

Bárbara Aline Bezerra de Miranda

Agentes Comunitárias de Saúde e sua compreensão sobre o apoio matricial

Uberlândia

2019

Bárbara Aline Bezerra de Miranda

Agentes Comunitárias de Saúde e sua compreensão sobre o apoio matricial

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Psicologia.

Orientador (a): Renata Fabiana Pegoraro

Uberlândia

2019

Bárbara Aline Bezerra de Miranda

Agentes Comunitárias de Saúde e sua compreensão sobre o apoio matricial

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Psicologia.

Orientador (a): Renata Fabiana Pegoraro

Banca Examinadora

Uberlândia, de 19 Junho de 2019.

Profa. Dra. Renata Fabiana Pegoraro (Orientadora)
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Esp. Gabriela Teixeira de Rezende (Examinadora)
Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Profa. Dra. Mariana Hasse (Examinadora)
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

UBERLÂNDIA

2019

Dedicatória

Dedico esse trabalho aos meus pais e a minha irmã que nunca mediram esforços para que o sonho de ingressar em uma Universidade Federal se tornasse realidade.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus, que sempre esteve ao meu lado, me guiando e iluminando todos os meus passos.

Aos meus pais, que são os grandes responsáveis por eu ter chegado até aqui, sempre investindo e incentivando na melhor educação para mim.

A minha irmã, que é a minha grande parceira de vida.

A minha orientadora, que sempre foi extremamente dedicada, cuidadosa e paciente comigo. Sendo o grande exemplo de pesquisadora, professora e psicóloga que eu carrego comigo.

Ao CNPq pela concessão de bolsa de iniciação científica que permitiu a realização de um estudo de maior amplitude que deu origem a este artigo e à Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa pelo incentivo à formação de novos pesquisadores.

Sumário

Introdução.....	8
Aspectos metodológicos.....	13
Resultados	15
(A) O contexto da pesquisa	15
(B) Caracterização das entrevistadas	16
(C) Análise de entrevistas.....	16
Discussão.....	23
Considerações Finais.....	28
Referências	28

Resumo

A Estratégia de Saúde da Família é formada por equipes multiprofissionais nas quais o agente comunitário de saúde (ACS) está inserido. Ele é o responsável por aproximar a rede de saúde e a comunidade através das suas ações. Com o intuito de fortalecer o serviço em saúde no nível da atenção primária, criou-se o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), cujo principal objetivo é realizar o matriciamento das equipes de referência. O objetivo geral deste estudo foi investigar a compreensão das agentes comunitárias de saúde sobre o apoio matricial. Participaram dessa pesquisa 14 ACS atuantes em duas Unidades de Básicas de Saúde da Família (UBSF), por no mínimo dois anos, sendo todas mulheres e com idades entre 28 e 58 anos. As ACS responderam um questionário sociodemográfico e um roteiro de entrevista semiestruturado sobre a sua prática e relação com o NASF. A partir da análise de conteúdo temática foram elaboradas as categorias: (1) Informar e encaminhar o caso para um profissional do NASF ou mais; (2) Discussão de caso e orientações do NASF ao ACS sobre os casos; (3) Visita domiciliar conjunta; (4) Função do NASF segundo as ACS. Constatou-se que as ACS enxergam o NASF como uma equipe especialista que recebe encaminhamentos e realiza atendimentos grupais. O apoio matricial encontra-se em processo de construção e não são todos os profissionais que são reconhecidos como componentes do NASF pelas agentes comunitárias de saúde de ambas unidades.

Palavras-chave: Estratégia de saúde da família; Agente comunitário de saúde; Núcleo de Apoio à saúde da família

Abstract

The Family Health Strategy is formed by multiprofessional professionals in which the community health agent (ACS) is inserted, who is responsible for a health network and community for his actions. In order to strengthen the health service, the main nucleus of education created the Nucleus of Support to the Family Health (NASF). The objective was to investigate the health agents about the matrix support. 14 ACS from two Basic Family Health Units (UBSF) participated in the study, being at least two years old, all women and aged between 28 and 58 years. The ACS answered a sociodemographic questionnaire and a semi-structured interview script about its practice and relationship with the NASF. From the analysis of the software were elaborated as categories: (1) Inform and forward the case to a NASF professional or more; (2) Discussion of NASF cases and guidelines to ACS on cases; (3) Joint home visit; (4) the ACS perception of the NASF function.

It was found that ACS see the NASF as a specialist team that receives referrals and performs group consultations. The matrix support is in the process of being built and it is not all the professionals who are recognized as components of NASF by the community health agents of both units.

Keywords: Family health strategy; Community health agent; Family Health Support Center

Introdução

Esta pesquisa aborda a compreensão das agentes comunitárias de saúde sobre a atuação dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. O agente comunitário de saúde (ACS) teve importante papel nos cuidados no âmbito da atenção primária à saúde no Brasil, na década de 1990, a partir da implementação do PACS – Programa de Agentes Comunitários em Saúde (Melo, Miranda, Silva, & Limeira, 2018). Em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família – PSF - e em 2006 a denominação passou a ser Estratégia de Saúde da Família - ESF (Prass, 2017). A ESF pode ser definida como uma estratégia que prioriza a expansão, a consolidação e a qualificação da atenção primária (AP) ao oportunizar um redirecionamento dos processos que envolvem o trabalho dos profissionais desse nível de atenção, estimulando uma prática que busca ampliar a resolutividade, priorizar o bem-estar do usuário e minimizar o foco nas enfermidades, impactando de forma positiva diretamente na saúde dos sujeitos, além de possibilitar uma considerável relação custo-efetividade para o sistema de saúde (Ministério da Saúde, 2017).

Segundo o Ministério da Saúde (2017), a ESF, que está inserida dentro da atenção primária, deve ser vista preferencialmente como o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde, sendo responsável por ofertar cuidados e serviços disponíveis pela rede. Essa ampliação de compreensão sobre a atenção primária e conseqüentemente da ESF está em concordância com a linguagem internacional, que acredita na ESF como um espaço que propicia a efetivação de uma rede serviços mais satisfatória e de acesso livre a todos os públicos. Esse direcionamento garantiria a efetivação da universalidade aos serviços de saúde ofertados pela rede, equidade e integralidade do cuidado e ampliaria a participação social no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Macedo, Guimarães, Sampaio, Morais & Carneiro, 2016).

Na ESF existem dois tipos possíveis de composição de equipe: a equipe mínima, formada por médico, de preferência com especialidade em medicina da família e comunidade,

enfermeiro, preferivelmente especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), e a equipe estendida, composta pelos profissionais citados anteriormente com o acréscimo do agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal, cirurgião dentista, de preferência especialista em saúde da família e o auxiliar ou técnico em saúde bucal (Ministério da Saúde, 2017).

A ESF tem sido a grande responsável por tornar real no âmbito da atenção primária, a substituição da concepção de assistência voltada para o saber biomédico e hospitalocêntrico de caráter curativo e prescritivo por um serviço orientado pelo envolvimento dos usuários na criação de novas práticas de vida, tendo como objetivo a promoção de saúde e a prevenção de doenças, sempre buscando garantir o acesso dos indivíduos a todos os níveis de atenção à saúde (Vidal, Motta & Batista, 2015). Além disso, essa equipe também é a principal responsável por cuidar e resolver 80% das questões que envolvem a saúde dos cidadãos que vivem no seu local de abrangência (Gozzi, 2017).

No ano de 2008, com o intuito de fortalecer e aumentar a resolutividade das ações desempenhadas pela atenção básica (AB), o Ministério da Saúde (MS) criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que utiliza como principal ferramenta o apoio matricial para as equipes de referência que atuam nesse nível de atenção. Este suporte tem como propósito agregar conhecimentos e experiências às ações já exercidas pela ESF, acrescentando as suas chances de resolução nos casos atendidos (Panizzi, Lacerda, Natal & Franco, 2017). O NASF é composto por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar com diversas categorias profissionais da saúde, que exercem a função de complementar as equipes mínimas que trabalham na APS, focando no apoio clínico, sanitário e pedagógico. Os profissionais que podem ocupar cargos nas equipes NASF são: Médico Acupunturista, Assistente Social, Profissional de Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Ginecologista/Obstetra, Médico Homeopata, Nutricionista, Médico Pediatra, Psicólogo,

Médico Psiquiatra, Terapeuta Ocupacional, Médico Geriatra, Médico Internista, Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação e profissional de saúde sanitaria (Ministério da Saúde, 2017).

Acredita-se que a existência de uma equipe multiprofissional viabiliza a efetivação de ações que visam o cuidado mais complexo, em razão da interação entre os profissionais das diversas áreas do conhecimento, assim como as suas respectivas experiências. Interpreta-se que as práticas de cuidado mais complexas são aquelas que abarcam as questões que envolvem o biológico, o social e o psicológico, dos indivíduos e das suas famílias considerando a humanização, a integralidade e a equidade (Kebian & Oliveira, 2015).

O NASF trabalha com o intuito de oferecer um suporte profissional e pedagógico às equipes de referência da Saúde da Família, equipe em que o ACS é visto como um profissional de suma importância. Assim, a equipe mínima e o NASF são responsáveis por desenvolverem um trabalho conjunto direcionado à população e envolvendo outros dispositivos sociais e de saúde no processo de cuidado, de forma a desenvolver práticas amplas e resolutivas para a produção do mesmo (Ministério da Saúde, 2008).

É função da equipe NASF promover a total integralidade do cuidado físico e mental aos usuários da rede, com o auxílio e com complemento dos serviços das equipes da ESF, visando criar planos de ação que promova a práticas realizada conjuntamente entre as duas equipes (Ministério da Saúde, 2008). Dessa forma, o apoio matricial caracteriza-se como o principal serviço oferecido pela equipe NASF, que é encarregado de criar espaços grupais de reflexão, discussão e prática com os usuários atendidos pela equipe de referência (Barros, Gonçalves, Kaltner & Lancman, 2015).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) publicada em 2017 (Melo, Miranda, Silva, & Limeira, 2018, p.329) retirou o termo “apoio” da nomenclatura NASF, inserindo a expressão “ampliado”, “gerando dúvidas sobre o lugar que o matriciamento passa a ter aos

gestores responsáveis pela implementação das mudanças”. Além disso, a existência de NASF não gera experiências uniformes. Pelo contrário, segundo os mesmos autores, a complexidade dos cuidados na AP somam-se a “contextos de gestão e de redes de atenção locorregionais adversos” (p.337), à necessidade de “especificidades das composições da equipe e das necessidades de cada serviço e território”, “a formulação de estratégias de avaliação, bem como estudos e pesquisas que evidenciem efeitos e resultados do Nasf para as EqSF e para os usuários”, além de abordar a temática “em todas as residências em saúde do País (médicas, não médicas e multiprofissionais), preparando não apenas os profissionais que pretendem trabalhar na AB, mas também aqueles da atenção especializada, para oferecer apoio matricial” (Melo, Miranda, Silva, & Limeira, 2018, p.337).

A regulamentação do NASF indica uma movimentação do MS em direção à reorganização da produção de cuidado na APS, acreditando na relação entre os membros das equipes, assim como no poder da interdisciplinaridade e corresponsabilização pelas ações que são realizadas integralmente entre as equipes de referência e de apoio, buscando dessa forma, relacionar diariamente em sua prática, o trabalho e a educação (Panizzi, Lacerda, Natal & Franco, 2017). Compreende-se, deste modo, que o NASF atua a partir da identificação de demandas nos territórios, a partir dos cuidados realizados pelas equipes mínimas ou de referência, cujo profissional mais próximo das demandas da população é o ACS que diariamente realiza visitas e orientações em domicílio.

O ACS é um profissional que trabalha no mesmo local em que reside, capacitado para realizar atividades educativas que promovam saúde, além de fornecer incentivo à comunidade para obtenção de melhoria na qualidade de vida (Mota, 2015). Segundo Nunes et al. (2018) a atuação do ACS é caracterizada por duas perspectivas distintas. Uma delas é a técnica, que se refere aos atendimentos realizados com as famílias e seus componentes, as ações que buscam a prevenção de doenças e agravos, e o acompanhamento de grupos de riscos. A outra perspectiva

é a política, visto que com o auxílio desse profissional a área de abrangência passa por uma organização e conseqüentemente por transformações nos estilos de vida que afetam diretamente os problemas de saúde dos usuários do serviço.

Por atuarem no mesmo local em que residem, os ACS sentem-se mais identificados com os usuários, e são considerados o elo entre o serviço e os usuários da comunidade (Vidal, Motta & Batista 2015). Devido à essa característica e com o auxílio de práticas que visam o cuidado, o ACS contata as famílias com o intuito de compreender as suas dinâmicas de funcionamento, aferir sobre as carências, para então propor ações que visem a melhoria das condições dos sujeitos, na perspectiva da promoção de saúde e da prevenção de doenças (Kebian & Oliveira, 2015).

Dentre as ações que são desempenhadas pelos ACS, pode-se destacar: “a realização de diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território” que trabalham; cadastro e atualização constante dos dados das pessoas que vivem na sua área de abrangência; visitas domiciliares regulares pré-estabelecidas de acordo com o planejamento da equipe; monitoramento das situações das famílias das suas respectivas áreas de abrangência; identificação e registro de sujeitos e famílias em situações de risco; efetuação de ações educativas de cunho individual e grupal nas residências, nas unidades e em outros lugares do território; orientação à comunidade em relação a sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças, assim como, sobre o funcionamento de serviços, equipamentos e dispositivos da rede disponíveis no território; incentivar a participação dos sujeitos nas políticas públicas direcionadas à saúde; comunicar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados, entre outras ações que visem a promoção de saúde e a prevenção de agravos (Ministério da Saúde, 2017).

Segundo Gozzi (2017) uma das características do NASF é a potencialização e qualificação dos profissionais que fazem parte da equipe da ESF, visando sempre desenvolver

uma prática pautada no cuidado integral. Nessas circunstâncias, percebe-se que o ACS é um dos profissionais que realiza a comunicação direta com a equipe NASF, e é por meio dele que a população é avisada sobre os serviços ofertados por essa equipe, como os grupos realizados nas unidades de saúde e também é por meio desses profissionais que a própria equipe NASF certifica-se sobre os casos existente no território (Maciel et al., 2015).

A partir das considerações aqui efetuadas, colocamos como problema de pesquisa: de que modo os ACS percebem a atuação do NASF?

Aspectos metodológicos

Esta pesquisa foi desenvolvida a partir do método qualitativo que possui como principal propósito alcançar os significados dos fenômenos com base nas concepções dos indivíduos (Turato, 2005) e visa à aproximação do pesquisador com o participante em busca de informações sobre os fatos a serem pesquisados segundo a ótica do participante (Martins, 2004).

Os participantes selecionados foram Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que trabalhavam em duas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), que recebem suporte de uma mesma equipe NASF, localizadas em um município do Estado de Minas Gerais, com pelo menos três meses de atuação na função.

Foram utilizados os seguintes instrumentos, construídos a partir da revisão de literatura: (1) um *questionário* que abordou dados sociodemográficos dos participantes (tais como sexo, idade, se tem filhos, religião, escolaridade, tempo de trabalho na unidade de saúde da família) e (2) um *roteiro semiestruturado de entrevista* sobre o cotidiano de trabalho dos ACS do qual foram destacadas para análise neste artigo as respostas sobre a relação com a equipe do NASF. As entrevistas seguiram as orientações de Boni e Quaresma (2005) a respeito do emprego das questões que compõem o roteiro de forma que o diálogo se aproxime ao máximo de uma conversa informal, tendo em vista os objetivos da pesquisa sejam atingidos.

Após aprovação do Projeto de Pesquisa por um Comitê de Ética em Pesquisa com seres

humanos (Parecer 2.096.04) foram agendadas visitas às Unidades Básicas da Saúde da Família para apresentação do projeto e na sequência foi combinada a data para a entrada em campo das pesquisadoras. O propósito do estudo, a forma de realização e o caráter voluntário de participação foram expostos às ACS em uma sala da unidade de saúde para informar e dirimir possíveis dúvidas. Após assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido por cada ACS, foi realizada a aplicação do questionário de forma coletiva. Encerrado o preenchimento do questionário, uma pesquisadora anotou o telefone de cada ACS para agendar datas para as entrevistas individuais, as quais ocorreram, segundo a preferência das ACS, no próprio local de trabalho, em dia e horário indicados pelos mesmos, com ciência do gestor. Para realizar o registro das entrevistas foi utilizado um gravador de áudio digital, com a permissão das entrevistadas. A aplicação do questionário ocorreu em um período inferior a 15 minutos e as entrevistas tiveram duração de cerca de meia hora. Para preservar as identidades das participantes, preferiu-se não informar o setor sanitário ou bairros das unidades de saúde e para apresentação dos resultados será usada uma sigla, tal como E1U1, que indica a primeira entrevista da unidade de saúde da família em que a coleta ocorreu.

Quanto à análise dos dados, as informações dos questionários foram digitadas em planilha Excell para a obtenção de estatística descritiva. Para realizar o procedimento de análise de dados das entrevistas inspirou-se na análise de conteúdo temática de Bardin (1970). Após a transcrição literal das entrevistas, as mesmas foram lidas de forma independente por duas pesquisadoras, de forma a ter um contato inicial com todo o material. Em seguida, novas leituras foram efetuadas para dar início à identificação dos temas presentes em cada entrevista. Nova leitura foi efetuada a partir dessa codificação inicial e os temas foram agrupados em blocos de sentido, procedendo-se ao recorte das falas de cada entrevista de acordo com esses blocos temáticos. Deste modo, elaborou-se um arquivo em word para cada um dos temas com as falas de todas as sete entrevistadas que diziam respeito a este tema. Cada arquivo foi lido de forma

independente por cada pesquisadora e, feito o reagrupamento final, cada eixo temático foi descrito. Os eixos temáticos encontrados foram:

- (1) Informar e Encaminhar o caso para um profissional do NASF ou mais
- (2) Discussão de caso e orientação do NASF sobre os casos
- (3) Visita domiciliar conjunta
- (4) Função do NASF segundo as ACS

Resultados

(A) O contexto da pesquisa

As unidades básicas de saúde da família localizam-se no mesmo distrito sanitário do município de médio porte e cada uma funcionada em casas residenciais térreas alugadas pela prefeitura. As equipes mínimas das duas unidades de saúde da família contavam com uma equipe de saúde bucal. As reuniões das equipes mínimas referências aconteciam semanalmente em um dia e turno pré-estabelecidos e geralmente estavam voltadas para sistematização de atendimentos, dando ênfase para questões mais administrativas das unidades (como número de visitas efetuadas na semana, existindo uma meta diária a ser efetuada) em detrimento de discussões e acolhimentos de casos atendidos durante a semana.

A duas unidades eram matriciadas pela mesma equipe NASF, a qual era composta pelos profissionais da Psicologia, Fisioterapia, Assistência Social, Nutrição e Educação Física. Os profissionais da equipe NASF responsável por dar cobertura para ambas as unidades não possuíam horários comuns para a ida às unidades. Cada profissional estabelecia seu horário de visita à unidade de saúde, o que nem sempre envolvia o turno reservado pela equipe de saúde da família para reuniões. Os profissionais do NASF realizam atendimentos no formato individual e grupal, tais como: consultas com nutricionista, atendimento psicológico, palestras sobre nutrição, grupo de atividade física, grupo de apoio em saúde mental.

(B) Caracterização das entrevistadas

Na Unidade I trabalhavam oito ACS e apenas uma delas optou por não participar da pesquisa. Dentre as sete participantes, todas do sexo feminino, a idade variou de 28 a 55 anos. Quatro participantes possuíam companheiro; seis declararam uma religião; cinco tinham filhos; cinco participantes tinham renda mensal declarada em torno de R\$1200 reais, duas participantes não responderam; quanto à renda familiar, para cinco participantes o valor era de R\$ 1200,00 a 2000,00 reais, e duas participantes não responderam. Todas as ACS atuavam na mesma unidade de saúde há mais de dois anos, por oito horas diárias/ 40 hs semanais. Na Unidade II trabalhavam seis ACS e todas participaram da pesquisa. A faixa etária foi de 36 a 58 anos (uma participante não respondeu sobre sua idade), cinco não possuíam companheiro, todas tinham religião, quatro tinham filhos (uma não respondeu), quatro tinham renda possuem renda familiar entre R\$1300-15000 reais (duas não responderam), todas atuavam na mesma unidade de saúde de há mais de 1 ano e 11 meses, trabalhavam por oito horas diárias/ 40 hs semanais.

(C) Análise de entrevistas

(1) Informar e encaminhar o caso para um profissional do NASF ou mais

As ACS realizam contato com os usuários durante as visitas domiciliares e a partir da identificação de necessidade ou pedido por parte do usuário, informam sobre o caso a um profissional do NASF que acreditam ser o mais indicado para acolher e cuidar do paciente: “*A gente primeiro vai até o paciente e ele conta o caso, por exemplo, se for um caso para a Psicologia né, um paciente da saúde mental, a gente passa as informações para a psicóloga*” (E3U2).

Eu sou meio apressada, se eu ver [sic] um paciente meu que eu conheço, eu já chego direto nela e falo “ó [psicóloga] é assim, assim e assim, o que é que você pode fazer?”,

ela já marca, às vezes ela já atende até no mesmo dia. A nutricionista também (...).
(E3U1)

Essa prática, muitas vezes, leva ao agendamento de um atendimento individual por parte do profissional do NASF, sem a discussão do caso com a equipe: *“Quanto à psicóloga é mais encaminhamento, vem um encaminhamento, ou passa pela enfermeira e a enfermeira acha que necessita, aí ela já marca”* (E3U1). *“A gente passa o caso para a psicóloga, tá? Ela faz uma pré-análise e marca da gente fazer uma visita, ou ela pede, se a gente ver que o paciente tem condição, agenda para que o paciente venha até ela.”* (E1U2U2)

A informação leva ao agendamento, deste modo, é possível apontar que essa prática se aproxima de um encaminhamento a especialista, e que este decide se a melhor forma de atendimento seria individualmente ou em grupos:

[...] a pessoa fala mais ou menos por alto o que que está acontecendo e a gente passa para ela, psicóloga [do NASF]. Aí ela vai ver se ela, se a pessoa é para o grupo, se a pessoa é para ela atender individual. Aí a gente retorna para a pessoa, para falar “ó está marcado para tal dia, seu caso é no grupo, é tal dia” aí e se a pessoa tiver interesse ela vem. (E4U1)

Em algumas situações, as ACS perguntam ao usuário se não gostaria de ser atendido pelo profissional do NASF, antes de discutir o caso com tal profissional, ou ainda sugerem que procurem pelo profissional:

Aí eu mesmo falei, se ela não gostaria de passar por uma psicóloga, eu acho que no seu caso você ficou com trauma, aí ela falou “eu gostaria”, aí ela quis, aí eu passei o caso para a psicóloga, e assim é. (E4U1)

Quando eu vejo assim que as consultas são mais longas, aí eu sempre oriento, aí sou eu quem mando eles virem para passar a demanda, para passar para o paciente. Aí

depende do caso, às vezes é um caso que precisa assim mais de um a consulta longa, eu oriento eles virem pela demanda. (E4U2)

Essa identificação da necessidade de atendimento por profissional do NASF, segundo as entrevistadas, é feita a partir da orientação de profissionais do NASF sobre como o caso precisa ser investigado:

Uai, ela ouve normal, porque foi ela mesmo que falou para a gente que tinha que perguntar mais ou menos né, para trazer. Apesar que, no início, a gente não concordou muito com isso não, porque a gente não é, né, psicólogo, né, mas, aí ela..., porque a gente traz assim, mais ou menos resumido o que a pessoa consegue passar para a gente, mais ou menos por alto, aí a gente traz, e por aí ela tira a conclusão, se ela tem que atender a pessoa individual ou se é no grupo. Hoje mesmo eu trouxe uma criança para ela, ela vai atender, ela já marcou, vou ligar para a mãe, para a mãe está trazendo ele no dia. (E4U1)

(2) Discussão de caso e orientações do NASF ao ACS sobre os casos

As discussões de caso realizadas nas unidades não envolvem as ACS. No geral, são realizadas entre a enfermeira e os profissionais do NASF: “*Às vezes tem alguma coisa, aí quem passa é a coordenadora ou a psicóloga, é quem passa para eles [NASF]*” (E5U1)

Eles [NASF] discutem lá dentro com as enfermeiras e depois ela passa para a gente, e aí quando ela acha mais pessoal, essas coisas, ela chama né, e fala é assim, assim, fica de olho, se precisar de alguma coisa você conversa, dá uma ida, dá mais atenção naquele caso, e aí a gente fica mais atenta. (E3U1)

A proximidade das ACS, nas duas unidades, ocorre com dois profissionais em especial: a assistente social e a psicóloga: “*A gente não tem muito contato com eles. Quem tem mais*

contato com eles é a [psicóloga] e a [assistente social]. A gente não tem contanto com eles não.” (E5U1). Essas duas profissionais são procuradas diretamente pelas ACS:

Discuto com a psicóloga, com os outros eu não tenho muita..., assim se eu precisar eu venho e discuto nesse sentido. Vamos supor eu preciso da assistente social, eu venho e passo o problema para ela, mas é com a psicóloga que a gente mais discute, que aí ela discute o caso com a gente, sobre o que tem que fazer, como é que é, se é ela que vai atender, ou se sou eu que vou ter que ir lá e passar o como agir, é assim. (E4U2)

Esses momentos oportunizam que a ACS receba orientações sobre como agir frente ao usuário em novos contatos cuja problemática envolve a saúde mental ou questões de cunho social: *“Sim, discute, principalmente saúde mental, que é o mais discutido, o social sim, mas a saúde mental é o que mais às vezes a gente usa, utiliza.” (E1U2).*

Discute. Discute casos e quando o caso já está discutido, já acha uma ação para ver o que que vai ser feito por aquele paciente [...], mas eu vou falar mais é da psicóloga, quando a gente tem algum problema que é doença mental, a gente é que tem que ouvir o paciente, ter que vir relatar para ela o que que é, entendeu? Aí ela vai te orientar, se ela vai atender ou não, se for atender ela ajuda, se ela não for eu tenho que levar o que ela me orientar do paciente, para o paciente. (E2U2)

A discussão de caso aqui, portanto, tem uma conotação de receber orientação sobre como proceder em uma nova visita ao usuário e não retrata um momento em que a equipe problematiza um caso e, com contribuições dos diferentes profissionais, se estabelece um plano de cuidados ao usuário. O caráter de orientação fica aqui destacado:

Eu vou falar mais é da psicóloga, quando a gente tem algum problema que é doença mental, a gente é que tem que ouvir o paciente, ter que vir relatar para ela o que que é, entendeu? Aí ela vai te orientar, se ela vai atender ou não, se for atender ela ajuda, se ela não for eu tenho que levar o que ela me orientar do paciente, para o paciente (E4U2)

(3) Visita domiciliar conjunta

As ACS relataram que a equipe do NASF geralmente as acompanham nos casos de usuários mais graves, como casos sociais, de saúde mental e pessoas acamadas. As ACS percebem a necessidade de inserção de profissionais do NASF para acompanhamento dos casos a partir do contato cotidiano com as pessoas que residem em suas áreas de cobertura ou e acionam os profissionais:

A gente foca mais naqueles pacientes mais problemáticos né, no meu caso, na minha área eu foco mais nos pacientes domiciliados para o NASF, tipo aquela paciente acamada que não consegue de jeito nenhum ir na unidade, aí eu já venho, já converso com a psicóloga, já para dar uma conversada com a família, já converso com a nutricionista para ir lá, com a dentista, com a assistente social. (E3U1)

As visitas domiciliares em conjunto é tipo assim, vamos supor, eu vou em uma residência e ali eu percebo que eu preciso da assistente social, aí eu tenho que ir com ela, aí ela vai comigo, aí eu vou passar o problema para ela, porque ela também é do NASF, aí eu passo o problema para ela, então ela vai com a gente. (E4U2)

São os casos considerados mais graves que mobilizam o diálogo entre equipe mínima, NASF e outros equipamentos da rede, oportunizando o compartilhamento de saberes:

Ah, junta às vezes um psicólogo, com a médica, com a rede de saúde, para um paciente com depressão, aí a gente reúne, e faz visita, orienta, conversa, faz convite para grupo, para tudo, para melhorar a condição de vida da pessoa, cada um com o seu conhecimento né?! (E2U1)

Faz, a gente faz com a assistente social, faz com a psicóloga, faz com o fisioterapeuta, faz com todos esses profissionais juntos e o agente também, eu já fiz assim, com a fisioterapeuta, a médica, a enfermeira e eu em uma casa, e a assistente social também.

O paciente era, ela teve uma..., um AVC e as condições de vida dela não estavam legal, em todos os aspectos, aí reuniu toda a equipe do NASF para tentar ajudar ela. A gente faz, sim. (E6U1)

Uma única entrevistada destacou que visitas conjuntas não costumam ocorrer: *“Para te falar a verdade não. [...] Bom, diz que era para fazer né, mas, só que não.” (E5U2)*

(4) Função do NASF segundo as ACS

A análise das entrevistas permite destacar que as profissionais mais conhecidas do NASF, psicóloga e assistente social, são mais conhecidas pelas ACS. Antes da implantação do NASF no município, as unidades de saúde já contavam com apoio dessas duas profissionais, que atendiam a partir de agenda própria. Ora essas duas profissionais são compreendidas como integrantes do NASF, ora não. E5, por exemplo, já discutiu caso com a psicóloga e a assistente social, mas quando questionada mais diretamente sobre o NASF, respondeu: *“Se eu te falar que eu não lembro, é... se a gente já teve alguma coisa com o NASF, se eles já estiveram aqui, não tem como eu te falar, porque eu não lembro”.*(E5U1)

Outra confusão sobre o NASF reside na possibilidade de atender em grupos, em detrimento dos atendimentos individuais. O NASF seria um grupo de profissionais para os quais a prática grupal é valorizada:

A nossa relação com o NASF no começo, foi meio complicada, porque eu acho que o NASF funciona muito bem, é um programa muito bom, só que aqui na unidade no começo, não funcionava o NASF. Por que? Eram pessoas que vinham e queriam um atendimento individual, já estava acostumado com o atendimento individual, aí depois veio e mudou isso tudo, aí depois foram os atendimentos em grupo, aí ficou assim. Agora que eles estão se familiarizando com o NASF, e a gente está compreendendo mais o que é o NASF. (E6U2)

Há uma dificuldade por parte de algumas ACS em ver a resolutibilidade do NASF, como ilustrado:

[...] só que às vezes, eles deixam muito a desejar, por exemplo, tem um menino da minha área que eles falaram, ontem a psicóloga falou para mim que ele ganhou alta do NASF, aí eu falei “como que o menino ganhou alta, sendo que ele nem está”, aí eu ainda expliquei para ela ontem, e ela falou “olha, passaram ele para cá”, aí eu falei “Não passou ninguém para cá não, ninguém”, ele é autista, só que o pai dele não quis levar ele para o CAPS, entendeu? [...]. Eu acho assim que tem coisas, é bom? é! , mas tem coisas, safadas, porque você não vê resultado, não vê resultado. (E7U1)

O NASF aproxima o serviço de uma busca por cuidados integrais à saúde com foco na promoção de saúde:

[...] mas, como todo mundo né, adoecer, tem os cuidados, mas a gente previne, e para isso a gente tem o quê? Tem a educação física, tem a nutricionista para orientar, tem os grupos de ansiedade para quem já toma os medicamentos para e controlar, então é todo um conjunto que a gente leva, e tenta passar isso, esse conhecimento para a população para que ela venha até a unidade mesmo que ela não esteja doente. (E1U2)

Além dos cuidados integrais, há uma função reconhecida de capacitação atribuída ao NASF que, no entanto, não é frequentemente observada:

O máximo de capacitação que a gente teve com o pessoal do NASF, é tipo, cada profissional, tanto a nutricionista, a psicóloga, fazer uma reuniãozinha com a gente lá no fundo, depois das três, junta todas as agentes de saúde, e fala um pouco sobre o trabalho delas, tipo, a psicóloga fala sobre as doenças, sobre cada coisa, a nutricionista, assim que a gente já teve, mas tem um tempinho também que não tem. (E3U1)

Discussão

A partir dos resultados apresentados, serão destacados aqui três questionamentos para promover a discussão. O primeiro questionamento é: “Apoio matricial é produzir saúde junto (equipe mínima e especialistas)?” Os discursos das ACS apontaram para a comunicação de problemas dos usuários a um profissional do NASF, dando a este o papel de decidir pelo atendimento (individual ou grupal) ou de orientar o ACS sobre como se comportar ou o que perguntar em uma nova visita ao domicílio. Em muitas falas essa informação ganha contornos de encaminhamento do problema/usuário a especialista – lógica que o apoio matricial pretende minimizar ou mesmo extinguir. A definição do Ministério da Saúde (2014) para apoio matricial aponta para uma nova forma de elaborar e proporcionar saúde em conjunto, portanto, este deve ser realizado por duas ou mais equipes, em um processo que é produzido de maneira compartilhada, e que possui como resultado ações e intervenções baseadas em um modelo pedagógico-terapêutico. Percebeu-se nas falas das entrevistadas que esse trabalho conjunto não é comum à nenhuma das equipes (Unidades 1 e 2), visto que, a produção compartilhada de conhecimento, ações e intervenções conjuntas parece não ocorrer. O que se estabelece é, de certo modo, uma relação vertical, em que o profissional do NASF é nutrido pelas informações colhidas de maneira individual pelas ACS e a partir disso determina o que deverá ser realizado (orientação, atendimento individual ou grupal), ferindo a lógica de um serviço pautado no trabalho em equipe.

O matriciamento pode ser realizado basicamente de duas maneiras: a primeira a partir de um apoio clínico-assistencial, em que os profissionais do NASF disponibilizam cuidados clínicos, individuais ou coletivos aos sujeitos e a segunda, é o técnico-pedagógico, na qual os profissionais do NASF compartilham conhecimentos e ações com as equipes de referência das unidades de saúde (Ministério da Saúde, 2014). Com base nas entrevistas, percebeu-se que a equipe NASF, responsável por matriciar as equipes de referência, nas quais as ACS

entrevistadas faziam parte, resume a sua prática apenas aos atendimentos clínicos-assistenciais à população. Na sua pesquisa, Maffissoni, Silva, Vendruscolo, Trindade e Metelski, (2018) também perceberam que a prática mais comum à indivíduos e coletivos exercidos pela equipe NASF é a clínico-assistencial. No dia-a-dia o trabalho pautado na lógica matricial, pode facilitar as ações em saúde, visto que com a prática do mesmo, esclarecimento de questões individuais e coletivas dos pacientes podem ser cessadas, auxiliando por exemplo, na construção de práticas mais direcionadas que auxiliem na melhoria da qualidade de vida dos usuários (Santos, Figueiredo & Lima, 2017). Não foram citadas pelas ACS entrevistadas, algumas atividades que deveriam ser realizadas pela equipe NASF, como articulação com a rede saúde, ocupação de território, utilização de espaços e equipamentos para a realização de grupos, entre outros.

A falta de informações e diretrizes mais explícitas advindas do Ministério da Saúde (MS), sobre como as equipes deveriam se portar somado a ausência de ações focadas no fornecimento de educação continuada e permanente para esses profissionais, podem ser apontados como dificultadores nessa situação (Maffissoni, Silva, Vendruscolo, Trindade, & Metelski, 2018; Barros, Gonçalves, Kaltner & Lancman, 2015). Martinez, Silva e Silva (2016) ressaltam em sua pesquisa que alguns profissionais chamam atenção para o distanciamento da realidade da prática, da dificuldade em realizar um trabalho interdisciplinar solicitado pelo matriciamento, e também da concentração de um trabalho dentro da saúde que ainda realiza ações de cunho individuais, assistenciais e curativas. É importante dissertar sobre a relevância da inclusão de disciplinas, cursos e estágios voltados para a atuação na atenção primária em saúde nos currículos de formação em psicologia, com o intuito de realizar um maior contato dos futuros profissionais com essa área de atuação.

Melo, Miranda, Silva e Limeira (2018) enfatizam em seu trabalho que o papel apoiador do NASF não é construído sozinho, ou seja, essa equipe também necessita de suporte, através de espaços de escuta, discussão e compartilhamento de experiências e práticas. Acredita-se que

a falta de informações e suporte às equipes atuantes nas unidades que participarem da pesquisa, pode se constituir em uma razão, para a falta de comunicação entre elas, que está interferindo diretamente na forma como as mesmas voltam as suas ações para a população.

O segundo questionamento convida à discussão sobre: o papel pedagógico do NASF está sendo exercido? De acordo com a literatura, devem integrar as ações do NASF atividades de cunho pedagógico como participação em reuniões das equipes da Esf, discussão de casos e construção de ações em conjunto, atendimentos compartilhados, visitas domiciliares, ações territoriais conjuntas, nas quais pode ocorrer o compartilhamento de saberes e a ampliação da capacidade de cuidado das equipes mínimas, configurando em última instância espaços de educação permanente (Gonçalves, Lancman, Sznelwar, Cordone, & Barros, 2015).

Este estudo registrou dificuldades no desenvolvimento de prática pedagógica pela equipe NASF, visto que poucas eram as ações conjuntas desenvolvidas, sendo realizadas quando solicitadas pelas ACS e limitando-se quase sempre, pela realização de visitas domiciliares, mais uma vez, quando são requeridas pelas ACS. Percebeu-se com base nas entrevistas que ações pensadas em conjunto (equipe mínima – NASF) quase nunca ocorrem, ou quando são realizadas de forma coletiva, são anteriormente discutidas em espaços separados, não havendo integração e compartilhamento de saberes entre as equipes de referência e o NASF. Pode-se destacar, portanto, que existe um trabalho praticado pelo NASF em que os profissionais especialistas realizam atendimentos, muitas vezes aproximando-os de uma lógica de ambulatório de especialidades. Segundo Ministério da Saúde (2008) e Ministério da Saúde (2014) é esperado que as ações do NASF sejam exercidas de maneira integrada e colaborativa com as equipes de referência, respeitando sempre a lógica matricial que visam uma atuação conjunta entre as equipes, incentivando atividades pautadas nas lógicas técnico-pedagógica e clínico assistencial.

Em seu estudo Tesser (2017) chama a atenção para a maneira que a oferta de cuidado está sendo oferecida, na atenção primária. As equipes de referência são as responsáveis por acolher todos as demandas que aparecem nas unidades, suportando excessivamente todos os casos que surgem e os profissionais do NASF não compartilham dessa prática, visto que, são acobertados por dificuldades no manejo de agendas e acreditam desempenhar um papel de caráter mais generalistas, rompendo a lógica da troca, parceria e cooperação entre os diversos saberes, que baseiam as ações do matriciamento e são fundamentais para a concretização do suporte técnico-pedagógico. Júnior e Moreira (2018) enfatizam em seu estudo que a lógica de ações em saúde organizadas com base no apoio matricial não foi bem compreendida e praticada pelas equipes, não provocando, portanto, grandes efeitos e mudanças na forma pela qual a equipe trabalhava, anteriormente à chegada do NASF, assim como, não promovendo a expansão de práticas educativas orientadas pelo trabalho do NASF. A falta de integração entre a equipes configura uma grande perda de produção para a rede de saúde, que poderia estar fornecendo cuidados de uma maneira mais completa e integrada, assim como, nos mostra que não há trocas e aprendizados entre as diferentes equipes, que poderiam estar aprendendo e crescendo, buscando fornecer o melhor serviço aos usuários.

O terceiro questionamento destaca: qual o papel do psicólogo no NASF segundo os ACS? Dentre os discursos das entrevistadas em relação aos profissionais do NASF, a psicologia ganha destaque em comparação às outras profissões, visto que sempre é lembrada quando há a menção das visitas domiciliares, troca de informações, encaminhamentos de casos e abertura para as ACS conversarem e tirar dúvidas sobre os casos. Em seu estudo, Leite, Andrade e Bosi (2013) chamam atenção para o apoio técnico-pedagógico realizado por psicólogos que visam predominantemente a prática do matriciamento, dando suporte e orientação as equipes de referência através de colaborações intersetoriais. Esse mesmo estudo enaltece que os psicólogos

possuem dificuldades em demarcar qual é o seu papel dentro do NASF, e também carecem de um maior tempo partilhado com as equipes de referência durante a semana.

Com base nas entrevistas, foi possível perceber que o profissional que mais se aproximou da realização do matriciamento foi o psicólogo, visto que, o mesmo realizava visitas domiciliares conjuntas com as ACS, acolhia os casos trazidos pelas ACS e também orientava essas mesmas profissionais, quando solicitado. Na sua pesquisa Leite, Andrade e Bosi (2013) demarcam que a função específica da psicologia dentro do NASF ainda não foi totalmente estabelecida, estando em constante construção, mas notadamente voltada para o matriciamento em saúde mental. Vale destacar que o apoio matricial com o profissional de Psicologia não deveria ser restrito aos casos dos chamados “transtornos mentais” e sim a possibilidade de, a partir da compreensão do território, desenvolver ações que envolvam a saúde mental em seu caráter de promoção, prevenção e também tratamento. Temas atuais como tentativas de suicídio em adolescentes e infecção por HIV em idosos são ações que envolvem o profissional de saúde mental, mas que não precisam estar atreladas a diagnósticos psiquiátricos.

Iglesias e Avellar (2016) salientam em seu trabalho que os psicólogos categorizaram o matriciamento como desafiador, desconfortável e pouco resolutivo, dado que, o mesmo envolvia diferentes saberes hierarquizados que espelhavam na desintegração dos usuários. Eles ainda destacam que alguns profissionais da saúde desconhecem o matriciamento, conferindo-o como exclusivo da psicologia. Neste estudo foi percebido que o termo matriciamento não foi citado por nenhuma das entrevistadas, tendo ações que se aproximam a esta prática sendo realizadas apenas pelos profissionais da psicologia.

Acredita-se que a atuação do psicólogo dentro do NASF deve pautar-se em ações que promovam a interação e o diálogo entre profissionais e usuários, visando a criação de uma prática desenvolvida com base no cuidado coletivo, enaltecendo a singularidade, particularidade e complexidade de cada caso que surge na atenção primária, sempre respeitando

todas as dimensões, sociais, políticas, econômica e políticas, e subjetivas que influenciam cada caso (Iglesias & Avellar, 2016). Com base na análise das entrevistas concebidas para a efetivação dessa pesquisa, as ações do psicólogo do NASF não fomentam a integração com outras áreas do saber, não promovendo, portanto, o diálogo e a troca de saberes com outras áreas da saúde, delimitando as suas ações à uma prática individual e restritiva.

Considerações Finais

Com a realização dessa pesquisa foi possível explorar e analisar a compreensão das Agentes Comunitárias de Saúde acerca do apoio matricial desempenhado pela equipe do NASF, visto que com o auxílio dos instrumentos propostos as diferentes opiniões das profissionais em relação ao assunto foram apresentadas. Portanto, atingiu-se o objetivo da pesquisa. Destaca-se também a existência de pouca literatura científica que avalia a percepção das ACS sobre o NASF, caracterizando, assim, a maior contribuição desta pesquisa.

Como contribuição principal desta pesquisa destaca-se a percepção das ACS a respeito do NASF como uma equipe especialista que recebe encaminhamentos e realiza atendimentos grupais. O apoio matricial encontra-se em processo de construção e não são todos os profissionais que são reconhecidos como componentes do NASF pelas agentes comunitárias de saúde de ambas unidades.

Acredita-se que para maior densidade desta pesquisa, agentes comunitárias de saúde de outras regiões do município poderiam participar do estudo, caracterizando um limite da pesquisa. No entanto, destaca-se que para a proposta de um trabalho de conclusão de curso, este artigo tem capacidade de permitir reflexões sobre a visão da ACS em relação ao apoio matricial, cumprindo assim, seu propósito.

Referências

Bardin, L. (1970). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Barros, J. O., Gonçalves, R. M. A., Kaltner, R. P., & Lancman, S. (2015). Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de apoio à saúde da família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(9), 2847-2856. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232015000902847&script=sci_abstract&tlng=pt

Boni, V., Quaresma, S. J. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduados em Sociologia Política da UFSC*, 1(3), 68-80. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/>

Gonçalves, R. M., Lancman, S., Sznelwar, I., Cordone, N. G., & Barros, J. O. (2015). Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 40(131), 59-74. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S030376572015000100059&script=sci_abstract&tlng=pt

Gozzi, A. P. N. F. (2017). *A prática no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): apoio matricial como inovação tecnológica em saúde* [Tese de doutorado, Universidade Federal de São Carlos]. Recuperado de: https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/9940/GOZZI_Alana_2018.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Iglesias, A., & Avellar, L. Z. (2016). As Contribuições dos Psicólogos para o Matriciamento em Saúde Mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(2), 364-379. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v36n2/1982-3703-pcp-36-2-0364.pdf>

Júnior, J. P., & Moreira, D. C. (2018). Núcleos de Apoio à Saúde da Família: Concepções, Implicações e Desafios para o Apoio Matricial. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, 16(2), 638-702. Recuperado de:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S198177462018000200683&lng=pt&nrm=iso

Kebian, L. V. A. & Oliveira, S. A. (2015). Práticas de cuidado de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da estratégia saúde da família. *Ciência Cuidado e Saúde*, 14(1), 893-900. Recuperado de:

<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/22466>

Leite, D. C., Andrade, A. B., & Bosi, M. L. (2013). A inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 23(4), 1167-1187. Recuperado de:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312013000400008&script=sci_abstract&tlng=pt

Macedo, M. A. V., Guimarães, J. M. X., Sampaio, J. J. C., Morais, A. P. P., & Carneiro, C. (2016). Análise do processo de trabalho no núcleo de apoio à saúde da família em município do nordeste brasileiro. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia)*, 15(30), 194-211. Recuperado de:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-70272016000100014

Maciel, M. S., Coelho, M. O., Marques, L. A., Neto, E. M., Lotif, M. A., & Ponte, E. D. (2015). Ações de saúde desenvolvidas pelo núcleo de apoio à saúde da família – NASF. *Saúde (Santa Maria)*, 41(1), 117-122. Recuperado de:

<https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/viewFile/13283/pdf>

Maffissoni, A. C., Silva K. J., Vendruscolo C., Trindade L. L., & Metelski, F. C. (2018). Função matriciadora dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde Debate*, 42(119), 1012-1023. Recuperado de:

<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n119/0103-1104-sdeb-42-119-1012.pdf>

- Martins, H. H. T. S. (2004). Metodologia qualitativa de pesquisa. *Educação e Pesquisa*, 30(2), 289-3000. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151797022004000200007
- Martinez, J. F., Silva, M. S., Silva, A. M. (2016). O Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Goiânia (GO): percepções dos profissionais e gestores. *Saúde Debate*, 40(110), 95-106. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s010311042016000300095&script=sci_abstract&tln g=pt
- Melo, E. A., Miranda, L., Silva, A. M. da, & Limeira, R. M. N. (2018). Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. *Saúde em Debate*, 42(n. espec. 1), 328-340. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0328.pdf>
- Ministério da Saúde (2008). *Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF*. Recuperado em 10 de março de 2019, de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html
- Ministério da Saúde (2014). *Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano*. Recuperado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf
- Ministério da Saúde (2017). *Política Nacional de Atenção Básica*. Recuperado em 10 de março de 2019, de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- Mota, R. R. A. (2015). *A avaliação da atenção básica e o trabalho dos agentes comunitários de saúde: implantação do PMAQ-AB na região do Médio Paraíba Fluminense*. [Tese de doutorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro]. Recuperado de:

[http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google
&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=758249&indexSearch=ID](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=758249&indexSearch=ID)

Nunes, C. A., Aquino, R., Medina, M. G., Vilasbôas, A. L. Q., Júnior, E. P. P., & Luz, L. A. (2018). Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos Agentes Comunitários de Saúde. *Saúde em debate*, 42(2), 127-144. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010311042018000600127&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Panizzi, M., Lacerda, J. T., Natal, S., & Franco, T. B. (2017). Reestruturação produtiva na saúde: atuação e desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Saúde em Debate*, 41(112), 155-170. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010311042017000100155&script=sci_abstract&tlng=pt

Prass, P. B. B. (2017). *Atuação dos Profissionais de Educação Física no Programa Academia da Saúde: Mobilização de Saberes e Contexto* [Tese de mestrado, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul]. Recuperado de: <http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/5157>

Santos, R. A., Figueiredo, L. R., & Lima, L. C. (2017). Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e NASF. *Saúde Debate*, 41(114), 694-706. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010311042017000300694&script=sci_abstract&tlng=pt

Tesser, C. D. (2017). Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. *Interface (Botucatu)*, 21(62), 565-78. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832016005024104&script=sci_abstract&tlng=pt

- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514.
- Vidal, S. V., Motta, L. C. S., & Batista, R. S. (2015). Agentes comunitários de saúde: aspectos bioéticos e legais do trabalho vivo. *Saúde e Sociedade*, 24(1), 129-140. Recuperado de: <https://scielosp.org/pdf/sausoc/2015.v24n1/129-140/pt>