



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE –
PRAPS/FAMED/UFU

DANIELLA APARECIDA DE SOUSA ALVES

**PROCESSOS DE TRABALHO DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA
EM DUAS REGIÕES DE SAÚDE DE MINAS GERAIS: ESTUDO DE CASO**

UBERLÂNDIA

2018

**PROCESSOS DE TRABALHO DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA
EM DUAS REGIÕES DE SAÚDE DE MINAS GERAIS: ESTUDO DE CASO**

DANIELLA APARECIDA DE SOUSA ALVES

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado à Faculdade de Medicina da UFU como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Angelo Piva Biagini

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Liliane Parreira Tannús Gontijo

Revista Pretendida: Ciência & Saúde Coletiva

UBERLÂNDIA

2018

**PROCESSOS DE TRABALHO DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA
EM DUAS REGIÕES DE SAÚDE DE MINAS GERAIS: ESTUDO DE CASO**

**WORK PROCESSES OF THE FAMILY HEALTH SUPPORT NUCLEUS IN TWO
HEALTH CARE REGIONS IN MINAS GERAIS: CASE STUDY**

**Daniella Aparecida de Sousa Alves¹, Gabriela Carvalho Leão², Marisa Aparecida Elias³,
Celena Araújo Martins de Resende⁴, Liliane Parreira Tannús Gontijo⁵, Angelo Piva
Biagini⁶**

- 1- Fisioterapeuta, Residente da Área de Saúde Coletiva do Programa de Residência em Área Profissional de Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (PRAPS/FAMED/UFU) - Rua dos Carrilhos, 111. CEP. 38401103, Uberlândia-MG, Brasil;*
- 2- Fisioterapeuta, Residente da Área de Saúde Coletiva do Programa de Residência em Área Profissional de Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (PRAPS/FAMED/UFU);*
- 3- Psicóloga, Doutora em Ciências pelo programa de Psicologia da Universidade de São Paulo/Ribeirão Preto - USP; Docente na Escola Técnica de Saúde - ESTES-UFU;*
- 4- Farmacêutica pela Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP); Referência Técnica Superintendência Regional de Saúde de Uberlândia.*
- 5- Cirurgiã Dentista, Doutora em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo - EERP/USP; Docente da Faculdade de Odontologia– FOUFU;*
- 6- Fisioterapeuta, Doutor em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP; Docente da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia – FAEFI-UFU;*

RESUMO

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado em 2008 para maior resolutividade da Atenção Primária em Saúde (APS), ampliando suas ações. As Superintendências Regionais de Saúde (SRS) são órgãos responsáveis pelo apoio institucional aos gestores e profissionais dessa esfera de atenção. O objetivo do estudo é analisar os processos de trabalho das equipes NASF, elencando lacunas a serem preenchidas e aspectos favorecedores que possibilitem apoio institucional de excelência em 17 municípios da jurisdição da SRS Uberlândia-MG. Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo estudo de caso. Utiliza questionário sociodemográfico, Matriz *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats* - SWOT, oficinas de trabalho e observação participante como instrumentos. Os problemas encontrados resultaram em 19 eixos, distribuídos em “núcleos de sentido”: (1) Gestão dos Processos de Trabalho na Atenção em Saúde; (2) Gestão de Pessoas e do Trabalho no SUS; (3) Gestão Política e da Atenção em Saúde; e (4) Gestão dos Recursos. Em todos os aspectos discutidos, justifica-se a importância dos órgãos de apoio institucional enquanto agentes reformuladores dos tradicionais mecanismos de gestão. Ressalta-se, a importância dos momentos de escuta das equipes e a potente integração entre os mundos da educação e do trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Família; Atenção Primária; Equipe Multiprofissional.

ABSTRACT

The Family Health Support Nucleus (FHSN) was created in 2008 to increase the Primary Health Care (PHC) resolution, increasing its actions. The Regional Superintendencies of Health (SRH) are responsible for institutional support to managers and professionals in this sphere of attention. The objective of the study is to analyze the work processes of the FHSN teams, listing gaps to be filled and favorable aspects that allow an excellence institutional support in 17 municipalities of the SRH Uberlândia-MG jurisdiction. This is a qualitative, case-study. It uses a sociodemographic questionnaire, SWOT matrix, workshops and participant observation as instruments. The problems encountered resulted in 19 axes, distributed in "sense nuclei": (1) Management of Work Processes in Health Care; (2) Management of People and Work in SUS; (3) Political Management and Health Care; and (4) Resource Management. In all the aspects discussed, it is justified the importance of institutional support agencies as agents for reformulating the traditional management mechanisms. We emphasized the importance of listening to the team moments and the powerful integration between the education and work are emphasized.

KEY WORDS: Family Health; Primary Health Care; Patient Care Team.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), configura-se enquanto a materialização de uma concepção vitoriosa acerca da saúde no Brasil, sendo considerado uma das maiores conquistas sociais da Constituição Federal de 1988, consolidada a partir de um cenário de amplas reflexões e debates instigados pelo movimento sanitário^{1, 2}. Tal progresso, porém, também deve se fazer refletir em torno do trabalho que ainda necessita ser desenvolvido, dentre eles o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) ordenada pela Atenção Primária a Saúde (APS) enquanto estratégia resolutiva e equitativa¹.

A APS caracteriza-se por um conjunto complexo de ações de saúde, que envolvem conhecimentos e procedimentos amplos visando a melhoria da qualidade de vida da população, bem como aumento da resolutividade de suas diversas questões de saúde³. A Estratégia Saúde da Família (ESF), enquanto vertente da APS está entre as prioridades do Ministério da Saúde (MS), por ser o eixo estruturante do SUS e ordenadora da RAS.

Essa priorização se mostra mediante a elaboração de uma ampla política, que vem provocando efetivas mudanças no cenário brasileiro, no que diz respeito à reorientação do modelo de atenção à saúde e que enfrenta inúmeras dificuldades ao longo de seu desenvolvimento e expansão no país. Dentre estas, estão as recentes modificações instituídas pela Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 que aprova a revisão de diretrizes para a organização da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁴ e que, em linhas gerais, apresenta retrocessos, principalmente ao apontar para o enfraquecimento nos princípios da atenção básica com desestímulo à ESF⁵.

Outro desafio concreto e que exige enfrentamento, encontra-se na ampliação do acesso e na melhoria da qualidade e da resolutividade das ações no âmbito da APS⁶ e, neste contexto, com a finalidade de ampliar o seu escopo de ações, o MS cria o Núcleo de Apoio à Saúde da

Família (NASF), por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 considerando-se a dinamicidade das necessidades de saúde da população brasileira⁶. Segundo a PNAB (2012), os NASFs são equipes multiprofissionais que devem atuar de maneira integrada, fornecendo apoio aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSFs) e das equipes de Atenção Básica (AB) para populações específicas, compartilhando práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes.

Por sua vez, a Portaria Nº 2.436 define que estas equipes multiprofissionais devem complementar não somente equipes de Saúde da Família, mas também as chamadas equipes de AB “tradicionais”, alterando sua nomenclatura para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

O NASF deve ter seu trabalho norteado pelas diretrizes relacionadas à APS, sendo elas, ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde (dos profissionais e da população); noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização. Além disso, suas ações devem ser subsidiadas por algumas ferramentas fundamentais: Apoio Matricial, Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular (PTS), Projeto de Saúde no Território (PST) e a Pactuação do Apoio⁷.

A proposta do NASF, em muitos aspectos, se contrapõe ao modelo assistencialista convencional, baseado na fragmentação do cuidado e na abordagem individualista⁸ e, em sua essência, deve configurar-se enquanto “retaguarda especializada” devendo oferecer suporte clínico-assistencial e técnico-pedagógico às equipes de referências e não apenas servir para suprimento de demandas⁶. Desta forma, por se tratar de uma proposta complexa e ambiciosa, o NASF ainda conta com grandes desafios a serem superados na busca pela efetivação de suas diretrizes e, neste sentido, ainda tem muito o que avançar⁷.

Enquanto figura de apoio institucional para os profissionais e gestores, a Superintendência Regional de Saúde (SRS) de Uberlândia-MG, em especial nesse momento, o

Núcleo de Atenção Primária em Saúde (NAPRIS), tem como proposta assessorar a organização dos serviços de saúde nas regiões, bem como coordenar, monitorar e avaliar as atividades e ações de saúde em todos os níveis de atenção, em âmbito regional. As SRS são, portanto, órgãos estaduais que têm a função de garantir a gestão da Saúde nas regiões do Estado, assegurando a qualidade de vida da população⁹.

Durante o ano de 2017, foram identificadas por parte dos profissionais do núcleo supracitado, fragilidades relacionadas aos processos de trabalho das equipes NASF desta jurisdição, passíveis de intervenção, sob a perspectiva da equipe gerencial, justificando a elaboração de uma proposta diagnóstica. Tal propositura, revelou o perfil dos processos de trabalho das referidas equipes, com o apoio de duas Fisioterapeutas Residentes da Área de Saúde Coletiva do Programa de Residência em Área Profissional de Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (PRAPS/FAMED/UFU), inseridas no processo de trabalho da SRS, cenário de prática em gestão da atenção, por meio da parceria entre as instituições SRS e a referida Universidade.

O objetivo desse estudo, portanto, é analisar o perfil dos processos de trabalho das equipes de NASF, a fim de elencar lacunas a serem preenchidas e aspectos favorecedores que possibilitem apoio institucional de excelência e identificar os elementos resultantes da interação entre os mundos do trabalho e da educação, representado pela parceria institucional inovadora e vanguardista referida.

MÉTODOS

Caracterização e contexto do estudo

Trata-se de um estudo de caráter qualitativo do tipo estudo de caso, estabelecido por permitir focalizar uma situação, tornando-o adequado para investigar problemas práticos, o que possibilita a descoberta de novos significados, estender a experiência do leitor ou confirmar o já conhecido¹⁰.

O estudo foi realizado em 17 dos 18 municípios da jurisdição da SRS de Uberlândia - Minas Gerais, os quais o NASF já havia sido implantado, no período de agosto a dezembro de 2017 (quadro 1). Tais municípios compõem as regiões de saúde de Uberlândia/Araguari e de Patrocínio/Monte Carmelo, situadas na Região Ampliada do Triângulo Norte (figura 1) e apresentam um total de 1.086.659 habitantes¹¹.

Participantes do estudo

Em um universo de 198 profissionais que compõem o NASF dessas duas regiões incluídas na pesquisa, participaram do estudo 86, que representam 43,4% dos profissionais, dentre eles: 23 psicólogos, 17 fisioterapeutas, 15 assistentes sociais, 14 nutricionistas, 8 educadores físicos, 4 fonoaudiólogos, 2 terapeutas ocupacionais, 1 médica pediatra e 2 enfermeiras sanitárias. No município de Uberlândia, das 10 equipes existentes, apenas 4 participaram das oficinas (quadro 1) por motivos logísticos e de gestão particulares ao referido município.

Por questões éticas, os municípios e os profissionais participantes não serão identificados durante a apresentação dos resultados e discussão neste artigo.

Instrumentos de coleta de dados e procedimentos

Para a coleta de dados utilizou-se um questionário sociodemográfico autoaplicável, a Matriz SWOT - *Strenghts* (Forças), *Weaknesses* (Fraquezas), *Opportunities* (Oportunidades) e *Threats* (Ameaças), oficinas de trabalho e observação participante.

O questionário sociodemográfico foi aplicado com a finalidade de conhecer o perfil dos profissionais e contemplava informações acerca da idade, sexo, formação acadêmica e tipo de ingresso e de vínculo empregatício destes profissionais na área da saúde.

A matriz SWOT (Fig. 2) é uma das ferramentas mais utilizadas na gestão estratégica, com boa aplicação para o contexto da saúde¹² uma vez que, viabiliza a construção de um espaço para reflexão sobre a realidade das equipes, com compartilhamento de opiniões e saberes de cada profissional acerca das fragilidades e potencialidades das mesmas.

As oficinas de trabalho enquanto técnica de investigação permitem a criação de espaços favoráveis para a construção de sentidos por meio do compartilhamento de argumentos e posições, bem como mediante deslocamentos e contrastes entre estes, culminando em um produto coletivo. Além disso, as oficinas não se limitam apenas à produção de dados, mas configura-se enquanto meio para o exercício ético e político, uma vez que permite sensibilizar os indivíduos quanto ao tema em discussão¹³.

O método da observação participante, por sua vez, proporciona ao pesquisador, inserir-se no interior do grupo, tornando-se parte dele, permitindo a interação com os sujeitos, compreendendo os significados de suas vivências e contexto global¹⁴.

A coleta de dados deu-se, então, mediante 21 oficinas, realizadas *in loco*, uma para cada equipe NASF, com exceção do município de Patrocínio, onde as duas equipes existentes participaram da mesma oficina (quadro 1).

No início de cada oficina, foi explicado aos participantes o intuito da reunião, esclarecendo-se que o objetivo principal seria o de conhecer a realidade da equipe a fim de

melhorar a qualidade do apoio a elas oferecido e que as informações obtidas seriam tratadas com o devido sigilo, a fim de resguardar a posição de cada participante enquanto profissionais servidores, permitindo a participação efetiva de todos e a obtenção de informações fidedignas.

Os participantes foram esclarecidos quanto à ferramenta que seria utilizada e, posteriormente, foram orientados a colocar em tarjetas aquilo que consideravam as principais forças, fraquezas, oportunidades e ameaças. Ao refletirem sobre as forças e fraquezas, os profissionais deveriam levar em consideração o “cenário interno”, analisando a própria equipe e seus processos de trabalho, bem como sua relação com as eSFs. Já para as oportunidades e ameaças, deveriam considerar o “cenário externo”, ou seja, o município ao qual pertencem, a organização, arranjo e gestão da saúde do mesmo, dentre outros pontos relevantes.

As tarjetas foram organizadas em um painel que, por fim, configurou-se como recurso visual para reprodução do contexto geral em que a equipe estava inserida. A ideia expressa em cada tarjeta foi detalhadamente explicada e foi solicitado aos participantes que elessem os “nós críticos”. Estes seriam considerados os principais problemas, por estarem interligados ou gerarem outros, devendo ser priorizados por motivos estratégicos. Além disso, os participantes deveriam levar em consideração a governabilidade de atuação, tanto da equipe NASF quanto da SRS – Uberlândia, para minimizá-los.

Todos os comentários e discussões, bem como a avaliação da oficina pelos participantes, foram registrados na forma de relatórios que foram devolvidos à cada equipe para as devidas correções e/ou considerações e, posteriormente, constituíram o banco de dados para análise.

Análise dos dados

Os dados quantitativos foram tabulados utilizando-se o programa Microsoft Office Excel 2013 e dispostos de forma descritiva. Para análise dos relatórios gerados foi utilizada a metodologia de Análise de Conteúdo de Bardin¹⁵ que visa obter, por procedimentos

sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

A análise de conteúdo envolveu 3 etapas: 1) *Pré-análise*: fase de organização dos relatórios, com contato inicial ou “leitura flutuante” e aprofundamento, respeitando-se todos os critérios para a validação das informações encontradas (exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade)¹⁵; 2) *Exploração do Material*: consistiu em uma fase longa com procedimentos de codificação ou enumeração. Nesta fase, foi realizado o resumo e categorização dos problemas e nós críticos (fraquezas e ameaças) em temas gerais, formando os “núcleos de sentido” e em temas específicos, formando os “eixos”. Estes núcleos e eixos foram nomeados de acordo com termos utilizados pelo MS^{6,7}; 3) *Interpretação*: A partir dos resultados brutos, buscou-se torná-los significativos e válidos, procurando embasar as análises dando sentido à interpretação¹⁵.

RESULTADOS

De acordo com as informações do questionário sociodemográfico, a maioria dos profissionais eram do sexo feminino (88%), com idade entre 31 a 40 anos (51%). Dentre eles 78% apresentavam pós-graduação na área da saúde, sendo 72% especialistas e 6% mestres, com tempo de formados inferior a 5 anos (43%) e 5 a 10 anos (38%). Sobre o tipo de vínculo destes profissionais, 58% foram contratados por empresa terceirizada; 46% ingressaram através de concurso público e 17% por processo seletivo; 36% eram regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (C.L.T.) brasileira, 28% eram servidores públicos estatutários e 36% apresentavam outro tipo de vínculo.

Será dado enfoque à apresentação dos resultados que evidenciam os principais problemas levantados pelos profissionais participantes, os quais refletem as fragilidades que requerem investimentos, por se tratar do objeto central de discussão deste estudo.

A categorização de todos os problemas, dentre fraquezas e ameaças, resultou em 19 eixos, distribuídos em “núcleos de sentido”, que caracterizam a gestão na área da saúde em quatro vertentes destacadas, sendo elas: (1) Gestão dos Processos de Trabalho na Atenção em Saúde; (2) Gestão de Pessoas e do Trabalho no SUS; (3) Gestão Política e da Atenção em Saúde; e (4) Gestão dos Recursos (Financeiros, Materiais e Infraestrutura), que estão relacionados no quadro 2, acompanhados de falas que se destacaram e ilustram as categorias estabelecidas.

Os resultados são apresentados a seguir, partindo-se dos principais achados nos referidos quatro núcleos de sentido e um item sobre a avaliação das oficinas pelos participantes do NASF.

Gestão dos processos de trabalho na atenção em saúde

O núcleo de sentido “Gestão dos processos de trabalho na atenção em saúde” diz respeito aos aspectos fundamentais para o desenvolvimento dos processos de trabalho do NASF, envolvendo a organização e execução das suas principais ações e ferramentas de trabalho, conforme as diretrizes oficiais^{6,7}, bem como as situações desencadeadas pela organização ou realização insatisfatória das mesmas.

O problema mais destacado neste núcleo, foi o da “demanda excessiva”, isto é, busca do atendimento ofertado pelos profissionais do NASF de forma progressiva e sem regulação prévia pela atenção básica, sendo estabelecido como nó crítico por 5 (cinco) equipes. Segundo os profissionais participantes, os problemas de agendamento da comunidade concentram-se nos seguintes aspectos: organização inadequada e não compartilhada entre NASF e eSF, no sentido de triagem compulsória dos pacientes encaminhados pela AB, com acesso direto ao NASF; não priorização dos casos encaminhados ao NASF, gerando grandes demandas e dificuldade em distribuir a carga horária disponível entre atendimentos individuais e coletivos e o registro adequado dos mesmos no sistema de informação do SUS; e o planejamento insuficiente de ações, e utilização pontual, por algumas equipes, dos instrumentos potentes da AB, dentre eles o PTS.

As equipes entendem que a carga horária dos profissionais é incompatível com o volume de atividades e demandas a eles atribuídos, principalmente para aqueles que se revezam entre muitas unidades, gerando sobrecarga, além disso, há muita divergência de carga horária entre os profissionais de uma mesma equipe NASF, prejudicando o trabalho interdisciplinar e a discussão de casos.

Os profissionais relataram dificuldade em planejar, realizar e alcançar a comunidade para trabalhos grupais, justificado por algumas equipes, pela falta de envolvimento e apoio das eSFs para com os mesmos. De acordo com as falas, os profissionais do NASF compreendem

que ainda há uma forte tendência ao encaminhamento para atendimentos individuais, por parte das eSFs. Consideram ainda que, em geral, estes encaminhamentos demandam critérios que deveriam ter sido pré-estabelecidos e, muitas vezes, são realizados de forma inadequada, contendo, por vezes, instruções de condutas específicas para os outros profissionais. Estas situações se refletem na população, resultando na falta de adesão aos grupos, uma vez que esta já apresenta certa resistência com essa modalidade de atendimento.

Outra dificuldade relatada se refere à qualidade e formato da realização de reuniões de matriciamento, caracterizadas por ocorrerem de forma ocasional, desmarcadas com frequência, pela falta de interesse e desvalorização destes momentos, tanto por parte das eSFs, quanto por parte das próprias equipes NASF. Ainda neste caso, foi apontado pelos profissionais, falha na organização do tempo em função de todas as suas atribuições, para que estas reuniões ocorram com a periodicidade necessária.

Em grande parte das equipes, há de fato insuficiência na atuação pautada na prevenção de doenças e agravos e na promoção da saúde, havendo uma descaracterização do trabalho do NASF, privilegiando a atenção especializada e guiada pelo “modelo ambulatorial” convencional. A partir das falas de algumas equipes, identificou-se uma contradição: de um lado sentimento de frustração diante de tal situação, já por parte de outras, este não parece ser um problema, mas uma solução, uma vez que na maioria dos municípios não há pontos de referência para atenção secundária que atenda às necessidades da população.

Gestão de Pessoas e do Trabalho no SUS

Este núcleo tem como cerne os profissionais envolvidos no contexto. Refere-se a todas as questões que permeiam a relação entre profissionais da equipe NASF e eSF, bem como a integração destas equipes para o desenvolvimento de ações interdisciplinares; capacitação dos profissionais para atuação na área; questões culturais e éticas referentes às relações entre os

profissionais e entre estes e a população; e questões relacionadas à saúde e segurança dos trabalhadores.

O eixo com maior destaque neste núcleo foi o da “Educação Permanente”, elencado por 12 equipes como sendo um nó crítico. Os profissionais NASF relataram que há um desconhecimento por parte dos mesmos acerca de suas próprias atribuições e diretrizes que regem a lógica do trabalho do NASF, bem como das eSFs; por outro lado, as eSFs não compreendem seu papel de apoio, relatando ainda, a ausência de capacitação para tais e para ações específicas e processos de trabalho do NASF.

A maioria das equipes relataram não realizar PTS e quando o fazem, ocorre de forma insatisfatória. Não é de uso regular das equipes NASF as ferramentas genograma e ecomapa por desconhecimento e ou incompreensão de sua aplicabilidade.

No item “integração entre as equipes (eSF e NASF)”, o problema prevalente concerniu no trabalho individualizado e sem discussões de caso, perpassando por questões de dificuldade de comunicação e vínculo entre as equipes, seja pelo grande volume de trabalho na rotina das mesmas ou por questões pessoais de dificuldade de diálogo entre profissionais.

Foi frequente a ocorrência de acolhimento e receptividade insatisfatórias enfrentadas pelo NASF em algumas unidades em que atuam, percebidos mediante falta de organização, apoio e envolvimento das equipes de referência nas ações e compartilhamento das demandas.

Segundo relatos, ainda existe uma certa hierarquia entre os profissionais dentro das unidades, principalmente no que se refere à hegemonia da profissão médica sobre as demais, uma vez que, na maioria das equipes, foi observada a dificuldade de aproximação e comunicação com os mesmos que apresentam resistência até mesmo em participar das reuniões junto ao restante da equipe.

Outro ponto bastante referenciado nas oficinas, refere-se às questões culturais e éticas envolvendo tanto a população quanto profissionais e gestores da saúde e que, segundo os

participantes, são comuns a municípios de pequeno porte. Dentre os fatores mencionados estão a falta de compreensão da população relacionada ao trabalho ofertado pelo NASF; cobrança da população e de alguns gestores quanto ao acesso aos atendimentos individuais, aproveitando-se em muitos casos, da relação de proximidade com os profissionais, de forma antiética, para consegui-lo; resistência a adoção de medidas preventivas de doenças e agravos e de promoção da saúde, com intensa busca por tratamentos medicamentosos.

A preocupação com a própria saúde, principalmente mental, foi expressa em muitas falas, sendo que os profissionais atribuem este fato à sobrecarga de funções e volume de trabalho diários. Soma-se a isso, a falta de profissionais que compõem as equipes NASF ou em outros pontos da rede de saúde do município, impactando, de alguma forma, na sobrecarga dos mesmos.

Ademais, ainda foi identificado em algumas oficinas o temor quanto a agressões as quais os profissionais estão sujeitos durante as visitas domiciliares e na própria unidade, principalmente naquelas que atuam durante o "horário do trabalhador", após as 18h.

Gestão política e da atenção em saúde

Neste núcleo, foram relacionados os eixos referentes a: relação entre a gestão municipal da saúde e os profissionais NASF, principalmente nos aspectos da qualidade do apoio prestado por parte da gestão a estes profissionais e às questões políticas particulares de cada município, que interferem direta ou indiretamente no trabalho do NASF; compreensão da gestão da saúde advinda dos municípios dessas regiões, sobre o modelo de atenção que deve ser ofertado pelo NASF; e os desafios relacionados ao trabalho em redes, no que diz respeito à coordenação do cuidado e à formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo como centro de comunicação a APS, visando a integralidade da atenção prestada aos usuários¹⁶.

A falta de apoio e suporte para o acesso dos profissionais à educação continuada e permanente, bem como para a efetivação dos processos de trabalho do NASF estiveram entre os problemas mais citados sobre o assunto. Em grande parte das equipes a gestão foi considerada como distante, pouco participativa e com formação técnica insuficiente na área da saúde. Além disso, a falta de entendimento e conscientização dos gestores quanto ao NASF e sua efetividade se traduz na falta de valorização do profissional e na instabilidade dos mesmos em seus cargos.

No que diz respeito ao trabalho em redes, ressalta-se que este eixo foi reconhecido como nó crítico por 11 equipes, sendo que os principais problemas apontados giraram em torno: do desconhecimento das atribuições do NASF pelos outros dispositivos da RAS; dificuldade de referenciamento dos casos para os outros pontos da RAS, com dificuldade de comunicação com Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e Conselho Tutelar, sendo o processo de contra referência falho ou inexistente; e falta de diferenciação de critérios para encaminhamentos para o NASF ou para os demais dispositivos da rede.

Ainda foram relatados outros problemas como a dificuldade no encaminhamento de casos críticos/agudos para outros níveis de atenção; falta de autonomia das equipes para resolutividade de alguns casos, devido a questões burocráticas da rede referentes à solicitação de exames e outros procedimentos; e a falta de comunicação com a SRS, ressaltando-se que a maioria dos profissionais não conheciam a instituição e/ou sua função.

Gestão dos Recursos (Financeiros, Materiais e Infraestrutura)

O presente núcleo reúne os eixos referentes a todos os recursos financeiros, materiais e de infraestrutura necessários para o desenvolvimento de boas práticas pelas equipes NASF, estando relacionados aos seguintes problemas citados pelos participantes: falta de espaço físico adequado para atendimentos individuais e/ou coletivos; falta de materiais e insumos básicos nas unidades de saúde; e falta de transporte para atendimentos domiciliares, ações ou atendimentos em zonas rurais e para se deslocarem até a SRS Uberlândia em atividades específicas.

Avaliação das oficinas pelos profissionais do NASF

A avaliação realizada pelos participantes, ao final de cada oficina, demonstrou que eles consideraram a experiência produtiva e necessária por possibilitar um momento de maior reflexão acerca da realidade por eles vivenciada. Podemos verificar esta afirmação através das falas:

- *“A metodologia é ótima. Eu estou adorando! Agora estamos sendo ouvidos, as pessoas estão se preocupando com a importância do trabalho de NASF; a gente está se sentindo apoiado agora”* (Profissional C);

- *“Quando a gente discute com outras pessoas a gente entende melhor as dificuldades e isso mostra pra gente como tentar resolver, porque os problemas a gente tem todo dia, mas não temos muito tempo pra parar e refletir sobre eles* (Profissional F);

DISCUSSÃO

A partir dos resultados apresentados verificou-se que os principais problemas levantados pelos participantes não são isolados, mas apresentam relações entre si. O problema da demanda excessiva relaciona-se diretamente com o grande volume de atendimentos individuais realizados pelos profissionais que, por sua vez, está intimamente ligado a sobrecarga destes e à descaracterização da proposta de trabalho do NASF.

De acordo com as diretrizes vigentes^{6,7} e, ao contrário da realidade encontrada a partir dos relatos das equipes, o NASF não deve funcionar como porta de entrada para os usuários, com agenda disponível à livre demanda⁷ e, apesar de configurar-se enquanto apoio especializado dentro da AB, não deve ser encarado como “ambulatório de especialidades”⁶. Portanto, a lógica dos seus processos de trabalho deve ser norteadada pela interdisciplinaridade, priorizando o diálogo e as trocas de saberes e, desta forma, deve contemplar espaços para reuniões com foco na discussão de casos, pactuações, definição de objetivos, critérios de prioridade, de encaminhamento e/ou compartilhamento de casos, além dos atendimentos conjuntos, ações no território, dentre outros⁶.

Neste sentido, a organização por meio da definição de agendas de trabalho para cada profissional é de grande importância. Em grande parte dos municípios de pequeno porte, dos quais fazem parte as equipes ouvidas, encontra-se um problema em comum: a precariedade da rede assistencial para referenciamento de casos pela APS, o que também contribui para um “desvio” de papéis dos profissionais do NASF, que sofrem pressões da população, das eSFs, bem como da gestão para que atendam à essas demandas de forma ambulatorial e individualizada, concordando com achados em estudo de Lancman *et al* (2011).

Em contrapartida, portanto, a construção da agenda, deve se dar de forma pactuada e conjunta com gestores e com os demais profissionais das unidades, estando sempre de acordo

com as necessidades da população envolvida, buscando-se um equilíbrio entre as funções clínico-assistenciais e técnico-pedagógicas de forma a garantir melhor cuidado e acesso⁶ através do melhor aproveitamento das atribuições de campo e núcleo¹⁸ de cada especialidade.

Salienta-se a não realização de PTS e de reuniões de matriciamento, evidenciados em algumas falas, sob a justificativa da carga horária incompatível com o volume de atividades a serem desenvolvidas e pela falta de horários em comum entre os profissionais do NASF e entre estes e as eSFs. Apesar de serem atividades que exigem maior comunicação e integração entre equipes (envolvendo a estruturação da agenda, como anteriormente discutido), isso não significa que todos os profissionais devam estar juntos a todo tempo⁶, mas sim, que novas estratégias devem ser buscadas para viabilizar os encontros.

O PTS, sobre a ótica do apoio matricial, consiste em uma das ferramentas essenciais de organização do cuidado em saúde e desafia a tradicional organização dos processos de trabalho, por meio da horizontalização de saberes e poderes¹⁹. Segundo De Oliveira (2007), este tipo de ação precisa contar com os profissionais das equipes de referência e com a equipe de apoio matricial em regime de coprodução, sendo que estes atores devem elencar os casos mais complexos ou aqueles em maior situação de vulnerabilidade, geralmente aqueles em que a equipe de referência teve maior dificuldade²⁰. Visto isso, para que haja a realização de PTS pelas equipes em questão neste estudo, há de se ter, primeiramente, uma maior organização em torno da priorização de casos.

Como visto nos resultados, a falta ou desenvolvimento insatisfatório dos PTSs, assim como a não utilização das demais ferramentas (genograma e ecomapa) também foi relacionado ao despreparo e ausência de capacitação para realização dos mesmos. Deste modo, o eixo da Educação Permanente realmente mostra-se como um grande nó crítico, com grande influência sobre vários outros problemas.

Apesar de a maioria dos participantes deste estudo apresentarem pós-graduação na área da saúde, estes não se sentem preparados para o desempenho do trabalho no complexo contexto da APS e, mais especificamente dos NASFs. Isto remete a uma reflexão de que o processo de formação destes profissionais ainda é deficitário, com uma forte influência do modelo universitário tradicional (apesar dos avanços) fazendo com que estes ainda possuam uma visão fragmentada sobre o cuidado, impactando na qualidade da assistência prestada^{8,21}.

Somado a isto, a implantação do NASF vem ocorrendo de forma insuficiente, segundo Lancman (2011), no que diz respeito aos processos de capacitações adequados, sem definição de papéis e com processos de trabalho conflituosos com as eSFs, de quem deveriam ser parceiros. A chegada dos profissionais do NASF, ainda que previamente aguardada e planejada, invariavelmente provocará mudanças na dinâmica das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e os profissionais das duas equipes terão de enfrentar uma nova proposta de trabalho mais cooperativa, se opondo à organização tradicional⁶.

Este processo de adaptação e desenvolvimento de trabalho conjunto mostrou-se mais difícil, uma vez que as eSFs apresentam pouco ou nenhum conhecimento sobre as reais atribuições dos profissionais do NASF e estes próprios sobre as próprias diretrizes que norteiam seus processos de trabalho. Alguns profissionais demonstram reconhecer este aspecto através das falas, caracterizando uma postura positiva no sentido de estarem abertos a buscarem soluções.

Faz-se necessário, entretanto, um maior suporte acerca da oferta de qualificação profissional e educação permanente para as eSFs e equipes do NASF desde o momento de sua implantação e a cada inclusão de novos profissionais, abordando conhecimentos sobre o trabalho das equipes de AB (e vice-versa), configuração e funcionamento da RAS, competências necessárias para o trabalho de apoio às equipes e questões referentes aos núcleos de saber de cada categoria profissional envolvida⁶.

A partir disso, é possível evitar-se ou minimizar o problema do recebimento de demandas por meio de encaminhamentos impessoais, inadequados e sem critérios, priorizando-se a negociação e o compartilhamento de casos. É possível, ainda, que a partir destas posturas haja maior sensibilização da população pelos profissionais da APS acerca dos serviços oferecidos, inclusive sobre a efetividade dos grupos em saúde, contribuindo para melhor adesão aos mesmos.

Como apontado por De Oliveira (2007), a operacionalização do apoio matricial pressupõe algumas condições para sua efetivação, tais como quantidade e qualificação de profissionais disponíveis; rede de serviços disponível; organização do processo de trabalho nos serviços; e cultura organizacional dos gestores e dos trabalhadores envolvidos. Todavia, como observado através das discussões dos problemas aqui levantados, e como bem elucidado por Campos (2007, p. 402):

“há obstáculos na própria maneira como as organizações vêm se estruturando, que conspiram contra esse modo interdisciplinar e dialógico de operar-se. Esses obstáculos precisam ser conhecidos, analisados e, quando possível, removidos ou enfraquecidos para que seja possível trabalhar-se com base em equipe interdisciplinar e sistemas de cogestão”.

Os diversos setores componentes da RAS, ainda atuam de forma fragmentada com a execução de serviços de forma isolada e, neste sentido a proposta do apoio matricial contribui para um rearranjo destes serviços visando a integralidade da atenção²⁰. Desta forma é necessário, primeiramente, a instituição da cultura de comunicação efetiva entre os profissionais dos diversos pontos da rede para a condução compartilhada dos casos, viabilizada através da personalização dos sistemas de referência e contra referência, e estímulo ao contato direto entre equipes de referência e apoio especializado, sendo que os casos devem continuar sendo acompanhados pelos primeiros, mesmo após acionado o segundo^{20,6}. No que compete à gestão,

esta deve ter como função detectar e discutir estas demandas junto às equipes de referência e especializadas, tornando efetiva a coordenação da rede de cuidado e norteando a utilização dos recursos disponíveis de forma sustentável²⁰.

Ainda do ponto de vista da gestão, como preconizado pelo MS, seu apoio e receptividade são imprescindíveis para a consolidação da forma de operar do NASF baseado na lógica do apoio matricial⁶. Em conformidade com os achados das oficinas e conforme analisado em estudo de Reis e colaboradores (2016), a falta deste suporte pela gestão implica em um grande fator de desmotivação para os profissionais das equipes.

Esta falta de apoio somada à forma de vínculo empregatício gera um grande temor quanto ao futuro no que se refere à estabilidade profissional. A maioria dos participantes haviam sido contratados por empresas terceirizadas, processo comum na gestão dos serviços públicos através da inserção de Organizações Sociais neste âmbito, e que contribui para a heterogeneidade das situações de trabalho¹⁷. Além disso, menos da metade dos profissionais, apresentaram forma de ingresso através de concurso público, o que viabiliza o estabelecimento de contratos precários para a maioria, pressupondo condições de trabalho inadequadas e salários insatisfatórios¹⁷.

De acordo com o MS (2014), algumas estratégias a serem adotadas seriam a ampliação do ingresso através de concurso ou seleção pública; valorização da experiência profissional na Atenção Básica; valorização da formação em Saúde Coletiva, Saúde da Família ou áreas afins, especialmente a modalidade residência; inserção do NASF no plano de cargos, carreiras e salários existente no município; e garantia de condições seguras de trabalho.

Por fim, no que diz respeito ao problema da precarização dos serviços, relatado pelas equipes em geral pela falta de recursos, este também pode ser minimizado através de maior planejamento da gestão acerca da implantação do NASF nos municípios, segundo o MS (2014). Tal planejamento deve contemplar, dentre outros aspectos, a análise cuidadosa do território -

considerando-se as necessidades de saúde para a definição dos profissionais que vão compor as equipes, evitando-se posterior falta de recursos humanos - e a garantia de área física, equipamentos e materiais adequados para a realização das diversas ações, além de condições para o deslocamento dos profissionais entre as UBS cobertas e para a realização de visitas domiciliares⁶.

Em todos os aspectos discutidos no presente estudo, justifica-se a importância da figura dos órgãos de apoio institucional enquanto agentes reformuladores dos tradicionais mecanismos de gestão²³. É imprescindível que seja construído com as equipes, estratégias para a consolidação da proposta de apoio do NASF e, neste contexto a SRS pode em muito contribuir por meio da facilitação de diálogos e apoio para elaboração de projetos de intervenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Além de possibilitar maior aproximação das equipes NASF com o referido órgão de apoio institucional, a iniciativa possibilitou o conhecimento dos processos de trabalho das equipes NASF da região, viabilizando a futura construção de um planejamento de ações de forma ascendente^{24,25} que levará em consideração as próprias percepções das equipes acerca dos desafios por elas enfrentados. Ressalta-se, a importância dos momentos de escuta das equipes NASF como proposto neste projeto pela SRS Uberlândia e como bem demonstrado pelos próprios profissionais no momento da avaliação das oficinas.

Destaca-se ainda, a potência da integração entre os mundos da educação e do trabalho, sendo viável tanto no sentido de contribuir para a formação e qualificação de novos profissionais no âmbito da saúde em consonância com os princípios do SUS, quanto para a implementação e ampliação da capacidade dos serviços, possibilitando a realização de movimentos de mudança dos processos de trabalho em saúde^{26,27} semelhantes à iniciativa apresentada neste estudo.

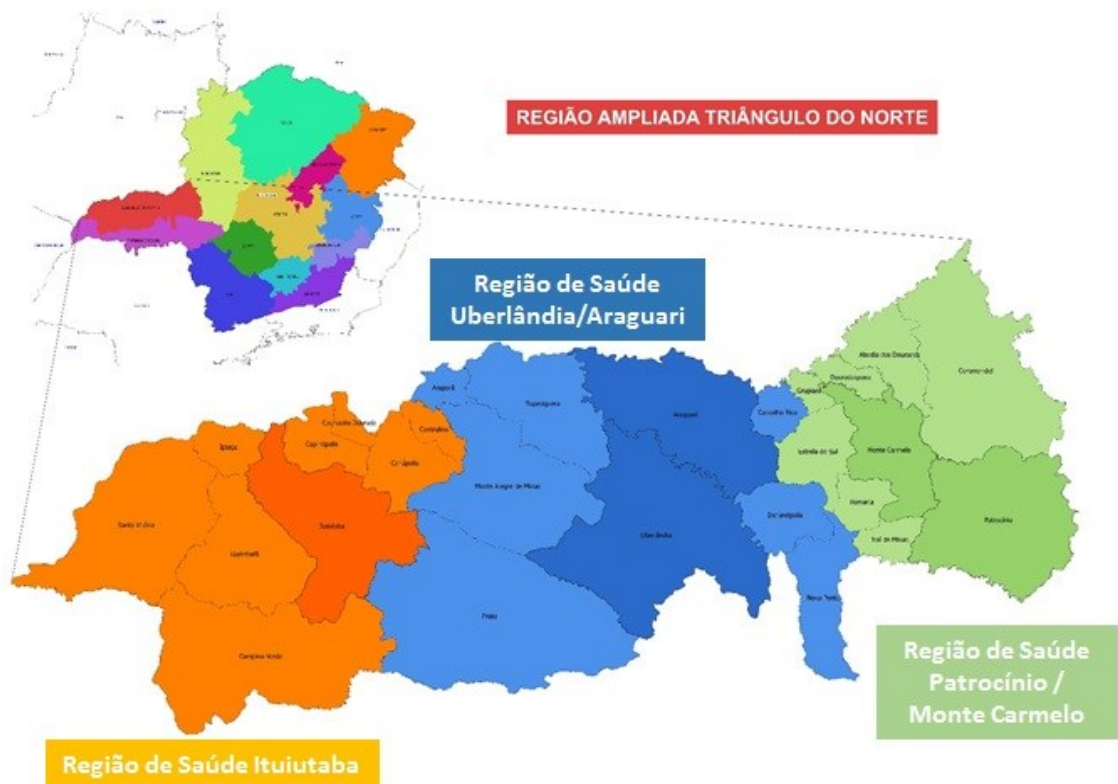
REFERÊNCIAS

1. Mendes, EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
2. Brasil. Ministério da Saúde. SUS: princípios e conquistas. Brasília (DF): MS; 2000.
3. Brasil. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): MS; 2012.
4. Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): MS; 2017; 21 set.
5. Pinto H. Análise da proposta de Política Nacional de Atenção Básica 2017. [Internet]. 2017 [acessado 2018 Jan 24]; Disponível em: <https://heiderpintoblog.files.wordpress.com/2017/09/cns-pnab-2017-14-09-17-heider-pinto-v-divulgacao.pdf>.
6. Brasil. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Cadernos de Atenção Básica, n. 39. Brasília (DF): MS; 2014.
7. Brasil. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília (DF): MS; 2010.
8. Anjos KFD, Meira SS, Ferraz, CEDO, Vilela ABA, Boery RNSDO, Sena ELDS. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. *Saúde em Debate*; 2013; 37:672-680.
9. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais [acessado 2018 Jan 25]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/sobre/institucional/superintendencias-regionais-deensino>.
10. André MEDA. *Estudo de Caso em Pesquisa e avaliação educacional*. Brasília (DF): Líber Livro; 2005.
11. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – Sala de Situação Municipal. [acessado 2018 Jan 25]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/servidor/sala-de-situacao-municipal>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Curso Planejamento Estratégico para organizações públicas. Módulo 4: Definindo a estratégia, construindo a Proposta de Valor e a Matriz SWOT. Brasília (DF): ENAP; 2017.

13. Spink MJ, Menegon VM, Medrado B. Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético políticas. *Psicologia & Sociedade*; 2014; 26(1): 32-43.
14. Queiroz DT, Vall J, Souza AMA, Vieira NFC. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. *Rev. enferm. UERJ*; 2007; 15(2): 276-283.
15. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Edições 70. São Paulo; 2011.
16. Brasil. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): MS; 2010; 30 dez.
17. Lancman S, Barros JO. Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*; 2011; 22(3): 263-269.
18. Campos GWDS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*; 2000; 5: 219-230.
19. Campos GWDS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de saúde pública*; 2007; 23: 399-407.
20. De Oliveira GN. Apoio Matricial como Tecnologia de Gestão e Articulação em Rede. In: Campos GWDS, Guerrero, AVP, Cosser A, Massuda A, Oliveira AMFD, Guerrero AVP, organizadores. Manual de práticas em atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. Unicamp, Organização Pan-Americana de Saúde; 2007. p. 263-272.
21. Moretti-Pires RO. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*; 2009; 13(30): 153-166.
22. Reis ML, Medeiros M, Pacheco LE, Caixeta CC. Avaliação do trabalho multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Texto Contexto Enferm*; 2016; 25(1): e2810014.
23. Barros MEBD, Roza MMRD, Guedes CR, Oliveira GND. O apoio institucional como dispositivo para a implantação do acolhimento nos serviços de saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*; 2014; 18: 1107-1117.
24. Mattus, C. *Política, planejamento e governo*. Brasília: IPEA; 1993.
25. Vieira FS. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*; 2009; 14: 1565-1577.

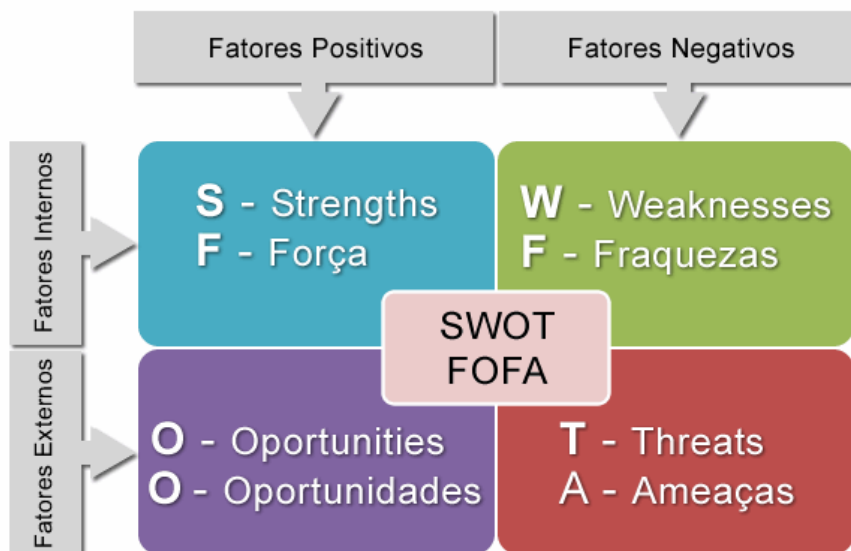
26. Brasil. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília (DF): MS; 2006.
27. Domingos CM, Nunes EDFPD, Carvalho BG. (2015). Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*; 2015; 19: 1221-1232.

Figura 1: Mapa destacando a Região Ampliada Triângulo do Norte de Minas Gerais



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – Sala de Situação Municipal. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/servidor/sala-de-situacao-municipal>.

Figura 2: Matriz S.W.O.T.



Fonte: Treasy Planejamento e Controladoria. Disponível em:

<https://www.treasy.com.br/blog/matriz-swot-analise-swot-matriz-fofa>

Quadro 1: Caracterização dos municípios das regiões de saúde de Uberlândia/Araguari e Patrocínio/Monte Carmelo por população, quantidade de equipes NASF e quantidade de oficinas realizadas por município.

Município	População (n° habitantes)	Número de equipes NASF	Número de oficinas realizadas
Abadia dos Dourados	7.037	1	1
Araguari	116.871	1	1
Araporã	6.717	1	1
Cascalho Rico	3.055	1	1
Coromandel	28.483	1	1
Douradoquara	1.925	1	1
Estrela do Sul	7.940	1	1
Grupiara	1.417	1	1
Indianópolis	6.751	1	1
Iraí de Minas	6.929	1	1
Monte Alegre de Minas	20.979	1	1
Monte Carmelo	48.096	2	2
Nova Ponte	14.715	1	1
Patrocínio	89.333	2	1
Romaria	3.650	1	1
Tupaciguara	25.452	1	1
Uberlândia	669.672	10	4
Prata <i>(NASF não implantado)</i>	27.637	—	—
TOTAL		28	21

Fonte: Autoria própria.

Quadro 2: Sumarização dos núcleos de sentido, eixos e comentários dos profissionais das equipes NASF acerca dos principais problemas por eles vivenciados.

NÚCLEOS DE SENTIDO	EIXOS	PRINCIPAIS COMENTÁRIOS
1. GESTÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO NA ATENÇÃO EM SAÚDE	1. DEMANDA EXCESSIVA	<i>“A demanda é muito grande (...) me sinto impotente” (Profissional Y); “Quando é demanda para atendimento individual, a demanda é excessiva...” (Profissional P); “Existem muitos casos que a gente identifica que precisa de um PTS mas ele nunca é realizado (...) em meio a demanda excessiva não encontramos tempo pra parar e refletir sobre as ações urgentes com populações específicas que a gente identifica que estão em risco” (Profissional C);</i>
	2. ORGANIZAÇÃO DA AGENDA DE ATENDIMENTO DO NASF	<i>“Temos uma grande demanda de casos que vêm por demanda espontânea, o paciente muitas vezes já chega na recepção e já agenda com o profissional específico” (Profissional L); “Tem pacientes que não precisam de uma frequência muito grande de visitas e tem outros que precisam mais (...) nós temos até uma lista com estes pacientes, mas nós não temos uma organização dessa periodicidade pra cada caso” (Profissional J);</i>
	3. TRABALHO COM GRUPOS	<i>“Os profissionais da equipe mínima não acreditam nas potencialidades do grupo” (Profissional C); “Fazemos convites, criamos estratégias diferentes, mas são poucos pacientes que vão” (Profissional E); “Existe muita procura para atendimento individual, quando a gente tenta inserir nos grupos eles não aceitam” (Profissional F); “Quando é uma demanda específica de uma palestra, por exemplo na escola, dá certo, o que a gente tem mais dificuldade é na continuidade desses grupos” (Profissional X);</i>
	4. DESCARACTERIZAÇÃO DO NASF	<i>“O foco aqui é sempre nos atendimentos individuais e, quando são em grupo, sempre tem o questionamento de que não estamos fazendo nada” (Profissional G); “A maioria dos atendimentos são individuais e focados na reabilitação” (Profissional B); “Acho que atendimento individual é o forte aqui, temos dificuldades em trabalhar com alguns grupos então o individual é muito bom” (Profissional H); “A gente se sente desgastada, frustrada! Porque a gente sente que não está cumprindo a função do NASF, estamos fazendo mais atenção especializada” (Profissional L)</i>
	5. CARGA HORÁRIA	<i>“A carga horária do NASF é muito pequena e não corresponde à grande demanda que temos” (Profissional B); “Às vezes é necessário realizar discussões de casos, porém nossos horários não combinam...” (Profissional M); “O pouco tempo que temos atrapalha nossas competências...” (Profissional X)</i>
	6. APOIO MATRICIAL	<i>“Nas reuniões de matriciamento não temos o envolvimento de todos os profissionais, nós tentamos levar sempre temas diferentes e que as agentes de saúde trazem, mas eles geralmente não dão valor e não se interessam; alguns assuntos</i>

		<i>importantes como PTS, por exemplo, não são levados a sério até que o PMAQ chegue e eles precisem saber” (Profissional A);</i>
	7. ENCAMINHAMENTOS INADEQUADOS	<i>“Em relação aos encaminhamentos da nutrição e fisioterapia, os médicos já colocam e direcionam que o atendimento vai ser individual e isso tem atrapalhado, pois uma vez que o médico faz este tipo de encaminhamento os pacientes, por vezes são resistentes em aceitarem uma nova proposta de tratamento” (Profissional W)</i>
2. GESTÃO DE PESSOAS E DO TRABALHO NO SUS	8. EDUCAÇÃO PERMANENTE	<i>“Estamos há pouco tempo aqui e sentimos falta de capacitação para entendermos o que realmente é o trabalho do NASF” (Profissional B); “Temos dúvidas sobre as atribuições do NASF, o nosso destino enquanto profissionais do NASF, conhecimento quanto à prática do serviço mesmo, registro das ações desenvolvidas no sistema...” (Profissional A); “Falta conhecimento, conhecer outras equipes, capacitação!” (Profissional D);</i>
	9. INTEGRAÇÃO ENTRE EQUIPES (eSF e NASF)	<i>“(...) temos muita dificuldade de vínculo (com a eSF), eles não têm muito interesse em ajudar, não reconhecem o nosso trabalho, não apoiam nem na disponibilização de salas para alguns atendimentos (...) talvez seja uma limitação nossa essa questão da comunicação, poderíamos fazer reuniões mensais com as equipes e insistir na melhora dessa comunicação, porque às vezes os problemas podem ser por causa da resistência das equipes, falta de conhecimento sobre o NASF, mas talvez também seja a gente que não tá passando a informação de forma correta”; (Profissional F)</i>
	10. QUESTÕES CULTURAIS (Profissionais, Gestão e Comunidade atendida na AB e NASF)	<i>“(...) a população quer medicamentos, eles não querem promoção e prevenção” (Profissional Z); “Aqui tem muito a questão da cultura da população também, que acha até hoje que psicólogo é coisa de ‘doido’ ” (Profissional N);</i>
	11. SOBRECARGA PROFISSIONAL (equipe NASF)	<i>“A gente trabalha com saúde, mas a gente também adoece, e não somos amparados nessa questão da saúde do trabalhador” (Profissional L); “(...) é muita pressão, muita cobrança e isso tudo impacta na nossa saúde” (Profissional C)</i>
	12. QUESTÕES ÉTICAS	<i>“A população não entende (...) vigia horários, cobra agendamentos...” (Profissional G) “Tem atendimentos que a gente tem que ir no domicílio só porque o paciente não quer ir no centro de saúde (porque tá calor, etc.) e aí acabam pedindo para o gestor (...) mas se a gente tenta explicar, fica como se a gente não quisesse atender” (Profissional L);</i>
	13. SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS DO NASF	<i>“Vamos fazer visitas domiciliares e muitas vezes somos ameaçados...” (Profissional X)</i>

	14. INSUFICIÊNCIA DE PROFISSIONAIS CONTRATADOS PARA A REDE SUS	<i>“Somos os únicos profissionais pra cidade toda...” (Profissional L)</i>
3. GESTÃO POLÍTICA E DA ATENÇÃO EM SAÚDE	15. APOIO INSUFICIENTE E INADEQUADO DA GESTÃO	<i>“Sentimos falta de uma proximidade, de um apoio; nós entramos no NASF em fevereiro, e nos sentimos ‘jogadas’ em meio a um processo que já estava em andamento” (Profissional J); “Os próprios gestores não conhecem as atribuições do NASF o que dificulta ainda mais o desenvolvimento deste trabalho”; “Eu nem sei ao certo quem é meu chefe, só sei que eu recebo pedidos de ações de todas as partes” (Profissional Y); “Tem muita gente pra mandar, tem vários coordenadores pra muita coisa” (Profissional W);</i>
	16. INTERFERÊNCIAS POLÍTICAS INADEQUADAS	<i>“Às vezes tem casos em que a intervenção é insignificante, não tem necessidade, mas pelo intermédio da política a gente tem que atender, isso a gente percebe que faz aumentar também a demanda de atendimento de reabilitação em detrimento dos casos em que a gente poderia prevenir e promover saúde” (Profissional L);</i>
	17. INSTABILIDADE PROFISSIONAL	<i>“Somos contratados por empresa terceirizada, e isso gera uma insegurança pela ameaça de corte, redução de carga horária...”; “O contrato é por pouco tempo e isso atrapalha o planejamento das atividades. Isso ocorre devido a gestão. Independente se o trabalho é bom ou ruim, tem essa instabilidade de acordo com a gestão...” (Profissional Q);</i>
	18. TRABALHO EM REDES (RAS) – Ações intra e Intersetoriais	<i>“Temos bastante dificuldade nas negociações e encaminhamentos com a RAPS* (...) não tem comunicação entre os serviços, não tem repasses de casos dos pacientes...” (Profissional Q); “Não conseguimos evoluir com alguns casos e demandas, pois se esbarra em diversas burocracias...” (Profissional T);</i>
4. GESTÃO DOS RECURSOS (Financeiros, Materiais e Infraestrutura)	19. RECURSOS INSUFICIENTES	<i>“Falta de tudo, desde papel (...) falta o básico mesmo” (Profissional S); “A gente atua na zona rural, e precisamos do transporte para realizar os grupos e os atendimentos lá... muitas vezes até tem o carro, mas não é disponibilizado” (Profissional N);</i>

Fonte: Autoria própria.

*RAPS: Rede de Atenção Psicossocial.