orientação sobre como fazer na prática um trabalho matricial na especialidade para a qual foi negociado que eu atuaria - até tentei elaborar uma proposta de trabalho mas não tive nenhum feedback significativo por parte da gestão local. 3) Cheguei à conclusão que minha especialidade não cabe no formato NASF e sinto que não tenho perfil adequado para esse trabalho, além disso, penso ser impossível matricular quem não quer ser matriciado - tanto as equipes ampliadas quanto as ESF não aceitam e não entendem o trabalho do NASF; 4) a comunicação com a gestão local e distrital é bastante truncada, percebo disputa de micropoderes entre eles e acho triste que eles próprios não se vejam como servidores públicos também - aliás, quem que avalia a produtividade deles?; 5) dividir carga horária e ficar me deslocando para locais distintos acho muito cansativo e contraproducente."

"Menor imposição de agendas e projetos da gestão, de cima pra baixo."

"Mudaria em relação a discussão sobre a escala a qual tenho que cumprir que é referente às atividades de profissionais da ESF, exemplo: monitoramento, digitação da campanha de vacinação e etc, a qual impede que eu realize as atividades do meu núcleo e principalmente as voltados para o NASF."

Estas falas **reforçam o debate da complexidade da implantação do NASF** em nível municipal, e descortinam um descompasso entre o processo de trabalho preconizado e real. **O NASF, enquanto estratégia principal de um projeto de reorientação de modelo, demanda uma série de esforços.** Dessa forma, se faz necessária a compreensão do modelo (inclusive a lida com as resistências frente ao mesmo), a estrutura necessária para tal mudança, operacionalização de novas atividades e processos de trabalho em parceria

com os trabalhadores, e ainda a constante avaliação do processo de implantação, lançando luz sobre o papel e a atuação dos atores da gestão.

Ao mesmo tempo, a busca pelo gestor (compreendido no sentido amplo, envolvendo **coordenadores e apoiadores**) para orientar o trabalho foi relatada como infrutífera, e a comunicação com estes atores, truncada. Dada sua relevância, supracitada, e seu despreparo, descortinado nas falas, estes atores **devem ser qualificados para a implantação do NASF**.

A categoria "Apreensão de conceitos de APS/NASF" reitera o debate acerca da complexidade dos conceitos envolvidos no NASF e na APS. **Não são raros os casos onde o trabalhador que atua na APS, e mesmo no NASF, não tem conhecimento e nem aprofundamento em conceitos básicos que permeiam este contexto de cuidados**. Ilustramos este ponto com algumas falas representativas, apresentadas a seguir sem identificação dos participantes:

"Sensibilização das Equipes acerca do que é o NASF."

"O entendimento dos gestores e profissionais das unidades básicas sobre o entendimento do que é o NASF e qual é seu papel na AB."

A categoria "Gestão da Clínica" contempla sugestões de mudança que remetem a uma Clínica Ampliada (Brasil, 2010; Campos, 2012) e/ou a uma qualificação do cuidado prestado, aludindo de forma mais direta à integralidade e à excelência dos resultados. Seguem algumas falas representativas desta categoria:

"Realização de um fluxograma para direcionamento dos atendimentos de pacientes, pois ainda não está tão claro para a unidade como deve-se encaminhar o usuário para o profissional!"

"Mais atividades em grupo com a comunidade."

"Realização de mais atividades com as eSFs e em comunidade, em ações que fossem mais ao encontro das necessidades da população adscrita dos territórios de atuação dos centros de saúde."

Trata-se de uma dimensão cara ao NASF, uma vez que remete diretamente à imagem-objetivo que possuímos de saúde. A partir destas falas, **reiteramos a necessidade, no contexto de implantação do NASF, de trazer a Gestão da Clínica para o centro do debate**. É necessário, além de pontuar sobre a colaboração profissional e novos processos de trabalho, **saber onde se deseja chegar com relação à saúde da população**.

Retomamos neste momento, **a importância dos planejamentos fundamentados em dados e indicadores epidemiológicos/sociais**, e sugerimos a **inclusão das variadas ferramentas de gestão da clínica já conhecidas**, como as diretrizes clínicas, a auditoria clínica, a gestão da lista de espera, a gestão das condições de saúde e a gestão de casos (Mendes, 2011).

A categoria "Dimensionamento" reforça a questão do dimensionamento dos trabalhadores de NASF, abordado anteriormente. Seguem algumas das falas representativas desta temática:

"Gostaria de matricular equipes de um centro de saúde, o que daria melhor qualidade ao que podemos e temos que fazer."

"Ir apenas um dia da semana em cada unidade satélite não nos permite realizar um trabalho de qualidade e nem atender toda a demanda existente."

"Diminuição de equipes matriciadas, visto que as equipes têm populações adscritas muito maiores do que deveriam ser, o que torna muito difícil a proximidade e o conhecimento do contexto que os pacientes estão inseridos, tanto pelo NASF, quanto pela ESF."

Como apontado anteriormente, as falas reiteram a **necessidade de revisão do dimensionamento das equipes de NASF**, uma vez que prejudicam o alcance e a qualidade da assistência prestada. Ademais, lembram que o dimensionamento de equipes também atinge as eSF, não apenas as eNASF.

Atualmente em Campinas, muitas eNASF são dimensionadas considerando o teto, ou mesmo além do teto de nove eSF/eNASF preconizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2012). **Sugere-se dimensionamento das eNASF considerando o piso preconizado de cinco eSF, e não o teto de nove eSF, para a qualificação do trabalho do NASF.** Apontamos que esta sugestão de dimensionamento pelo piso está em consonância com a moção de apoio para a implantação do NASF aprovada e assinada por 131 delegados na XI Conferência Municipal de Saúde (CAMPINAS, 2019).

A categoria "Infraestrutura" remete e amplia a questão anterior, que coloca os recursos materiais (espaço físico, veículos, internet, instrumentos terapêuticos etc) enquanto desafio para o desenvolvimento do trabalho do NASF. Apresentamos a seguir algumas falas representativas deste ponto:

"Creio que a falta de estrutura física e equipamentos dificulta a implementação de novas ações e projetos."

"Teria transporte para chegar ao local de matriciamento visto que não foi o local de escolha de trabalho."

"Teria espaços próprios da SMS para o desenvolvimento das diversas ações previstas no NASF. O NASF que eu atuo é totalmente dependente da "benevolência" de espaços comunitários, que são instáveis. Já fomos impedidos de utilizar espaços, sendo comunicados na hora da atividade, ali com os pacientes e tudo. Hoje os CS do território são totalmente dependentes do espaço de uma igreja, que é utilizada para a vacinação, reuniões de equipe e

atendimentos e grupos do NASF. Ou seja, coisas básicas que deveriam caber dentro dos CSs."

Estas falas reforçam o quanto **a mudança de modelo implica na mudança das atividades e em uma nova necessidade de espaço físico e recursos** para tal. As unidades e recursos, que já eram insuficientes para o modelo anterior, se mostram ainda mais deficitários com a implantação do NASF. Ademais, indicamos que os espaços e recursos devem ser próprios da SMS. Ainda que as parcerias intersetoriais e comunitárias sejam bem-vindas, o trabalho do NASF deve poder se desenvolver e continuar independente de tais recursos.

A categoria "Sem mudanças/não sabe", reuniu trabalhadores que estavam satisfeitos com sua condição atual de trabalho, ou que estavam trabalhando recentemente na proposta do NASF e ainda não haviam formulado sugestões de mudança. Seguem algumas falas representativas:

"Participo há muito pouco tempo para poder opinar."

"A princípio, nada."

"Não sei."

Sendo esta questão uma questão obrigatória do questionário, é possível supor também que entre as falas que afirmaram não mudar nada, haveria participantes que não estavam satisfeitos com sua atual condição de trabalho, contudo se sentiram contemplados apenas ao pontuar os desafios. Os participantes que afirmaram estarem há pouco no NASF e por isso se sentiram sem tempo de experiência para opinar, se constituem como um ponto de atenção para que **a avaliação do NASF seja contínua, dando espaço para que as demandas mudem e novas sugestões se formulem.**

A categoria "Desarmonia entre o NASF imaginado e o NASF real" agrupou um conjunto de respostas que aludem a um determinado distanciamento entre o processo de trabalho vivido e um processo de trabalho esperado. Seguem as falas que se encaixam nesta categoria:

"Na prática ainda não existe NASF em funcionamento onde estou atuando."

"Tudo, nasf atualmente está só na teoria, porque na prática fazemos trabalho de especialista em duas unidades."

"Tenho tentado atuar em uma lógica de matriciamento e compartilhamento com a eSF, mas como não há NASF instituído onde eu estou, isso ainda é de forma muito incipiente. Não existe equipe NASF aqui."

"Efetivar a proposta NASF para matriciamento e apoio."

Sem maiores elaborações e esclarecimentos sobre a compreensão exata de cada participante acerca do NASF, estas falas podem remeter a várias situações. Uma

delas é a situação de certas atividades e premissas do NASF não estarem ocorrendo, ou ocorrendo de forma muito incipiente, como a realização de práticas colaborativas, discussão de casos em reunião de equipe etc.

Outro fenômeno que pode estar em questão é a real apreensão de conceitos sobre o NASF. Por exemplo, o fato de realizar trabalho de especialista em duas unidades, embora seja colocado na fala apresentada como algo antagônico ao que é preconizado para o NASF, *por si só* não se configura como um antagonismo ao NASF, que prevê o trabalho de distintas profissões e especialidades em várias equipes e, portanto, podendo estar em mais de uma unidade (Brasil, 2017).

A categoria "Integração entre eSF e profissionais NASF" abrangeu falas que remetem ao desejo de realizarem mais ações em conjunto com os colegas do próprio NASF, das eSF, de outras equipes das redes de saúde e equipes da rede intersetorial. Seguem algumas das falas representativas desta categoria:

"Gostaria de ter mais diálogo com as equipe, principalmente profissionais médicos para conseguir matricular efetivamente os encaminhamentos e atendimentos."

"Aproximar mais a comunidade do debate sobre a organização da atenção básica e de suas diretrizes específicas de operacionalização - ESF e NASF. Incluir nessa proposta a rede intersetorial para um entendimento melhor sobre a missão e o fazer da APS - educação, assistência, judiciário, CT, etc."

"Preciso conhecer os profissionais dos NASFs onde estou para trabalhar com integração."

Alinhada à temática da gestão dos processos de trabalho, esta categoria destaca a importância da integração entre as pessoas e as profissões. Pelas falas, compreende-se que **a integração desejada vai além do reconhecimento da interdependência dos colegas e pactuação de fluxos**, e alude a um processo de trabalho construído e decidido coletivamente, mais interdisciplinar do que multidisciplinar (Furtado, 2007; Peduzzi, 2020), e consequentemente, mais eficiente.

A categoria "Desvio de função" aponta situações onde os trabalhadores do NASF precisaram cobrir outras funções em seus locais de trabalho, que não eram funções de NASF. Seguem as falas que se encaixaram nesta categoria:

"Mudaria o fato de ter que ser recepcionista do CS em vez de estar atendendo casos ou cuidando da demanda reprimida."

"Gostaria de atender menos tempo no Covid para poder me dedicar mais a atividades ligadas ao trabalho do NASF."

"Mudaria em relação a discussão sobre a escala a qual tenho que cumprir que é referente às atividades de profissionais da ESF,

exemplo: monitoramento, digitação da campanha de vacinação e etc, a qual impede que eu realize as atividades do meu núcleo e principalmente as voltadas para o NASF."

"Deixaria de ser "tapa-buracos" de equipes de saúde da família e a rotina espartana de atendimentos em COVID. Estou realizando atendimentos individuais praticamente desde o início e fui obrigada a assumir funções que não são do cargo para o qual sou concursada"

"Percebo que na maioria das vezes é mais fácil agendar consulta com GO do que com colegas generalistas! Mais fácil GO atender patologias crônicas por dificuldade em passar com clínico do que o clínico realizar pré natal de baixo risco ! No momento essa situação está relacionada aos atendimentos COVID que sobrecarregam o profissional , que na maioria das vezes é sozinho!"

O desvio de função é uma situação que preocupa muito. Embora a pandemia possa explicar algumas situações, em definitivo não justifica nenhuma delas. Ademais, é possível observar que tais situações não foram pontuais e excepcionais. O atendimento clínico de casos suspeitos de COVID, no caso dos médicos, por exemplo, foi realizado por trabalhadores do NASF desde o início da pandemia.

O desvio de função é deletério em muitos aspectos. Para o trabalhador, é uma **causa de desmotivação**; para a organização, é **financeiramente incoerente**, pois gasta-se força de trabalho de nível superior/especializada para a execução de funções não especializadas/de nível médio e técnico; para o usuário, significa **represamento de suas demandas**.

A categoria "Capacitação/educação permanente" agrupou falas que discorreram sobre futuras estratégias de formação dos trabalhadores, sobretudo com relação às responsabilidades e temas desejados.

"Gostaria de iniciar capacitação da minha área de atuação para as equipes."

"Capacitação da equipe, apoio para ações no território e grupo."

"Os médicos de saúde da família dos centros de saúde que atendo tem pouca experiência ou não tem nenhuma em pediatria . Isso me angustia muito . (...) Gostaria que houvesse capacitação a esses médicos de saúde de família pela prefeitura. E que isso não ficasse sob minha responsabilidade."

"Gostaria de ter supervisão com textos e orientações na implementação do Nasf."

Como apontado anteriormente, o NASF representa uma complexidade e uma mudança de paradigma com relação aos cuidados. **A capacitação e a educação permanente dos atores envolvidos deve dar conta desta complexidade, indo além dos conteúdos de**

modelo, conceitos e ferramentas básicas. Também deve alcançar não apenas os trabalhadores do NASF, mas todos os trabalhadores da APS, coordenadores e apoiadores. Deve haver espaço para atualizações clínicas, temas em saúde coletiva, temas intersetoriais, (re)conhecimento das possibilidades das profissões e especialidades envolvidas no NASF, entre outros conteúdos.

Ademais, a responsabilidade da formação não deve recair unicamente sobre os trabalhadores do NASF, ainda que a dimensão técnico-pedagógica seja preconizada no cotidiano de trabalho. Cabe à gestão não apenas apoiar e dar condições para o NASF desempenhar esta função, mas também ofertar **capacitações significativas e de forma permanente.**

A categoria "Implantação" reuniu falas que analisaram a operação da implantação do modelo NASF. Seguem as falas que compõem esta categoria:

"A forma como foi imposta. Precisaria ter sido mais discutido com as Equipes de Referência e os profissionais envolvidos."

"Porque agora que me transformaram compulsoriamente em pediatra NASF fiquei com apenas 10 horas semanais para cada CS. Fico preocupada de ficar sobrecarregada e também do que sobra para atendimento se participar de reuniões de equipe, matriciamentos. Gostava muito do modelo que trabalhava antes. Conseguia ter muita parceria na minha equipe. Agora dividida entre dois centros de saúde é mais difícil."

As falas acima reiteram a situação já colocada, da compulsoriedade dos trabalhadores em compor o NASF, e ampliam a questão para a adoção do modelo em si. Pelas falas apresentadas, as eSF também tiveram que se haver repentinamente com um novo modelo, o qual elas não participaram da construção. Novamente, **denota verticalidade da implantação de políticas públicas e incongruência com as diretrizes apresentadas pela SMS** no "Documento Orientador para a Continuidade do Processo de Qualificação da Atenção Primária à Saúde na Rede Básica do SUS Campinas" (Campinas, 2021f).

A categoria "Outros" agregou uma resposta que não teve compatibilidade com as demais categorias estabelecidas:

"A gestão."

Assim, observa-se que o presente questionário também funcionou como uma livre tribuna dos **trabalhadores, que puderam, pela confiança de uma avaliação elaborada e conduzida por trabalhadores, expressar livremente** seus descontentamentos.

A categoria "Valorização do trabalho nuclear" apresenta falas que valorizaram o trabalho de uma especialidade médica, no caso a homeopatia. Seguem as falas que compõem esta categoria:

"Não mudaria nada no trabalho, apenas gostaria que mais NASFs tivessem homeopatas para benefício de maior número de pacientes."

"Necessário aumentar a divulgação e importância do atendimento do médico Homeopata no SUS."

As falas acima abrem um debate latente acerca da interdisciplinaridade. **O desenvolvimento do trabalho do NASF depende igualmente da valorização e desenvolvimento das trocas interdisciplinares e da valorização e desenvolvimento de cada profissão/especialidade na lógica da APS.**

Fica posto, portanto, o desafio da integração entre os saberes, que enfrenta, por um lado, os fenômenos de disjunção, reducionismo, competição e dominação entre os conhecimentos, e por outro, uma interdisciplinaridade vazia, inefetiva, "senso comum". Acerca do objeto do conhecimento, Edgar Morin coloca:

"Em nível do objeto, somos postos incessantemente diante da alternativa entre, de um lado, o fechamento do objeto de conhecimento, que mutila a solidariedade com outros objetos bem como com o seu meio (e exclui, em consequência, os problemas globais e fundamentais) e, por outro lado, a dissolução dos contornos e das fronteiras que afoga todo objeto e condena-nos à superficialidade" (2005, p.38)

A categoria "Composição das equipes NASF" é representada por uma fala que indica desejo de mudança com relação à diversidade e quantidade de profissionais que compõem o NASF.

"Número de pessoas que compõem o NASF (diversidade e quantidade de profissionais)."

Como observado no Relatório de totalização de equipes por tipo (Campinas, 2021b), **existe de fato uma concentração maior de profissionais de algumas profissões e especialidades médicas**. Isso provavelmente se deve ao fato de alguns destes profissionais já estarem atuando na APS antes da implantação do NASF, de modo que apenas continuaram em seus locais de trabalho, sob outro modelo.

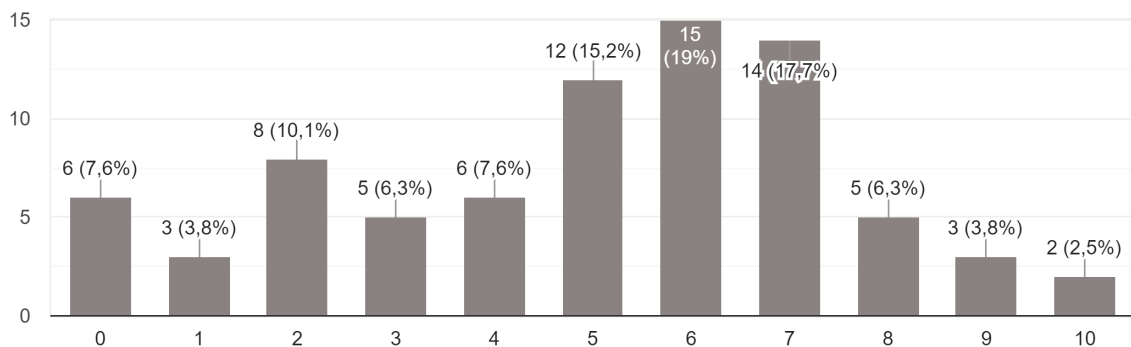
Cabe retomar, neste ponto, a discussão acerca do planejamento orientado por **indicadores epidemiológicos e sociais**. Além das ações de cuidado, estes indicadores **devem orientar também a alocação de profissionais para o NASF**.

3.8. QUESTÃO 11 O quanto você está satisfeito com seu trabalho no NASF? (sendo 0 nada satisfeito e 10 muito satisfeito)

GRÁFICO 2 - SATISFAÇÃO COM O TRABALHO EM EQUIPE NASF

O quanto você está satisfeito com seu trabalho no NASF? (sendo 0 nada satisfeito e 10 muito satisfeito)

79 respostas



A distribuição de valores quantitativos a respeito da satisfação com o trabalho em equipe NASF revela uma maior concentração nas “notas” 5, 6 e 7, podendo ser entendidas como um grau moderado de satisfação com o trabalho; observando-se os extremos, “notas” 0, 1 e 2 foram mais atribuídas pelos respondentes quando se compara com as “notas” 8, 9 e 10.

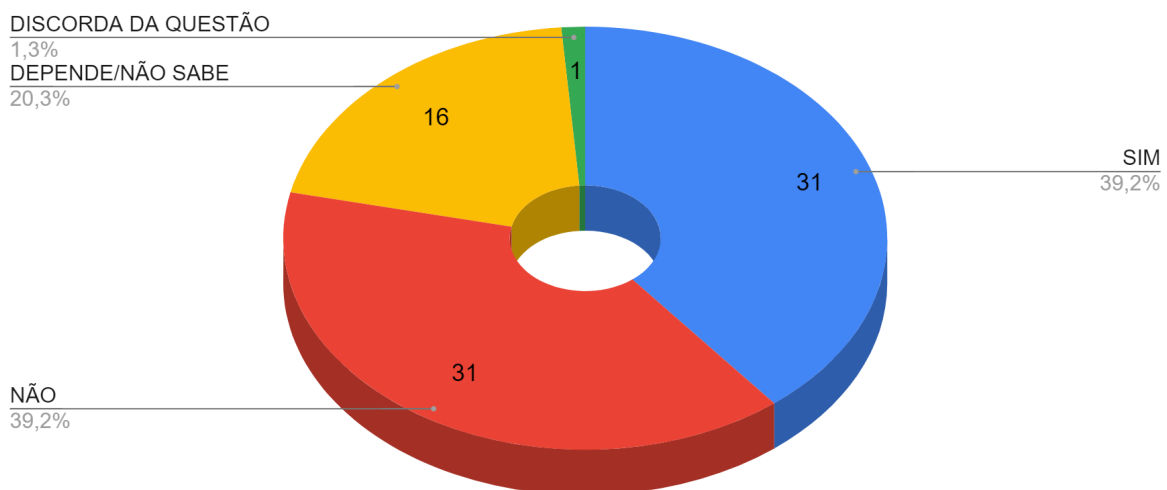
A discussão a respeito de satisfação com o próprio trabalho em uma equipe NASF pode levar em consideração as dimensões apontadas na Questão 9, sobre os desafios para realização do trabalho e na Questão 10 sobre as mudanças a serem realizadas.

Não obstante, **o número de respostas que atribui "notas" condizentes com a insatisfação com o trabalho é significativo e deve servir como alerta para a urgência na condução de melhorias necessárias** para o desenvolvimento do trabalho do NASF.

3.9. QUESTÃO 12 Se você tivesse oportunidade de deixar de compor a equipe NASF você aceitaria?

Nesta Questão, os participantes puderam escolher dentre as alternativas "SIM", "NÃO", e "OUTRO", havendo um espaço aberto para especificar o que seria este outro. Dessa forma o campo "OUTRO", para fins de análise, formou duas categorias distintas - "DEPENDE", que abrangeu falas onde deixar o NASF dependeria de quais seriam as alternativas disponíveis; e "DISCORDA", que representa uma fala que mostrou discordar da própria formulação da questão. No gráfico a seguir é possível visualizar a distribuição quantitativa das respostas.

GRÁFICO 3 - DESEJO DE DESVINCULAR-SE DA EQUIPE NASF



Conforme observado, houve um equilíbrio entre participantes que deixariam o NASF e participantes que não deixariam o NASF. Em complemento com a questão anterior, foi possível observar que algumas pessoas que declararam uma "nota" de satisfação 2/10 também declararam não desejar sair do NASF, pois gostariam de melhorá-lo; por outro lado, pessoas que declararam uma "nota" de satisfação 8/10 declararam que sairiam do NASF, a depender das alternativas.

Isso levanta a discussão que **alguns trabalhadores sustentam significativa e lealmente a proposta, seja por considerá-la satisfatória ou por acreditar no seu potencial. Contudo, a maioria dos trabalhadores não tem o NASF como um projeto de carreira, seja por insatisfação ou por considerarem que seriam mais felizes em outro contexto.**

Seja qual for a situação, é de extrema importância a qualificação do NASF: para a manutenção da motivação do trabalhador satisfeito; para a perseverança do trabalhador que busca o potencial ainda não realizado; para aplacar a angústia do trabalhador

insatisfeito; para que o trabalhador que não tem o NASF como projeto de carreira possa um dia tê-lo.

3.10. QUESTÃO 13 Que comentários gostaria de acrescentar?

Nesta última questão, não obrigatória, houveram 27 respostas, cujos conteúdos foram categorizados conforme os itens descritos na tabela 12. Considerando que muitas falas remetem a categorias já exploradas nas questões anteriores, discutiremos a seguir apenas categorias ainda não exploradas; ou dimensões não exploradas de categorias já existentes em outras questões.

TABELA 12

CATEGORIAS DE COMENTÁRIOS LIVRES	N	%
Dimensionamento	9	33,3%
Gestão de processo de trabalho	8	29,6%
Apreensão dos conceitos de APS/NASF	6	22,2%
Capacitação	4	14,8%
Infraestrutura	4	14,8%
Gestão da clínica	2	7,4%
Composição das equipes	2	7,4%
Retomada pós-pandemia	2	7,4%
Valorização do núcleo	2	7,4%
Fortalecimento das ESF	1	3,7%
Horizontalização	1	3,7%
Implantação	1	3,7%
Integração entre profissionais	1	3,7%
Modelo de assistência	1	3,7%

A categoria "Dimensionamento" reaparece nesta questão, e as falas aqui agrupadas reiteram os sentidos já expostos na categoria "Dimensionamento" já abordada. Dessa forma, os participantes destacam quanti e qualitativamente o tema.

A categoria "Gestão dos processos de trabalho" também reaparece. Nesta questão, as falas resgatam e complementam os sentidos já apresentados anteriormente, na questão 10. Aqui,

observa-se como os participantes resgatam a relevância dos atores da gestão e seu despreparo, e complementam apontando condutas que desejariam observar no cotidiano. Seguem as falas e excertos mais representativos:

"Sinto-me sozinho nesta tentativa de implantação do NASF. Os apoiadores apenas dizem palavras de consolo e de paciência e não vejo um posicionamento mais claro do distrito nessa implantação."

"Desde que iniciei o trabalho não houveram capacitações - considero extremamente necessário, visto nunca antes ter trabalhado em nasf. Quando cobre a gestão, ouvi como resposta: "você aprende fazendo". (...) Gestores não prepararam ESFs para integração com equipes Nasfs, fomos impostos aos centros de saúde e me sinto um estorvo em um dos que trabalho, as equipes não se organizam pra discussão de casos ou outras ações que eu possa contribuir, além de ter havido pressão para apenas atendimentos clínicos individuais."

"Os apoiadores e gestores precisam se reunir com equipes até realmente implementarem o modelo que pregam."

"O NASF só vai funcionar quando houver menos política, mais ação de assistência e respeito ao usuário, menos gente falando bonito e fugindo de atendimento."

"Precisamos de uma gestão que pense e defenda NASF para viabilizar melhores condições de trabalho."

Dessa forma, os participantes nos levam à reflexão que **o desenvolvimento operacional do NASF passa por atores da gestão comprometidos, próximos, e que possam ajudar concretamente** o trabalhador a desenvolver seu papel.

A categoria "Apreensão dos conceitos de APS/NASF" reaparece nesta questão. As falas, em sua maioria, reiteram os sentidos já apresentados na questão 10. Contudo, segue excerto de uma fala que amplia a questão:

"(...) humanização do sus para além do conceito clássico de saúde como tratamento de doença e mudança do conceito ambulatorial e tarefeiro seriam fundamentais"

A fala acima denuncia um **trabalho em saúde fundamentado em uma visão já questionada sobre saúde, enquanto mera ausência de doenças; bem como em uma organização procedimental e quantitativa do cuidado**. A superação deste modelo de trabalho inclui o NASF, porém deve ser responsabilidade de toda a rede e seus atores.

A categoria "Capacitação/educação permanente" se fez presente também nesta questão. Uma das falas amplia o exposto na questão anterior, ao trazer a importância da totalidade dos trabalhadores da APS participarem das mesmas:

"As capacitações sobre modelo de atenção, ESF e Nasf, assim como as avaliações sobre processos de trabalho, devem ser feitas de forma contínua

com toda a equipe de saúde, não apenas com representantes das mesmas. A capilarização é difícil de ocorrer, não é homogênea e está sujeita às diversas interpretações dos gestores locais."

Com isto, **sugere-se pensar em alternativas e/ou estratégias para lidar com o modelo habitual de capacitações**, oficinas e rodas de conversa ofertados pela gestão, **que partem de encontros pontuais com representantes** das equipes de saúde da família.

A categoria "Infraestrutura" reaparece nesta questão, e as falas aqui agrupadas reiteram os sentidos já expostos na categoria "Infraestrutura" já abordada. Dessa forma, os participantes destacam quanti e qualitativamente o tema.

A categoria "Gestão da Clínica" é retomada e ampliada nesta questão. Os trabalhadores sentem que os objetivos não são claros, o papel da APS se confunde com o dos serviços secundários, havendo exclusão de pessoas do cuidado. Seguem as falas que representam esta categoria:

"Nosso convívio é muito bom e contribuimos bastante uns com os outros, porém sinto que ainda é tudo muito misturado, com objetivos pouco estabelecidos e difíceis de serem postos em prática."

"Há uma pressão insuportável por atendimento clínico pelo profissional da psicologia no nasf, seguindo uma lógica curativista e ambulatorial, característica do nível SECUNDÁRIO de atenção. Fomos orientados porém a atender em psicoterapia breve casos mais graves. Questiono esta lógica que para mim não contempla princípios básicos do SUS, principalmente quanto a direitos - apenas os mais graves teriam acesso a psicoterapia. Outro ponto é não ter serviços que contemplem esta demanda da população no território."

"Acredito que pode dar certo desde que tenhamos uma referência para casos que necessitem de psicoterapia. Pois essa demanda aumenta diariamente e a "agenda" NASF não acompanha, além do fato de termos mais esse espaço dentro da UBS."

O caso da psicoterapia é um caso emblemático, pois com frequência não tem lugar nem na APS e nem nos serviços secundários. É um fato que muitas solicitações de psicoterapia individual, após uma investigação mais esmiuçada da necessidade em questão, acabam por se encaminhar adequadamente de outros modos (ex: através de orientações e atendimentos realizados por outros profissionais além da psicologia, através de ofertas grupais/comunitárias de psicologia, através de inserção em um CAPS, etc). Contudo, a demanda real de psicoterapia no âmbito da APS continua sendo expressiva e se torna um desafio, uma vez que este profissional é subdimensionado, trabalha sob condições desfavoráveis e precisa lidar com outras responsabilidades, entre elas discussões de casos, ações de promoção de saúde, prevenção de agravos etc. **O resultado disso é a vivência do usuário de longas filas para o acesso, ou mesmo a exclusão do cuidado**, não tendo nem mesmo uma longa fila como opção.

Não obstante, este fenômeno não é exclusivo da psicologia. Diversas demandas de reabilitação, por exemplo, não encontram lugar nos serviços secundários, por não atenderem os critérios do serviço em questão (muitas vezes instáveis e/ou questionáveis), ou pelo fato destes serviços serem de difícil acesso. Toda esta **demanda que não encontra lugar ou não chega no secundário, torna-se automaticamente responsabilidade única do NASF**, ainda que seja de uma complexidade mais coerente com o serviço secundário.

Ainda, é possível observar no município uma crescente fragilidade dos serviços secundários que, ao invés de ser assumida e enfrentada, é negada; seu enfrentamento, quando muito, toma o rumo distorcido de transferir toda a responsabilidade para a APS e para um NASF idealizado. Dessa forma, **há de se pensar o cuidado em rede, com clareza de objetivos; pactuação de fluxos e responsabilidades; fundamentado na capacidade real dos serviços; balizado sempre pelo acesso.**

A categoria "Retomada pós-pandemia", que se constitui como uma nova categoria, acolheu uma fala que discorre sobre a expectativa de retomada de algumas atividades, considerando o período atual da pandemia:

"Muitas coisas eram desenvolvidas pelo NASF em que estou antes da pandemia, por exemplo, grupos terapêuticos e educativos com pacientes - mas com a pandemia uma série de ações foi interrompida. Agora, com a "retomada das atividades", sinto que será necessário discutir melhor com os trabalhadores do NASF o que será feito do trabalho multi/interdisciplinar na atenção primária, escutar o que os cidadãos-pacientes necessitam e desejam."

O cenário atual de melhora nas taxas de transmissão e internação devido ao COVID coloca no horizonte possibilidades de retomada de certas atividades rotineiras de cuidado por parte do NASF e das eSF. Contudo, como bem alerta a fala acima, tal retomada deve considerar as necessidades atuais, e não apenas buscar refazer as rotinas anteriores à pandemia.

Há um cenário bastante provável e desafiador para o NASF no curto e médio prazo, que se constitui no aumento da quantidade e gravidade das demandas. Isto se daria pela retomada das rotinas das eSF, e conseqüentemente, mais atendimentos dedicados às condições crônicas. Ademais, supõe-se que boa parte destas condições se encontram agravadas pela pandemia e suas conseqüências, entre estas as limitações de seguimento pelos serviços de saúde - cancelamento e adiamento de consultas e cirurgias eletivas, entre outras situações (IPEA, 2021).

Há de se considerar também que as distintas instituições e suas respectivas atividades não retornaram plenamente ao funcionamento anterior à pandemia, caso das escolas e universidades, indispensáveis para o desenvolvimento de crianças e jovens. Ainda, é esperado que uma parte da carga de pacientes com seqüela de COVID seja acompanhada pela própria APS.

A categoria "Valorização do núcleo" reaparece no espaço desta questão, reiterando as dimensões já apontadas na mesma categoria, na questão 10.

A categoria "Fortalecimento das ESF" emerge na presente questão, agregando ao fortalecimento do NASF o fortalecimento das ESF. Segue fala que apresenta a questão:

"Acredito que antes de pensarmos nas equipes NASF precisamos pensar nas equipes de ESF. Estas, em sua maioria, estão desfalcadas ou não estão organizadas, não estão realizando reuniões de equipe por exemplo... O que dificulta e muito o trabalho do NASF, principalmente no contexto atual de implantação. Estes momentos de reuniões seriam essenciais para matriciarmos as equipes, ampliarmos os olhares dos profissionais, aprofundarmos no cuidado integral, construirmos projetos terapêuticos singulares, realizarmos atividades de educação permanente, desconstruirmos o modelo ambulatorio."

Só faz sentido pensar em um Núcleo Ampliado de Saúde da Família onde houver de fato a Saúde da Família consolidada. É preconizado que o NASF atue com a população e também com as equipes, para aumentar a capacidade resolutiva destas (Brasil, 2010; 2014). **Com equipes desfalcadas, desorganizadas, fragilizadas, o NASF se desconecta das mesmas.** Isto tende a reduzir a atuação do NASF à população, **o que leva a uma atuação incompleta e também menos efetiva**; sem a integração com as eSF, as demandas chegam de forma mais desordenada ao NASF, que desperdiça tempo e recursos especializados realizando tal organização.

A categoria "Horizontalização" também emerge na presente questão, agregando ao debate a alienação dos trabalhadores e usuários das decisões sobre o NASF. Segue um excerto representativo da fala em questão:

"Gostaria de maior participação de trabalhadores e usuários nos espaços de decisão do NASF."

Esta fala chama atenção para algo que é caro em todas as políticas sociais, em todos os pontos de assistência. **É essencial que os espaços de controle social sejam mantidos, fortalecidos e suas decisões sejam respeitadas.**

Ainda que o segmento da gestão tenha um papel fundamental na implantação e desenvolvimento do trabalho dos NASFs, é de extrema importância que os trabalhadores e usuários sejam também ouvidos em suas necessidades e propostas. O NASF é fruto de uma política pública significativamente discricionária (Marques, 2013); assim sendo, torna-se ainda mais **relevante um olhar permanente e sensível ao cotidiano de quem o executa e de quem depende de seus cuidados.** Sugere-se, portanto, que trabalhadores e usuários do NASF possam ter espaços para avaliar e construir junto à gestão seu desenvolvimento.

A categoria "Implantação" reaparece no espaço desta questão, reiterando as dimensões já apontadas na mesma categoria, na questão 10.

A categoria "Integração entre profissionais" também reaparece no espaço desta questão, sem agregar novas dimensões àquelas já apontadas na mesma categoria, na questão 10.

A categoria "Modelo" emerge na questão atual, problematizando o modelo de atenção em si, e não apenas como sua implantação vem ocorrendo.

"Não acredito nesse modelo de atendimento, pois o mesmo não existe na saúde privada."

Ainda que não foram feitas maiores elaborações sobre a descrença no modelo, trata-se de um posicionamento válido. O sistema público tem liberdade para criar seus modelos de atenção, ainda que não encontrem correlatos no sistema privado, em outros países etc. Contudo, **os modelos podem e devem sempre ser avaliados, questionados e, se preciso, revistos, descontinuados, transformados.**

A categoria "Composição das equipes NASF" reaparece, trazendo novos elementos para o debate. Seguem as falas:

"Gostaria de salientar que o NASF que faço parte é baseado apenas em profissionais da saúde mental e acho que seria mais potente ter uma diversidade de profissionais e que as equipes e a população fosse informada dessa iniciativa para alinhar os fluxos de cuidado."

"Sou o único homeopata de toda a região noroeste (...)."

"Difícil fazer um bom trabalho quando não se tem equipe suficiente, instrumentos de trabalho, falta de médico da família, infraestrutura num posto que abrange mais de 30 mil pessoas."

As falas acima chamam atenção para o fato de que a **composição das equipes** do NASF, possivelmente pela dinâmica de aproveitar os profissionais que já atuavam na APS, **não apenas concentram certas categorias, mas podem concentrar a atuação do NASF em uma única linha de cuidado.** Isto contribui para a redução da atuação da equipe e também para o entendimento dos demais trabalhadores e usuários, que podem compreender erroneamente o conceito de NASF como sinônimo de equipe de saúde mental, por exemplo.

A fala que pontua haver só um homeopata num determinado distrito **reitera a necessidade de planejamento** atento às necessidades do território e os indicadores sócio-sanitários **para alocação de profissionais.**

Por fim, uma fala remete à recomposição das equipes, incluindo as equipes de saúde da família. **Diante de um dimensionamento já questionável, ter déficit de profissionais agrava ainda mais a qualidade dos serviços como um todo,** afetando invariavelmente o desempenho do trabalho do NASF.

Cabe ainda a discussão que, embora os **residentes** sejam alocados no NASF, eles **não devem ser alocados pela lógica de composição e recomposição de equipes, mas sim pela lógica de suplementação das equipes.** Ou seja, os residentes devem ser alocados apenas em NASFs onde já existe um servidor da mesma profissão. Assim, mantém-se o foco preconizado para a residência, que é o de ensino, e não do provimento. Ademais, valoriza-se a contratação de novos profissionais.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório cumpriu e foi além de seu objetivo inicial de coletar a opinião dos profissionais que compunham o NASF, verificar a diversidade de ações realizadas pelas equipes NASF no município e fomentar o debate sobre características, processo de trabalho e dificuldades enfrentadas no cotidiano laboral dessas equipes.

Foi possível observar desafios já nas fontes oficiais de dados sobre o NASF, que apresentaram imprecisões e contradições. Também foi possível observar que a implantação do NASF vem ocorrendo com pouco diálogo, além de imposições e episódios de compulsoriedade.

O coletivo de trabalhadores NASF que participou deste levantamento se mostrou heterogêneo quanto à formação e tempo de atuação, seja no NASF ou na PMC. Ademais, este coletivo não teve consenso quanto ao grau de satisfação com o NASF, bem como com relação ao desejo de permanecer ou deixar de atuar no NASF.

As ações realizadas denotaram pluralidade de intervenções. Há um predomínio da dimensão clínico-assistencial, em detrimento da dimensão técnico-pedagógica, mais restrita ao próprio NASF, e entre este e outros serviços. Estes trabalhadores, contudo, sentem necessidade de maior apoio para o desenvolvimento da sua função. Ademais, preocupa a incidência de atendimentos por livre-demanda, não condizentes com a lógica preconizada.

Os trabalhadores puderam elencar seus principais desafios, bem como apresentaram sugestões de mudança e propostas para qualificar o desenvolvimento do trabalho. Tais sugestões envolvem não apenas o NASF e seus trabalhadores, mas diferentes atores e pontos da rede de cuidados. Segue abaixo uma síntese das principais dimensões para qualificação do NASF:

1) **Constituir um fórum de debates e pactuação** sobre a implantação dos NASF em Campinas com representantes de trabalhadoras do NASF e da Gestão com reuniões periódicas com cronograma definido pelo fórum estabelecido;

2) **Alocação das vagas e dimensionamento de profissionais adequado**, a partir de estudos e levantamentos técnicos, adotando critérios sanitários, epidemiológicos e de vulnerabilidade; dimensionamento de eNASFs pelo piso de cinco equipes; residentes devem compor o NASF apenas em caráter suplementar, não podendo ser alocados em NASF onde não há profissional do mesmo núcleo.

3) **Adequação da infraestrutura** (Inclui equipamentos, transporte, espaço físico adequado nos CS e outros espaços próprios da SMS para realização das distintas atividades - atendimentos, grupos, reuniões, ações comunitárias etc). Deslocamento mínimo entre Centros de Saúde no cotidiano do trabalho.

4) **Gestão dos Processos de Trabalho**. Apoio da gestão para pactuação de fluxos de trabalho com as EqSF e agendas do NASF, preservando a autonomia local dos NASFs.

5) **Gestão da Clínica.** Planejamento e desenvolvimento do trabalho pautado em indicadores epidemiológicos e de vulnerabilidade, adequados à realidade e necessidades locais. Participação de trabalhadores do NASF na estruturação de linhas de cuidado e protocolos de cuidado do município, considerando a capacidade real do NASF de cuidado e resolutividade. Resgate de ferramentas de gestão da clínica. Adequada integração das distintas profissões.

6) Ofertas de **educação permanente a todos os atores envolvidos**, de forma contínua e de qualidade. Incentivo para participação em cursos, eventos e congressos relativos ao NASF.

Ensejamos, por fim, que o material contido neste relatório seja utilizado para embasar os diálogos entre as pessoas que compõem a Atenção Primária, representantes das instituições e usuários do SUS em Campinas,

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BELOTTI, Meyrielle; IGLESIAS, Alexandra e AVELLAR, Luziane Zacché. Análise Documental sobre as Normativas do Trabalho no Núcleo Ampliado de Saúde da Família. **Psicologia: Ciência e Profissão** [online]. 2019, v. 39, e185025. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703003185025>>. Epub 29 Jul 2019. ISSN 1982-3703. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003185025>. Acesso em: 6 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. 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. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

BRASIL. **Portaria no 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html, Acesso em: 14 abr. 2021.

BRITO, Geraldo Eduardo Guedes de Brito; SÁ, Joserires Gleydson Santos Benício de; ANDRADE, Augusto José Bezerra de; FORTE, Franklin Delano Soares; BATISTON, Adriane Pires; COSTA, Marcelo Viana da (2021) *Dimensions of interprofessional collaboration in the dynamics of the expanded family health and primary care centers: A qualitative study*, **Journal of Interprofessional Care**, DOI: [10.1080/13561820.2021.1977618](https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1977618)

CAMPINAS, Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Assistência Social, Pessoa com Deficiência e Direitos Humanos. Vigilância Socioassistencial. **Estudo da realidade de Campinas e suas contradições: alguns elementos para subsidiar o PMAS 2018-2021**. Campinas, 2018. Disponível em: https://smcais-vis.campinas.sp.gov.br/sites/smcais-vis.campinas.sp.gov.br/files/arquivos/final_artigo_site_vigilancia_subsidio_pmas_2018_2021.pdf Acesso em: 14 nov. 2021.

CAMPINAS, Conselho Municipal de Saúde de. **Relatório Final da XI Conferência Municipal de Saúde**. 2019, 62p. Campinas, 2019. Disponível em: https://cms.campinas.sp.gov.br/sites/cms.campinas.sp.gov.br/files/arquivos-cms/Miolo_Relatorio%20Final%2011a%20Conferencia%20Municipal%20Saude%20Campinas.pdf Acesso em: 14 abr. 2021.

CAMPINAS, Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Consolidado de Equipes – SMS Campinas/SP – Competência 08/2021**. Campinas, 2021a. Disponível em: <https://saude.campinas.sp.gov.br/saude/>, acessado em 14/11/2021.

CAMPINAS, Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Totalização de Equipes por Tipo – SMS Campinas/SP – Competência 08/2021**. Campinas, 2021b. Disponível em: <https://saude.campinas.sp.gov.br/saude/>, acessado em 14/11/2021.

CAMPINAS, Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Profissionais por Equipes – SMS Campinas/SP – Competência 08/2021**. Campinas, 2021c. Disponível em: <https://saude.campinas.sp.gov.br/saude/>, acessado em 14/11/2021.

CAMPINAS, Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Consolidado de Equipes – SMS Campinas/SP – Competência 06/2021**. Campinas, 2021d. Disponível em: <https://saude.campinas.sp.gov.br/saude/>, acessado em 14/11/2021.

CAMPINAS, Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Consolidado de Equipes – SMS Campinas/SP – Competência 07/2021**. Campinas, 2021e. Disponível em: <https://saude.campinas.sp.gov.br/saude/>, acessado em 14/11/2021.

CAMPINAS, Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. **Documento Orientador para a Continuidade do Processo de Qualificação da Atenção Primária à Saúde na Rede Básica do SUS Campinas**. Campinas, 2021f. Disponível em: Mensagem Eletrônica. Acesso em: 20 set. 2021.

CAMPOS, G.W.S. Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos, G.W.S.; et. al. (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª edição revista e aumentada. São Paulo: Hucitec, 2012:39-78.

CASTRO, C.P. **Análise da estratégia de apoio matricial no SUS Campinas**. 2015, 159p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas – Universidade de Campinas, Campinas, 2015.

IACABO, P.; FURTADO, J.P. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: análises estratégica e lógica. **Saúde Debate** Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p.666-677, 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Saúde**: políticas sociais, acompanhamento e análise. Brasília, 2021. 72p.

FURTADO, J.P. Equipes de referências: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre as disciplinas e profissões. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 239-255, 2007.

LIMA, R.S.A.; NASCIMENTO, J.A.; RIBEIRO, K.S.Q.S.; SAMPAIO, J. O apoio matricial no trabalho das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: análise a partir dos indicadores do 2º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Cadernos de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 27(1): 25-31, 2019.

MARQUES, E. As políticas públicas na ciência política. In: MARQUES, E.; Faria, C.A.P. (orgs.). **A política pública como campo multidisciplinar**. São Paulo: Editora UNESP, 2013.

MAZZA, D.A.A.; et al. Aspectos macro e micropolíticos na organização do trabalho no NASF: o que a produção científica revela?. *Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]*. 2020, v. 30, n. 04 [Acessado 6 Novembro 2021] , e300405. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300405>>. Epub 14 Dez 2020. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300405>.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011, 549 p.

MOREIRA, D.C.; et al. Avaliação do trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por usuários, segundo os atributos da atenção primária. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. 2020, v. 36, n. 12 [Acessado 1 Novembro 2021] , e00031420. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00031420>>. Epub 11 Jan 2021. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00031420>.

MOREIRA, D.C.; SOARES, D.A.; CASTRO, C.P.; BISPO JÚNIOR, J.P. Atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no fortalecimento da atenção primária: experiências dos agentes comunitários. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.29(3), 2019.

MORIN, E. **O Método 3: o conhecimento do conhecimento**. 3ª edição. Porto Alegre: Sulina, 2005. 286p

PEDUZZI, M.; et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde [online]*. 2020, v. 18, suppl 1 [Acessado 2 Novembro 2021] , e0024678. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>>. Epub 16 Mar 2020. ISSN 1981-7746. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>.