

# Dimensão técnico-pedagógica na atuação dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e da Atenção Básica

## *Technical-pedagogical dimension in the performance of Amplified Family Health Nucleus and Primary Care*

Lielma Carla Chagas da Silva<sup>1</sup>, Maria Socorro de Araújo Dias<sup>1</sup>, José Reginaldo Feijão Parente<sup>1</sup>, Maristela Inês Osawa Vasconcelos<sup>1</sup>, Maria da Conceição Coelho Brito<sup>2</sup>, Franklin Delano Soares Forte<sup>3</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202313912

**RESUMO** Este estudo tem como objetivo analisar a atuação dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e da Atenção Básica (Nasf-AB) na perspectiva da dimensão técnico-pedagógica, a partir dos níveis contextuais definidos por Hinds, Chaves e Cypress. Desenvolvido de 2016 a 2017, trata-se de estudo de casos múltiplos, realizado em três municípios pertencentes à macrorregião de saúde de Sobral, Ceará, Brasil. Teve como fontes de informação dados documentais (relatórios de planejamento de atividades e registros fotográficos), observação do processo de trabalho do Nasf, seguindo roteiro estruturado, e seis grupos focais com equipes de Saúde da Família (eSF) e Nasf. Verificou-se a necessidade de reorganização da gestão do trabalho das equipes, a fim de superar desafios como comunicação e reconhecimento dos seus papéis, de forma a melhorar a operacionalização das ações, objetivando fortalecer a integração e avançar na construção de políticas e serviços resolutivos e de qualidade.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde. Saúde da família. Pessoal de saúde. Educação continuada. Capacitação de recursos humanos em saúde.

**ABSTRACT** *This study aim to analyze the performance of the Amplified Family Health Nucleus and Primary Care (Nasf-AB) from the perspective of the technical-pedagogical dimension, based on the contextual levels defined by Hind, Chaves and Cypress (1992). Conducted from 2016 to 2017, this is a multiple case study, carried out in three municipalities belonging to the health macro-region of Sobral, Ceará, Brazil. Information sources were documentary data (activity planning reports and photographic records), observation of the Nasf work process, following a structured script, and six focus groups with the Family Health (eSF) and Nasf teams. There was the need to reorganize the work management of teams, in order to overcome challenges such as communication and recognition of their roles, in order to improve the operationalization of actions, with the aim of strengthening integration and making progress in the construction of resolute and quality policies and services.*

**KEYWORDS** *Primary Health Care. Family health. Health personnel. Education, continuing. Health human resource training.*

<sup>1</sup>Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) - Sobral (CE), Brasil.  
lielmacarla@gmail.com

<sup>2</sup>Faculdade Luciano Feijão (FLF) - Sobral (CE), Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Federal da Paraíba (UFPB) - João Pessoa (PB), Brasil.



## Introdução

A reforma sanitária contribuiu para reflexão e crítica com vistas à superação do modelo biomédico, de atenção individual, descontextualizado do modo de viver a vida. O movimento visou à reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil, de forma a valorizar os sujeitos em seus territórios e comunidades, o que implicou uma compreensão do processo saúde-doença-cuidado a partir dos determinantes sociais<sup>1</sup>.

Passadas quase três décadas desde a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), é possível identificar avanços na organização dos serviços e melhorias dos indicadores em saúde<sup>2,3</sup>. No entanto, a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade e da responsividade das ações em saúde são reconhecidas como os principais desafios<sup>1</sup>.

Na busca de superar as limitações desse modelo, algumas estratégias foram implantadas, a exemplo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), instituído em 2008, mediante Portaria GM nº 154, pelo Ministério da Saúde. O Nasf atua nas funções de articulação e apoio às equipes de Saúde da Família (eSF) nas ações no território e na ampliação da resolutividade da atenção em saúde, considerando a base referencial do apoio matricial como proposta metodológica de seu processo de trabalho, visando à integralidade e à resolutividade das ações<sup>4-6</sup>.

Constituído por uma equipe multiprofissional, o Nasf é uma política nacional que deve atuar em conjunto com os profissionais das eSF, apoiando as práticas em saúde. Em seus primeiros dois anos, já contava com quase 1.000 equipes, passando a 4.462 no ano de 2016. Isso significou ampliação da oferta de serviços na atenção primária à saúde, visando à integralidade e à resolutividade do cuidado nos territórios e na comunidade, a partir do apoio do Nasf às eSF e nas práticas compartilhadas<sup>7,8</sup>.

Em 2017, passados nove anos desde a sua instituição, a revisão da Política Nacional da Atenção (PNAB) trouxe, em seu texto, uma

redesignação do Nasf e um reforço de seu papel. Desse modo, em seu nome, foi excluída a função 'apoio', passando a ser denominada Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), com o objetivo de apoiar, do ponto de vista da assistência à saúde, e oferecer suporte técnico-pedagógico às eSF<sup>9,10</sup>.

O Nasf, enquanto política pública, propõe repensar, transformar e apoiar a mudança da prática em saúde na ESF, apresentando, em seu arcabouço teórico, diretrizes e ferramentas tecnológicas, a exemplo do apoio matricial, o qual se refere à dimensão técnico-pedagógica, que ordena a construção e a operacionalização do seu processo de trabalho<sup>6,8</sup>.

Entretanto, com a PNAB 2017 e o desfinanciamento a partir do Previde Brasil, não há mais obrigatoriedade da manutenção das equipes Nasf para os repasses dos recursos federais, e a situação desses núcleos ampliados permanece incerta<sup>11,12</sup>.

Concomitantemente à implantação dos Nasf, em 2008, o estado do Ceará, especificamente, o município de Sobral, começou sua trajetória, sendo um dos primeiros municípios do País a implantá-los. Iniciou com seis equipes Nasf, compostas para atuar no apoio a oito eSF distribuídas pelos municípios da sede e do distrito<sup>13</sup>.

Dito isso, percebeu-se a existência de lacunas de conhecimento sobre o processo de trabalho do Nasf frente à análise de sua práxis, orientada pelos conceitos que o fundamentam, haja vista a inexistência de estudos brasileiros que tomem como objeto a atuação do Nasf em sua dimensão técnico-pedagógica.

Como referencial de análise deste estudo, adotou-se a Técnica de Análise Contextual proposta por Hinds, Chaves e Cypress<sup>14</sup>, a qual busca compreender o fenômeno a partir dos níveis contextuais definidos em quatro camadas interativas, distintas entre si: o Contexto Imediato, o Contexto Específico, o contexto geral e o metacontexto. Esclarece-se que essas camadas diferem entre si pelo modo como compartilham o significado, indo

do individual ao universal, possibilitando a análise dos aspectos conceituais por meio da interpretação dos resultados.

Dessa forma, o estudo se debruça sobre a dimensão técnico-pedagógica na produção cotidiana das políticas de saúde, procurando compreender os conflitos, os distanciamentos e as aproximações que coexistem nesse processo. O estudo foi orientado pela seguinte questão: 'Como as eSF e eNasf compreendem a dimensão técnico-pedagógica do processo de trabalho do Nasf?'. Assim, o objetivo deste estudo foi analisar a atuação dos Nasf pela perspectiva da sua dimensão técnico-pedagógica, a partir dos níveis contextuais definidos por Hinds, Chaves e Cypress<sup>14</sup>.

## Metodologia

Estudos de casos múltiplos possibilitam cobrir uma quantidade indeterminada de casos para, a partir deles, apresentar um conjunto único de conclusões dos seus cruzamentos<sup>15</sup>.

A pesquisa foi realizada no período de 2016 a 2017, por isso, optou-se pelo uso da terminologia Nasf neste artigo. Foi escolhido o estado do Ceará, que teve seu processo de regionalização ocorrido na década de 1990. Selecionou-se a macrorregião de Sobral, pelo fato de a cidade de Sobral ser considerada polo regional para os demais municípios, em virtude, ainda, de seu destaque no contexto histórico das políticas públicas no Brasil.

Desse modo, foi eleito como caso 1 o município de Sobral, por toda a representatividade histórica e por ser sede macrorregional, o que influenciou a escolha dos municípios de Crateús (caso 2) e Tianguá (caso 3), que são sedes de regiões de saúde e apresentam cobertura de Nasf de até 70%.

Optou-se por três tipos de evidências: as fontes documentais, a observação da realidade (processo/atividades de trabalho dos profissionais do Nasf) e a realização de grupo focal. Partindo do diálogo com as coordenações do Nasf de cada município, foram agendadas

visitas para a observação e a realização dos Grupos Focais (GF) com profissionais da eNasf e da eSF.

No momento de observação, foram identificados e acessados documentos, como relatórios de atividades, relatórios de reuniões e programação de ações. O uso dos documentos teve por objetivo ampliar as evidências e, assim, proporcionar detalhes específicos dos casos estudados.

Foram necessários três dias de observações em cada município/caso, as quais foram orientadas por um roteiro dirigido, composto por 16 questões que objetivaram reconhecer elementos das diretrizes operacionais do Nasf-AB: territorialização e responsabilidade sanitária; produção de autonomia; integralidade do cuidado e trabalho em equipe. Destaca-se que o roteiro foi adaptado a partir do instrumento de avaliação externa para os Nasf-AB do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – 2º Ciclo, ano 2015<sup>16</sup>. O PMAQ foi proposto com intuito de fortalecer a AB, visando à ampliação do seu acesso e à melhoria da qualidade, com apoio das três esferas de governo e de usuários<sup>17</sup>. Após as observações, realizaram-se os GF, tendo em vista que permitem compreender processos de construção de realidade por determinados grupos sociais pequenos e homogêneos<sup>18</sup>.

Foram realizados seis GF, dois por município, sendo um deles com eNasf e o outro com uma eSF que tivesse aquela eNasf como referência de apoio, de modo a garantir e preservar todas as informações obtidas pela técnica. Participaram, no total, 19 profissionais do Nasf, entre psicólogos, nutricionista, assistente social, educador físico, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e fonoaudiólogo; e 16 profissionais da eSF, entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Os GF ocorreram em ambiente silencioso, que permitisse a gravação, em dia e local escolhidos pelos participantes; foram audiogravados, mediados por um roteiro e tiveram duração média de 62 minutos.

Ressalta-se que, para a apresentação das falas, foram adotados os códigos: GFeSF ou GFNasf, seguidos pelo número do caso. Além disso, as transcrições foram lidas por três pesquisadores com experiência em pesquisa qualitativa na AB, os quais discutiram até chegarem às categorias conforme o referencial adotado. A pesquisadora fez registros no diário de campo, nas observações e no GF, os quais contribuíram para a reflexividade desse processo.

Ademais, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, com parecer nº 1.633.555/2016, conforme Resolução nº 466/2012<sup>19</sup>, do Conselho Nacional de Saúde.

## Resultados e discussão

Seguindo a perspectiva de Hinds, Chaves e Cypress<sup>14</sup>, apresenta-se o desenho das camadas contextuais, conforme identificadas. Os subtemas identificados, conformando as camadas contextuais, permitem uma compreensão do fenômeno do processo de trabalho colaborativo do Nasf como apoio técnico-pedagógico às eSF.

### Contexto Imediato: visibilidade do Nasf como apoio pedagógico à equipe de Saúde da Família

A fim de promover o suporte do apoio técnico-pedagógico, foram identificadas atividades como: realização de Projeto Terapêutico Singular (PTS); reuniões de planejamento da criação e acompanhamento de grupos; atividades físicas e práticas corporais, com o intuito de promoção à saúde e melhoria da qualidade de vida dos usuários; atendimento compartilhado (quando dois profissionais colaboram e dialogam entre si) durante visita domiciliar, bem como discussão de temáticas identificadas a partir de necessidade previamente reconhecida pela eSF; e atendimentos clínico-assistenciais individuais, programados com maior frequência somente no município do caso 2.

Esses aspectos denotam como e quando o apoio pedagógico implicado pelo processo de trabalho do Nasf ocorre para e com a eSF, podendo contribuir para a integralidade e a resolutividade das ações, melhorando a qualidade da assistência prestada aos usuários.

Os Nasf respondem conforme suas diretrizes, transpondo o que foi perceptível durante o seu processo de implantação, à medida que demonstram um processo de trabalho que visa à superação da fragmentação da produção do cuidado, colaborando para a construção de uma rede de atenção e cuidados, de forma corresponsabilizada, com a eSF. Esse movimento dos Nasf é sustentado pela ferramenta pedagógica do apoio matricial como um instrumento concreto e cotidiano que pressupõe esse grau de transformação necessário ao modo de organização e funcionamento das ações e dos serviços na ESF. Ademais, faz-se necessário, ainda, um realinhamento da compreensão do fazer do Nasf, de modo a superar os resquícios dessa histórica visão fragmentada da saúde, com base no atendimento pelas áreas temática e multiprofissional<sup>4,15,17,18</sup>.

O processo de chegada das eNasf, no caso 1, foi marcado pela intensa demanda de atendimentos individuais especializados e pela dificuldade de instaurar as ações de apoio matricial. Dessa forma, percebeu-se a contramão da lógica de construção compartilhada, da qual o Apoio Matricial do Nasf é dependente para a efetivação dessa relação entre eSF e eNasf. As eSF não compreendiam, em sua totalidade, a importância e a dinâmica do processo de trabalho do Nasf, e, por outro lado, a demanda reprimida para a atuação dos núcleos profissionais do Nasf.

Percebeu-se nas falas que as eSF relataram incompreensões no apoio desenvolvido pela eNasf, ou seja, daquilo que lhes compete dentro da dimensão técnico-pedagógica.

*[...] o processo de trabalho do Nasf é bom, em algumas categorias [profissionais que compõem a equipe Nasf]. Nem todas demonstram maior interesse nas consultas, mas eu os encaminho*

[usuários] para algumas consultas [...], e a população gosta e pede para ser encaminhada, principalmente, para a nutricionista [...]. (GFeSF 1).

O que eu sei é o que tem na portaria, que eles têm que nos apoiar. O que que acontece aqui é que eles funcionam como uma clínica de reabilitação. Atendem lá mesmo (GFeSF 2).

Como a equipe é multiprofissional [Nasf, né?], e a gente trabalha na nossa comunidade com várias problemáticas, tanto que todas as horas a gente vê. Tem a questão psicológica, a questão da assistente social, todos vão prestar serviço para várias famílias. Então, a gente tendo o Nasf como ponto de referência, a gente encaminha [...]. (GFeSF 3).

Os desafios vividos quanto à efetivação de políticas e de boas práticas em saúde, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), encontram, em sua raiz, uma ingerência ou incompreensão sobre o comportamento colaborativo. Campos e Domitti<sup>5</sup> descreveram o apoio matricial em todas as suas dimensões e sua aplicação no processo de trabalho da ESF, em uma perspectiva de corresponsabilidade entre equipes, o que imputa transformação no modo de organização do trabalho. Isso indica a existência de dificuldades e obstáculos para a reorganização do trabalho em saúde, a partir das diretrizes do apoio matricial, dada a dependência de uma série de instrumentos operacionais necessários à gestão do processo de trabalho interprofissional na AB<sup>4,20</sup>.

Do ponto de vista do planejamento e da cogestão, torna-se fundamental lançar um olhar investigativo sobre os processos de trabalho das equipes, voltando-se para questões interacionais e cotidianas que possam suscitar novos elementos para intervenções nessa área e na perspectiva da educação permanente, centrada na colaboração e no cuidado aos sujeitos e suas famílias, comunidade e território<sup>21,22</sup>. Esse movimento exige abertura, disponibilidade e desejo para a colaboração, ou seja, o estabelecimento de algum grau de cogestão ou de democracia institucional<sup>23,24</sup>.

Sobre a compreensão do papel das eNasf pelas eSF, verifica-se um entendimento mais voltado para a perspectiva da dimensão clínico-assistencial. Assim, nesse desafio, considerando-se as duas dimensões do processo de trabalho do Nasf, este tem buscado, aos poucos, provocar reflexões e adentrar a dimensão pedagógica. Ademais, as equipes também apontam a necessidade de conhecimento da sua atuação por parte da eSF.

[...] assim, em relação à equipe [eSF], quando a gente chega na unidade, ela se sente muito órfã de outras especialidades. Então, ela vê ali um nutricionista, ela vê o fisioterapeuta, lógico que ela vai querer que a gente fique muito na parte clínico-assistencial, então ela vai encaminhar para nutricionista, vai encaminhar. Então, assim, nosso trabalho é o tempo todo assim. Até, às vezes, a gente fica na clínico-assistencial, mas sempre vamos tentando voltar para técnico-pedagógico; a gente chama, 'vamos rever, olha o que a gente fez, vamos pensar juntos, o que a gente pode estar fazendo' [...]. (GFeNASF 1).

A inserção da gente é uma inserção mínima. Eu acho que a gente não tem tanto acesso, e eles, os profissionais da Estratégia Saúde da Família, também não têm tanto interesse de nos explorarmos como os profissionais para dar suporte às atividades deles, uma orientação pedagógica, um apoio, mesmo quando tem algum caso que a gente possa discutir e se autoajudar. Eu acho que o interesse é mínimo, segundo o que eu vejo aqui. O interesse maior é encaminhar para a gente atender. (GFeNASF 2).

O Nasf não deve ser visto como uma retaguarda composta de profissionais para onde a eSF pode encaminhar o usuário para um atendimento apenas. Mais do que isso, eles trabalham de modo a promover a autonomia dessa equipe, na compressão de interdependência<sup>4,5</sup>, em que, a partir de uma necessidade apontada, a equipe possa dialogar para a construção de práticas colaborativas visando à cogestão dos processos e à atenção centrada nos usuários e suas famílias<sup>24-26</sup>.



Assim, a partir das demandas e necessidades identificadas a cada momento, o Nasf pode atuar tanto para apoiar as equipes na análise dos problemas e na colaboração de propostas de intervenção quanto diretamente na realização de ações clínicas ou coletivas com os usuários, quando necessário, de modo integrado e corresponsável. Além disso, o Nasf também pode (e, às vezes, precisa) auxiliar na organização do processo de trabalho das equipes apoiadas<sup>25-27</sup>.

Essa primeira aproximação com a camada contextual traz, na evolução das ações descritas, aquilo que está implicado no imediatismo do como e quando o apoio técnico-pedagógico do trabalho do Nasf acontece, destacando ações do ato imediato do apoio técnico-pedagógico, realizado pela eNasf em suporte à eSF, em que se percebe uma invisibilidade desse apoio pedagógico.

Hinds, Chaves e Cypress<sup>14</sup> consideram o imediatismo a principal característica da primeira camada de contexto (Contexto Imediato), na qual estão implicadas aquelas ações relevantes ao estudo da compreensão do fenômeno. Elas estão focadas no presente, identificadas a partir da observação do ato imediato daquilo que é observado, permitindo, ainda, ao pesquisador facilidades na predição de como o fenômeno em questão se comporta.

### **Contexto Específico - Território: desafios e potencialidades para a operacionalização do processo de trabalho do Nasf**

A busca da integralidade nos serviços de saúde deve ser um processo em construção, sendo a eSF um campo fértil para o fomento da atenção integral. Para além da integralidade, outros princípios e diretrizes orientam as ações desenvolvidas pelo Nasf, com reflexos no processo de trabalho das eSF, entre os quais, aponta-se o território<sup>8</sup>. O território é definido geograficamente, com suas características sociais, econômicas, culturais e suas dimensões

burocráticas para os serviços em geral e serviços de saúde; é cenário de produção de vida e suas (im)possibilidades e de (re)construção de mundos<sup>27</sup>.

Percebe-se nessa camada que o território se traduz, na maioria das vezes, nas dimensões estruturais físicas das unidades de saúde, sem avançar muito naquilo a que se propõe enquanto diretriz do seu processo de trabalho, em uma compreensão de território para além dos muros das unidades.

Os espaços disponíveis aos profissionais da eNasf do caso 1, em particular, contam com salas compartilhadas com a eSF, quando há necessidade de atendimento individual, o que propicia um sistema de aproximação entre eNasf e eSF para a colaboração. No entanto, para os profissionais, isso se configura como um desafio, em virtude de constituir-se como fator dificultador para algumas ações que poderiam ser mais resolutivas.

*[...] uma dificuldade que a gente tem é de realmente ter um espaço para desenvolver condutas mais resolutivas, sem precisar ficar desgastando o usuário de tanto vai e vem, troca de sala. (GFeNASF 1).*

*[...] às vezes, quando eu procuro eles [profissionais do Nasf], não estão na unidade. (GFeSF 1).*

Já as eNasf dos casos 2 e 3 têm ambiente separado das instalações da eSF, o que dificulta a locomoção quando há realização de atividades colaborativas, a exemplo, das visitas domiciliares. Além disso, há o sentimento de pertencimento, o que tem influência direta nas ações colaborativas, no planejamento e na construção de estratégias de educação em saúde e no próprio apoio pedagógico.

*Como nossas coisas ficam longe dos CSF que a gente apoia, dificulta um pouco [...], mas a gente vai. Às vezes, não tem transporte, então temos que mudar o dia, agendar para outro dia [...]. (GFeNASF 2).*

*Nós atendemos, realizamos atendimento no centro de reabilitação [...] fica distante das unidades [CSF] que a gente está como referência para apoio. (GFeNASF 3).*

Outro desafio implicado no contexto do processo de trabalho do Nasf relaciona-se à compreensão do seu fazer pela eSF e também pelos usuários.

*[...] o nosso processo enquanto equipe multiprofissional, dentro do contexto de saúde da família, que realmente é uma dificuldade que não entendem. Quem são aquelas pessoas que não têm uma sala definida? Quem são aqueles ali que não estão as 40 horas naquele centro de saúde? Quem são aquelas pessoas que andam em grupo 'todo mundo agregado', junto, trabalhando nesse contexto? (GFeNASF 1).*

Para que ocorra a clara definição da responsabilidade sanitária e se ampliem as possibilidades de construção de vínculo, é fundamental valer-se da metodologia de adscrição de clientela à equipe de referência, a qual manterá uma relação longitudinal com esse conjunto de usuários – a partir da compreensão da perspectiva de Vigilância em Saúde, territorialização e construção coletiva permanente nesse território. Para isso, é fundamental que a inserção dos profissionais no serviço dê-se, primariamente, de modo horizontal, dialógico e participativo entre as equipes eSF e Nasf e entre equipes e comunidade<sup>5</sup>.

A normatização relativa à organização da AB refere-se, constantemente, à adscrição de clientela, espaço territorial e área de abrangência, termos que remetem à demarcação do território de atuação. Essa compreensão assume a perspectiva de um território vivo, com dois enfoques que se referem tanto à interação da população, visando à atenção centrada no usuário e em suas famílias, suas relações sociais e econômicas, que interferem no seu processo saúde-doença, como, também, à necessidade de criar as condições

para promover o controle, a regulamentação, o monitoramento e a organização do território (comunidade), de modo a intervir nos problemas e nas necessidades de saúde apresentadas pela população<sup>29</sup>.

Isso reforça a ideia de que o trabalho voltado ao território ultrapassa a concepção de espaço como extensão geográfica e político-operativo do sistema de saúde. Algumas das premissas para os profissionais de saúde, que se inserem na ESF, são o conhecimento do território e a valorização das práticas locais, conectando a sua atuação às dinâmicas de vida da comunidade, à identificação do processo de saúde e adoecimento relacionado a fatores ambientais, sociais, econômicos, culturais, políticos, entre outros, valorizando a história da comunidade em uma concepção ampliada de saúde<sup>27</sup>.

## **Contexto Geral – Processo de trabalho colaborativo do Nasf**

O trabalho em saúde requer permanentemente um fazer/refazer de sua práxis. A complexidade envolvida exige uma equipe multiprofissional atuando em um mesmo campo e direcionada para os mesmos objetivos, a partir de uma prática colaborativa<sup>24</sup>.

No campo da ciência, a categoria trabalho tem sido objeto de estudos há vários anos. Teorias defendem e comprovam que os processos de trabalho e seus modos de produção determinam relações de poder e subordinação, valores e comportamentos de uma sociedade e os modos de enfrentamento das situações consideradas adversas ao bem-estar do homem<sup>29</sup>.

Um grande desafio no campo da saúde é a simultaneidade da produção do bem/produto/ação em saúde e do consumo em ato. Nesse campo, Mendes<sup>30</sup> tece algumas discussões e amplia a análise do processo de trabalho em saúde para o campo teórico-conceitual da intencionalidade, que cria e constrói novas ferramentas e estratégias e potencializa os recursos disponíveis.

O Nasf se constitui como um recurso para a mudança do modelo de prática, em um contexto que ainda guarda resquícios do modelo biomédico de atenção, por reforçar a necessidade da articulação do conhecimento entre as equipes de saúde, do aprimoramento da interação entre os integrantes das equipes, do desenvolvimento de novos conhecimentos e da prática de novos processos de trabalho<sup>6,23,24,31</sup>.

O processo de trabalho em saúde, o reconhecimento dos sujeitos envolvidos e a própria definição do que se constitui como trabalho em equipe consistem em estratégias que tendem a possibilitar uma atuação em saúde mais resolutiva e contextualizada e com impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença<sup>6,23,24,31</sup>.

As práticas interprofissionais pressupõem a possibilidade de um profissional (re)construir na prática do outro, sendo ambos transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos<sup>21,22</sup>. Assim, a abordagem integral dos sujeitos/família é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes multi e interdisciplinares. Dessa maneira, pode-se obter um maior impacto sobre diferentes fatores que interferem no equilíbrio saúde-doença<sup>32</sup>.

Nesse sentido, percebem-se dificuldades de comunicação entre eSF e eNasf, o que talvez se deva ao desconhecimento de seus papéis, como já exposto anteriormente.

*[...] a comunicação existe. Pouco, mas existe. Eu corro e bato na porta quando, por exemplo, uma gestante precisa de uma consulta. Às vezes, nem tão bem recebido, mas eu insisto nessas interconsultas, principalmente a parte nutricional [...]. (GFeSF 1).*

*[...] às vezes, eles dão informes, repassam cronograma, essas coisas [...]. Eu vejo a equipe do Nasf lá, só que eu nem sei quem é a minha equipe. Eu não sei se sou 1 ou se sou 2, só sei que é do Nasf do município. (GFeSF 2).*

Para que a interprofissionalidade ocorra de fato e contribua para a integralidade e resolutividade do cuidado em saúde, é importante não somente facilitar a comunicação entre os membros das equipes, mas, também, pensar em um processo de trabalho que produza um compartilhamento sincrônico e diacrônico de responsabilidades pelos casos e pelas ações necessárias, visando a alcançar a centralidade do cuidado nos usuários. Nessa direção, faz-se importante o apoio da gestão da saúde, para prover condições e fomentar políticas de saúde para o desenvolvimento de estratégias que apoiem e facilitem o processo de trabalho do Nasf e da eSF, visando ao trabalho em equipe colaborativa<sup>24,32</sup>.

Isso posto, essa camada de contexto se constitui como uma organização de eventos/comportamentos e significados associados, desenvolvidos com o tempo, podendo ser mutável. Verifica-se que ainda é desafiador o fazer em saúde de modo colaborativo.

### **Metacontexto – Rupturas paradigmáticas na saúde rumo à integralidade da atenção**

Essa camada de contexto representa a fonte de saber socialmente construída, operando continuamente sob uma perspectiva social, geralmente compartilhada. Nela, residem a fonte de explicação e uma influência indireta sobre os comportamentos e eventos<sup>14</sup>.

No Brasil, o momento de crise paradigmática na saúde está presente, predominantemente, no Movimento da Reforma Sanitária e teve seu auge com a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. De tal modo, a conferência foi importante para o movimento da Constituição Federativa Brasileira, promulgada em 1988, originando-se dela o Sistema Único de Saúde (SUS).

Nessa direção, o SUS é ancorado nos princípios de universalidade, integralidade e equidade, regionalização e descentralização e participação social. Assim, a defesa e a luta são pela reversão da lógica histórica



de modelo de atenção à saúde no Brasil. A perspectiva do trabalho da ESF na APS é de novas práticas de atenção pautadas em modelos de promoção à saúde<sup>1,2</sup>. Entretanto, o movimento de implantação pode apresentar instabilidade, posto que a precariedade de uma política é diretamente proporcional à discrepância de valores ideológicos entre os que a operam<sup>33</sup>.

As situações de saúde em nosso país continental são díspares. Frente à globalização, algumas doenças emergem e reemergem, fazendo com que a população apresente uma pluralidade de agravos à saúde. Além disso, também são importantes os problemas de violência no contexto da saúde mental, de pobreza, de uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, de acidentes externos, entre outros<sup>1,2</sup>.

Nesse contexto paradigmático de novas demandas exigidas do processo de organização do sistema de saúde, com base nas necessidades populacionais, insere-se o processo de trabalho do Nasf com suas ferramentas de apoio, contribuindo para a garantia dos papéis essenciais da APS.

Caminhando na perspectiva de ruptura paradigmática, cabe destacar que avanços ainda são necessários no que tange às relações de trabalho, de modo a torná-las, principalmente, uma prática colaborativa. Isso se deve a poucas iniciativas, como a inserção e a colaboração do Nasf-AB com as eSF, embora ainda incipientes e reforçadas por modelos majoritários de formação profissional que continuam sendo formados separadamente, para, no futuro, trabalharem juntos<sup>32</sup>.

Reconhece-se, perante essa tensa dinâmica, a necessidade urgente de adequação da formação em saúde, assim como do fortalecimento da educação permanente em saúde, como elemento do desenvolvimento humano fundamentado em pilares, como aprender não apenas conteúdos cognitivos, mas, também, habilidades e atitudes de ser, fazer e viver coletivamente, a partir do cotidiano dos serviços de saúde e das demandas de comunidades e territórios<sup>34</sup>.

## Considerações finais

Verificou-se a necessidade de reorganização, com vistas ao melhor entendimento do fazer do Nasf no que tange à dimensão pedagógica, uma vez que, para aqueles que são os receptores do apoio, percebe-se uma visão ainda focada no atendimento clínico.

Os profissionais da eNasf e da eSF reconhecem o apoio pedagógico como uma importante ferramenta nas ações em saúde. Entretanto, são visíveis algumas dificuldades para a sua operacionalização, entre as quais, o trabalho em equipe, considerando que eSF e eNasf devem operar colaborativamente. Infere-se, aqui, sob a perspectiva dos profissionais da eSF, a existência de um pensamento orientado por uma prática assistencial tradicional, descolada de uma dimensão pedagógica, a qual é objeto de destaque neste estudo.

Vê-se, ainda, a necessidade de diálogo entre os atores envolvidos (eSF e eNasf) para a construção de um projeto comum, de partilha de saberes e de cogestão dos processos de trabalho e compromissos, para, assim, efetivar-se a proposta implicada na produção do cuidado centrado nos sujeitos.

Ademais, alguns avanços percebidos pela equipe Nasf são evidentes na compreensão desse apoio, seja nos processos de trabalho, ao se observarem nuances da incorporação da dimensão pedagógica, seja nas ações de planejamento, execução e avaliação. No entanto, ainda existe a necessidade contínua de organização do processo de trabalho em saúde, com um olhar atento para a implementação da integralidade da atenção e para o trabalho colaborativo em equipe.

Reconhece-se como limitação que estudos como este, com proposta de análise dos contextos que permeiam a atuação profissional em equipes multiprofissionais, devem ser cautelosos, em função dos diversos fatores que podem influenciar, a exemplo das diferenças das realidades locais, das formas singulares de organização do processo de trabalho, bem como do tempo e da atividade

observada durante a coleta. Assim, há a necessidade de estudos que possam analisar em profundidade, bem como ampliar a abrangência de territórios-casos para estudo.

Por fim, considera-se que se deve buscar fortalecer a integração entre os agentes envolvidos, de modo que o distanciamento existente seja desconstruído, a fim de que ambos, colaborativamente, possam, de fato, alcançar o proposto, que é a oferta de serviços de qualidade, com clareza de papéis e comunicação entre os pares, em tempo hábil e com capacidade resolutiva na AB.

## Colaboradores

Silva LCC (0000-0002-2688-9309)\*, Dias MSA (0000-0002-7813-547X)\*, Parente JRF (0000-0002-6739-0985)\*, Vasconcelos MIO (0000-0002-1937-8850)\*, Brito MCC (0000-0002-3484-9876)\* e Forte FDS (0000-0003-4237-0184)\* contribuíram igualmente para concepção e delineamento do trabalho e discussão dos resultados; redação do manuscrito ou revisão crítica do seu conteúdo; aprovação da versão final do manuscrito. ■

## Referências

1. Castro MC, Massuda A, Almeida G, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet*. 2019 [acesso em 2020 jul 26]; 394. Disponível em: <https://spiral.imperial.ac.uk/bitstream/10044/1/70528/2/THELANCET-D-18-06929R2.pdf>.
2. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciênc. saúde coletiva*. 2018 [acesso em 2020 jul 26]; 23(6):1903-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>.
3. Neves RG, Flores TR, Duro SMS, et al. Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. *Epidemiol. Servi. Saúde*. 2018 [acesso em 2020 jul 27]; 27(3):e2017170. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000300008>.
4. Castro CP, Nigro DS, Campos GWS. Núcleo de apoio à saúde da família e trabalho interprofissional: A experiência do município de campinas (SP). *Trab. Educ. Saúde*. 2018 [acesso em 2022 jul 5]; 16(3):1113-34. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00143>.
5. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão de trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2007 [acesso em 2022 jul 6]; 23(2):399-407. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>.
6. Campos GWS, Figueiredo MD, Pereira Júnior N, et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface (Botucatu)*. 2014 [acesso em 2022 jul 7]; 18(supl1):S983-95. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>.

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

7. Melo A, Barbosa TM. Atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: o entendimento de profissionais da estratégia de saúde da família de um município catarinense. *Tempus* (Brasília). 2018 [acesso em 2023 abr 29]; 11(2):25-39. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881293/2017-portugues.pdf>.
8. Cunha GT, Campos GWS. Apoio matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde Soc.* 2011 [acesso em 2022 jul 7]; 20(4):961-70. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013>.
9. Campos GWS, Cunha GT, Figueiredo MD. Práxis e formação Paideia: apoio e cogestão em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da União.* 25 Jan 2008.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS. Dispõe sobre Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Brasília, DF: MS; 2020.
12. Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista TWF. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cad. Saúde Pública* (online). 2020 [acesso em 2022 jul 5]; 36(9):e00040220. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>.
13. Sousa MF. A reconstrução da saúde da família no Brasil: diversidade e incompletude. In: Sousa MF, Franco MS, Mendonça AVM. *Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos de espelho do futuro.* Campinas: Saberes Editora; 2014.
14. Hinds OS, Chaves DE, Cypress SM. Context as source of meaning and understanding. *Qual Health Res.* 1992 [acesso em 2017 mar 12]; 2(1):61-74. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/249674856\\_Context\\_as\\_a\\_Source\\_of\\_Meaning\\_and\\_Understanding](https://www.researchgate.net/publication/249674856_Context_as_a_Source_of_Meaning_and_Understanding).
15. Yin R. *Estudo de caso: planejamento e métodos.* 5. ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
16. Brasil. Ministério da Saúde. *Instrumento de avaliação externa para os núcleos de apoio à saúde da família.* Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
17. Pinto HA, Sousa A, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde debate.* 2014 [acesso em 2022 jul 7]; 38(esp):358-372. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014s027>.
18. Gatti BA. *Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas.* Brasília, DF: Liber Livro; 2005.
19. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 13 Jun 2013; Seção I:59.
20. Castro CP, Oliveira MM, Campos GWS. Apoio matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. *Ciênc. saúde coletiva.* 2016 [acesso em 2022 jul 7]; 21(5):1625-36. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19302015>.
21. Reeves S, Pelone F, Harrison R, et al. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes (Review). *Cochrane Database Syst. Rev.* 2017 [acesso em 2020 jul 30]; 22(6):CD000072. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072>.
22. Reeves S, Xyrichis A, Zwarenstein M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *J. Interprof. Care.* 2018 [acesso em 2020 jul 30]; 32(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1400150>.
23. Previato GF, Baldissera VDA. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde

- de. Interface (Botucatu). 2018 [acesso em 2020 jul 30]; 22(supl2):1535-47. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0647>.
24. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab. Educ. Saúde*. 2020 [acesso em 2020 jul 30]; 18(supl1):e0024678. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v18s1/1678-1007-tes-18-s1-e0024678.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)*. 2017 [acesso em 2020 jul 30]; 21(62):565-78. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v21n62/1807-5762-icse-1807-576220150939.pdf>
  26. Vendruscolo C, Metelski FK, Maffisoni AL, et al. Características e atuação dos profissionais dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2020 [acesso em 2020 jul 31]; (54):e03554. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018033003554>.
  27. Panizzi M, Lacerda JT, Natal S, et al. Reestruturação produtiva na saúde: atuação e desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Saúde debate*. 2017 [acesso em 2020 ago 2]; 41(112):155-70. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711213>.
  28. Gondim GMM, Monken M, Rojas LI, et al. O território da Saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, et al., organizadores. *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
  29. Vieira AM, Neto JM, Crepaldi TMS, et al. O trabalho em equipe no programa saúde da família: integração para a integralidade da assistência. In: Saito RXS, organizadora. *Integralidade da atenção: organização do trabalho no programa saúde da família na perspectiva sujeito-sujeito*. São Paulo: Martinari, 2008.
  30. Mendes EV. A reengenharia do sistema de serviços de saúde no nível local: a gestão da atenção à saúde. In: Mendes EV, organizador. *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec; 1998.
  31. Lima RSA, Nascimento JÁ, Ribeiro KSQS, et al. 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. *Cad. Saúde Colet*. 2019 [acesso em 2020 ago 2]; 27(1):25-31. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201900010454>.
  32. Peduzzi M, Agreli HF. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. *Interface (Botucatu)*. 2018 [acesso em 2020 ago 2]; 22(supl2):525-34. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>.
  33. Jogadores Tsebelis G. *Veto. Como funcionam as instituições políticas*. Princeton: Princeton University Press; 2002.
  34. Aciole GG. Rupturas paradigmáticas e novas interfaces entre educação e saúde. *Cad. Pesqui*. 2016 [acesso em 2021 nov 1]; 46(162):1172-91. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/198053143528>.

---

Recebido em 16/10/2022  
Aprovado em 15/08/2023  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve