



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE- DOUTORADO**

**RENATA NEWMAN LEITE DOS SANTOS LUCENA**

**O TRABALHO DO NASF NA PARAÍBA: POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES  
DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA PERSPECTIVA DA POLÍTICA NACIONAL  
DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

João Pessoa-PB

2019

**RENATA NEWMAN LEITE DOS SANTOS LUCENA**

**O TRABALHO DO NASF NA PARAÍBA: POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES  
DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA PERSPECTIVA DA POLÍTICA NACIONAL  
DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde – Nível Doutorado - do Centro de Ciências Exatas e da Natureza, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para a obtenção do título de doutora.

**Linha de Pesquisa:** Modelos em Saúde

**Orientadores:**

Profa. Dra. Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro  
Prof. Dr. João Agnaldo do Nascimento

João Pessoa-PB  
2019

**Catálogo na publicação**  
**Seção de Catalogação e Classificação**

L935t Lucena, Renata Newman Leite Dos Santos.

O TRABALHO DO NASF NA PARAÍBA: POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA PERSPECTIVA DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE / Renata Newman Leite Dos Santos Lucena. - João Pessoa, 2019. 121 f. : il.

Orientação: KÁTIA SUELY QUEIROZ SILVA RIBEIRO RIBEIRO, JOÃO AGNALDO DO NASCIMENTO NASCIMENTO.  
Tese (Doutorado) - UFPB/CCEN.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Teoria de Resposta ao Item. 3. Pessoal de Saúde. 4. Estudos de Validação. I. RIBEIRO, KÁTIA SUELY QUEIROZ SILVA RIBEIRO. II. NASCIMENTO, JOÃO AGNALDO DO NASCIMENTO. III. Título.

UFPB/BC

RENATA NEWMAN LEITE DOS SANTOS LUCENA

**O TRABALHO DO NASF NA PARAÍBA: POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES  
DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA PERSPECTIVA DA POLÍTICA NACIONAL  
DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

João Pessoa, 27 de junho de 2019.

**BANCA EXAMINADORA**



---

Profa. Dra. Kátia Sueley Queiroz Silva Ribeiro  
Orientadora-UFPB

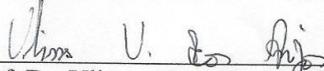


---

Prof. Dr. João Agnaldo do Nascimento  
Orientador-UFPB

---

Prof. Dr. Geraldo Eduardo Guedes de Brito  
Examinador Externo - UFPB



---

Prof. Dr. Ulisses Umbelino dos Anjos  
Examinador Interno - UFPB

---

Profa. Dra. Selma Lancman  
Examinadora Externa - USP

Dedico este trabalho ao meu filho,  
Renato Neto.

Por todos os momentos que ele,  
mesmo sem saber, deu-me forças para concluir.

## AGRADECIMENTOS

### *Ao meu Deus,*

Por me dar forças em todos os momentos de desânimo, me amparar nos momentos difíceis e ser a fortaleza da minha vida. A certeza do TEU amor me fez forte para chegar até aqui.

### *Ao meu esposo, Eleazar Lucena,*

Pela nossa família.

Pelo amor, carinho e atenção diários.

Por me acalmar nos momentos de angústia, por sonhar junto comigo e concretizar nossos sonhos, um pouquinho, a cada dia.

Pela importante ajuda na conclusão deste trabalho.

### *Aos meus pais (Rei e Neuma)*

Alicerce seguro de amor e carinho, pelo incentivo, apoio e compreensão em todos os momentos ausentes em prol da concretização desta tese.

### *Aos meus irmãos (Rúbia e Rubens),*

Por apoiar e incentivar a busca de maior aprimoramento profissional e acadêmico.

### *Aos meus sobrinhos (Caio, Ítalo, Maria Eduarda e Rubens Filho),*

Pelo carinho em todos os momentos, o amor e a alegria que sempre me dão forças para prosseguir nos momentos de angústia.

### *Aos familiares,*

Por acreditarem em mim e por incentivarem o meu crescimento profissional.

### *À minha orientadora Kátia Suely,*

Exemplo de profissional, de mulher e de ser humano a qual muito me honra por poder ter oportunidade de conviver e aprender diariamente.

Pela oportunidade do conhecimento acadêmico e pessoal, pela confiança depositada. Por orientar e apoiar em todos os momentos da realização desta pesquisa, sempre presente.

*Ao meu orientador João Agnaldo,*

Por apoiar a realização desta pesquisa, pela disponibilidade em ajudar sempre que necessário.

*À minha banca avaliadora,*

Profa. Selma Lancman, Prof. Eduardo Guedes de Brito e Prof. Ulisses Umbelino, pela disponibilidade em participar da minha banca de defesa e contribuir com a construção deste trabalho.

*Ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde,*

Em especial ao corpo docente deste Programa por todo o conhecimento compartilhado e pela busca difícil, mas necessária da interdisciplinaridade.

*Aos profissionais e gestores participantes deste estudo,*

Pela disponibilidade em responder ao questionário e participar das entrevistas.

Por acreditarem em um SUS que dá certo e por lutarem por este Sistema.

*Ao Laboratório de Estudos e Práticas em Saúde Coletiva (LEPASC),*

Em especial, ao pesquisador Pablo Queiroz,

Pela importante ajuda na coleta e tabulação dos dados.

Por me qualificar enquanto Pesquisadora e Docente.

*À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES),*

Pelo auxílio com a bolsa de estudos que me permitiu dedicar-me integralmente à realização desta pesquisa.

*Por fim, a todos que direta ou indiretamente, contribuíram para realização desta pesquisa ou que torceram pelo êxito deste momento, meu muitíssimo obrigada!!!*

**Tudo tem o seu tempo determinado, e há tempo para todo o propósito debaixo do céu.**

**Eclesiastes 3:1**

## RESUMO

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado em 2008 e tem o objetivo de ampliar o escopo de ações desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família. O objetivo desta pesquisa é avaliar os conhecimentos que fundamentam a atuação dos profissionais do NASF no estado da Paraíba e sua utilização prática. Foi desenvolvida uma pesquisa exploratória, descritiva e inferencial, com a utilização das abordagens quantitativas e qualitativas. Fizeram parte da pesquisa os profissionais que trabalham no NASF de 10 municípios paraibanos. Todos os profissionais do NASF, participantes da pesquisa, responderam a um questionário que investigou os dados sociodemográficos e o conhecimento desses profissionais quanto à Política Nacional de Atenção Básica e ao Caderno de Atenção Básica nº 39. Em um segundo momento, alguns dos profissionais ainda participaram de uma entrevista, norteada por um roteiro semiestruturado, na qual foi investigado como se dá a efetivação do trabalho no NASF. Para esta etapa da pesquisa, participou pelo menos um profissional do NASF de cada município, sendo escolhido mediante disponibilidade em participar desta etapa. Foi utilizado o critério de saturação das respostas para definir o quantitativo final dos profissionais. Os dados quantitativos foram analisados pela análise descritiva e, posteriormente, pela Teoria de Resposta ao Item. Já os dados qualitativos foram analisados por meio da Análise de Conteúdo, sendo utilizado o *software ALCESTE* para o processamento dos dados. A pesquisa respeitou os preceitos éticos, conforme indica a Resolução 466/12 do CNS. Um total de 288 profissionais responderam ao questionário; 33 profissionais participaram das entrevistas. Constatou-se que os conhecimentos para o trabalho no NASF advêm dos documentos norteadores, como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e o Caderno de Atenção Básica (CAB) nº 39, de cursos de especialização, busca do próprio profissional isoladamente e de seus respectivos cursos de graduação. Não foi possível identificar na fala dos profissionais ações de educação permanente em saúde. O trabalho do NASF corresponde preferencialmente a atividades curativas individuais, e, em menor proporção, a ações de matriciamento e atividades coletivas. Quando apresentados a uma situação-problema, as atividades potencialmente desenvolvidas pelos profissionais correspondem à dispensação e orientação medicamentosa, atividades em grupos e, em menor proporção, ações intersetoriais, utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e ações interprofissionais. Há fragilidades no trabalho do NASF apontados pelos profissionais que correspondem a fragilidades na gestão dos serviços (espaço físico inadequado, baixos salários, ausência de transporte para o deslocamento da equipe NASF pelo território de sua responsabilidade). Além desses entraves, foram apontados como fragilidades a alta demanda e a sobrecarga de tarefas, assim como fragilidades inerentes aos trabalhadores, falta de diálogo na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a não utilização das ferramentas de trabalho do NASF. Como potencialidades, foram apontados a utilização do PTS, o trabalho interprofissional, o vínculo entre a EqSF e os usuários, o aumento das atividades de promoção à saúde, resultando em maior resolutividade dos casos acompanhados. Dessa forma, constata-se que há limitações quanto aos pressupostos do trabalho do NASF, o que se concretiza na prática profissional, ao passo que as atividades desenvolvidas reproduzem, em sua maioria, ações curativas. Entretanto, observa-se que há um processo de mudança em curso, identificado por meio das ações coletivas, como grupos operativos e de educação em saúde, ações de matriciamento, utilização do PTS, ações intersetoriais e interprofissionais. Destaca-se que as mudanças não ocorrem de forma automática, mas processual. Nesse contexto, observa-se que há uma busca por essa mudança, que, a longo prazo, pode vir a concretizar todos os pressupostos do NASF.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Teoria de Resposta ao Item; Pessoal de Saúde. Estudos de Validação.

## ABSTRACT

Family Health Support Center (Núcleo de Apoio à Saúde da Família, NASF) was created in 2008 and it aims to expand the scope of actions developed in Family Health Strategy. This research aims to evaluate the knowledge that underlies NASF professionals' performance in Paraíba (Brazil) and its practical use. An exploratory, descriptive and inferential research was developed using quantitative and qualitative approaches. Professionals working in NASF of 10 municipalities in Paraíba. All NASF professionals, research participants, answered a questionnaire that investigated sociodemographic data and these professionals' knowledge regarding the National Policy of Basic Attention and the Basic Attention Notebook n. 39. In a second moment, some professionals still participated in an interview, guided by a semi-structured script, in which it was investigated how the work takes place in NASF. For this stage, at least one NASF professional from each municipality participated, chosen by willingness to participate. Responses saturation criterion was used to define professionals' final quantitative. Quantitative data were analyzed by descriptive analysis and, later, by Item Response Theory. In this turn, qualitative data were analyzed through Content Analysis, using ALCESTE software for data processing. The research respected ethical precepts, as indicated in CNS Resolution 466/12 (CNS: Conselho Nacional de Saúde, or National Health Council). A total of 288 professionals answered the questionnaire; 33 professionals participated in the interviews. It was verified that NASF work knowledge comes from guiding documents, such as the National Basic Attention Policy (Política Nacional de Atenção Básica, PNAB) and the Basic Attention Report (Caderno de Atenção Básica, CAB) nº 39, as well as specialization courses, search by the professional him/herself and courses. It was not possible to identify in professionals' speech actions of permanent education in health. NASF work corresponds preferably to individual curative activities, and, to a lesser extent, to matrixic actions and collective activities. When presented to a problem situation, activities potentially developed by professionals correspond to dispensing and medication orientation, group activities and, to a lesser extent, intersectoral actions, use of the Singular Therapeutic Project (Projeto Terapêutico Singular, PTS) and interprofessional actions. There are weaknesses in the NASF work appointed by professionals who correspond to weaknesses in services management (inadequate physical space, low salaries, lack of transportation for the displacement of NASF team by the territory of its responsibility). In addition to such obstacles, the high demand and the overload of tasks, as well as workers' inherent weaknesses, lack of dialogue in Health Care Network (Rede de Atenção à Saúde, RAS) and the non-use of NASF work tools were pointed out as fragilities. As potentialities, the use of PTS, interprofessional work, the link between EqSF (Equipe Saúde da Família, or Family Health Team) and users, increased health promotion activities, resulting in greater resolution of the cases followed had been pointed out. Thus, it is observed that there are limitations on NASF work assumptions, which is embodied in professional practice, while activities developed reproduce, for the most part, curative actions. However, there is a process of change under way, identified through collective actions such as health education and operative groups, matrixic actions, use of PTS, intersectoral and interprofessional actions. It should be noted that changes do not occur automatically, but they are procedural. In this context, it is observed that there is a search for this change, which can come to fulfill all NASF assumptions in the long run.

**Keywords:** Primary Health Care; Item Response Theory; Health Personnel ; Validation Studies.

## LISTA DE SIGLAS

**AB** – ATENÇÃO BÁSICA  
**ALCESTE** - ANALYSE LEXICALE PAR CONTEXTE D'UN ENSEMBLEMENT DE SEGMENT DE TEXTE  
**CAB** – CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA  
**CCI** - CURVA CARACTERÍSTICA DO ITEM  
**CHD** - CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE  
**CFI** – COMPARATIVE FIT INDEX  
**CIES** - COMISSÕES PERMANENTES DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO  
**CGR** - COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL  
**CNES** - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE  
**CNS** - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE  
**CRC** - CURVA DE RESPOSTA À CATEGORIA  
**DAB** – DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA  
**DCN's** – DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS  
**DEGES** - DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE  
**EM** - EXPECTATION – MAXIMIZATION  
**EqSF** – EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA  
**ESF** – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA  
**FIFA** - FULL INFORMATION FACTOR ANALYSIS  
**IES** – INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR  
**MS** – MINISTÉRIO DA SAÚDE  
**NASF** – NÚCLEO DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
**PET-SAÚDE** - PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE  
**PMAQ-AB** - PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA  
**PNAB** – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA  
**PROMED** - PROGRAMA DE INCENTIVO ÀS MUDANÇAS CURRICULARES PARA AS ESCOLAS MÉDICAS  
**PRO-SAÚDE** - PROGRAMA NACIONAL DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE  
**PTS** – PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR  
**PSF** – PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA  
**PST** – PROJETO SAÚDE NO TERRITÓRIO  
**RMSEA** - ROOT MEAN SQUARE ERROR OF APPROXIMATION  
**SEGTES** - SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE  
**SF** – SAÚDE DA FAMÍLIA  
**SRMRS** - STANDARDIZED ROOT MEAN SQUARE RESIDUAL  
**SUS** – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
**TCM** - TEORIA CLÁSSICA DA MEDIDA  
**TCT** - TEORIA CLÁSSICA DO TESTE  
**TLI** - TUCKER-LEWIS INDEX  
**TRI** – TEORIA DE RESPOSTA AO ÍTEM  
**UCE** - UNIDADES DE CONTEXTO ELEMENTAR  
**UCI** - UNIDADE DE CONTEXTO INICIAL

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1</b>	Modelo básico do NASF formulado com base em documentos do Ministério da Saúde, São Paulo, 2016.....	37
<b>FIGURA 2</b>	Mapa das Macrorregiões de Saúde do Estado da Paraíba – COSEMS/PB.....	46
<b>FIGURA 3</b>	Curva Característica do Item para Modelo Logístico de 3 Parâmetros	53
<b>FIGURA 4</b>	Dendograma obtido por meio da Classificação Hierárquica Descendente.....	64
<b>FIGURA 5</b>	CCI para cada item do questionário.....	85
<b>FIGURA 6</b>	Função de informação do teste.....	86

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1</b>	Modelo Médico-Centrado e Atenção Primária à Saúde.....	32
<b>QUADRO 2</b>	Questionário de pesquisa após análise dos itens pela TRI.....	87

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1</b>	Características gerais dos profissionais do NASF.....	62
<b>TABELA 2</b>	Parâmetros da TRI e Carga Fatorial de cada item.....	83
<b>TABELA 3</b>	Percentual de acertos dos itens do questionário.....	90

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>22</b>
2.1	GERAL.....	22
2.2	ESPECÍFICOS.....	22
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>23</b>
3.1	O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF).....	23
3.2	O TRABALHO EM SAÚDE.....	30
3.3	O TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.....	31
3.4	FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA O SUS E A ATENÇÃO BÁSICA.....	38
<b>4</b>	<b>PROCEDIMENTO METODOLÓGICO.....</b>	<b>44</b>
4.1	TIPOLOGIA DO ESTUDO.....	44
4.2	CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO.....	45
4.3	SUJEITOS DA PESQUISA.....	46
4.4	RISCOS E BENEFÍCIOS.....	46
4.5	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	47
4.6	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	48
4.7	ANÁLISE DOS DADOS.....	49
<b>4.7.1</b>	<b>Teoria de Resposta ao Item (TRI).....</b>	<b>49</b>
4.7.1.1	<i>Estimação conjunta dos parâmetros dos itens e das habilidades dos indivíduos.....</i>	54
4.7.1.2	<i>Teste de ajustamento do modelo (goodness off it).....</i>	55
4.7.1.3	<i>Análise fatorial.....</i>	55
<b>4.7.2</b>	<b>Análise dos dados qualitativos.....</b>	<b>57</b>
4.7.2.1	<i>Análise de conteúdo.....</i>	57
4.7.2.2	<i>Processamento dos dados qualitativos.....</i>	59
4.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	59
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>60</b>
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS .....	60
5.2	PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS ACERCA DO TRABALHO NO NASF NA PARAÍBA.....	63

5.3	ANÁLISE DOS ITENS DO QUESTIONÁRIO.....	82
5.4	RELACIONANDO O CONHECIMENTO SOBRE AS DIRETRIZES DOCUMENTAIS COM A PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DO NASF	90
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>97</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>99</b>
	<b>Apêndice A – Carta de Anuência.....</b>	<b>111</b>
	<b>Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>112</b>
	<b>Apêndice C – Questionário de Pesquisa.....</b>	<b>114</b>
	<b>Apêndice D – Roteiro de entrevista para profissionais do NASF.....</b>	<b>121</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Instituído no país por meio da Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) incorporou os princípios doutrinários da universalidade, equidade, integralidade e participação popular. Este sistema baseia-se em uma rede de serviços descentralizados, hierarquizados e regionalizados, para atender com resolubilidade às necessidades de saúde de indivíduos, famílias e grupos sociais. O sistema de saúde vigente assegura o direito universal à saúde dos cidadãos e apresenta a atenção básica (AB) como porta de entrada prioritária dos indivíduos ao sistema (BRASIL, 1988).

Em busca da reorientação da atuação dos profissionais e da atenção do sistema de saúde brasileiro, por meio da AB, foi instituído pelo SUS, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF busca promover o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, de forma integral e contínua (BRASIL, 2012a).

A ESF é definida como prioritária para a expansão e consolidação da AB no Brasil, tendo em vista sua centralidade na reordenação da rede de atenção à saúde no SUS (BRASIL, 2012a). Ela preconiza a territorialização e a delimitação das áreas de abrangência das equipes, com vistas à identificação das necessidades e dos problemas de saúde da população e ao monitoramento das condições de vida e de saúde das coletividades, facilitando a programação e a execução das ações sanitárias (AQUINO; BARRETO, 2008). A ESF também prioriza a abordagem e a intervenção nos determinantes sociais de saúde e nos condicionantes culturais, étnicos e comportamentais, entre outros, que influenciam as necessidades e os problemas de saúde (BUSS; PELEGRINI FILHO, 2007).

As Equipes de Saúde da Família (EqSF) são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde (BRASIL, 1997). A partir do ano 2000, foi incorporada à ESF a equipe de saúde bucal, composta por um dentista, um auxiliar de consultório dentário e/ou um técnico em higiene dental, seguindo o modelo de reorientação da atenção básica à saúde (BOARETO, 2011). O trabalho desenvolvido na ESF prioriza áreas estratégicas de atuação, como o cuidado às pessoas hipertensas, diabéticas, idosos, crianças, mulheres em idade reprodutiva, saúde bucal, dentre outras (BRASIL, 2007a).

Desde a implantação da ESF, muitos avanços foram alcançados, como a diminuição da mortalidade infantil. Entretanto, a perspectiva de uma atenção integral à saúde e a efetivação de ações interprofissionais em saúde mostravam-se longe de serem concretizadas,

uma vez que necessitavam de outras categorias profissionais integrando e apoiando o trabalho desenvolvido pela EqSF, de modo a colaborar com a resolução de problemas clínicos e sanitários, de forma articulada com a rede de atenção à saúde (BRASIL, 2014).

Com o objetivo de ampliar o escopo das ações de saúde e a resolubilidade da AB, o Ministério da Saúde criou, por meio da portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). A equipe NASF atua conjuntamente com os profissionais da EqSF na redefinição, qualificação e resolutividade da AB, assim como na reordenação das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2014).

O NASF é constituído por uma equipe multiprofissional, formada por diferentes categorias. Dentre os profissionais, constam fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, educadores físicos, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, médicos acupunturistas, homeopatas e ginecologistas, dentre outros, definidos mediante as necessidades de saúde, vulnerabilidades socioeconômicas e perfil epidemiológico dos territórios assistidos (BRASIL, 2014).

As ações desenvolvidas por esta equipe de profissionais são direcionadas a nove áreas estratégicas, definidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008). O trabalho destes profissionais tem como público-alvo as EqSF e os usuários dessas equipes, enquanto sua atuação está pautada no referencial teórico-metodológico do apoio matricial, com vistas à ampliação do repertório de ações das EqSF (BRASIL, 2014).

O apoio matricial é compreendido como um novo modo de se organizar e funcionar para produzir saúde, no qual duas ou mais equipes/profissionais operam em uma intervenção pedagógico-terapêutica compartilhada. É considerado um arranjo na organização dos serviços que busca ampliar a capacidade de cuidado das equipes de referência que, no caso da AB, são representadas pelas EqSF (CUNHA; CAMPOS, 2011).

O apoio matricial, também chamado de matriciamento, pode ser compreendido por duas dimensões: a clínica-assistencial, relacionada ao cuidado e ações clínicas diretas aos usuários, e a técnica-pedagógica, que diz respeito ao apoio educativo às equipes, com vistas à ampliação das possibilidades de intervenção e cuidado, e corresponde a uma ferramenta utilizada no cotidiano do NASF (BRASIL, 2014).

As ações do NASF estão orientadas pelas diretrizes da AB e visam a aumentar a efetividade das ações e da capacidade de cuidado das EqSF (BRASIL, 2014), e não apenas suprir a demanda assistencial no aspecto numérico. Entretanto, a implantação do NASF enfrenta desafios, como a mudança de uma cultura organizacional no SUS, que historicamente vem priorizando a quantidade no lugar da qualidade, o referenciamento para

outro ponto da rede de atenção de um usuário com um problema de saúde em detrimento da resolubilidade na AB e a avaliação de impacto e de indicadores de saúde por meio de ações meramente numéricas, em detrimento das qualitativas (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Na rotina dos serviços da AB, os profissionais enfrentam problemáticas que demandam, além do conhecimento técnico referente ao seu núcleo de atuação, conhecimento sobre o funcionamento do sistema de saúde vigente, incluindo aspectos específicos do nível de complexidade do serviço no qual o profissional atua. A carência desses conhecimentos compromete a realização de ações articuladas em saúde e a efetividade dessas ações.

O desenvolvimento do trabalho no NASF também requer uma reflexão acerca dos modelos de formação dos profissionais de saúde. Ainda se verifica que a formação dos trabalhadores é um elemento crítico dos sistemas de saúde. A formação em saúde no Brasil ainda está estruturada no modelo disciplinar de ensino e fundamentada nas ciências biológicas como fonte principal de conhecimento. Na melhor das hipóteses, treina técnicos competentes; porém, pouco comprometidos com as políticas públicas e as transformações sociais necessárias à promoção de condições de saúde adequadas. Na prática, os sujeitos formados nesse modelo revelam-se desconhecedores, quando não antagonistas ao SUS (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2017).

Nesse sentido, o **problema** que se coloca nesta pesquisa é que, apesar de o NASF ter ampliado sua implantação em território nacional desde sua criação em 2008, os profissionais estão sendo inseridos no âmbito da AB sem necessariamente ter aproximação na vivência acadêmica e profissional para o desenvolvimento deste trabalho, e, muitas vezes, não obtêm da gestão municipal capacitação suficiente para uma atuação de acordo com as diretrizes do programa, refletindo no distanciamento das ações preconizadas e as ações realizadas por essas equipes.

A **motivação** para a realização desta pesquisa traduz-se de uma trajetória e aproximação da AB. Na construção da minha dissertação, desenvolvi um trabalho no qual avalei a formação em saúde dos profissionais da ESF (médicos, enfermeiros e dentistas) para atuação com vistas à integralidade e à interdisciplinaridade na atenção à saúde. No momento em que finalizava este trabalho, tive a oportunidade de conhecer várias realidades de implantação da ESF e do NASF na Paraíba, por meio da avaliação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Nesta experiência, foi possível observar a disparidade entre as ações definidas pelo Ministério da Saúde como objeto de trabalho do NASF e as ações desenvolvidas por esses profissionais, os quais muitas vezes

demonstravam total desconhecimento das ferramentas preconizadas para o NASF e para o trabalho na AB.

Posteriormente, na experiência como Apoiadora Institucional em uma determinada região de saúde no estado da Paraíba, pude perceber que, embora alguns gestores tivessem conhecimento do trabalho que deveria ser realizado no NASF, os profissionais não efetivavam na prática essas ações, permanecendo na lógica do atendimento individualizado e ambulatorial. Diante disso, surgiu o interesse em investigar o conhecimento dos profissionais do NASF sobre a política que o rege e a aplicação desses conhecimentos, o que se constituiu como **objeto de pesquisa** desta investigação.

Diante das novas demandas de saúde da população brasileira, com grandes mudanças na organização social, no quadro epidemiológico e na organização do sistema de saúde, torna-se necessária a reformulação do objeto de intervenção dos profissionais de saúde, que necessita aproximar-se cada vez mais da promoção da saúde e da nova perspectiva em termos de desenhos assistenciais. Dessa forma, a **importância deste estudo** reside na possibilidade de apontar caminhos para reorientar a formação em saúde e as ações de educação permanente dos profissionais do NASF inseridos nos serviços.

Defende-se a **tese** de que os conhecimentos dos profissionais de saúde que compõem o NASF precisam estar em conformidade com os fundamentos da política de saúde do Ministério da Saúde que norteiam a atuação desses profissionais no âmbito da atenção básica à saúde, refletindo na atuação destes profissionais. Desta feita, toma-se como **questão norteadora** do estudo a seguinte indagação: Quais conhecimentos embasam/fundamentam a atuação dos profissionais do NASF?

É importante destacar que, para a realização deste estudo, utilizou-se como documentos norteadores do trabalho do NASF a Política Nacional de Atenção Básica e o Caderno de Atenção Básica nº 39. Embora não representem os únicos documentos norteadores deste trabalho, eles correspondem as diretrizes ministeriais e devem instrumentalizar o trabalho destes profissionais.

Em setembro de 2017, foi publicada uma nova versão da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), um dos documentos norteadores do trabalho do NASF. Entretanto, a coleta de dados da presente pesquisa foi realizada entre julho e dezembro de 2017. Portanto, teve início antes da publicação desta nova versão da Política. Nesta PNAB (BRASIL, 2017), o NASF passa a ser denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Entretanto, as mudanças neste documento não alteram as prerrogativas do NASF, assegurando, assim, a viabilidade da análise e a pertinência dos dados deste estudo,

uma vez que as orientações constantes no Caderno de Atenção Básica nº 39, o qual orienta de forma mais direta a atuação dos profissionais do NASF, permanecem vigentes.

Apesar da mudança no nome do Núcleo com essa nova PNAB, optou-se, neste estudo, por continuar usando a nomenclatura anterior, tendo em vista que os instrumentos de coleta de dados utilizados abordavam e utilizavam o termo NASF.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 GERAL

Avaliar os conhecimentos que fundamentam a atuação dos profissionais do NASF no estado da Paraíba e sua utilização prática.

### 2.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos profissionais do NASF na Paraíba;
- Validar um instrumento para medir o conhecimento dos profissionais do NASF sobre a Política Nacional de Atenção Básica e o Caderno de Atenção Básica nº 39;
- Medir, por meio da TRI, o conhecimento dos profissionais do NASF sobre a Política Nacional de Atenção Básica à Saúde e o Caderno de Atenção Básica nº 39;
- Identificar a relação entre os conhecimentos sobre as diretrizes documentais com a prática dos profissionais do NASF;
- Investigar estratégias de formação e/ou educação permanente para o trabalho do NASF.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

A inserção da Estratégia Saúde da Família (ESF) com seus profissionais integrantes na Atenção Básica (AB) representa um grande avanço para a reorientação do modelo de saúde. No entanto, com o passar dos anos, constatou-se que apenas a equipe mínima de profissionais (médico, enfermeiros e dentistas) e seus conhecimentos eram insuficientes para dar resolutividade à saúde da população. A AB e sua complexidade e pluralidade de agravos à saúde precisa de vários olhares de diferentes profissionais, com uma atuação multiprofissional e interdisciplinar, para então garantir a continuidade e a integralidade da atenção (FIGUEIREDO, 2014).

Em 2008, o Ministério da Saúde criou uma proposta inovadora para o SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria nº 154/GM/MS, de 24 de janeiro de 2008, que vem apoiar a ESF (BRASIL, 2008) e contribuir para que a Estratégia supere alguns desafios, como sua integração à rede assistencial, a ampliação de sua resolutividade e a capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado (ACIOLE; OLIVEIRA, 2017; BRASIL, 2009). Outra importante contribuição do NASF refere-se ao cuidado integral à saúde da população e gerenciamento dos encaminhamentos aos outros pontos da atenção, contribuindo para diminuir os encaminhamentos desnecessários (GONÇALVES et al.; 2015).

A atuação da ESF pode ser ampliada com o trabalho integrado junto ao NASF. Neste contexto, o NASF está inserido na rede de serviços dentro da AB, entretanto, não se configura como porta de entrada ao sistema de saúde. Devendo, portanto, atuar de forma integrado às EqSF e priorizar as demandas identificadas conjuntamente entre estas e o NASF (GONÇALVES et al.; 2015).

As modalidades NASF diferenciam-se de acordo com as características quanto ao número de profissionais vinculados e ao número de EqSF vinculadas ao seu território de atuação, podendo ser: NASF 1, NASF 2 e NASF 3. De acordo com dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS), a partir de abril de 2019 foram implantadas 5.676 equipes NASF no país, sendo 3.329, 1.050 e 1.272 das modalidades 1, 2 e 3, respectivamente, contando ainda com 25 equipes intermunicipais (CNES, 2019).

Do ano de sua implantação, 2008, até os dias atuais, houve algumas mudanças quanto às modalidades de NASF. Na primeira Portaria, foram descritas duas modalidades de NASF: NASF 1, composta por no mínimo cinco categorias com formação universitária não coincidentes, vinculadas a no mínimo oito e no máximo 20 EqSF, e a modalidade NASF 2, composta por no mínimo três profissionais de categorias não coincidentes e vinculadas a no mínimo três EqSF (BRASIL, 2008).

Na segunda Portaria nº 2.843/GM/MS, de 20 de setembro de 2010, estão descritas três modalidades de NASF. As modalidades NASF 1 e NASF 2 mantêm os parâmetros da portaria anterior e é acrescida a modalidade NASF 3, composta por no mínimo cinco categorias profissionais não coincidentes, em população menor que 20 mil habitantes, que devem vincular-se a no mínimo quatro e no máximo sete EqSF (BRASIL, 2010a).

Na terceira Portaria nº 2.488/GM/MS, de 20 de outubro de 2011, estão descritas duas modalidades, NASF 1 e NASF 2, sendo a modalidade NASF 3 suprimida, tornando-se automaticamente NASF 2. Esta portaria traz a modalidade NASF 1 vinculada a no mínimo oito e no máximo 15 EqSF e a modalidade NASF 2 vinculada a no mínimo três e no máximo sete EqSF (BRASIL, 2011). Por meio desta terceira portaria, o Ministério da Saúde incluiu o NASF na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012a).

Por meio de uma quarta portaria, o NASF foi ampliado com mais uma modalidade. Nesta última Portaria nº 3.124/GM/MS, de 28 de dezembro de 2012, o Ministério da Saúde cria novamente o NASF 3. A modalidade NASF 1 e NASF 2 mantêm os parâmetros da Portaria anterior para as condições da equipe interdisciplinar e altera o número de EqSF aos quais estão vinculados. O NASF 1 passa a vincular-se a no mínimo cinco e no máximo nove EqSF e o NASF 2 passa a vincular-se a no mínimo três e no máximo quatro EqSF. Na modalidade NASF 3, a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 80 horas semanais, com todos os profissionais trabalhando no mínimo 20 horas semanais. Cada ocupação deve ter no máximo 40 horas semanais, vinculadas a no mínimo uma e no máximo duas EqSF (BRASIL, 2012b).

Dentre as categorias profissionais que podem compor o NASF, estão: médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de Educação Física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria (BRASIL, 2014a).

O trabalho do NASF deve seguir as diretrizes relativas à AB, tais como: ação interdisciplinar e intersetorial, educação permanente em saúde dos profissionais e da população, desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2010b). O NASF ainda se encontra em processo de construção e implantação. As ações desenvolvidas por esses Núcleos visam a apoiar as EqSF na tentativa de superar a fragmentação do cuidado e garantir a integralidade da atenção à saúde da população (OLIVEIRA, 2013).

Dentre os desafios que o NASF necessita superar, priorizar a qualidade da atenção à saúde é um dos principais, uma vez que resultará de uma mudança organizacional do SUS. O trabalho entre as equipes NASF e SF apresentam algumas discrepâncias, como as metas de quantitativos numéricas de atendimentos predeterminados pela EqSF, enquanto o NASF busca superar essa lógica por meio da problematização com EqSF e usuários, procurando, assim, aumentar a capacidade resolutiva das EqSF (ACIOLE; MOREIRA, 2017). A grande demanda reprimida de atendimento da atenção secundária e que não apresenta perfil de atendimento pelo NASF representa outro desafio (LIMA, 2013; SILVA et al., 2012). O NASF apresenta limitação em sua atuação relativa à alta demanda de usuários já adoecidos que necessitam de cuidado individualizado (OLIVEIRA; ROCHA; CUTOLO, 2012).

O trabalho do NASF é baseado em discussão, reflexão e atuação compartilhada, o que requer tempo e disponibilidade. Entretanto, as necessidades de saúde atendidas na ESF, em grande parte, têm exigido soluções rápidas e inadiáveis. Essa discrepância quanto à lógica de trabalho entre as equipes pode gerar fragilidades nas relações entre EqSF e NASF (LANCMAN et al., 2013).

Souza e Calvo (2016) identificaram que, apesar de o modelo de atuação do NASF orientado pelo Ministério da Saúde ter o referencial do apoio matricial, outros modelos organizativos são encontrados. Um deles diz respeito à manutenção do modelo biomédico, focado nas questões assistenciais e no atendimento ambulatorial. Outro modelo de atuação encontrado diz respeito à função do apoio institucional, por meio de ações gerenciais-administrativas das Unidades Básicas de Saúde e político-institucionais.

Os processos de trabalho do NASF dentro de seu território de atuação devem procurar priorizar o atendimento compartilhado e interprofissional, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, ocasionando experiência para os diferentes profissionais através de amplas metodologias, tais como: ações clínicas compartilhadas, para uma intervenção interprofissional com ênfase em estudo e discussão de casos e situações; projetos terapêuticos singulares; orientações e interconsultas, entre outros, bem como intervenções específicas do

profissional do NASF com os usuários e/ou família, embora deva ser evitado o acompanhamento apenas por profissional NASF ou ambulatorial; e ações compartilhadas nos territórios de sua responsabilidade, juntamente com as EqSF, tais como: reuniões, apoio aos grupos, ações junto às escolas/creches etc. (BRASIL, 2010b).

Além disso, têm-se como ação do NASF a qualificação e redução dos encaminhamentos desnecessários realizados pelas EqSF/AB, resultando na ampliação da capacidade de coordenação e continuidade do cuidado em saúde por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (SOUZA; CALVO, 2016).

O Caderno de Atenção Básica nº 39, disponível desde 2014, representa um importante documento para embasar a atuação dos profissionais do NASF. Este documento orienta a implantação e qualificação do trabalho no NASF em conformidade com as diretrizes da política nacional de saúde (BRASIL, 2014a). O documento citado define as ferramentas tecnológicas a serem utilizadas pela equipe NASF e destaca a importância do apoio matricial, visto como uma criação de espaços coletivos de discussões e planejamento (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Dentre as ferramentas tecnológicas de apoio à atenção, além do apoio matricial, estão a Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Projeto de Saúde no Território (PST). Dentre as ferramentas de apoio à gestão, está a pactuação de apoio, todas fundamentais para o desenvolvimento e organização do processo de trabalho do NASF (BRASIL, 2009, 2014a).

Embora estejam explícitas nos documentos que norteiam a prática dos NASF as ferramentas que devem ser utilizadas no trabalho, o apoio matricial ainda não está totalmente assimilado pelas EqSF, limitando a efetivação do trabalho do NASF. As ferramentas tecnológicas do processo de trabalho do NASF, como clínica ampliada, PTS e PST, ainda são pouco conhecidas e subutilizadas pelos profissionais das equipes NASF/SF (MARTINEZ; SILVA; SILVA, 2015).

A clínica ampliada se direciona a todos os profissionais de saúde na sua prática de atenção aos usuários, e cada qual, de acordo com seu núcleo profissional, faz seu recorte, seu destaque de sintomas e informações. Ao ampliar a clínica, estaremos ajustando esses recortes teóricos de cada profissão às necessidades dos usuários (BRASIL, 2010). Seu objetivo é “produzir saúde e ampliar o grau de autonomia das pessoas” (BRASIL, 2014a, p. 72).

Já o PTS corresponde a um conjunto de possibilidades terapêuticas articuladas para um usuário, família ou coletividade, baseado em uma discussão coletiva de uma equipe interprofissional e usuário, com apoio matricial se necessário. O uso do PTS pode ser

sistematizado por meio de quatro etapas: diagnóstico e análise; definição de ações e metas; divisão de responsabilidade, identificando e nomeando quem ficará responsável por cada ação; e reavaliação do caso de forma sistemática (BRASIL, 2014a, p. 73-74).

O Projeto Saúde no Território deve ser uma estratégia das equipes NASF e EqSF para criar/realizar ações efetivas em busca da produção de saúde em um território, focadas na articulação de serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais, de modo a gerar um investimento na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades. O PST deve basear-se na promoção da saúde, na participação social e na intersectorialidade, assim como na demanda e na criação de espaços coletivos de discussão, analisando as necessidades de saúde, os determinantes sociais, as estratégias e os objetivos propostos para a sua abordagem (BRASIL, 2009).

Nas diversas modalidades de intervenção no território, constam: desenvolvimento de PST, apoio a grupos, trabalhos educativos e de inclusão social, enfrentamento de situações de violência e ruptura social, bem como ações junto aos equipamentos públicos. Estas atividades devem ser articuladas com as EqSF e outros setores interessados (BRASIL, 2009).

Na ferramenta tecnológica de apoio à gestão, está a Pactuação de apoio, que é delimitada por duas atividades: “avaliação conjunta da situação inicial do território entre os gestores, EqSF e o Conselho de Saúde” (BRASIL, 2009, p. 24) e a “pactuação do desenvolvimento do processo de trabalho e das metas, entre os gestores, equipes do NASF, EqSF”<sup>1</sup>. As atividades desenvolvidas devem ser realizadas e pactuadas entre gestor, equipe NASF e SF, e devem ser “[...] definidas e detalhadas de forma cuidadosa em função de uma construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias e de critérios para acionar o apoio” (BRASIL, 2009, p. 13). Esse processo deve ser dinâmico e passível de reavaliação e reprogramação.

Os aspectos centrais da missão dos NASF são o apoio e o compartilhamento de responsabilidades (BRASIL, 2009). Como pontos de síntese na missão do NASF, podem ser estabelecidos os seguintes aspectos:

- a) O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às equipes de Saúde da Família;
- b) Vincula-se a um número de equipes de Saúde da Família em territórios definidos, conforme sua classificação;

---

<sup>1</sup> Id. p. 24.

- c) A equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família criam espaços de discussões para gestão do cuidado: reuniões e atendimentos compartilhados constituindo processo de aprendizado coletivo;
- d) O NASF deve ter como eixos de trabalho a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende pela Saúde da Família (BRASIL, 2009, p. 16).

O NASF é composto por uma equipe multiprofissional, a qual objetiva superar a fragmentação do cuidado e oportunizar a atuação interprofissional. As ações desenvolvidas por essas equipes devem ser divididas por áreas estratégicas e não por categoria profissional. As áreas prioritárias para o trabalho correspondem à atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação e a saúde integral de pessoas idosas; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde da mulher; assistência farmacêutica (CORREIA; GOULART; FURTADO, 2017).

A integralidade, segundo a Lei Orgânica, é considerada um dos componentes norteadores para a transformação do modelo hegemônico da saúde. De acordo com as diretrizes do NASF, a integralidade deve ser compreendida em três sentidos:

- (a) a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal;
- (b) as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; além de
- (c) a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população (BRASIL, 2009, p. 16).

Além da integralidade, a atenção ao primeiro contato, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado são atributos da AB. Para avaliar esses atributos, propõem-se quatro elementos estruturais, ou de capacidade, que são: acessibilidade, população-alvo, variedade de serviços e continuidade do cuidado (GOMES; SILVA, 2011). A atenção ao primeiro contato é entendida como porta de entrada dos serviços de saúde. Refere-se ao serviço que a população e a equipe identificam como o primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade ou problema de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A longitudinalidade do cuidado é compreendida como uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde. Dentre os benefícios associados à longitudinalidade, estão: menor utilização de serviços, melhor atenção

preventiva, atenção oportuna e adequada, menos doenças preveníveis, melhor reconhecimento dos problemas dos pacientes, menos hospitalizações (BARATIERI; MARCON, 2011).

A coordenação da atenção à saúde é um “estado de estar em harmonia numa ação ou esforço em comum” (STARFIELD, 2002, p. 365). Sua principal característica é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento (STARFIELD, 2002). Ressalta-se a importância da relação de interdependência entre a coordenação da atenção e a longitudinalidade do cuidado para garantir o acompanhamento integral do usuário e evitar que o papel do primeiro contato seja apenas burocrático (BRASIL, 2010).

Dessa forma, a atuação no NASF deve objetivar um olhar ampliado ao sujeito ou coletividade, buscando a integralidade da atenção à saúde, sem recortes disciplinares. Nessa perspectiva, a integralidade representa um valor transversal das práticas de saúde e estar presente na atuação do profissional de saúde, no encontro com seus pacientes (BRASIL, 2009).

Os profissionais que compõem as equipes NASF e SF necessitam ter o conhecimento não somente de seu núcleo profissional, mas também de todos os pressupostos do trabalho na AB, a exemplo das políticas públicas de saúde, além do território, o perfil epidemiológico da população, rede de cuidados e habilidade para abordar o paciente, acolher, ouvir e comunicar-se com ele (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

O território, na AB, não é visto meramente como um arranjo geográfico, mas também como o local onde uma população interage com o ambiente e na sua dinâmica social, e sua relação com outros serviços de referência para esta sociedade (PEREIRA; BARCELLOS, 2006). Deve ser considerado ainda em suas divisões jurídicas e políticas, suas heranças históricas e seus aspectos econômicos e normativos. “A realidade do território, suas fragilidades e potencialidades, em suas várias dimensões, devem ser conhecidas e identificadas pelas EqSF e NASF” (BRASIL, 2009, p. 18).

### 3.2 O TRABALHO EM SAÚDE

Toda atividade humana é um ato produtivo, uma vez que modifica alguma coisa e produz algo novo. Por toda a história, homens e mulheres, estiveram ligados, de um modo ou outro, a atos produtivos, mudando a natureza. Quanto eles tiram um fruto de uma árvore, ou caçam um animal, estão fazendo um ato produtivo e transformando a natureza. O fruta da

árvore ou o animal caçado só existem, agora, pelo ato produtivo. Isso é uma transformação da natureza pelo trabalho humano (MERHY; FRANCO, 2009).

As sociedades e as formas de organização do trabalho têm história, variam no tempo, modificam-se como nós. Para Karl Marx, o trabalho é a essência da humanidade dos homens; enquanto que para Paulo Freire, a cultura é dada pela forma como trabalhamos o mundo, para que possa fazer sentido para nós. Estes sentidos não são fixos, variam conforme a sociedade, as necessidades e os interesses que nós construímos em cada época, ou seja ele é socialmente determinado (MERHY; FRANCO, 2009).

No tocante, especificamente, ao trabalho em saúde, Peduzzi (2003) o define como um processo transformador, em que, por meio de seus atos/ações, o trabalhador realiza a finalidade do próprio trabalho.

O processo de trabalho em saúde teve seu conceito formulado por Mendes-Gonçalves (1992) fundamentado na teoria marxista do trabalho (NASCIMENTO; CORDEIRO, 2019). Todo processo de trabalho combina trabalho em ato e consumo de produtos feitos em trabalhos anteriores. De acordo com a teoria Marxista, o trabalho feito em ato é o “trabalho vivo em ato”, e o trabalho feito antes, que só chega através do seu produto, corresponde ao “trabalho morto” (MERHY; FRANCO, 2009).

Segundo Marx (1994), no processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação no objeto sobre o qual atua por meio de instrumentos de trabalho para a produção de produtos, e essa transformação está subordinada a um determinado fim. Desta forma, elementos que compõem o processo de trabalho são: a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho; o objeto do trabalho, ou seja, a matéria a que se aplica o trabalho, e os instrumentos ou meios do trabalho.

Fazendo uso da Teoria Marxista, Mendes-Gonçalves (1992) aponta que o processo de trabalho apresenta três elementos constituintes e que se relacionam entre si: a finalidade do trabalho, os instrumentos do trabalho e o objeto do trabalho. Esses elementos definem categorias de análise que possibilitam a compreensão do trabalho e isso também se aplica ao trabalho em saúde, pois ele não está desvinculado da ideia geral de trabalho (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009).

A finalidade do trabalho, segundo Mendes-Goncalves (1992, p.18), é a “tensão da vontade e sintetiza todo o processo de trabalho”, pois exerce influência tanto na delimitação do objeto do processo de trabalho, como dos instrumentos para transformá-lo. Diz respeito ao seu caráter teleológico e compreende o objetivo que direciona as ações em saúde.

O objeto é um elemento da natureza sobre o qual incide a ação do trabalhador para modificá-lo de acordo com o seu objetivo final. Para que ocorra a modificação é necessário que o trabalhador identifique e delimite se o objeto natural possui as qualidades necessárias para alcançar a sua finalidade, caso o objeto natural seja adequado a um determinado fim, ele se torna o objeto do processo de trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Os instrumentos do processo de trabalho compreendem os meios pelos quais o trabalho irá se concretizar. É com o instrumento que se opera a transformação de um objeto, de acordo com a finalidade. O instrumento pode ser único ou um conjunto de técnicas e saberes que possibilitam incorporar a energia necessária para a transformação do objeto. Segundo Mendes-Gonçalves (1992), os instrumentos podem ser materiais ou não materiais. Os não materiais compreendem os saberes que permitem a ligação entre o trabalhador e os instrumentos materiais ou o trabalhador e o objeto.

De acordo com Merhy (2000), as tecnologias do trabalho em saúde podem ser compreendidas em três categorias. As tecnologias duras são os instrumentos, as leve-duras se referem ao saber técnico estruturado de cada profissional, e as leves, às relações entre os sujeitos envolvidos no trabalho vivo em ato. Assim, os profissionais mobilizam e articulam essas tecnologias, orientados pelas necessidades do usuário e conforme seu modo de produzir em saúde. A relação entre as tecnologias é capaz de definir o sentido social e contemporâneo do processo de trabalho em saúde, tendo como produto o cuidado no trabalho vivo por meio de formas produtivas (tecnologias) sensíveis para compreender o sujeito que procura os serviços/profissionais de saúde e transformar esse mundo em seu objeto de trabalho.

### 3.3 O TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Com a mudança do modelo de atenção à saúde, antes com enfoque hospitalocêntrico, médico-centrado e curativista, tem-se a necessidade de uma atuação profissional voltada às necessidades do novo modelo de atenção à saúde, cujo enfoque está na atuação em equipe multiprofissional, na promoção e prevenção à saúde. No quadro 1, pode-se observar as características do antigo modelo e o atual modelo de saúde em curso no Brasil.

**Quadro 1** – Modelo Médico-Centrado e Atenção Primária à Saúde.

<b>Médico Centrado</b>	<b>Atenção Primária à Saúde</b>
<b>Enfoque</b>	
Doença	Saúde
Cura	Prevenção, atenção e cura
<b>Conteúdo</b>	
Tratamento	Promoção da saúde
Atenção por episódios	Atenção continuada
Problemas específicos	Atenção abrangente
<b>Organização</b>	
Especialistas	Clínicos Gerais
Médicos	Grupos de outros profissionais
Consultório Individual	Equipe
<b>Responsabilidade</b>	
Apenas setor de saúde	Colaboração intersetorial
Domínio pelo profissional	Participação da comunidade
Recepção passiva	Autorresponsabilidade

**Fonte:** Adaptado de Starfield (2002).

Os profissionais que atuam na Atenção Básica à Saúde (AB) têm seu escopo de ações detalhadas pelos documentos norteadores. A Política Nacional de Atenção Básica à Saúde (PNAB) orienta o modo de atuação de todos os profissionais envolvidos.

As características do trabalho na AB são compostas por um conjunto de aspectos, a saber (BRASIL, 2017, p. 28):

- I - Definição do território e Territorialização;
- II - Responsabilização Sanitária;
- III - Porta de Entrada Preferencial;
- IV - Adscrição de usuários e desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre a equipe e a população do seu território de atuação;
- V - Acesso - A unidade de saúde deve acolher todas as pessoas do seu território de referência, de modo universal e sem diferenciações excludentes;
- VI - O acolhimento deve estar presente em todas as relações de cuidado;
- VII - Trabalho em Equipe Multiprofissional;
- VIII - Resolutividade - Capacidade de identificar e intervir nos riscos, necessidades e demandas de saúde da população, atingindo a solução de problemas de saúde dos usuários
- IX - Promover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita, com base nas necessidades sociais e de saúde, através do estabelecimento de

ações de continuidade informacional, interpessoal e longitudinal com a população;

X - Realização de ações de atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma Unidade Básica de Saúde;

XI - Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência;

XII - Implementação da Promoção da Saúde como um princípio para o cuidado em saúde;

XIII - Desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e agravos em todos os níveis de acepção deste termo (primária, secundária, terciária e quaternária);

XIV - Desenvolvimento de ações educativas por parte das equipes que atuam na AB, devem ser sistematizadas de forma que possam interferir no processo de saúde-doença da população;

XV - Desenvolver ações intersetoriais;

XVI - Implementação de diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão;

XVII - Participação do planejamento local de saúde;

XVIII - Implantar estratégias de Segurança do Paciente na AB, estimulando prática assistencial segura;

XIX - Apoio às estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social;

XX - Formação e Educação Permanente em Saúde, como parte do processo de trabalho das equipes que atuam na Atenção Básica.

A PNAB ainda detalha as ações comuns a todos os profissionais que atuam na ABS, que são (BRASIL, 2017, p. 18):

- Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente;

- Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

- Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local;

- Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;

- Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado;

- Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo;

- Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;

- Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado;
- Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB;
- Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;
- Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário;
- Prever nos fluxos da RAS entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;
- Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;
- Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica;
- Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória;
- Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica;
- Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP);
- Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;
- Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada - reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);
- Participar de reuniões de equipes;
- Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;
- Realizar ações de educação em saúde à população adscrita;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;
- Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colégiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde;
- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;
- Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias;
- Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local.

O trabalho dos profissionais do NASF se concretiza na AB. Entretanto, há outros documentos, que, juntamente com a PNAB, orientam o fazer destes profissionais. Tais documentos são os Cadernos de Atenção Básica nº 27 e 39 (BRASIL, 2009, 2014a).

Após a criação dos NASF em 2008, o documento ministerial que orientou a forma de implantação desses Núcleos (o Caderno de Atenção Básica nº 27) foi publicado um ano após a Portaria Ministerial nº 154. Esta Portaria ainda assegurou que a gestão do processo de trabalho dos NASF é de responsabilidade de cada município (BRASIL, 2008). Desta feita, diversos modelos de atuação do NASF foram implantados no país (CORREIA; GOULART; FURTADO, 2017; ACIOLE; OLIVERIA, 2017).

O modelo de organização do trabalho do NASF é recente no Brasil. Segundo Lancman et al. (2015), esse trabalho ainda está em processo de consolidação. As formas de organização do trabalho ainda não contam com processos plenamente sistematizados. Essa heterogeneidade nas práticas do NASF pode dificultar o trabalho compartilhado entre as equipes (NASF e SF), tornando-o fragmentado e desarticulado, contrariando a proposta ideal de clínica ampliada, baseada nos princípios da integralidade e da interdisciplinaridade.

A incompreensão acerca da proposta dos Núcleos, que pode ser gerada por parte dos profissionais, tanto da SF quando do próprio NASF, pode também causar dúvidas na população com relação a essa nova equipe (ACIOLE; OLIVEIRA, 2017). De maneira geral, a proposta de trabalho do Núcleo tem provocado resistências em algumas equipes de SF, que indicam, entre outros elementos, um distanciamento da realidade de trabalho e uma dificuldade no trabalho interdisciplinar exigido pelo apoio matricial, assim como pelo trabalho em saúde como um todo (ACIOLE; OLIVEIRA, 2017).

Além disso, a maneira de organizar o trabalho dos NASF exige das equipes de SF mudanças na rotina de trabalho, que, em geral, estão concentradas em práticas assistenciais, curativas e individuais. Em meio a essas tensões, somadas às dificuldades advindas das condições de trabalho, os profissionais dos Núcleos, em diferentes regiões do país, experimentam aquilo que Souza et al. (2014) denominaram como espaço de “não lugar” nas unidades de saúde.

As principais responsabilidades atribuídas aos profissionais dos NASF estão expressas no CAD nº 27 (BRASIL, 2009, p. 47), as quais são:

- identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas;
- identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, o público prioritário a cada uma das ações;

- atuar, de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas ESF e de Internação Domiciliar, quando estas existirem, acompanhando e atendendo a casos, de acordo com os critérios previamente estabelecidos;
- acolher os usuários e humanizar a atenção;
- desenvolver coletivamente, com vistas à intersectorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras;
- promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa com os Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde;
- elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades dos NASF por meio de cartazes, jornais, informativos, faixas, folders e outros veículos de informação;
- avaliar, em conjunto com as ESF e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos;
- elaborar e divulgar material educativo e informativo nas áreas de atenção dos NASF; e
- elaborar projetos terapêuticos individuais, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas ESF e os NASF do acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.

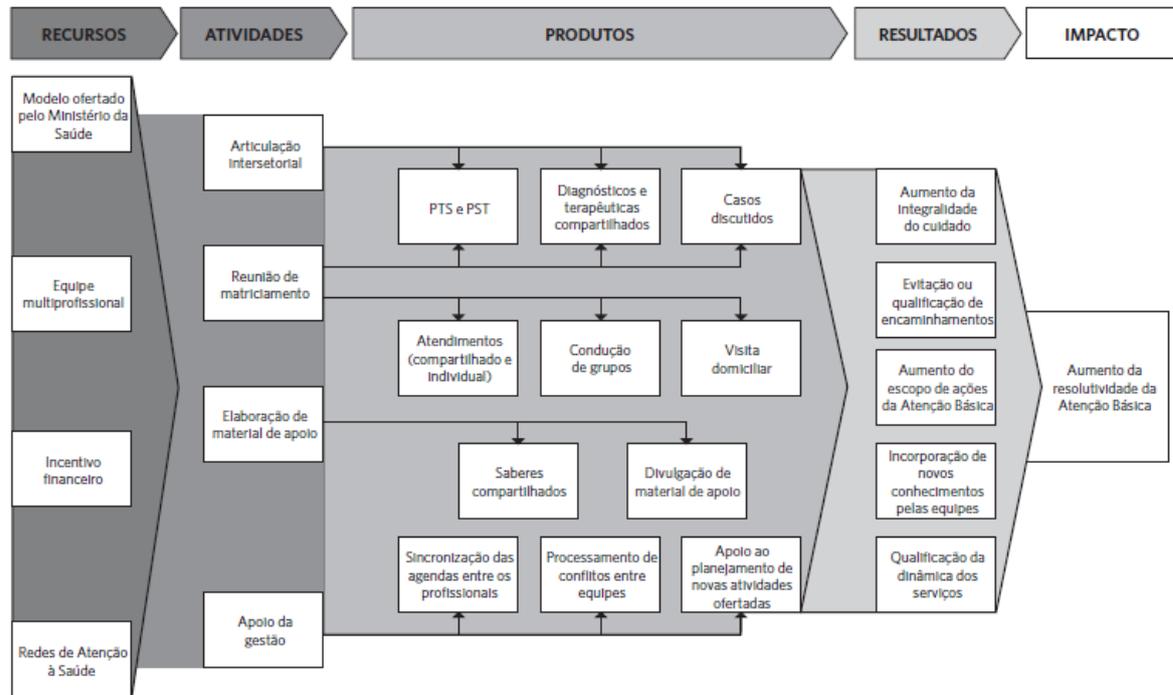
As ações dos profissionais de saúde centradas no modelo biomédico precisam ser substituídas por perspectivas ampliadas em modelos biopsicossociais. Logo, é necessário a transformação dos processos de trabalho, sobretudo a partir da incorporação da prática interprofissional (BARROS et al., 2015).

O trabalho desenvolvido pelas equipes NASF e SF é orientado por diretrizes ministeriais e por orientações da gestão municipal. Entretanto, esses documentos norteiam, mas a execução das atividades do NASF sofre interferências de vários ordens, como a formação e a experiência profissional prévia, a integração da equipe, as orientações do gestor municipal, as expectativas da população assistida, dentre outros, que podem distanciar a execução prática do NASF.

Com base nos documentos ministeriais, Correia, Goulart e Furtado (2017) propuseram um modelo lógico do NASF, como apresentando na Figura 1.

**Figura 1** – Modelo lógico do NASF formulado com base em documentos do Ministério da Saúde. Santos, São Paulo, 2016.

Figura 1. Modelo lógico do Nasf formulado com base em documentos do Ministério da Saúde. Santos, São Paulo, 2016



Fonte: Elaboração própria.

PTS: Projeto Terapêutico Singular; PST: Projeto de Saúde no Território.

**Fonte:** Correia, Goulart e Furtado (2017).

O modelo lógico constitui-se como uma representação gráfica das atividades, produtos, resultados e impactos do NASF à luz dos documentos ministeriais (CORREIA; GOULART; FURTADO, 2017). Os NASF's não constituem unidades físicas independentes de serviços de saúde, como também não são portas de entrada ao sistema de saúde. Devem atuar de forma integrada às EqSFs, priorizar as demandas identificadas e acordadas entre as duas equipes (GONÇALVES et al., 2015). Esses núcleos devem responder ainda às demandas de equipes da Rede de Atenção à Saúde, principalmente as EqSF, e também às da Academia da Saúde, Sistema Único de Assistência Social (Suas) (BRASIL, 2011a), configurando-se como retaguarda especializada para essas equipes.

A avaliação do trabalho do NASF não inclui dados numéricos quanto à produtividade das equipes. Os documentos norteadores enfatizam a qualidade das ações como forma de validar o trabalho dos Núcleos. Entretanto, destacam-se alguns indicadores e metas para os profissionais do NASF: foco na qualidade da atenção à equipe de referência, diminuição de encaminhamentos desnecessários, reconhecer e utilizar critérios de risco e prioridades para os

encaminhamentos, número máximo de usuários em atendimento prolongado, adesão, internação e capacidade de compartilhar o cuidado com a EqSF (GONÇALVES et al., 2015).

Um dos desafios para a atuação conjunta entre as equipes NASF e SF constitui-se do descompasso do que é esperado pelas duas equipes. A implantação das EqSF ocorreu há mais de 20 anos. Seus processos de trabalho e estratégias de ação estão mais consolidados. As diferenças nas atribuições e na forma de organização do trabalho entre as duas equipes podem favorecer a criação de processos de trabalho conflituosos. As prioridades do trabalho proposto para o NASF e para as EqSF são díspares, ou seja, enquanto espaços de reunião e de compartilhamento de experiências são fundamentais para o NASF, não são prioritários no trabalho das EqSF. As metas de produtividade, dessa forma, direcionam as ações realizadas pelas EqSF (GONÇALVES et al., 2015).

Nesse cenário, de acordo com Silva et al. (2012), um dos desafios das equipes do NASF é a articulação das suas atividades com a agenda das EqSF, considerando as metas de produtividade assistencial e os processos de trabalho já estabelecidos.

Nem todos os trabalhadores da área da saúde têm experiência ou formação para atuar em equipes, desempenhar ações compartilhadas ou realizar atendimentos de grupo. O atendimento compartilhado (individual ou de grupo) é um aprendizado que demanda tempo e disponibilidade do profissional em fazê-lo (GONÇALVES et al., 2015). O atendimento compartilhado pode expor fragilidades quanto à ação técnica dos envolvidos. Esse fato pode limitar a atuação quanto ao trabalho interprofissional (CAMPOS; DOMITTI, 2007; MENEZES, 2011).

O processo de trabalho no NASF, como uma equipe de apoio, exige do profissional formação sólida e maturidade profissional para propor e estruturar ações de forma autônoma e responsável. Essas ações devem estar atreladas às necessidades e ao perfil epidemiológico dos diversos territórios, o que exige o monitoramento contínuo e avaliação junto às equipes da ESF, a fim de adequar as estratégias, quantas vezes sejam necessárias, em prol dos usuários e equipes. Isso implica o desenvolvimento da resiliência e da capacidade de lidar com frustrações e com a diversidade de opiniões e condutas que advêm do trabalho em equipe (LEITE; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2014).

### 3.4 FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA O SUS E A ATENÇÃO BÁSICA

A formação profissional em saúde está prevista na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 200, como uma das atribuições do SUS, por meio do ordenamento do modelo de

formação profissional (BRASIL, 1988). Para acompanhar as mudanças aos cuidados de saúde, antes evidenciando a doença e a cura, hoje priorizando a promoção da saúde e a prevenção de agravos, o ensino dos profissionais necessita acompanhar essas mudanças para conseguir efetivar o modelo de saúde proposto.

O ensino dos profissionais da saúde necessita alcançar as finalidades gerais de seus programas, no tocante ao desenvolvimento intelectual do estudante, sua capacidade de julgamento, avaliação crítica e reflexiva. Entretanto, nas últimas décadas, o modelo de formação brasileiro tem sido alvo de críticas por não conseguir concretizar a formação almejada para o SUS (COSTA, 2007).

Uma formação que contemple um perfil profissional para o SUS necessita de uma adequada articulação entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições de ensino superior, conhecida como integração ensino-serviço. Esta proposta tem por finalidade a qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, a excelência da formação profissional e o desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços (PIZZINATO et al., 2012).

Nessa perspectiva, surge em 2003 o Quadrilátero da Formação, ou seja, uma articulação entre os segmentos da formação, da atenção, da gestão e do controle social em saúde na proposição de dignificar as características locais, valorizar as capacidades instaladas, desenvolver as potencialidades existentes em cada realidade, estabelecer a aprendizagem significativa e crítica, bem como produzir sentidos, autoanálise e autogestão (FERREIRA; FIORINI; CRIVELARO, 2010).

O modelo hegemônico de formação, ainda presente nas práticas de ensino-aprendizagem nas graduações em saúde, é focado em disciplinas organizadas de modo fragmentado e isolado, dissociando conteúdos básicos e clínicos. Tal modelo faz uso de métodos de análise cognitiva por aquisição de conhecimento técnico-científico uniformizado, preservando, dessa forma, abordagens tradicionais de prática em saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Este modelo caracteriza-se também por seu enfoque biomédico baseando-se numa visão cartesiana de divisão corpo e mente, desqualificando, assim, aspectos psicológicos, sociais e ambientais envolvidos no processo de adoecer (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

Tal modelo de formação favorece a ampliação das especialidades profissionais, fragmentando as intervenções e desestimulando a aquisição de conhecimentos científicos comuns entre os estudantes dos cursos de saúde. Na graduação, cada vez mais os conteúdos

especializados permeiam os currículos, multiplicando-se disciplinas e conteúdos (FEUERWERKER, 2002).

O conhecimento generalista das ações em saúde não é valorizado. O subjetivismo da relação profissional-paciente cada vez mais é substituído pela objetividade tecnológica das ciências da saúde. Nas universidades, veem-se conteúdos sem relevância, hierarquização e desintegração do conhecimento, ao passo que ocorre uma enorme resistência às mudanças. O hospital/ambulatório é visto como local de referência para as práticas de saúde e ensino, em detrimento de outros cenários sociais (FEUERWERKER, 2002).

As críticas ao modelo hegemônico de formação das profissões de saúde geraram movimentos organizados que culminaram na elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). As DCN, lançadas entre os anos de 2001 e 2004 para os cursos da área da saúde, representam uma tentativa de romper com um modelo tradicional de formação biologicista e introduzir o paradigma da integralidade (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

Faz-se necessário mudanças nos currículos dos cursos da área de saúde com conceitos e práticas relacionados ao planejamento, à promoção de saúde e à prevenção de doenças com a utilização de tecnologias eficazes e de metodologias de ensino-aprendizagem que vão além dos espaços acadêmicos e cheguem às realidades da população (PIANCASTELLI, 2001).

Além das DCN, houve outras propostas de mobilização para mudanças na formação em vários cursos da saúde, como o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (PROMED), cujo lema era “Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde”. O Programa explicitava três eixos para o desenvolvimento das mudanças: orientação teórica, abordagem pedagógica e cenários de prática.

Em busca de implantar uma política voltada para a formação dos recursos humanos no SUS, o Ministério da Saúde instituiu o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que propôs a criação de uma política nacional de formação e desenvolvimento para os profissionais da saúde. Esta política incluiu: os polos de educação permanente; a certificação dos hospitais de ensino; o AprenderSUS, o VerSUS, o Pró-Saúde e as Residências Multiprofissionais. O objetivo dessa política é implementar processos com capacidade de impacto no ensino, na gestão setorial, nas práticas de atenção e no controle social em saúde.

O AprenderSUS, lançado em julho de 2004, foi um avanço na relação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação. Como parte dessa política de compromissos do SUS com o ensino de graduação, o AprenderSUS foi mais uma estratégia na construção de relações de cooperação entre o sistema de saúde e as Instituições de Ensino Superior (IES). A

proposta tinha como eixo o ensino-aprendizagem sobre o SUS, propondo como questão aos docentes e estudantes o aprender sobre o SUS na universidade (conhecer e apropriar-se do sistema de saúde vigente no país, compreender e conquistar o trabalho em equipe multiprofissional de saúde, defender e construir a atenção integral à saúde), colocando em negociação as relações entre gestores do SUS e os docentes e estudantes da saúde (BRASIL, 2004).

Cavalheiro e Guimarães (2011) destacaram que essas relações se resumem à integração ensino-serviço, podendo passar a enfatizar ensino, serviço, gestão setorial, controle social e efetivo contato e respeito aos usuários. Com a execução dessa política, emergiram dois objetivos essenciais: fortalecimento da articulação entre as instituições formadoras e os serviços e sistemas de saúde, e o fortalecimento e ampliação dos processos de mudança da graduação de modo a formar profissionais com perfil adequado às necessidades de saúde da população e do Sistema Único de Saúde.

O Ministério da Saúde, em 2005, definiu novas estratégias para a política de formação e desenvolvimento para o SUS. Dentre estas, constam o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde), que incorporou gradativamente os cursos de graduação das 14 profissões da área da saúde reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde, com formação universitária, a saber: Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 1998). Santos (2014) evidenciou que, para as graduações de Medicina, Enfermagem e Odontologia, o Pet-Saúde proporcionou momentos de atuação multi e interdisciplinar, além de favorecer a integração ensino-serviço, favorecendo a aproximação de uma formação voltada para o SUS.

Em 2007, por meio da Portaria 1996, o Ministério da Saúde definiu novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no país. Esta portaria propôs, em seu Artigo 2º, que “a condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dar-se-á por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES)” (BRASIL, 2007b, art. 2). Dessa forma, esta portaria oficializou as CIES como um importante espaço de articulação interinstitucional para a integração ensino-serviço.

Batista e Gonçalves (2011) apontaram que as CIES têm dificuldades de articulação macrorregional com as grandes universidades públicas em função da necessidade de convênio, com pelo menos um município do colegiado regional, para repasse de recurso

financeiro na execução das propostas/projetos de Educação Permanente. Apesar dos esforços e das estratégias implantadas, as CIES ainda não são espaços de integração e articulação de outras ações propostas pela SGTES junto às instituições de ensino.

Como apontou Oliveira (2003), são vivenciadas mudanças na academia e nos serviços de saúde decorrentes de transformações sociais vinculadas à estrutura demográfica e epidemiológica da população, que têm impacto nas necessidades e demandas de saúde. Segundo a autora, apesar das dificuldades enfrentadas, os serviços respondem mais rapidamente a esse novo cenário, pois a pressão da sociedade se faz sentir diretamente no espaço das práticas.

Cavalheiro e Guimarães (2011), ao avaliarem a formação para o SUS, apontaram as dificuldades enfrentadas nas instituições formadoras e nos serviços de saúde para se efetivarem as políticas de mudanças na formação. Quanto às dificuldades enfrentadas na formação, os autores destacaram: dificuldade de encontrar professores para esse novo enfoque de ensino-aprendizagem, a atenção básica considerada como um cenário marginal para o ensino-aprendizagem, dificuldade para aprendizagem conjunta das diferentes profissões, resistência dos estudantes, incipiente participação social da comunidade. Já no serviço, as dificuldades podem estar relacionadas à resistência dos profissionais (os quais referem que “não recebem para ensinar”), como também problemas na estrutura física das unidades, resistência da população à presença do estudante no serviço, temor dos profissionais do serviço de que as fragilidades sejam identificadas, dentre outras (CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011).

Verifica-se uma preocupação crescente com as mudanças na formação profissional em saúde, na qual cada vez mais se configura a necessidade de profissionais aptos a contribuir com a sociedade num contexto de profundas mudanças não somente em seu próprio campo profissional, mas também nos campos político e social (COSTA, 2007).

A formação que contemple a inserção dos profissionais/estudantes na rede de atenção à saúde em diversos pontos e que favoreça para o conhecimento efetivo do SUS e das políticas de saúde possibilita uma postura profissional de compromisso diante das necessidades do SUS, o que é importante para o seu efetivo engajamento nas propostas de transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. A formação de profissionais de saúde necessita se estruturar com base na problematização do processo de trabalho e da sua capacidade de atender adequadamente às necessidades de saúde das pessoas e das populações (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

Um dos maiores entraves para a implantação e a efetivação desse modelo de atenção e do novo paradigma proposto para essa equipe de apoio é a formação dos profissionais de saúde com ênfase na assistência e nas especialidades, não atendendo às necessidades do SUS (LEITE; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2014).

## 4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

### 4.1 TIPOLOGIA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo exploratório, descritivo e inferencial com abordagens quantitativa e qualitativa. Os estudos exploratórios proporcionam maior conhecimento sobre o problema proposto e envolvem elementos processuais como levantamento bibliográfico e entrevistas com sujeitos envolvidos com a realidade a ser investigada. A pesquisa descritiva, por sua vez, concentra-se na exposição das principais características de determinadas populações ou fenômenos e também envolve elementos processuais para a coleta dos dados, tais como questionários e observações sistemáticas (GIL, 2002).

Na presente investigação, as abordagens quantitativa e qualitativa foram utilizadas com o intuito de complementar uma à outra, pois, à medida que a análise quantitativa viabiliza a ampliação da abrangência do universo pesquisado, a análise qualitativa aprofunda a temática estudada, colaborando para uma maior compreensão do tema.

A utilização das abordagens quantitativa e qualitativa não é excluyente; elas se complementam, fornecendo resultados complementares quando o foco da pesquisa exige um entendimento do contexto social e cultural do objeto eleito para o estudo (CÂMARA, 2013; MARCONI; LAKATOS, 2009). A diferença primordial desses dois tipos de abordagens encontra-se em sua natureza, uma vez que a pesquisa qualitativa se debruça sobre o significado das ações e relações humanas, não perceptíveis e não apreendidas pelas equações, médias e estatísticas. Já na abordagem quantitativa, a objetividade e a quantificação das variáveis, expressas através de testes estatísticos, são importantes para comprovar ou refutar os questionamentos da pesquisa (MINAYO, 1994).

A abordagem quantitativa apresenta como objetivos: identificar o perfil sociodemográfico dos profissionais do NASF, validar um instrumento para medir o conhecimento dos profissionais do NASF sobre a Política Nacional de Atenção Básica e o Caderno de Atenção Básica nº 39, e medir o conhecimento dos profissionais sobre ambos os referenciais.

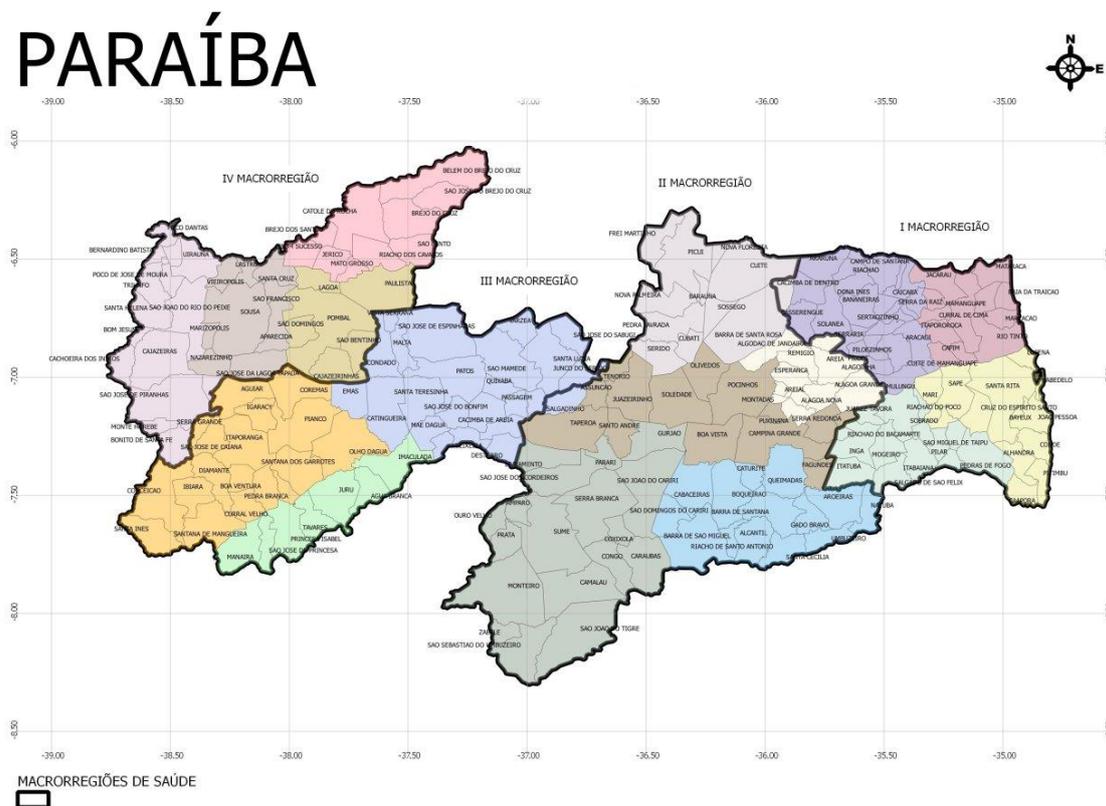
Já a abordagem qualitativa foi utilizada com o propósito de identificar a relação dos conhecimentos com a prática dos profissionais do NASF sobre a Política Nacional de Atenção Básica à Saúde e o Caderno de Atenção Básica nº 39, além de investigar estratégias de formação e/ou educação permanente para o trabalho do NASF.

A abordagem qualitativa foi eleita por se tratar de um método que melhor se aplica ao estudo de relações, representações, crenças, percepções e opiniões, produtos das interpretações que os indivíduos fazem a respeito de como vivem, constroem artefatos e a si mesmos (MINAYO, 2006). Além disso, essa abordagem auxilia a aprofundar a interpretação dos resultados encontrados e amplia o entendimento sobre o objeto de estudo. Quando usada juntamente com a abordagem quantitativa, aquela contribui para esclarecer os dados quantitativos, uma vez que capta as nuances da percepção dos entrevistados para ampliar a compreensão da realidade vivida pelos respondentes e aprofunda a questão de como as pessoas percebem os fenômenos estudados (CÂMARA, 2013).

#### 4.2 CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO

A pesquisa foi realizada em dez municípios do estado da Paraíba, no período de julho a dezembro de 2017. Este estado tem um total de 223 municípios, divididos em quatro Macrorregiões de saúde. Foram escolhidos para participar da pesquisa dois municípios de cada Macrorregião de saúde. Os municípios foram selecionados por apresentarem o maior número de equipes NASF na Macrorregião correspondente, de acordo com as informações coletadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em fevereiro de 2017. Entretanto, após a coleta de dados inicial, foi necessário incluir no estudo mais dois município da 1ª região de saúde mediante a perda de amostra por equipes NASF incompletas e pelo número de profissionais em período de férias no momento da pesquisa. Os municípios selecionados para participar do estudo forma aqueles que apresentavam o maior número de equipes NASF, informados no CNES, em fevereiro de 2017.

**Figura 2 - Mapa das Macrorregiões de Saúde do Estado da Paraíba – COSEMS/PB.**



**Fonte:** Paraíba (2016, p. 19). Adaptado.

### 4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos do estudo correspondem a 288 profissionais do NASF de dez municípios da Paraíba, do litoral ao alto sertão. Na abordagem quantitativa do estudo, participaram todos os profissionais do NASF dos municípios selecionados. Como critério de exclusão, considerou-se: estar afastado de suas atividades do NASF por licença ou férias. Já na abordagem qualitativa, participou pelo menos um profissional do NASF de cada município selecionado, sendo utilizado o método de saturação das respostas para identificar o número final de participantes nesta etapa (FONTANELLA et al., 2011).

### 4.4 RISCOS E BENEFÍCIOS

A pesquisa envolveu riscos mínimos aos participantes pela possibilidade de causar constrangimento com a aplicação dos questionários e a realização da entrevista. Caso o participante apresentasse dúvidas, a pesquisadora esteve disponível e prestou os esclarecimentos necessários. Para minimizar os riscos, a pesquisa garantiu que os

participantes respondessem aos questionários e/ou entrevistas de forma sigilosa, em ambiente específico para este fim. Os riscos citados justificaram-se pelos benefícios advindos da avaliação do conhecimento dos profissionais e gestores sobre a Política Nacional de Atenção Básica, tais como: melhoria no conhecimento e consequente adequação das atividades profissionais no processo de trabalho da atenção básica, objetivando um profissional crítico, reflexivo e questionador adequado às exigências atuais do sistema de saúde brasileiro.

#### 4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, foram contatados os gestores municipais de saúde, cenário da pesquisa, para expor os objetivos do estudo e solicitar a participação dos profissionais e gestores, mediante a assinatura da Carta de Anuência (Apêndice A). Durante a apresentação do projeto de pesquisa, foram feitos os esclarecimentos e enfatizada a importância da colaboração por parte dos profissionais do NASF e gestores para a realização da pesquisa. O anonimato dos participantes foi garantido, bem como o direito de retirar-se dela a qualquer momento, sem ônus ou prejuízo de qualquer natureza. Aos que aceitaram participar da pesquisa, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), respeitando os critérios éticos de pesquisa com seres humanos, como orienta a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/CONEP).

A presente pesquisa foi desenvolvida em etapas. Inicialmente, foi medido o conhecimento dos profissionais do NASF sobre a Política Nacional de Atenção Básica à Saúde e o Caderno de Atenção Básica nº 39, sendo realizada a aplicação de questionário elaborado para esta finalidade. O questionário consiste em uma técnica de investigação social constituída por um conjunto de questões que são submetidas a um grupo de pessoas com o objetivo de obter informações sobre conhecimentos, crenças, sentimentos, valores, interesses, expectativas, aspirações, temores, comportamento presente ou passado (GIL, 2008).

Em um segundo momento, foi realizada uma entrevista semiestruturada buscando verificar o conhecimento dos profissionais do NASF sobre a Política de Atenção Básica à Saúde e o Caderno de Atenção Básica nº 39, os facilitadores e/ou barreiras para o conhecimento dos profissionais do NASF sobre a Política Nacional de Atenção Básica à Saúde e o Caderno de Atenção Básica nº 39, a efetivação do trabalho no NASF em consonância com ambos os referenciais, bem como as estratégias de formação e/ou educação permanente para o trabalho do NASF.

Durante as entrevistas, os dados foram coletados por meio de um gravador de áudio. A pesquisadora responsável pela realização das entrevistas utilizou um roteiro com tópicos sobre o tema pesquisado para orientar a entrevista. De acordo com Nogueira-Martins e Bógus (2004), as entrevistas semiestruturadas partem de determinadas interrogativas básicas que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem um amplo contexto de questionamentos. As entrevistas foram realizadas em local particular, indicado pelo próprio respondente, estando presentes no momento das entrevistas apenas o pesquisador e o respondente, de maneira a garantir a livre colocação do respondente e o sigilo das informações coletadas.

Por fim, buscou-se, por meio da análise de documentos oficiais, identificar propostas de formação, educação continuada e educação permanente em saúde ofertadas pela gestão estadual de saúde.

#### 4.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi aplicado um questionário para avaliar o perfil sociodemográfico e estudantil, como também o conhecimento dos profissionais do NASF, idealizado pela equipe da pesquisa (Apêndice C). A primeira parte do questionário trata-se da dimensão sociodemográfica, que buscou informações sobre sexo, idade, estado civil, instituição em que se graduou e ano de conclusão do curso, pós-graduação, ano de conclusão e área da pós-graduação, bem como a categoria profissional, com o propósito de conhecer o perfil do respondente. A segunda parte do questionário abrange questões objetivas elaboradas a partir do conteúdo da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e do Caderno de Atenção Básica nº 39 do NASF, tendo por finalidade medir o conhecimento dos profissionais do NASF.

Diante da inexistência de um instrumento validado em estudos anteriores, surgiu a necessidade de analisar se as questões do instrumento eram representativas do conhecimento a ser investigado e se estavam adequadas ao propósito da pesquisa. Conforme Raymundo (2009), esse processo é denominado de validade de conteúdo e consiste no julgamento sobre o instrumento, ou seja, se ele realmente abrange os diferentes aspectos do seu objeto.

Dessa forma, a segunda parte do questionário dirigido aos profissionais do NASF foi submetido inicialmente à validação de conteúdo por seis especialistas. A validação de conteúdo não é medida por dados estatísticos, uma vez que ela resulta do julgamento de juízes ou pessoas com conhecimento na área em estudo (especialistas ou *experts*) que avaliam a representatividade dos itens em relação aos conceitos que se pretende medir (BITTENCOURT et al., 2011). Ou seja, esta validação verifica se os itens do instrumento

exploram de maneira efetiva os conceitos investigados sobre determinado tema (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012).

Foram estabelecidos como critérios para a seleção dos especialistas: a área de atuação profissional em saúde coletiva e/ou Atenção Básica à Saúde e o ensino em cursos da saúde em instituições de ensino superior no Brasil, com titulação mínima de mestre. A validação dos especialistas consistiu em avaliar criteriosamente as dimensões e os itens do instrumento quanto à objetividade, clareza e precisão no tocante ao que pretende investigar.

Com as informações obtidas na avaliação dos especialistas, foi possível adequar os itens quanto à clareza, objetividade e precisão. Posteriormente, o questionário foi aplicado aos profissionais, totalizando 288 participantes do estudo.

Inicialmente, os dados quantitativos foram tabulados em uma planilha eletrônica e em seguida transferidos para um pacote estatístico. Primeiramente, realizou-se a análise descritiva, a partir de frequências absolutas e relativas para as variáveis quantitativas do estudo. Em seguida, os dados quantitativos foram analisados por meio da técnica estatística de Teoria de Resposta ao Item (TRI).

Para a realização das entrevistas semiestruturadas com profissionais, foi utilizado um roteiro de entrevista que constou de questões subjetivas, possibilitando ao respondente a livre colocação de respostas (Apêndice E).

#### 4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente, os dados quantitativos foram tabulados em uma planilha eletrônica e posteriormente transferidos para um pacote estatístico. Primeiramente, foi realizada a análise descritiva, a partir de frequências absolutas e relativas para as variáveis quantitativas do estudo. Em seguida, os dados quantitativos foram analisados por meio da técnica estatística de Teoria de Resposta ao Item (TRI).

##### **4.7.1 A Teoria de Resposta ao Item (TRI)**

Na avaliação do conhecimento, busca-se construir medida de proficiência a partir de provas com itens de múltipla escolha. Usualmente, a proficiência de um item é medida pelo número de acertos ou por uma função elementar do número de acertos. Uma medida mais elaborada pode ser construída pela chamada Teoria da Resposta ao Item, ou simplesmente TRI (BARBETTA et al., 2014). Assim, optou-se por utilizar a TRI, que consiste em modelos

matemáticos utilizados para representar as relações entre as características individuais do respondente (habilidades) e os parâmetros do item (dificuldade, discriminação, acerto ao acaso) (TOFFOLI; FERREIRA FILHO; ANDRADE, 2013).

Na TRI, a probabilidade de resposta a um item é modelada como função da habilidade de um indivíduo (variável latente, não observável) e de parâmetros que apresentam determinadas propriedades dos itens. Quanto maior a proficiência do indivíduo, maior a probabilidade de acerto do item (KLEIN, 2009). A TRI é utilizada para investigar dados de respostas a itens em avaliações de desempenho, questionários, entre outros, e aponta meios de representar a probabilidade de um indivíduo responder a um item levando em consideração os seus traços latentes, proficiências ou habilidades, como também algumas características do item (SANTOS, 2009).

A TRI permite o desenvolvimento de escalas de proficiências calibradas, ou seja, possibilita a análise das interações entre os respondentes e os itens (FRANCISCO, 2005). Traços latentes são características do indivíduo que não podem ser observadas diretamente. Logo, tais características são mensuradas por meio de variáveis secundárias que sejam relacionadas ao traço latente em estudo (MOREIRA JÚNIOR, 2010).

Mesmo que tenha iniciado na área de avaliação educacional, a TRI estendeu-se para as mais diversas áreas, sobretudo com o propósito de avaliação (MOREIRA JÚNIOR, 2010). Em diversos países, a TRI tem sido largamente utilizada na avaliação de testes educacionais padronizados, com o objetivo de avaliar habilidades e conhecimentos em testes de múltipla escolha. A literatura sobre o tema tem aumentado nas últimas décadas no Brasil, assim como os estudos que utilizaram a TRI para avaliação de testes nas áreas de gestão, *marketing*, nutrição, qualidade de vida, psiquiatria, psicologia, dentre outras (SARTES; SOUZA-FORMIGONI, 2013).

Uma das características importantes da TRI refere-se à não variação dos parâmetros dos itens e às proficiências dos indivíduos. Tanto os parâmetros dos itens obtidos de grupos diferentes de indivíduos testados quanto os parâmetros de proficiência baseados em grupos diferentes de itens são invariantes, com exceção para a escolha de origem e escala. Devido a esta propriedade, associada a outros procedimentos estatísticos, a TRI torna viável a comparação de indivíduos, a estimação da distribuição de proficiências de uma população e o acompanhamento dos progressos de um processo educacional (KLEIN, 2009).

Destarte, a TRI é um potencial procedimento estatístico que surgiu para atender às limitações da Teoria Clássica da Medida (TCM) ou Teoria Clássica do Teste (TCT), teoria que ainda continua sendo utilizada nas avaliações (ANDRADE; TAVARES; VALLE, 2000).

Na TRI, os itens do teste são analisados conjuntamente, diferentemente da TCM, em que cada item equivale a uma pontuação. A TRI consegue identificar aqueles respondentes que acertam ao acaso, considerando esta característica em sua nota, como também aqueles que acertam as questões de forma mais coerente são valorizados (MOREIRA JÚNIOR, 2010).

A estratégia de identificar ou mensurar o traço latente consiste em elaborar um teste composto por um conjunto de questões ou itens que representam algum aspecto do traço latente. O teste pode ser constituído por questões de múltipla escolha com opções de resposta “certa” ou “errada”, ou expressar o nível de concordância quanto ao questionamento, como em uma classificação ou escala tipo *Likert* (PATHAK et al., 2013). Portanto, a característica não observada (traço latente) seria a responsável pelas respostas observadas nos itens (questões) que compõem o teste (WAGNER; HARVEY, 2006). Desse modo, o item é o estímulo ao qual o indivíduo é submetido, e a resposta ao item relaciona-se com o nível de traço latente que o respondente apresenta (PASQUALI, 2007).

Os principais pressupostos para a utilização da maioria dos modelos da TRI são a unidimensionalidade e a independência local (ANDRADE et al., 2000; EMBRETSON; REISE, 2000). A unidimensionalidade é a premissa de que existem respostas dos indivíduos aos itens, sendo plausível indicar que o comportamento humano é multideterminado. Por isso, os modelos que utilizam essa suposição admitem um traço latente que determina as respostas para o teste (ANDRADE et al., 2000). Ou seja, os modelos unidimensionais admitem que cada item de um teste mede apenas um único traço latente e todos os itens de um teste medem o mesmo traço latente (MENDONÇA, 2016). Este traço se expressa na análise fatorial como fator dominante. De acordo com Andrade et al. (2000), existem outros métodos de avaliação da dimensionalidade, como a análise fatorial tetracórica, para itens dicotômicos; a policórica, para itens politômicos e os métodos de máxima verossimilhança.

Apesar de serem complexos, os modelos multidimensionais são utilizados para avaliar testes que possuem múltiplas dimensões de forma concomitante, sem a necessidade de repetir um modelo unidimensional. Então, para a avaliação de instrumentos multidimensionais, é mais comum utilizar análises unidimensionais para cada dimensão. Este método apresenta como premissa básica a independência entre as dimensões, suposição que nem sempre é verdadeira (SARTES; SOUZA-FORMIGONI, 2013).

A suposição da independência local refere-se ao fato de que as respostas dos indivíduos a um determinado item são estatisticamente independentes, ou seja, o desempenho em um item não pode ser influenciado pelo desempenho em outro item, visto que cada item é respondido em função da habilidade dominante (PASQUALI, 2007).

Os modelos de resposta ao item podem ser classificados de acordo com os itens (dicotômicos ou escala gradual), número de parâmetros (1, 2 ou 3) e número de habilidades avaliadas (unidimensionais ou multidimensionais). No que diz respeito aos modelos unidimensionais, aqueles que avaliam exclusivamente um traço latente podem ser modelos para respostas dicotômicas (certo e errado) e modelos para respostas graduais (escala *Likert*). Os modelos logísticos para itens dicotômicos são classificados em três tipos, considerando a quantidade de parâmetros utilizados para representar os itens, que são os modelos de 1, 2 e 3 parâmetros.

Portanto, a primeira etapa para utilização da TRI é a estimação dos parâmetros dos itens, que pode ser realizada por modelos estatísticos distintos. A utilização dos modelos depende da diversidade das respostas ao item (dicotômico ou não dicotômico), da dimensionalidade do instrumento (VENDRAMINI; SILVA; CANALE, 2004) e do número de parâmetros a serem avaliados. No caso de itens dicotômicos, a função matemática é atribuída como uma Curva Característica do Item (CCI), enquanto para itens politômicos a relação entre o traço latente e a resposta a uma das categorias determinada pela CCI é denominada de Curva de Resposta à Categoria (CRC) (SARTES; SOUZA-FORMIGONI, 2013).

Em relação aos parâmetros considerados para estimar a habilidade do respondente, o modelo de 1 parâmetro é o mais simples, usualmente conhecido como modelo de *Rasch*, que se baseia apenas no parâmetro da dificuldade dos itens (já que a discriminação “a” é 1 e o acerto ao acaso “c” é 0). O modelo de 2 parâmetros, além da dificuldade, leva em consideração a discriminação dos itens, e, por fim, o modelo de 3 parâmetros, além da dificuldade e discriminação, inclui a probabilidade de acerto ao acaso.

O modelo de 3 parâmetros segue representado da equação a seguir:

$$P(X_{ij} = 1/\theta_j) = c_i + \frac{1 - c_i}{1 + e^{-Da_i(\theta_j - b_i)}}; i = 1, 2, \dots, I; j = 1, 2, \dots, n \quad (1)$$

Onde:

$X_{ij} = 1$ , se o indivíduo  $j$  responde corretamente ao item  $i$ ; e 0, caso contrário;

$\theta_j$  = habilidade do  $j$ -ésimo indivíduo;

$a_i$  = parâmetro de discriminação do item  $i$ ;

$b_i$  = parâmetro de dificuldade do item  $i$ ;

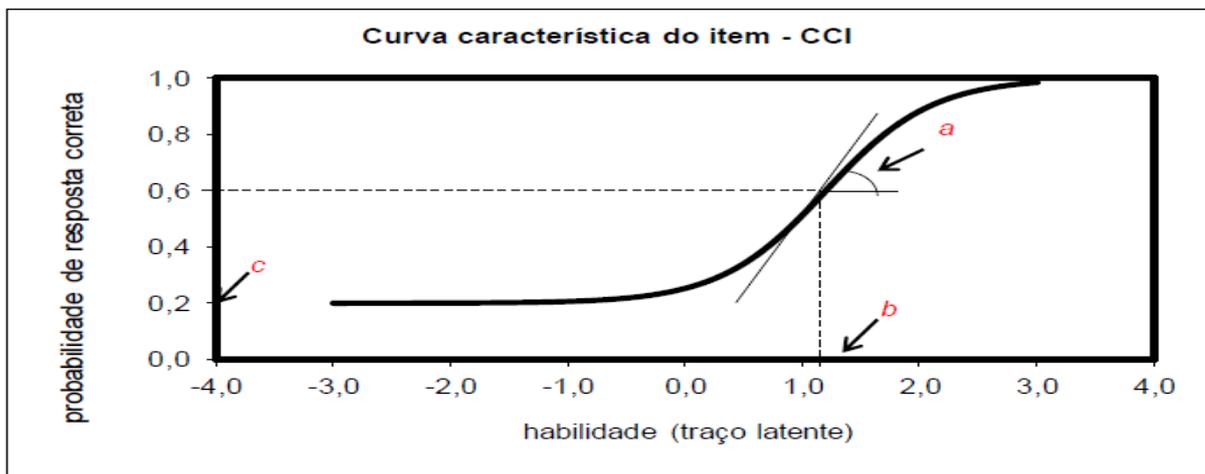
$c_i$  = parâmetro de acerto casual do item  $i$ ;

$D$  = constante (cujo valor é 1,7); e

$e$  = base dos logaritmos neperianos.

Os modelos logísticos unidimensionais se caracterizam sob a forma de modelos encaixados, nos quais, a partir de modelo de *Rasch*, são incluídos os outros itens, ressaltando que o modelo mais completo apresenta três parâmetros. Esse modelo indica a probabilidade de um determinado indivíduo responder de forma correta ao item em função do seu traço latente ( $\theta_j$ ), sendo esta probabilidade influenciada pela capacidade de discriminação do item, pela sua dificuldade e a probabilidade de acerto ao acaso. A equação 1 pode ser apresentada pela Curva Característica do Item (CCI), conforme apresentado na Figura 3.

**Figura 3** – Curva Característica do Item para Modelo Logístico de 3 Parâmetros.



**Fonte:** Andrade, Tavares e Valle (2000).

A Curva Característica do Item possui a forma de um “S” e expressa a probabilidade de resposta correta no eixo y e a escala de habilidade no eixo x. Cada item do teste apresenta uma CCI, cuja interpretação dos seus parâmetros é descrita a seguir:

- **Discriminação ( $a$ ):** Parâmetro de discriminação (ou inclinação) do item  $i$ , com valor proporcional à inclinação da CCI no ponto  $b_i$  (ANJOS; ANDRADE, 2012). A interpretação desse parâmetro está relacionada à capacidade do item em discriminar indivíduos com conhecimentos distintos. Este parâmetro pode se situar no intervalo de  $-\infty$  a  $+\infty$ . Baker (2001) afirma que valores superiores a 0,65 são considerados adequados. Escores de  $a$  negativos não são esperados, já que indivíduos mais preparados tendem a responder corretamente aos itens, apresentando, dessa forma, uma relação positiva com esse parâmetro;

- **Dificuldade ( $b$ ):** Parâmetro  $b$  do item  $i$ ; corresponde ao ponto, na escala de aptidão 0, cuja probabilidade de resposta é 0,50. Quanto maior for o  $b_i$ , maior deve ser o nível de habilidade exigido para que o respondente possua 50% de chance de acertar o item (PASQUALI, 2010). Os valores de  $b$  comumente se localizam entre -5 e +5 (SARTES; SOUZA-FORMIGONI, 2013). A interpretação desse parâmetro relaciona-se à dificuldade do item, ao passo que quanto maior o seu valor, maior a dificuldade;
- **Acerto ao acaso ( $c$ ):** Este parâmetro indica a probabilidade de que respondentes com níveis de habilidade muito baixa acertem o item, expressando matematicamente pela assíntota inferior da CCI (PATHAK et al., 2013).
- **Habilidade ( $\theta$ ):** O nível de traço latente do indivíduo, conhecido como habilidade ( $\theta$ ), expressa na CCI a relação entre a probabilidade de responder corretamente ao item e o escore de habilidade necessário para tal. A habilidade ( $\theta$ ) pode apresentar valores que variam de  $-\infty$  a  $+\infty$ . Entretanto, Pasquali e Primi (2003) destacaram que, em 99,97% das situações, o escore da habilidade se situa numa escala que vai de -3 a +3.

Além da CCI, a função de informação do item e do teste corresponde a outra relevante ferramenta da TRI, indicando o quão bem cada habilidade pode ser estimada quando se utiliza um conjunto de determinados itens (COUTO; PRIMI, 2011). A função de informação do item foi descrita por Pasquali (2007) como a quantidade de informação psicométrica que um item possui ao longo do traço latente que ele representa. Assim, a soma da informação pertinente a cada item individualmente em um determinado nível de habilidade aponta a função de informação do teste (BAKER, 2001). De modo geral, um teste estima com maior precisão a habilidade ou proficiência na região próxima ao pico da curva de informação (PINHEIRO; VILHENA; SANTOS, 2017).

#### 4.7.1.1 *Estimação conjunta dos parâmetros dos itens e das habilidades dos indivíduos*

Depois de aplicado o instrumento de pesquisa, a próxima etapa correspondeu à estimação dos parâmetros resultantes da avaliação do conhecimento latente dos indivíduos. Na TRI, o processo de estimação dos parâmetros dos itens é chamado de calibração, sendo mais comuns os casos de calibração quando não se conhece nem os parâmetros dos itens nem as habilidades dos respondentes, o que requer a estimação de forma conjunta. Nessas situações, a estimação é realizada em duas fases. Na primeira, os parâmetros dos itens são estimados por meio do método da Máxima Verossimilhança Conjunta, Máxima

Verossimilhança Marginal ou do Método Bayesiano. Em seguida, será estimada a habilidade ( $\theta$ ) de cada indivíduo. Os parâmetros e a habilidade são estimados em uma mesma escala. Usualmente, adota-se a escala 0,1, levando em consideração a média 0 e o desvio padrão 1 (GUEWEHR, 2007).

#### 4.7.1.2 *Teste de ajustamento do modelo (goodness of fit)*

Após a estimação dos parâmetros dos itens e a habilidade dos indivíduos, faz-se necessário avaliar o ajuste do modelo. Basicamente, existem dois caminhos para verificar o ajuste do modelo: o procedimento gráfico e o procedimento estatístico (PASQUALI, 2007). Um fraco ajuste do modelo pode sugerir os seguintes problemas: os itens não são unidimensionais; outro modelo é mais adequado; os respondentes pertencem a diferentes populações; os itens foram mal elaborados.

#### 4.7.1.3 *Análise fatorial*

Como já apresentado, a unidimensionalidade dos testes é um pressuposto necessário para a aplicação dos modelos logísticos da TRI. Por isso, diversos procedimentos foram desenvolvidos com o propósito de avaliar a dimensionalidade dos testes. Dentre eles, podem-se destacar índices baseados em padrões de resposta, confiabilidade, análise dos traços latentes, análise dos componentes principais e análise fatorial (ANDRADE, 2008).

Neste escopo, destaca-se a análise fatorial, que consiste em uma técnica baseada no postulado de que uma série de variáveis observadas pode ser explicada por um número menor de variáveis hipotéticas, não-observáveis, conhecidas como fatores. Para itens de natureza dicotômica, do tipo “certo” ou “errado” utilizados nos testes cognitivos, em que pode ser produzida uma matriz de correlações do tipo tetracórica, a análise fatorial de informação plena (*Full Information Factor Analysis – FIFA*) é usualmente utilizada para investigar a dimensionalidade dos testes. Este procedimento faz uso de padrões distintos de resposta ao item ao invés das intercorrelações, utilizando o modelo multifatorial baseado em estimativas de máxima verossimilhança marginal e no algoritmo EM (*Expectation – Maximization*) (WILSON; WOOD; GIBBONS, 1991). A FIFA possui vantagens em relação aos procedimentos convencionais de constatação da unidimensionalidade, destacando-se: o fato de considerar toda a informação empírica da aplicação do teste; avalia o acerto dado ao acaso; atenta para os casos omissos; possibilita soluções aos problemas no caso da matriz não

positiva-definida (LAROS; PASQUALI; RODRIGUES, 2000; PASQUALI, 2003). A FIFA ainda dispõe de um teste de significância estatística baseado na distribuição qui-quadrado para analisar a dimensionalidade do conjunto de itens e fornecer significância estatística correspondente ao peso do último fator adicionado ao modelo.

De acordo com Pasquali (2005), a realização da análise fatorial pode seguir as seguintes etapas: 1. *Verificação da fatorabilidade da matriz de correlações*. A primeira etapa a ser realizada em uma análise fatorial consiste em verificar se a matriz de covariâncias de fato tem covariâncias ou se todas as variáveis são independentes. Se todas as variáveis observadas forem independentes, significa que não existem fatores comuns e a análise produzirá tantos fatores quanto forem as variáveis (LAROS; PUENTE-PALACIOS, 2004). 2. *Número de fatores a serem extraídos*. Esse critério baseia-se na consideração de que um fator deve explicar pelo menos a quantidade de variância explicada por uma única variável (LAROS, 2005). 3. *Decisão sobre o tipo de rotação a ser utilizada*. Os métodos de rotação objetivam fortalecer as relações entre as variáveis e facilitar a interpretação dos fatores. 4. *Inspeção das cargas fatoriais*. 5. *Obtenção de índice de fidedignidade*, objetiva estimar a porcentagem da variância verdadeira que um teste está medindo (PASQUALI, 2003). 6. *Cálculo dos escores fatoriais*. O objeto da análise fatorial é o de reduzir dados. Assim, após a verificação das estruturas fatoriais dos instrumentos, podem ser calculados os escores fatoriais, utilizando cargas fatoriais acima de 0,3 como critério para o item permanecer na escala (TEZZA et al., 2018).

Para o ajuste do modelo na análise fatorial, foram analisados os seguintes índices: *Tucker-Lewis Index (TLI)*; *Comparative Fit Index (CFI)*; e *Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)*. Como critérios de ajuste, foram adotados os seguintes valores: TLI superior a 0,90; CFI superior a 0,90; e RMSEA de 0,05 a 0,08 (MEDEIROS et al., 2017).

CFI é uma medida adicional de ajuste do modelo, utilizada para comparar com modelos alternativos. Seus valores variam de 0 (zero; ajuste nulo) a 1 (um; ajuste perfeito), admitindo-se os valores superiores a 0,90 como indicativo de ajuste aceitável. TLI compara o modelo estimado com um modelo teórico nulo, ou seja, tem por finalidade determinar se todos os indicadores são associados a um único fator latente. Valores superiores a 0,95 indicam um ajuste robusto. RMSEA testa os resíduos entre o modelo teórico estimado e os dados empíricos obtidos. Valores altos são indicativos de um modelo não ajustado, recomendando-se valores próximos ou inferiores a 0,05, admitindo-se até 0,10 como um modelo aceitável (MEDEIROS et al., 2017).

#### 4.7.2 Análise dos dados qualitativos

Os dados coletados por meio das entrevistas semiestruturadas foram transcritos integralmente para viabilizar sua análise. Em um segundo momento, os dados qualitativos foram analisados por meio da técnica da Análise de Conteúdo de Bardin. Foi utilizado nesta etapa o software ALCESTE – *Analyse Lexicale par Contexte d’un ensemblement de Segment de Texte*, concebido originalmente por Max Reinert, do Centro Nacional de Investigação científica – CNRS, na França, no laboratório de Jean Paul Benzécri, e disponibilizado no mercado pela sociedade IMAGE <[http://imagezafar.com/index\\_alceste.htm](http://imagezafar.com/index_alceste.htm)>.

##### 4.7.2.1 Análise de conteúdo

A análise de conteúdo refere-se a um conjunto de técnicas cujo propósito é alcançar, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo dos discursos, critérios quantitativos ou não que viabilizem a inferência de informações relacionadas às condições de produção/recepção desses discursos. Esta técnica de análise pretende classificar os discursos em temas ou categorias para contribuir com o entendimento do que está por trás do que foi anunciado nas entrevistas (BARDIN, 2011). As etapas descritas por Bardin (2011) para a utilização da análise de conteúdo incluem: a pré-análise, a exploração do material e a interpretação dos resultados (inferência e interpretação).

Na fase inicial de pré-análise, o material é sistematizado no *corpus* da pesquisa. Selecionam-se os documentos, constroem-se hipóteses e estabelecem-se critérios que norteiem a interpretação final. Contudo, é essencial considerar alguns pressupostos: exaustividade - é fundamental esgotar todo o material coletado; representatividade - inclusão de sujeitos que sejam parte representativa do universo inicial; homogeneidade - obedecer a critérios precisos de escolha, para que os dados estejam relacionados ao mesmo objeto, sendo coletados a partir das mesmas técnicas e pesquisadores semelhantes; pertinência - necessidade de que o material seja coerente ao propósito da pesquisa; exclusividade - um componente não deve ser categorizado em mais de uma classe. O primeiro contato com o conteúdo do material é a fase na qual são formuladas hipóteses e os objetivos da pesquisa (CÂMARA, 2013).

Em seguida, realiza-se a fase de exploração do material, na qual os dados são codificados sistematicamente e classificados em unidades. A codificação dos dados refere-se à seleção de unidades de registro, as quais representam uma unidade a se codificar, podendo

esta ser um tema, uma palavra ou uma frase. Na seleção de critérios de contagem, a presença de unidades de registro pode ser significativa, a depender da frequência em que aparece determinado elemento; da intensidade medida por meio dos tempos verbais, advérbios e adjetivos; da relação favorável, neutra ou desfavorável e demais critérios associados; da sequência estabelecida entre as unidades de registros; e, por último, da concorrência, que diz respeito à presença concomitante de duas ou mais unidades de registro numa unidade de contexto.

Na utilização da análise de conteúdo, as categorias são consideradas como temas ou classes que reúnem determinados elementos agrupando características semelhantes. No processo de seleção de categorias, estabelecem-se os critérios semântico (temas), sintático (verbos, adjetivos e pronomes), lexical (sentido e significado das palavras) e expressivo (variações na linguagem e na escrita). Esse processo viabiliza o agrupamento de uma quantidade considerável de informações sistematizadas em duas etapas: a primeira, na qual se separam os elementos comuns, e a segunda, na qual se classificam os elementos e impõe-se organização.

Por último, na etapa de interpretação dos resultados, faz-se necessário retomar o referencial teórico, buscando embasar as análises para dar sentido à interpretação. As interpretações das análises orientadas por inferências investigam o que está em torno dos significados das palavras, para que expressem com maior robustez os discursos dos sujeitos.

#### 4.7.2.2 *Processamento dos dados qualitativos*

O tratamento dos dados coletados nas entrevistas foi realizado por meio do *software Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte* (ALCESTE), versão 2015. O ALCESTE é considerado uma ferramenta de análise, podendo ser utilizado em diversos modelos de investigação. Essa ferramenta de análise foi desenvolvida com a finalidade de obter uma classificação estatística de enunciados simples a partir do teste de qui-quadrado (Khi<sup>2</sup>), com a distribuição do vocabulário utilizado como base para a análise lexical das palavras de um conjunto de textos, independentemente da origem de sua produção. Considerado uma ferramenta útil para processar os dados, tal *software* deve ser compreendido, dessa forma, como um recurso que viabiliza a análise qualitativa de dados léxicos para auxiliar e complementar a análise de conteúdo (BENGOUGH et al., 2015).

Cada entrevista foi definida como uma Unidade de Contexto Inicial (UCI), a partir da qual o programa efetuou o fragmento. Etapa A - o programa reconhece as UCIs separando-

as em partes de texto de tamanhos iguais, chamadas Unidades de Contexto Elementar (UCEs), segmentos de textos constituídos de enunciados linguísticos. Assim, as ocorrências das palavras são agrupadas conforme seus radicais e são quantificadas as frequências dessas formas reduzidas. Etapa B – são quantificadas as matrizes de dados e as UCEs são agrupadas em classes. O conjunto das UCEs é classificado de acordo com a frequência de similaridade das palavras. Esta ferramenta de análise utiliza o método de classificação hierárquica descendente e produz a classificação definitiva. Etapa C - obtém-se o dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que sinaliza as relações entre as classes e disponibiliza informações que favorecem a descrição de cada uma das classes por meio do vocabulário léxico e das variáveis indicadas nas linhas de comando. Etapa D – selecionam-se as UCEs mais frequentes de cada classe e o vocabulário mais representativo das classes é contextualizado (NÓBREGA et al., 2017).

#### 4.8 ASPECTOS ÉTICOS

A realização do estudo obedeceu a critérios estabelecidos pela Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre ética em pesquisa com seres humanos, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), sendo submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob CAAE: 67265917.4.0000.5188 e parecer nº 2.140.637.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção, serão apresentados e discutidos os resultados das entrevistas e dos questionários. Inicialmente, serão expostas as características dos sujeitos respondentes dos questionários; em seguida, serão apresentados os participantes das entrevistas e suas percepções. Na sequência, serão abordados os resultados dos questionários à luz da TRI. Por fim, realizar-se-á uma aproximação entre os resultados dos questionários e das entrevistas, buscando aprofundar a análise a partir da complementariedade dos dados.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

O questionário para avaliar o conhecimento sobre os documentos norteadores foi aplicado com 288 profissionais do NASF do estado da Paraíba (n = 288). Destes, 240 são do sexo feminino (83,3%) e 48 do sexo masculino (16,7%). A faixa etária mais prevalente é a de 30 a 39 anos (42%), com média de idade de 34,2 anos. Em estudo similar realizado por Arce e Teixeira (2017), observou que os profissionais que trabalham no NASF são, em sua maioria, do sexo feminino, com idade média de 32 anos, características que se coadunam com as dos profissionais avaliados na pesquisa em tela. É importante destacar que, historicamente, há um predomínio das mulheres na força de trabalho para a saúde. Wermelinger et al. (2010) evidenciaram a hegemonia do sexo feminino entre os trabalhadores da saúde no Brasil (69%), sendo o estado da Paraíba o que apresenta o maior percentual (73%), o que caracteriza a feminização da saúde.

A composição da equipe inclui: fisioterapeutas (30,6%), nutricionistas (16,7%), psicólogos (13,5%), assistentes sociais (12,5%) e educadores físicos (11,1%) como os profissionais mais prevalentes. A implantação do NASF aumentou o número de profissionais cadastrados nas unidades básicas de saúde e centros de saúde. Segundo Carvalho et al. (2018), em nível nacional, as seguintes profissões se destacam pelo aumento no CNES: os profissionais de educação física, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e farmacêuticos apresentaram aumento de mais de 70%, quando comparado o período de 2008 a 2013.

Com a avaliação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica à saúde (PMAQ-AB), observou-se que fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais correspondem às categorias profissionais mais frequentes nos NASF em todo o Brasil, como constatado por Patrocínio, Machado e Fausto (2015). Esta tendência se

afirma na presente pesquisa por serem estas quatro categorias profissionais as mais prevalentes, demonstrando a necessidade desses profissionais para a população.

A maioria dos profissionais (74,7%) possui especialização em saúde, sendo 81 deles (28,1%) em Saúde Coletiva/Saúde Pública/Saúde da Família/NASF. Entretanto, apenas 22,9% dos profissionais participaram de alguma formação promovida pela gestão municipal com o objetivo de os preparar para o trabalho no NASF/AB.

O tempo de atuação profissional mais prevalente é de 37 meses ou mais, com tempo médio de 33,9 meses. Todavia, no estudo de Arce e Teixeira (2017), a média de tempo de trabalho dos profissionais NASF era de 24 meses. Esta característica pode estar associada ao fato de que um dos municípios investigados corresponde ao maior município do estado; conseqüentemente, com o maior quantitativo de profissionais. Justamente neste município, o NASF foi implantado desde 2008 e grande parte dos profissionais atua desde sua implantação. Entretanto, destaca-se que, nos municípios de médio porte investigados, é notória a rotatividade dos profissionais do NASF, principalmente pelos achados de equipes NASF incompletas e profissionais recém-admitidos no trabalho. O tempo de atuação profissional torna-se um importante fator no trabalho do NASF, uma vez que a longitudinalidade do cuidado, a atenção integral e a resolutividade em saúde podem ser afetadas negativamente, com o aumento da rotatividade dos profissionais e a ausência do vínculo entre profissionais e usuários, e entre equipes NASF e SF.

Os dados descritos estão demonstrados na tabela a seguir (**Tabela 1**).

**Tabela 1** – Características gerais dos profissionais do NASF.

	<i>n</i>	%
<b>Sexo</b>		
<i>Feminino</i>	240	83,3
<i>Masculino</i>	48	16,7
<b>Faixa etária</b> (média de idade: 34,23 anos). IC 95% (33,21; 35,24)		
<i>20 a 29 anos</i>	101	35,1
<i>30 a 39 anos</i>	121	42,0
<i>40 a 49 anos</i>	46	16,0
<i>50 anos ou mais</i>	20	8,9
<b>Categoria profissional</b>		
<i>Fisioterapeuta</i>	88	30,6
<i>Nutricionista</i>	48	16,7
<i>Psicólogo</i>	39	13,5
<i>Assistente social</i>	36	12,5
<i>Educador físico</i>	32	11,1
<i>Farmacêutico</i>	22	7,6
<i>Fonoaudiólogo</i>	18	6,3
<i>Médico ginecologista</i>	2	0,7
<i>Médico pediatra</i>	1	0,3
<i>Médico homeopata</i>	1	0,3
<b>Especialização</b>		
<i>Sem especialização</i>	73	25,3
<i>Saúde pública/ Saúde coletiva/Saúde da família/NASF</i>	81	28,1
<i>Outra especialidade em saúde</i>	119	41,3
<i>Educação</i>	11	3,8
<i>Recursos humanos</i>	2	0,7
<i>Não informou</i>	2	0,7
<b>Curso ofertado pela Gestão Municipal</b>		
<i>Não participou</i>	171	59,4
<i>Saúde da família/NASF</i>	66	22,9
<i>Especialidade em saúde</i>	17	5,9
<i>Não informou</i>	34	11,8
<b>Tempo de atuação no NASF</b> (média do tempo de atuação no NASF: 33,9 meses). IC 95% (30,85; 36,90)		
<i>0 a 6 meses</i>	62	21,5
<i>7 a 12 meses</i>	23	8,0
<i>13 a 18 meses</i>	20	6,9
<i>19 a 36 meses</i>	60	20,8
<i>+ de 37 meses</i>	127	42,7
<b>Total</b>	288	100

Fonte: Dados da pesquisa. Paraíba, 2019.

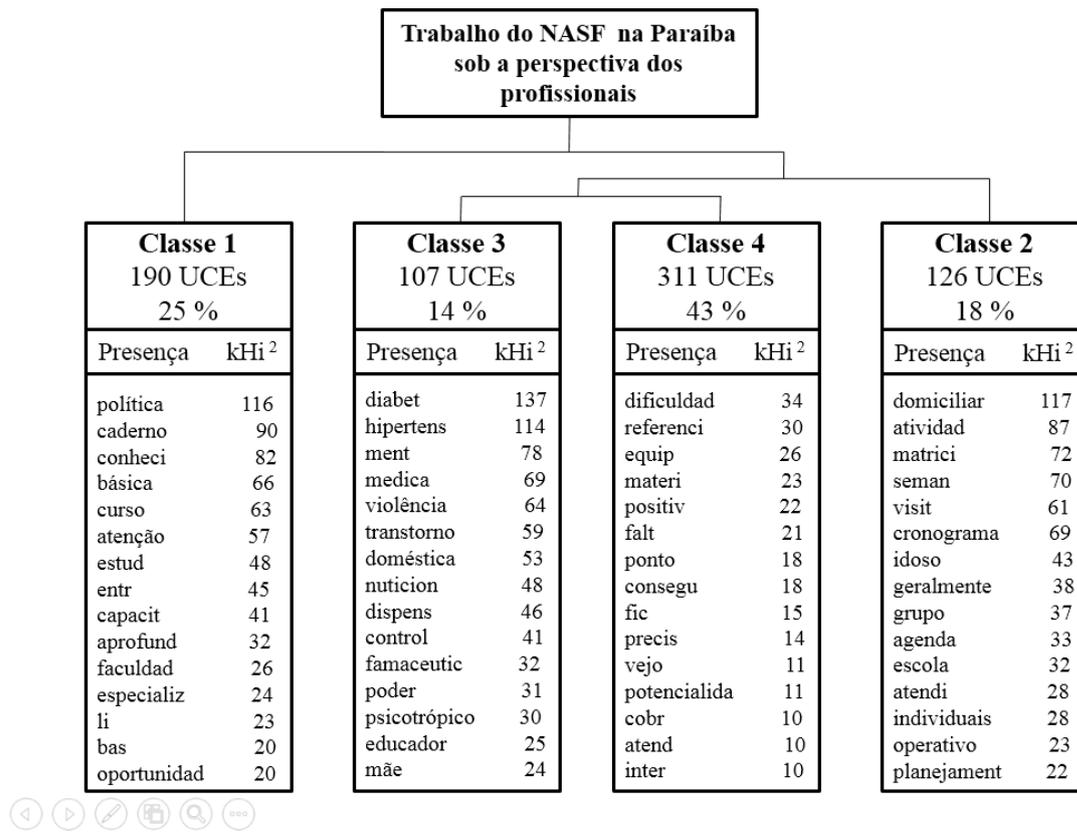
Participaram da entrevista 33 profissionais trabalhadores do NASF na Paraíba, sendo a maioria do sexo feminino (84,8%), com faixa etária entre 31 e 41 anos (48,5%). São assistentes sociais (24,2%) e fisioterapeutas (21,2%) com tempo de atuação no NASF superior a três anos, ou 37 meses ou mais (51,5%).

## 5.2 PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS ACERCA DO TRABALHO NO NASF NA PARAÍBA

Neste tópico, apresentaremos a análise dos dados coletados por meio das entrevistas com os profissionais que atuam no NASF da Paraíba. No processamento das entrevistas com os profissionais, foi dividido um total de 943 Unidades de Contexto Elementar (UCE's), dentre as quais 734 foram analisadas. Durante a análise, foi aproveitado 78% do *corpus* final, o que corresponde a um valor relevante com dados homogêneos, como descrevem Melo et al. (2016). O produto final das entrevistas com profissionais resultou em quatro classes, quais sejam: **Classe 1 – Conhecimento para atuação no NASF; Classe 2 – Características do trabalho do NASF; Classe 3 – Concretizando a atuação do NASF; Classe 4 – Fragilidades e potencialidades do NASF.** O *corpus* foi identificado como **Trabalho do NASF na Paraíba sob a perspectiva dos profissionais.**

Dentre os variados tipos de análise, foram utilizados a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e o dendrograma de classes. Segundo Camargo e Justo (2013), a CHD possibilita a investigação dos segmentos textuais com vocabulário semelhante entre si e diferente de outros fragmentos. A partir disso, foram calculadas as distâncias e afinidades por meio de testes qui-quadrado ( $kHi^2$ ). Com esses processos, o ALCESTE dispõe as palavras em um dendrograma a partir de um agrupamento dos termos, no qual as mais representativas são aquelas que apresentaram um maior valor de qui-quadrado, assim como exposto no dendrograma a seguir (Figura 4):

**Figura 4** –Dendrograma obtido por meio da Classificação Hierárquica Descendente.



Fonte: Dados da pesquisa. Paraíba, 2019.

#### CLASSE 1 - CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS PARA ATUAÇÃO NO NASF

Em seu vocabulário semântico, a Classe 1 demonstra associação com palavras referentes aos mecanismos utilizados pelos profissionais do NASF para adquirir conhecimento sobre a sua atuação. Destaca-se na fala dos profissionais o potencial dos documentos norteadores, como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e o Caderno de Atenção Básica (CAB) nº 39, como também cursos de especialização e a busca do profissional pelos conhecimentos necessários para o trabalho no NASF. Os profissionais apontaram ainda que os seus cursos de graduação auxiliaram nesse conhecimento, como também que as gestões municipais deveriam ofertar capacitação para este trabalho.

O trabalho proposto para o NASF apresenta estratégias e formas de organização considerados inovadores. Dessa forma, os profissionais envolvidos, assim como a população assistida, ainda estão se familiarizando com a lógica de atuação dessa equipe profissional (BARROS et al., 2015). Os documentos, como a PNAB e os CAB nº 27 e 39, representam as diretrizes orientadoras para o trabalho realizado. Embora explícita nesses documentos, mais

especificamente no CAB n° 39, a lógica do trabalho do NASF ainda representa limitação para alguns profissionais, como demonstrado na fala abaixo:

Não conheço o caderno 39 [CAB N° 39]. Não sei o que fez com que eu não tenha tido acesso, acho que o pessoal [gestão municipal] é muito disperso também, eles não se interessam tanto em capacitar, tem uma deficiência muito grande nisso (informação verbal)<sup>2</sup>.

Além de desconhecer os preceitos teóricos apresentados no CAB n° 39, norteadores para o trabalho no NASF, a fala acima ainda destaca a ausência de incentivo da gestão municipal em direcionar a formação dos trabalhadores do NASF. A formação de recursos humanos para o SUS é importante para os profissionais, uma vez que, tradicionalmente, a formação dos trabalhadores da saúde nas universidades brasileira ainda privilegia modelos tradicionais de ensino, verticalizados, médico-centrados e com foco na prescrição de condutas terapêuticas. Nesse tocante, Bispo Júnior e Moreira (2017) destacaram que a formação em saúde no Brasil treina técnicos competentes, mas pouco comprometidos com as políticas públicas de saúde, e muitas vezes têm concepções antagonistas aos princípios e diretrizes do SUS.

Entretanto, as universidades brasileiras têm mecanismos que auxiliam a superar essa lógica de ensino. Entre 2001 e 2004, todos os cursos de graduação na saúde atualizaram as diretrizes curriculares nacionais, as quais orientam a formação de um profissional voltado ao interesse da política nacional de saúde, com destaque para a atuação na AB. Alguns cursos, a exemplo da graduação em Psicologia (2011), Medicina (2014) e Farmácia (2017), realizaram recentemente uma nova atualização em suas diretrizes, apontando como perfil egresso um profissional alinhado aos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2011b, 2014b, 2017b).

Outras propostas foram instituídas pelo Governo Federal, como é o caso do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), objetivando a integração ensino-serviço, com vistas à necessidade de incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, para a abordagem integral do processo de saúde-doença (SANTOS et al., 2018). Outro exemplo é o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da ESF, viabilizando programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho,

---

<sup>2</sup> Entrevista semiestruturada concedida à pesquisadora por P-22, feminino, entre 31-41 anos, fisioterapeuta.

vivência e estágios dirigidos aos estudantes da área por meio do pagamento de bolsas (GONÇALVES et al., 2014).

Dessa forma, estratégias estão em curso para aproximar cada vez mais a formação em saúde da perspectiva do trabalhador para o SUS. Na fala abaixo, destaca-se o fato de que, no curso de graduação, foi possível ter conhecimento sobre os documentos que norteiam o trabalho para o NASF:

[...] na graduação eu já tinha visto esses cadernos, eu só aprofundi mais quando eu entrei, porque o município passou isso para a gente (informação verbal)<sup>3</sup>.

Aliadas aos processos formativos em nível de graduação, há experiências exitosas que buscam fortalecer a formação de recursos humanos para o SUS na pós-graduação. Gonçalves et al. (2014) destacaram que, em 1997, houve a implementação do projeto Reforço à Reorganização do SUS (REFORSUS), o qual criou polos de capacitação de recursos humanos em Saúde da Família e, posteriormente, cursos de especialização e residência em Saúde da Família. Já em 2011, o Ministério da Saúde criou o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, o qual confere ao participante a possibilidade de especialização em Saúde da Família e Comunidade por meio de cursos promovidos pela Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). E em 2013, o Ministério instituiu o Mais Médicos, o qual proporciona maior experiência no campo de prática médica durante seu processo de formação e, ainda, oferece curso de aperfeiçoamento para seus participantes (GONÇALVES et al. 2014).

Nessa perspectiva, o estado da Paraíba, por meio da Secretaria Estadual de Saúde em parceria com a Universidade Federal da Paraíba, ofertou os cursos de “Especialização em Política e Gestão do Cuidado, com ênfase no Apoio Matricial” (UFPB, 2011a) e “Especialização em Saúde da Família com ênfase na implantação das Linhas de Cuidado” (UFPB, 2011b), com o objetivo de instrumentalizar os profissionais de saúde para o trabalho na ESF e NASF. O Ministério da Saúde, em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz) e colaboradores oriundos de diferentes instituições de saúde e ensino do país, em busca de qualificar os trabalhadores e gestores do NASF no território brasileiro, lançaram o Curso Apoio Matricial na Atenção Básica, com Ênfase nos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF).

---

<sup>3</sup> Entrevista semiestruturada concedida à pesquisadora por feminino, entre 20 e 30 anos, terapeuta ocupacional.

Esses cursos representam um importante disparador para orientar mudanças nos conceitos e práticas dos profissionais, a fim de aproximar as diretrizes e a concretização das ações do NASF. O discurso abaixo destaca o potencial desses cursos para o conhecimento sobre o NASF:

Esses cadernos, de atenção básica e o n° 39, são extremamente importantes para se trabalhar no NASF, porque são muito esmiuçados; eu também participei de um curso como ouvinte, tipo uma especialização que a FioCruz fez sobre o NASF, eu acho interessante se todas as cidades fornecessem esses cursos, que todos os profissionais participassem dessas especializações (Informação verbal)<sup>4</sup>.

Embora os cursos de Especialização citados tenham desempenhado um importante papel na capacitação dos profissionais, em nível estadual esses cursos não perduraram. Alguns profissionais que tiveram a oportunidade de realizar esses cursos de Especialização em parte não atuam no NASF atualmente. Ao passo que outros profissionais foram inseridos no serviço sem passar por experiências de formação profissional para esse trabalho. Uma parcela dos profissionais destacou que conhecia os documentos norteadores e que esse conhecimento é muito importante para um efetivo trabalho dos Núcleos. Entretanto, tal conhecimento era adquirido por iniciativa pessoal, sem incentivo das gestões municipais ou mesmo apoio da gestão estadual de saúde.

Eu acredito que se tivessem mais oportunidades também, de outros cursos e capacitação, e também o interesse do próprio profissional, de estar procurando, de estar lendo, se informando. Sim, esses conhecimentos [PNAB e CAB. n° 39] são importantes. Você ter consciência do que é o trabalho da atenção básica, você ter consciência do que é o trabalho do NASF e você ter consciência do seu papel enquanto profissional que você está inserido, em cada categoria (informação verbal)<sup>5</sup>.

Os profissionais participantes desta pesquisa não identificaram estratégias de educação permanente em saúde orientados pela gestão municipal para qualificar o trabalho do NASF. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde apresenta a responsabilidade de cada esfera administrativa no processo de fomentar a qualificação dos profissionais de saúde. Em nível municipal, as gestões locais devem promover diretamente ou em cooperação com o

---

<sup>4</sup> Entrevista semiestruturada concedida à pesquisadora por P-20, feminino, entre 31 e 41 anos, psicóloga.

<sup>5</sup> Entrevista semiestruturada concedida à pesquisadora por P-23, masculino, entre 31 e 41 anos, educador físico.

Estado, com os municípios da sua região, bem como com a União, processos conjuntos de educação permanente em saúde (BRASIL, 2009b).

Fica evidente nas falas a ausência do apoio dos gestores municipais para o conhecimento das diretrizes do NASF, seja em cursos ou em capacitações formais, como destacado no discurso acima, os quais apresentam características de formações na modalidade Educação Continuada. Esta é fundamentada na transmissão vertical de conhecimento com o intuito de atualizar novos enfoques, novos procedimentos ou novas tecnologias. Na maior parte das vezes, os processos educativos ocorrem com os trabalhadores isolados do contexto real do trabalho (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2017).

Isto é corroborado pelo discurso abaixo, no qual se observa que as gestões municipais não oportunizam tempo dentro da agenda de trabalho dos profissionais para educação permanente em saúde, como rodas de conversa, discussão entre profissionais sobre os documentos norteadores e pressupostos do trabalho do NASF e da AB.

Conheço pouquíssimo a política [PNAB], conhecer profundamente, não. Eu acho que o que dificultou o acesso foi mais a falta de uma capacitação, somente para essa área mesmo, de atenção básica. Já li o caderno, não vou dizer que li todo, assim, a metade... O que falta é tempo, ter mais tempo para me dedicar mais e me aprofundar mais nesse livro (informação verbal)<sup>6</sup>.

É importante destacar que, para desenvolver um bom trabalho, é necessário minimamente que o profissional conheça os pressupostos do NASF. A gestão municipal é responsável por orientar o trabalhador ao ingressar neste trabalho, como também durante sua atuação, como forma de repensar as práticas desenvolvidas. A educação permanente em saúde é caracterizada pela aprendizagem no trabalho e para o trabalho. Ela parte do pressuposto de que aprender e ensinar são fatores indissociáveis e se incorporam no cotidiano dos serviços e na interação entre os profissionais. É uma concepção que norteia ações voltadas para o saber prático e transformador, pautada na interdisciplinaridade e atuação interprofissional. Além disso, tem papel de destaque para a consolidação do SUS como processo social, frente ao protagonismo exercido pelos profissionais de saúde (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2017).

No âmbito da APS, as ações de educação permanente em saúde são consideradas essenciais e devem ser incorporadas na prática cotidiana dos serviços. Entretanto, não foi observada nos discursos dos profissionais do NASF a prática de educação permanente entre os entrevistados.

---

<sup>6</sup> Entrevista semiestruturada concedida à pesquisadora por P-20, feminino, entre 31 e 41 anos, psicóloga.

## CLASSE 2 - CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO DO NASF

O conteúdo semântico desta classe reúne expressões voltadas às atividades desenvolvidas pelos profissionais durante uma semana típica de trabalho no NASF. São citados pelos participantes na pesquisa como possibilidades de atividades: atendimentos individuais, visitas/atendimentos domiciliares, matriciamento, atividades na escola, grupos operativos, atividades de planejamento e atividades administrativas. Os discursos apontam uma diversidade de atividades desenvolvidas pelos profissionais. Contudo, há um predomínio das condutas individuais e curativas em detrimento das atividades coletivas, de promoção e prevenção à saúde, como também as atividades de apoio matricial.

Nos discursos abaixo, podemos observar que não há uma regra quanto às atividades desempenhadas pelos profissionais do NASF. Cada equipe e profissional têm sua forma de organizar a agenda de trabalho. Entretanto, é perceptível a predominância de atividades individuais e curativas, como visitas e atendimentos domiciliares e ambulatoriais. Apesar de ser explícita a orientação, por meio dos documentos norteadores, de que o atendimento individual deve acontecer em casos excepcionais, muitos profissionais o realizam de forma preferencial. O apoio matricial, em contrapartida, que deveria ser a estratégia prioritária de atuação desses profissionais, aparece nos discursos de poucos deles, sendo utilizado esporadicamente.

Pela manhã a gente faz geralmente todas as visitas domiciliares e à tarde a gente faz atendimento ambulatorial, apenas aqueles profissionais encaminhados pela unidade. Em alguns momentos quando a agenda dá, a gente faz atividades coletivas, faz matriciamento, sala de espera, geralmente é isso (informação verbal)<sup>7</sup>.

O trabalho no NASF deve pautar-se pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial. O matriciamento compreende compartilhar, apoiar, corresponsabilizar-se por determinada demanda de saúde apresentada por um usuário, um grupo familiar ou uma coletividade. Corresponde a uma estratégia quanto ao modo de viabilizar e organizar o trabalho entre duas equipes, em que uma delas se refere à equipe de referencial ao usuário que necessita de cuidado, enquanto a outra não tem, necessariamente, relação direta com os sujeitos cuidados, mas, quando solicitada, auxilia na compreensão do caso e em sua resolução (BARROS et al., 2015).

---

<sup>7</sup> Entrevista semiestruturada concedida à pesquisadora por P-29, feminino, entre 31 e 41 anos, nutricionista.

Embora represente a estratégia prioritária do trabalho do NASF, destaca-se no discurso acima o fato de o matriciamento ocorrer “quando a agenda dá”, demonstrando que o perfil de trabalho desenvolvido está distante do esperado para esses trabalhadores. Outra importante característica da atuação na AB, e neste discurso apresenta-se apenas “quando a agenda dá”, corresponde às atividades educativas coletivas. No estudo realizado por Bispo Júnior e Moreira (2017), em seis municípios da Bahia, foi observado pelos profissionais do NASF e EqSF que as atividades educativas desenvolvidas são escassas e estão aquém das necessárias para transformar as práticas de trabalho e fundamentar um cuidado resolutivo e humanizado na AB, o que corrobora os resultados da pesquisa em tela.

Além do predomínio do atendimento individual, o discurso abaixo destaca o atendimento por meio de grupos operativos.

E durante a semana a gente divide entre as visitas domiciliares, atendimentos na unidade e participação dos grupos operativos das equipes. Geralmente a gente trabalha com grupo de idosos, aí tem o grupo de gestantes que está tentando iniciar e o grupo de hipertensos e diabéticos (informação verbal)<sup>8</sup>.

O trabalho em grupo pode ter diferentes metodologias e finalidades. O grupo deve propiciar a socialização, integração, apoio psíquico, trocas de experiências e de saberes, além a construção de projetos coletivos. Dessa forma, a opção por trabalhar em grupo não deve ter por objetivo “dar conta da demanda” (BRASIL, 2014). A proposta dos grupos operativos, como destacado no discurso acima, consiste em um trabalho com um grupo de pessoas, cujo objetivo é promover um processo de aprendizagem para os sujeitos envolvidos, estabelecendo vínculos. Aprender em grupo significa uma leitura crítica da realidade, uma atitude investigadora, uma abertura para as dúvidas e para as novas inquietações. Enquanto os grupos de educação em saúde, como também foi destacado no discurso acima, correspondem a um conjunto de saberes e práticas voltadas para a prevenção de doenças e promoção de saúde (MENEZES; AVELINO, 2016), em geral para grupos específicos, como citado: idosos, gestantes, diabéticos, hipertensos, dentre outros.

No entanto, é possível inferir que há fragilidades na atuação desses profissionais na perspectiva pedagógica do trabalho do NASF, uma vez que a atuação técnica ganha destaque na fala dos participantes. Essa mesma realidade foi observada no trabalho de Bispo Júnior e Moreira (2017) na Bahia.

---

<sup>8</sup> Entrevista semiestruturada concedida à pesquisadora por P-9, masculino, entre 20 e 30 anos, fisioterapeuta.

Embora o atendimento individual, prioritariamente, seja realizado em menor frequência no trabalho do NASF, ele representa para os participantes desta pesquisa a principal forma de atuação. Este achado pode suscitar outros desafios que necessitam ser superados na AB, como o quantitativo de usuários necessitando de atendimento especializado e a fragilidade da rede de atenção à saúde, a qual não consegue suprir a necessidade de atendimento especializado de qualidade para a demanda reprimida. De forma semelhante, Brito, Mendes e Santos Neto (2018) identificaram que há um predomínio no atendimento curativista individual realizado pelos profissionais das EqSF no município de João Pessoa, na Paraíba. Associado a esses fatores, ainda há uma resistência dos usuários a participarem de atividades coletivas em detrimento das atividades curativas individuais (HORTA et al., 2009).

Um discurso ressaltou a participação no programa saúde da escola e a realização de atividades, como palestras em sala de espera. Destaca-se, neste discurso, a pontualidade das ações realizadas. Pode-se inferir que há um rodízio nas atividades desenvolvidas, descaracterizando o formato de atividades suscitada entre negociação com as EqSF e análise das necessidades do território assistido.

Uma semana a gente faz o programa de saúde na escola, outra semana a gente faz sala de espera, grupos, outra semana a gente prioriza mais atendimentos e visitas com consulta agendada, tem semana que a gente separa para fazer relatório (informação verbal)<sup>9</sup>.

Há ainda uma particularidade em uma parcela dos profissionais participantes que acumulam em sua responsabilidade a atuação como profissional NASF e gerente de unidades de saúde. Essa característica está presente apenas em um dos municípios analisados. Os documentos que orientam o trabalho no NASF não preveem esse tipo de atuação desempenhada concomitantemente. Há previsão no CAB nº 39 para atuação quanto às demandas de cuidado e apoio à gestão do cuidado em saúde, e não especificamente apoio à gestão das unidades básicas de saúde. Tal sobreposição de papéis compromete o planejamento e a execução do trabalho dos NASF conforme os pressupostos dos documentos norteadores, uma vez que o profissional dispõe de menos tempo para realizar as atividades previstas, dentro do escopo de atividades do NASF.

Para além da função do apoio matricial presente no NASF, a Política Nacional de Humanização, lançada em 2004, designou um outro tipo de apoio, o apoio institucional,

---

<sup>9</sup> Entrevista semiestruturada concedida à pesquisadora por P-28, feminino, entre 31 e 41 anos, assistente social.

compreendido como uma ação na interface entre produção de saúde e produção de subjetividade, entre análise das demandas e ofertas, entre as instituições de saúde e os movimentos que estranham seus funcionamentos, sejam eles movimentos sociais, analisadores sociais ou mesmo os movimentos sensíveis que operam aberturas e alteram os modos de sentir e perceber o mundo (BRASIL, 2010c). Nesse sentido, temos como característica do apoiador institucional (BRASIL, 2006, p. 14):

[...] o apoiador não é simplesmente um consultor, que palpita sobre o trabalho e diz das mazelas do grupo; nem tampouco sua ação se resume à assessoria, indicando caminhos a partir de um suposto saber externo que atua sobre o grupo. Sem negar estas especificidades, o apoiador é alguém que penetra no grupo para acioná-lo como dispositivo, apresentando como um “fora dentro incluído”, alguém que atravessa o grupo não para feri-lo, ou para anunciar suas debilidades, mas para operar junto com o grupo em um processo de transformação na própria grupalidade e nos modos de organizar o trabalho e de ofertar ações e estratégias de saúde.

Moura e Luzio (2014) destacaram que o apoio pode ter “faces”, como “apoio matricial”, “apoio à gestão”, “apoio institucional”. Segundo os autores, a operacionalização dessa função permite o aparecimento de faces diversas no exercício do apoio em ato, com alternância dessas faces, em diferentes intensidades, mas de maneira não excludente. Ou seja, o que queremos dizer é que a operacionalização do apoio matricial não exclui a operacionalização do apoio institucional ou do apoio à gestão. Entretanto, no discurso abaixo, a função “gerencial” destacada pelo profissional, corresponde à gerência das unidades de saúde, trabalho este que no ato se concretiza ao coordenar cumprimento de horários dos demais profissionais, solucionar ou buscar soluções para a manutenção e reparação da integridade física da unidade de saúde, dentre outras funções estritamente gerenciais:

“[A demanda é] espontânea, que aparece durante o dia, e pronto, é isso mesmo. Todos os turnos pela manhã eu fico na parte gerencial e às tardes, uma vez ou outra tem essas atividades coletivas (informação verbal)<sup>10</sup>.”

A atividade desempenhada pelo profissional que exerce atividades em “parte gerencial” repercute negativamente no trabalho do NASF no contexto do município analisado, uma vez que, ao realizar atividades gerenciais, o profissional não consegue se dedicar à

---

<sup>10</sup> Entrevista semiestruturada concedida à pesquisadora por P-11, feminino, entre 31 e 41 anos, fisioterapeuta.

demanda que existe para a EqSF, como a dimensão clínico-assistencial e pedagógica para as equipes que apoiam e usuários.

### CLASSE 3 - CONCRETIZANDO A ATUAÇÃO DO NASF

Com o fito de conhecer as ações realizadas pelos profissionais do NASF participantes do estudo, foi apresentada a eles a situação-problema descrita a seguir. Ademais, questionou-se como eles se posicionariam diante dela: *“Você foi contratado para atuar em uma equipe NASF a qual está vinculada a seis equipes Saúde da Família, em um território com muitos casos de hipertensão, diabetes, transtornos mentais e violência doméstica. Quais as atividades que poderiam ser realizadas?”*

Os discursos destacam as atividades que os profissionais desenvolveriam: dispensação de medicamentos e orientação medicamentosa, assim como palestras, atividades em grupos para hipertensos e diabéticos e ações de educação em saúde. Poucos profissionais destacaram como possibilidade de atuação ações conjuntas com o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), atenção integral ao usuário e família, assim como ações interprofissionais e a construção de Projeto Terapêutico Singular.

Essa situação-problema procurou investigar como se daria a atuação dos profissionais frente a um caso real de um território com vulnerabilidades. A situação-problema ilustrada, apesar de fictícia, poderia ser a realidade de diversas equipes NASF analisadas, pois ela apresenta agravos comuns na população brasileira.

Junto com a equipe faria um monitoramento desses pacientes para que eles tomem a medicação junto com o agente de saúde para saber se eles estão tomando a medicação, como é que está sendo o hábito de vida deles e tentar fazer um acompanhamento mais próximo desse público (informação verbal)<sup>11</sup>.

No caso do grupo de Hiperdia [hipertensos e diabéticos] eu faria diversas ações, principalmente para ter um controle de aferição de pressão, da glicemia, porque isso é bom para o paciente. No caso de saúde mental, palestras também (informação verbal)<sup>12</sup>.

Nos discursos acima, os profissionais destacam a necessidade de um acompanhamento próximo aos usuários com hipertensão e diabetes para controle da pressão e glicemia,

---

<sup>11</sup> Entrevista semiestruturada concedida à pesquisadora por P-9, masculino, entre 20 e 30 anos, fisioterapeuta.

<sup>12</sup> Entrevista semiestruturada concedida à pesquisadora por P-18, feminino, entre 20 e 30 anos, farmacêutica.

respectivamente, como também a orientação e supervisão dos medicamentos em uso para tais patologias. Prevalece nesses casos o acompanhamento terapêutico das patologias já instaladas. Porém, enquanto equipe NASF, as possibilidades de atuação são amplas, como ações de prevenção de agravos, orientação para mudanças dos hábitos de vida, atividades em grupo terapêuticos, referência para outros pontos da atenção à saúde aos casos complicados, avaliação das condições de vida dos usuários, ações que visem a diminuir o risco do grupo familiar dos usuários desenvolver as mesmas patologias, potencializar a busca de comunidades saudáveis por meio de ações intersetoriais, discutir com a equipe de referência o percentual de usuários com hipertensão e diabetes e juntos desenvolver estratégias para diminuir essa incidência, dentre tantas outras possibilidades de atuação (BRASIL, 2014). Nesse caso, destacamos que alguns profissionais apresentam uma visão limitada quanto às suas possibilidades de atuar nos casos de hipertensos e diabéticos, perpetuando a lógica do atendimento e assistência biológica.

Nos discursos abaixo, podemos observar que, para outros profissionais, a possibilidade de um olhar ampliado para os usuários assistidos está presente.

Hipertensão, diabetes, a gente não só focar naqueles casos que já tem, mas também a questão da prevenção, familiares dessa pessoa, que poderiam também ser susceptíveis a desenvolver, pelo menos a diabetes e a hipertensão a gente não trabalha só com o que já está doente, mas também com aquele que pode adoecer, e também ver a questão da prevenção na área, para evitar que esses casos aumentem mais (informação verbal)<sup>13</sup>.

Hoje a gente já tem esse olhar. No caso dos hipertensos e diabéticos, seria extremamente importante um grupo, porque todos os profissionais atuam, o psicólogo, o nutricionista e o educador físico, como a gente já tem (informação verbal)<sup>14</sup>.

Saber o porquê está prevalecendo essas doenças. E o contexto social? E a alimentação? Então a gente precisa ver o usuário como um todo, na verdade, para saber o que é que está causando aquela hipertensão, mas no geral a gente faria aquele apurado para saber e de uma forma mais ampla quando fosse trabalhar a hipertensão (informação verbal)<sup>15</sup>.

Dentre as ferramentas tecnológicas para a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF, temos a clínica ampliada. Nos discursos acima destacados, os profissionais apresentam características positivas, na busca da clínica ampliada, por meio de atuação que ultrapassa o limite nuclear de sua profissão. Eles procuram compreender o

---

<sup>13</sup> Entrevista semiestruturada concedida à pesquisadora por P-15, feminino, entre 20 e 30 anos, nutricionista.

<sup>14</sup> Entrevista semiestruturada concedida à pesquisadora por P-30, feminino, entre 31 e 41 anos, psicólogo.

<sup>15</sup> Entrevista semiestruturada concedida à pesquisadora por P-10, feminino, entre 31 e 41 anos, fisioterapeuta.

processo saúde-doença de forma ampliada, assim como buscam compartilhar o diagnóstico e a terapêutica com os demais profissionais da equipe (BRASIL, 2009). Dessa forma, almejam um atendimento integral ao indivíduo, de maneira a aumentar a resolutividade dos casos acompanhados.

No tocante ao agravo de saúde mental apresentado no caso fictício, poucos foram os profissionais que buscaram discorrer sobre estratégias para superar essa situação.

E aí poderia fazer algumas ações educativas sobre o uso racional das medicações, de psicotrópicos, tentar entender qual o perfil dessa comunidade que poderia intervir com algumas ações também junto com o CRAS (informação verbal)<sup>16</sup>.

O discurso destaca a possibilidade de ações conjuntas com o CRAS para intervir nos casos de transtornos mentais. Esta ação intersetorial está prevista no escopo de atividades que o NASF pode realizar na assistência junto às EqSF para a área de saúde mental (BRASIL, 2009, p. 47). Como possibilidade de atuação nesse agravo, destacam-se ainda: a construção de projetos para detecção precoce; ações que visem à difusão de uma cultura solidária e inclusiva; ampliação do vínculo com as famílias e com a comunidade; estimulação da mobilização de recursos comunitários, busca pela construção de espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como grupos comunitários e de promoção de saúde, e ainda o subsídio ao monitoramento e avaliação das ações de saúde mental na Saúde da Família (BRASIL, 2009, p. 47).

Embora crescente na sociedade brasileira, os casos de violência doméstica parecem ser, dentre os agravos expostos na situação-problema, o aspecto em que os profissionais têm maior dificuldade em buscar estratégias de acolher e intervir. A violência doméstica entende-se além das agressões ocorridas entre membros da mesma família, incluindo aquela cometida por outras pessoas que convivam no espaço doméstico (BRASIL, 2001), abordando diferentes formas de violência doméstica (contra mulher, criança e adolescente), independentemente de sua natureza (física, psicológica, sexual, por privação ou abandono) (MOREIRA et al., 2014).

Violência doméstica é algo mais delicado de se falar, de se abordar, até porque muitos casos são subnotificados, então muitas vezes a gente não chega a saber. Quando a gente sabe, a gente tenta ver o que é que pode fazer, no caso, um assistente social, ver o que pode estar acompanhando, a própria

---

<sup>16</sup> Entrevista semiestruturada concedida à pesquisadora por P- 9, masculino, entre 20 e 30 anos, fisioterapeuta.

psicóloga, como é que ela pode estar acompanhando esse caso (informação verbal)<sup>17</sup>.

Os casos de violência doméstica representam fragilidades para a atuação de profissionais da AB. O limitado preparo dos profissionais para lidar com essas situações é perceptível no momento em que eles, por vezes, esquivam-se diante dessa realidade. No estudo de Moreira, Martins e Feuerwerker (2014), constatou-se que a organização do serviço a partir das diretrizes da Estratégia de Saúde da Família propiciou condições favoráveis para o enfrentamento da violência doméstica. Entretanto, no estudo citado, observou-se que há diferentes graus de “visibilidade” entre as violências, uma vez que as ações das equipes voltaram-se prioritariamente para as situações de maus-tratos contra a criança. A violência contra a mulher em geral não foi tomada como objeto da equipe. Destacou-se, ainda no estudo citado, a articulação entre EqSF e NASF no atendimento a esses casos.

#### CLASSE 4 – FRAGILIDADES E POTENCIALIDADES DO NASF

Esta classe traz em seu vocabulário semântico a visão crítica dos profissionais sobre o trabalho do NASF, apontando suas fragilidades e potencialidades. Os profissionais identificam como fragilidades do NASF: baixos salários, espaço físico inadequado e recursos materiais insuficientes, como também a falta de transporte para deslocamento da equipe NASF no território, a grande demanda de atendimentos que não são perfil da APS, a rotatividade de profissionais e equipes NASF incompletas, o diálogo frágil com a rede de serviços e com os profissionais das EqSF, a não utilização das ferramentas de trabalho do NASF, grande demanda de atividades administrativas, dentre outras.

As dificuldades são material que a gente não tem, os locais, espaço físico, reconhecimento, mais abertura das equipes e a questão salarial mesmo, que você fica meio que desmotivado (informação verbal)<sup>18</sup>.

A condição de trabalho, transporte, não tem como a gente dá cobertura a seis unidades, então é impossível, às vezes fico aqui em cima porque não tem como estar se deslocando (informação verbal)<sup>19</sup>.

---

<sup>17</sup> Entrevista semiestruturada concedida à pesquisadora por P-2, feminino, idade entre 31 e 41 anos, fonoaudiólogo.

<sup>18</sup> Entrevista semiestruturada concedida à pesquisadora por P-23, masculino, entre 31 e 41 anos, educador físico. A pesquisadora optou por não seguir, no caso das citações de até três linhas que aparecem em destaque nesta tese, as diretrizes da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), para que não se perdesse o efeito de ênfase das referidas citações.

<sup>19</sup> Entrevista semiestruturada concedida à pesquisadora por P-17, feminino, entre 20 e 30 anos, nutricionista.

Nos discursos acima destacados, observam-se as dificuldades apontadas pelos profissionais relativas à gestão dos serviços. Correia, Goulart e Furtado (2017) asseveraram que a precariedade das condições de trabalho, representada pela falta de espaço físico e de materiais, de aparatos tecnológicos, de meios de comunicação e de transporte, é um empecilho para o exercício das ações do NASF. Vinculados a esses agravos, o número elevado de EqSF para matriciar compromete o tempo necessário para um efetivo apoio. As gestões municipais precisam priorizar o trabalho do NASF e investir em recursos para otimizar a ação desse Núcleo, aumentando o potencial de resolutividade das equipes. Os baixos salários e a falta de um plano de carreira para os profissionais representam mais um ponto negativo para eles (CORREIA; GOULART; FURTADO, 2017). Conforme elucida o colaborador, “E aí acaba que ela fica com uma demanda muito grande de pacientes que não seriam perfil para ela atender, mas que ela precisa dar uma resposta para aquele usuário” (informação verbal)<sup>20</sup>.

Dentre as dificuldades elencadas, a grande demanda de pacientes com perfil de assistência em outros níveis de atenção aparece em destaque. Esta dificuldade foi encontrada em outros estudos que avaliaram o NASF (BONALDI; RIBEIRO, 2014; LANCMAN; BARROS, 2011) e demonstra estar associada à inexistência de uma rede de assistência à saúde que garanta a possibilidade de referência dos usuários que demandam atenção nos níveis secundários e terciários. Os usuários, ao saberem que existe uma equipe multiprofissional na APS, reconhecem-na como uma possibilidade de ter a assistência de que necessitam próximo à sua residência. Além disso, parte dos profissionais da ESF visualiza no NASF a possibilidade de compartilhar a demanda por atendimento clínico que recorria, até antes da implantação dos NASF, apenas para a ESF.

Essa dificuldade de entendimento de profissionais da ESF sobre o que é perfil de atividades desempenhadas pelo NASF fica evidente no discurso que segue:

“Então essa falta de entendimento de qual é o perfil do NASF e do trabalho que ele desenvolve também é uma dificuldade do trabalho da gente” (informação verbal)<sup>21</sup>.

No estudo de Gonçalves et al. (2015), observaram-se características semelhantes, nas quais os profissionais da ESF e alguns profissionais do próprio NASF não tinham

---

<sup>20</sup> Entrevista semiestruturada concedida à pesquisadora por P-9, masculino, entre 20 e 30 anos, fisioterapeuta.

<sup>21</sup> Entrevista semiestruturada concedida à pesquisadora por P-9, masculino, entre 20 e 30 anos, fisioterapeuta.

entendimento do papel dos Núcleos. Dessa forma, a lógica do atendimento especializado e não compartilhado se perpetua.

O número excessivo de atendimentos com ênfase nas ações individuais e atenção especializada limita a atuação do NASF voltada às ações coletivas e pedagógicas prescrita pelos documentos norteadores para os Núcleos. Este fato é notório no discurso a seguir: “Dificuldade de marcar reuniões, a questão do próprio matriciamento, o projeto terapêutico singular também que não existe, então dificulta muito o trabalho de ser NASF” (informação verbal)<sup>22</sup>.

O trabalho do NASF visa a superar a fragmentação do cuidado em saúde por meio de ferramentas tecnológicas de trabalho, tais como apoio matricial, clínica ampliada, Projeto Terapêutico Singular (PTS), Projeto de Saúde no Território (PST) e pactuação do apoio (BRASIL, 2014a). Entretanto, os profissionais têm dificuldade de colocar em prática essas ferramentas. O trabalho do NASF não se consolida apenas com os profissionais dos Núcleos. É necessário o compartilhamento de ações e responsabilidades com os demais profissionais da AB, sobretudo das EqSF.

O trabalho entre as equipes NASF e EqSF por vezes apresenta desentendimentos vinculados às expectativas dos profissionais acerca do trabalho do outro. Há ainda uma incerteza por parte de alguns profissionais da ESF sobre a real atuação do NASF, os quais terminam por esperar que este solucione sozinho as demandas da população adscrita. É importante evidenciar que o trabalho entre o NASF e a EqSF depende da corresponsabilidade e do desenvolvimento de ações compartilhadas, que, por sua vez, devem ser planejadas a partir das demandas dos territórios sob a responsabilidade das duas equipes. Partilhar e construir reflexões e ações exige disponibilidade não apenas temporal, mas também subjetiva dos trabalhadores que integram as equipes (BARROS et al., 2015).

No trabalho de Barros et al. (2015), observou-se que o NASF e as EqSF têm prioridades diferentes quanto ao trabalho na APS. Enquanto para o NASF as ações compartilhadas se configuram como prioridade, para as EqSF o foco situa-se na demanda da população por atendimentos individuais. Porém, quando se aproximavam as fronteiras da atuação dos profissionais e todos se sentiam responsáveis por determinada problemática, era possível construir práticas coletivas e mais adequadas à necessidade da população. No discurso abaixo, é notável a fragilidade na relação entre os profissionais dessas equipes.

---

<sup>22</sup> Entrevista semiestruturada concedida à pesquisadora por P-15, feminino, idade entre 20 e 30 anos, nutricionista.

[...] A falta de interesse das outras equipes em ajudar a gente, porque a gente é NASF, mas está de apoio aqui. Tem muitas unidades, muitos profissionais que não ajudam, botam sempre dificuldades e a gente trabalha com ação, coisas externas e tem unidade que dificulta isso, aqui na minha eu tenho essa dificuldade de ter ações (informação verbal)<sup>23</sup>.

A relação entre as equipes NASF e SF apresenta tensões importantes que dificultam o trabalho compartilhado. Nesse sentido, destaca-se que a relação conflituosa entre ambas as equipes advém da função apoio desenvolvida pelo NASF, e muitas vezes incompreendida pela EqSF (SOUZA; MEDINA, 2018). A lógica empreendida da dinâmica de trabalho dos NASF's para se concretizar precisa alterar a rotina de trabalho da ESF, por meio de mudanças nas concepções dos trabalhadores que, de maneira geral, produzam impacto no modelo assistencial curativo, centralizador e biomédico. Os conflitos identificados podem, ainda, ser interpretados como desdobramentos das dificuldades de uma passagem da disciplinaridade própria de cada profissão para a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade, exigidas pelo apoio matricial e pelo trabalho em saúde (MARTINEZ; SILVA; SILVA, 2016).

Eu acho que muito mais que a diretriz mesmo e o apoio, a equipe deveria dar o suporte, que a equipe acaba tendo o NASF como não parceiro, por desenvolver em alguns aspectos questões administrativas (informação verbal)<sup>24</sup>.

Realizo sim o projeto terapêutico singular, mas isso depende muito também da equipe, que tem equipe como eu te falei, tem muita rotatividade, quando você começa a construir um elo com o médico, o médico sai e isso dificulta o nosso trabalho (informação verbal)<sup>25</sup>.

A rotatividade de profissionais é um problema na AB, independentemente da equipe de saúde que se analise. A situação empregatícia precária e os salários pouco atrativos contribuem para a alta rotatividade de profissionais (CARVALHO et al.; 2018; CORREIA; GOULART; FURTADO, 2017; MARTINEZ; SILVA; SILVA, 2016; MELO; MIRANDA; SILVA; LIMEIRA, 2018). Como pressuposto da AB, o vínculo entre profissionais e usuários fica comprometido com a rotatividade dos atores envolvidos. Tal fato se revela por meio da fragmentação no cuidado prestado, limitando os mecanismos de referência e

---

<sup>23</sup> Entrevista semiestruturada concedida à pesquisadora por P-16, feminino, entre 20 e 30 anos, nutricionista.

<sup>24</sup> Entrevista semiestruturada concedida à pesquisadora por P-7, feminino, idade entre 31 e 41 anos, educadora física.

<sup>25</sup> Entrevista semiestruturada concedida à pesquisadora por P-24, masculino, idade entre 31 e 41 anos, educador físico.

contrarreferência, assim como por meio da dificuldade de interação e diálogo entre os profissionais.

E também de alguns enfermeiros que não são efetivos, então uma grande rotatividade acaba atrapalhando o trabalho nosso de referência, contrarreferência, o trabalho multidisciplinar [...] (informação verbal)<sup>26</sup>.

Na Classe 4, além das fragilidades da atuação profissional no NASF, destacaram-se as seguintes potencialidades: a articulação das RAS, o trabalho em equipe multiprofissional, o fortalecimento do vínculo entre as EqSF e a comunidade, o aumento da resolutividade dos casos e a promoção à saúde da população assistida.

A atuação dos serviços e equipes em rede pressupõe o fortalecimento das estratégias de encontros, comunicação e relacionamentos entre profissionais tanto quanto a implantação de serviços, planejamento de oferta e sistemas logísticos. O NASF pode assumir um papel de articulação entre as equipes AB e os demais serviços de saúde e órgãos de outros setores, favorecendo a organização de fluxos de atenção que facilitem a coordenação e continuidade do cuidado. Cabe ressaltar ainda a importância de os profissionais das equipes de referência também se comunicarem e se encontrarem com equipes e profissionais de outros pontos de atenção, fazendo conexões em defesa da vida dos usuários (BRASIL, 2014a).

A possibilidade de atuar articulando as redes aumenta a resolutividade das ações na AB e é vista nesta pesquisa como uma potencialidade. O trabalho em equipe multiprofissional também é visto como positivo, principalmente para uma profissão que historicamente tem atrelado ao seu fazer a atuação reabilitadora, como é o caso da fisioterapia, conforme apresentado no fragmento abaixo.

De potencialidades: o aprendizado como um todo, da articulação com a rede. Eu como fisioterapeuta, de assistir o usuário, de trabalhar com a equipe multiprofissional e fazer o projeto terapêutico singular e de a gente obter sucesso com várias demandas que a gente tem de usuários, o que eu encaro como positivo, o lado bom, é realmente esse (informação verbal)<sup>27</sup>.

As atividades multiprofissionais voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida dos usuários são importantes mecanismos para alcançar a corresponsabilização dos

---

<sup>26</sup> Entrevista semiestruturada concedida à pesquisadora por P-24, masculino, idade entre 31 e 41 anos, educador físico.

<sup>27</sup> Entrevista semiestruturada concedida à pesquisadora por P-10, feminino, idade entre 31 e 41 anos, fisioterapeuta.

profissionais envolvidos e a gestão integrada do cuidado no NASF. Uma das estratégias utilizadas para o desenvolvimento das ações multiprofissionais são as práticas de grupos. Para Silva et al. (2003), as atividades de grupo podem ser consideradas um importante recurso para a assistência em saúde, capaz de contribuir para possibilitar mudanças no modo como o ser humano compreende e se responsabiliza por sua saúde, além de melhorar sua qualidade de vida e ampliar a efetividade das relações entre os usuários e as unidades de saúde.

Nessa perspectiva, constatou-se que o vínculo entre a ESF e a comunidade melhorou, sobretudo por meio dos grupos de atividades desenvolvidos pela equipe NASF.

O vínculo entre a estratégia [ESF] e a comunidade ele melhorou, porque antes as pessoas chegavam bem armadas e começaram esses grupos, a gente começou a trabalhar, a gente está vendo outras questões (informação verbal)<sup>28</sup>.

A criação de vínculos entre usuários e profissional compreende a integralidade do cuidado, visto que a saúde não se define por um desarranjo no estado saúde-doença de um indivíduo ou uma população. A relação de respeito e escuta entre profissionais e usuários faz diferença na realização das práticas e ações de saúde, já que consiste em uma relação de respeito mútuo necessária para o desenvolvimento do trabalho (MEDEIROS et al., 2010). Na pesquisa de Fernandes, Souza e Rodrigues (2019), identificaram-se resultados semelhantes, nos quais os grupos foram vistos como possibilidade de aumentar o vínculo entre profissionais e usuários. Contudo, no trabalho realizado pelos autores citados, o vínculo foi investigado na percepção dos usuários, enquanto a presente investigação aponta a visão dos profissionais.

Ainda quanto às potencialidades da atuação do NASF na Paraíba, foi destacado o aumento das ações de promoção da saúde. A Carta de Ottawa, produzida na Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, definiu promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (OTAWA, 1986, p. 1). Nesse sentido, enquanto o tratamento das doenças é uma atribuição específica do setor saúde, a Promoção da Saúde abarca uma complexidade que o extrapola, sendo necessárias diversas ações intersetoriais para a sua construção (PINHEIRO et al., 2015).

---

<sup>28</sup> Entrevista semiestruturada concedida à pesquisadora por P-25, feminino, idade entre 31 e 41 anos, psicólogo.

Olha, vou dizer o que a gente conseguiu ao longo do tempo, que são pontos positivos, a questão da gente estar promovendo mais a questão da saúde, porque anteriormente a gente não chegava em um posto de saúde para dar palestra, trabalhar alguma campanha (informação verbal)<sup>29</sup>.

Este discurso apresenta aproximação entre as atividades desenvolvidas pelos profissionais do NASF na Paraíba e o que é previsto pelos documentos norteadores para essa atuação profissional. É possível inferir que os NASF estão contribuindo para aproximar dos usuários propostas de modos de vida mais saudáveis, de maneira a favorecer a diminuição da incidência de doenças na população assistida. No trabalho desenvolvido por Volponi, Garanhani e Carvalho (2015), verificou-se que o NASF foi capaz de produzir mudanças no cotidiano do trabalho, por meio da implementação de novas práticas de cuidado à saúde da população assistida, ampliando o acesso dos usuário a diversas formas de cuidado por meio de ação interprofissional e intersetorial, educação permanente em saúde, educação popular, atuação na perspectiva do território, integralidade, controle social, promoção da saúde e humanização.

A análise utilizada neste estudo reforça a necessidade de uma política institucional para a formação permanente em saúde, uma vez que se denota a fragilidade, em alguns aspectos, do conhecimento dos profissionais atuantes no NASF da Paraíba quanto às diretrizes do seu próprio trabalho.

### 5.3 ANÁLISE DOS ITENS DO QUESTIONÁRIO

Na análise da TRI, foi adotado um modelo unidimensional de dois parâmetros. A Tabela 2 apresenta as estimativas dos parâmetros de discriminação ( $a$ ) e dificuldade ( $b$ ).

A discriminação, parâmetro  $a$ , é uma propriedade psicométrica importante, a qual investiga se o item é capaz de diferenciar os profissionais quanto ao conhecimento acerca dos aspectos relacionados à atenção básica. Os itens que melhor discriminaram os profissionais foram 08( $a_8= 2,546$ ), 12( $a_{12}= 1,507$ ), 02( $a_2= 1,485$ ), 1( $a_1= 1,232$ ), 10( $a_{10}= 1,057$ ), 11( $a_{11}= 1,039$ ), 04( $a_4= 0,821$ ), 09( $a_9= 0,792$ ), 13( $a_{13}= 0,701$ ), que têm o parâmetro de discriminação,  $a$ , mais elevado ( $a > 0,7$ ).

Em relação à interpretação do parâmetro  $a$ , são aceitáveis valores acima de 0,6, sendo que, quanto maior for o valor de  $a$ , maior será o poder de discriminação do item

---

<sup>29</sup> Entrevista semiestruturada concedida à pesquisadora por P-15, feminino, idade entre 20 e 30 anos, nutricionista.

(RODRIGUES, 2012; BORTOLOTTI, 2010). No entanto, o item 03 ( $a_3= 0,430$ ), o item 5 ( $a_5= 0,296$ ) e o item 14 ( $a_{14}= 0,396$ ) ficaram abaixo do critério adotado, indicando pouca discriminação em termos de conhecimento acerca da atenção básica.

O parâmetro  $b$  avalia a dificuldade do item. Por ser medido na mesma escala do traço latente, fornece local de posicionamento do item na escala. Condiciona-se que seus valores estejam entre -5 e 5 (SARTES; SOUZA-FORMIGONI, 2013). Os resultados mostram a maioria dos parâmetros de dificuldade negativos. Destarte, os itens 03 ( $b_1 = 5,170$ ) e 05 ( $b_5 = 7,179$ ) apresentam o parâmetro de dificuldade muito elevado, além do valor de referência adotado. Verifica-se, em termos interpretativos, que os itens com maior dificuldade dentro do parâmetro adotado foram: 09 ( $b_9 = -0,196$ ), 04 ( $b_4 = -0,465$ ) e 11 ( $b_7 = -0,987$ ), enquanto os itens que apresentaram menor dificuldade foram os itens 01 ( $b_1 = -3,088$ ) e 13 ( $b_{13} = -2,978$ ).

**Tabela 2** –Parâmetros da TRI e Carga Fatorial de cada item.

ITEM	$a$	$b$	<i>Carga Fatorial</i>
<b>I 01 PNAB</b>	1,232	-3,088	0,59
<b>I 02 PNAB</b>	1,485	-1,905	0,66
<b>I 03 PNAB</b>	0,430*	5,170**	0,24***
<b>I 04 PNAB</b>	0,821	-0,465	0,43
<b>I 05 PNAB</b>	0,296*	7,149**	0,17***
<b>I 06 PNAB</b>	0,642	-1,828	0,35
<b>I 07 PNAB</b>	0,647	-0,987	0,35
<b>I 08 NASF</b>	2,546	-1,423	0,83
<b>I 09 NASF</b>	0,792	-0,196	0,42
<b>I 10 NASF</b>	1,057	-1,546	0,53
<b>I 11 NASF</b>	1,039	-1,403	0,52
<b>I 12 NASF</b>	1,507	-1,235	0,66
<b>I 13 NASF</b>	0,701	-2,978	0,38
<b>I 14 NASF</b>	0,396*	-1,143	0,23***
<b>p-valor</b>			0,29
<b>RMSEA</b>			0,02
<b>SRMRS</b>			0,05
<b>TLI</b>			0,98
<b>CFI</b>			0,98

\*Item com nível de discriminação inferior a 0,6.

\*\*Item com dificuldade superior a 5.

\*\*\* Carga fatorial < 0,3.

**Fonte:** Dados da pesquisa. Paraíba, 2019.

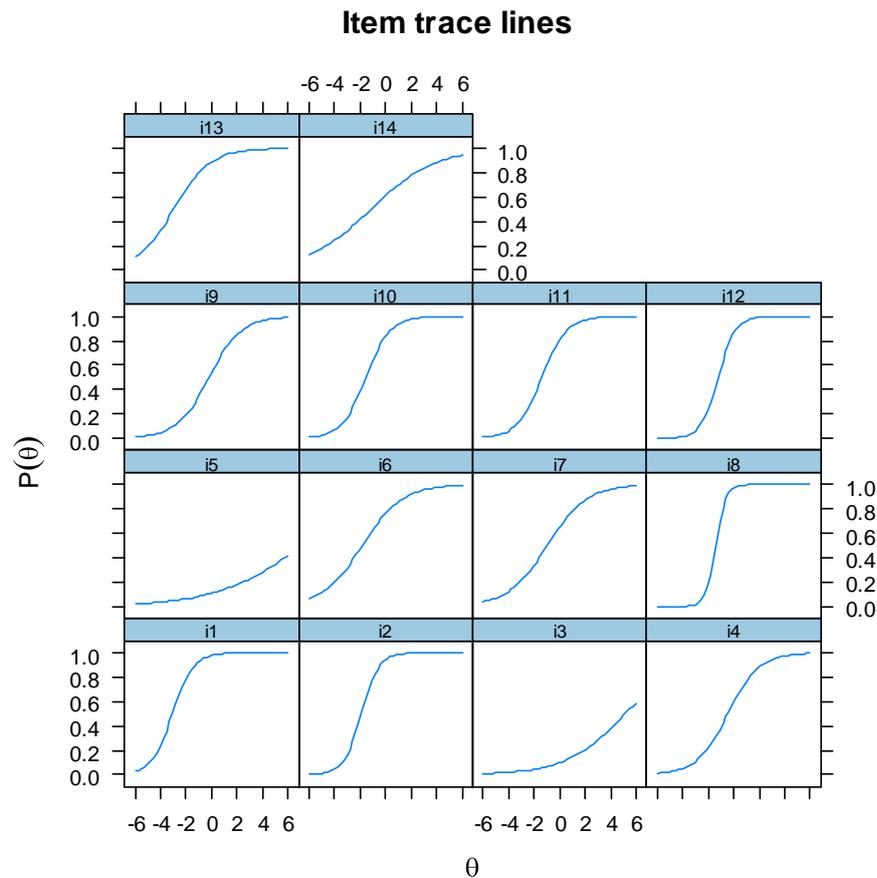
Neste trabalho, a construção da escala se baseou no modelo unidimensional, o qual se justifica devido à presença de uma dimensão dominante. Além disso, o conjunto de itens, de

modo geral, mede um único fator, como expresso pelos índices de ajuste da análise fatorial confirmatória do modelo unidimensional. Entretanto, os itens 3, 5 e 14 apresentaram carga fatorial inferior a 0,3, indicando que estes não parecem bem relacionados com o traço latente.

A carga fatorial de um item mostra que percentual de covariância existe entre um item e o fator. Quanto maior for a covariância, maior é a validade do item, porque maior será a representatividade do fator, sendo este traço latente e o item sua representação empírica. A partir do teste de significância estatístico baseado no qui-quadrado, constatou-se a dimensionalidade do conjunto de itens.

É possível observar na Curva Característica do Item (CCI) que, quanto maior a habilidade do respondente, maior é a probabilidade (eixo vertical) de este responder corretamente ao item. A escala utilizada é a padronizada, ou seja, a média é igual a zero e o desvio-padrão igual a 1. Traçando-se uma linha vertical em uma habilidade, na interseção desta linha com a CCI, obtém-se a probabilidade de um respondente com aquela habilidade de responder corretamente ao item. Observa-se que, quanto mais para a direita está a CCI, mais difícil é o item. As curvas características dos itens podem ser vistas na Figura 5, indicando um bom comportamento dos itens para discriminar os profissionais quanto ao seu nível de conhecimento sobre os aspectos investigados, com exceção dos itens 03, 05 e 14.

**Figura 5** – CCI para cada item do questionário.



**Fonte:** Dados da pesquisa. Paraíba, 2019.

Outra característica da TRI é a possibilidade de traçar a curva de informação do teste. Verifica-se, na Figura 6, que a curva é mais alta na região com  $\theta$  entre zero e dois, ou seja, esse instrumento fornece mais informação (ou avalia de forma mais precisa) indivíduos com proficiência entre a média e dois desvios padrões acima da média.

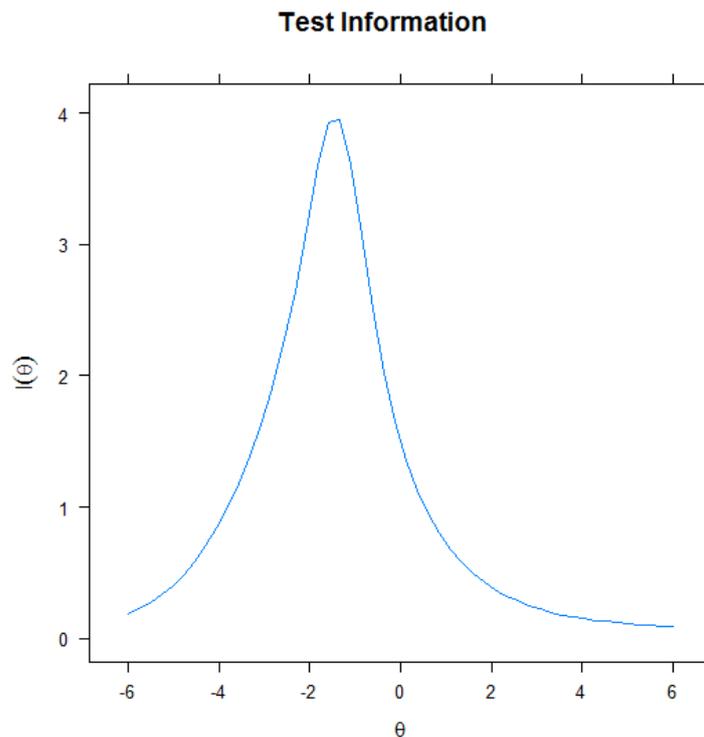
A Função de Informação do Item é uma medida complementar à CCI. A Função de Informação do Item permite quantificar a informação com que o item contribui para a medida do traço latente (COSTA, 2011). O conceito de informação é utilizado em TRI para refletir como precisamente um item ou escala pode medir um traço latente. Mais informação está associada com maior precisão da medição. A informação é inversamente relacionada com o erro padrão da estimativa. Por isso, maior informação resultará em erro padrão menor associado com a estimativa de pontuação do  $\theta$ . Durante os intervalos do traço latente, uma Curva de Função de Informação pode ser obtida para cada item para revelar como a precisão da medição pode variar entre os diferentes níveis do traço (NGUYEN et al., 2014).

A informação do item é tipicamente mais elevada na região do traço latente perto do parâmetro  $b$ . Itens com maior discriminação contribuem com maior informação. Ao nível da

escala, curvas individuais de função de informação de todos os itens em uma medida podem ser somadas para criar uma curva de informação do teste. Estas curvas podem ser utilizadas para comparar a precisão da medida oferecida por diferentes versões de uma escala. Geralmente, uma escala com mais itens terá mais informação. No entanto, a depender da localização e da discriminação dos itens incluídos, medidas diferentes terão informações de funções distintas (NGUYEN et al., 2014). Desse modo, quanto maior a informação do teste, melhor será a precisão da medida desenvolvida (PASQUALI, 2013).

Outra característica da TRI é a possibilidade de traçar a curva de informação do teste (FIT), também denominada função de informação do teste, encarada como uma medida de fidedignidade da TRI (BARBETTA et al., 2014).

**Figura 6** – Função de informação do teste.



**Fonte:** Dados da pesquisa. Paraíba, 2019.

Após a análise dos itens do questionário para esta população por meio da TRI, constatou-se que o instrumento deve conter 11 itens, excluindo-se da sua configuração os *itens 03, 05 e 14*, uma vez que os itens *03 e 05* apresentam valores de  $a$ ,  $b$  e a carga fatorial fora do valor de referência utilizado, enquanto o *item 14* apresentou valores de  $a$  e a carga fatorial fora do valor de referência utilizado, sendo indicativo de exclusão, como apresentado no Quadro 2, no qual as assertivas corretas estão em destaque.

**Quadro 2** – Questionário de pesquisa após análise dos itens pela TRI.

Item
<p><b>Item 01 - Sobre a atenção básica à saúde, assinale a alternativa correta:</b></p> <p>a) É desenvolvida por meio de tecnologias de cuidado básicas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de menor frequência e relevância no país, observando critérios de chegada no território e no serviço.</p> <p>b) É desenvolvida por meio do exercício de práticas de gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho por especialidades, dirigidas a populações de territórios indefinidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária.</p> <p>c) <i>É desenvolvida por meio de um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde.</i></p> <p>d) É desenvolvida com o mais alto grau de centralização e hierarquia, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a única porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde.</p> <p><b>Item 02 - Sobre os fundamentos e diretrizes da atenção básica, assinale a alternativa correta:</b></p> <p>a) <i>A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e principal porta de entrada da rede de atenção.</i></p> <p>b) A adscrição dos usuários consiste na construção de relações de confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, construída ao longo do tempo, apesar de não representar um potencial terapêutico. Já o vínculo é um processo de vinculação de pessoas e grupos a profissionais.</p> <p>c) A longitudinalidade do cuidado refere-se à continuidade do tratamento nos casos das doenças crônicas, com construção de vínculo e responsabilização dos familiares durante o momento do atendimento.</p> <p>d) A integralidade em seus vários aspectos diz respeito às ações de demanda espontânea, separando as ações e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, da ampliação da autonomia dos usuários e coletividades.</p> <p><b>Item 04 – Sobre o papel que a atenção básica deve cumprir para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), assinale a alternativa correta:</b></p> <p>a) Identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica focada nas doenças/agravos à saúde que acometem os pacientes.</p> <p>b) Elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, sem a necessidade de acompanhar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS.</p> <p>c) <i>Reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção, contribuindo para a programação dos serviços de saúde.</i></p> <p>d) Atuar como mais um serviço de atenção à saúde, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários por meio de uma relação pontual, com o objetivo de produzir o cuidado integral no âmbito da saúde da família.</p> <p><b>Item 06 – Sobre aspectos do processo de trabalho das equipes de atenção básica, assinale a alternativa correta:</b></p> <p>a) Incluir na programação das atividades o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado dos profissionais de nível superior, recomendando-se a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias, facilitando o acesso dos usuários.</p> <p>b) Realizar o acolhimento com entrega de fichas, respeitando a ordem de chegada e a proximidade do domicílio do usuário em relação ao serviço, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea.</p> <p>c) <i>Conhecer as necessidades de saúde do território, a fim de prover atenção integral, contínua e organizada à população e desenvolver ações educativas que possam interferir contribuir no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários.</i></p> <p>d) Realizar atenção domiciliar destinada a todos os usuários que possuam problemas de saúde descontrolados/descompensados, que não possuem condições financeiras para se deslocarem até a unidade de saúde da família.</p>

**Item 07 – Sobre as atribuições comuns a todos os profissionais da atenção básica, assinale a alternativa correta:**

- a) Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros).
- b) Realizar procedimentos, atividades em grupo e, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas, solicitar exames complementares e encaminhar usuários a outros serviços.
- c) Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na Unidade Básica de Saúde e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.).
- d) Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde.

**Item 08 – Sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), assinale a alternativa correta:**

- a) São equipes multiprofissionais que recebem casos encaminhados pelas equipes de atenção básica por meio de encaminhamentos impessoais, atuando no lócus da atenção especializada.
- b) São equipes multiprofissionais caracterizadas por ser porta de entrada na atenção básica e realizar atendimento especializado a qualquer usuário que procure o serviço.
- c) São equipes multiprofissionais que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de atenção básica, compartilhando práticas e saberes em saúde.
- d) São equipes multiprofissionais que são constituídas como apoio especializado em espaço físico próprio, como um ambulatório de especialidades.

**Item 09 – Sobre as diretrizes que orientam o trabalho do NASF, assinale a alternativa correta:**

- a) Para lidar com as demandas e as necessidades de saúde dos usuários, é necessário que a equipe de atenção básica disponha de diferentes especialidades para encaminhar, quando necessário, os casos mais complexos, transferindo a responsabilidade da gestão do cuidado.
- b) A autonomia dos indivíduos e coletivos é compreendida como exigência básica para o cuidado na atenção básica, sendo uma doação dos profissionais do NASF para os usuários, necessária tanto para o desenvolvimento de ações técnicas quanto para a produção de relações de acolhimento, vínculo e responsabilização.
- c) Os profissionais devem ser capazes de desenvolver o raciocínio clínico, o epidemiológico e o sociopolítico sobre a realidade sanitária dessa população, de forma a identificar os meios mais efetivos para promover e proteger a situação de saúde da coletividade.
- d) O trabalho em equipe favorece ações integradas e abrangentes, pautando-se pela delimitação de atos profissionais exclusivos, e pela sobreposição dos saberes nucleares e específicos, colocando capacidades a serviço do trabalho coletivo da equipe.

**Item 10 – Sobre o objetivo do NASF, assinale a alternativa correta:**

- a) Aumentar o quantitativo de profissionais que compõem as equipes de atenção básica, ampliando o trabalho e o espaço físico das unidades básicas de saúde.
- b) Ampliar o acesso da população a ofertas mais abrangentes e próximas das suas necessidades.
- c) Reduzir o tempo de espera dos usuários para os atendimentos com os profissionais das equipes de atenção básica a partir de ações clínico-assistenciais.
- d) Ampliar o repertório de ações da atenção especializada e a capacidade de cuidado em cada nível de complexidade.

**Item 11 – Sobre as atividades do NASF, assinale a alternativa correta:**

- a) O NASF tem como “público-alvo” os usuários em seu contexto biológico. Nessa relação, é fundamental que o NASF crie mecanismos de identificação e escuta das demandas sobre sua prática a partir da atenção direta aos usuários.
- b) O NASF pode atuar de forma independente na análise dos problemas e na elaboração de propostas de intervenção, na realização de ações clínicas ou coletivas com os usuários, de modo integrado e corresponsável.
- c) *Para a realização do trabalho, inúmeras atividades podem ser desenvolvidas, que abrangem tanto a dimensão clínica-sanitária quanto a pedagógica, a saber: discussões de casos, atendimento em conjunto com profissionais das equipes apoiadas, atendimentos individuais, entre outras.*
- d) Planejar reuniões, construir agendas compartilhadas e equilibrar de forma dinâmica o conjunto de atividades a serem desenvolvidas representam atividades necessárias ao NASF, apesar de configurarem um processo burocrático ou até mesmo restritivo às ações assistenciais.

**Item 12 – Sobre as ações prioritárias para as atividades do NASF, assinale a alternativa correta:**

- a) As ações são definidas no momento de implantação do NASF e devem ser consideradas definitivas, já que as necessidades e possibilidades de atuação se configuram no trabalho colaborativo e padronizado dos profissionais do NASF.
- b) As ações devem ser planejadas como um “cardápio de ofertas” (cuja decisão de utilização é situacional, caso a caso), proposto como ofertas pré-estabelecidas e fechadas nas unidades básicas de saúde, reforçando a lógica do encaminhamento impessoal.
- c) *É fundamental que as ações iniciais dialoguem com necessidades percebidas e que sejam pactuadas com as equipes de atenção básica, evitando a construção de ofertas de apoio que sejam consideradas irrelevantes ou secundárias pelas equipes apoiadas.*
- d) As ações devem ser demandadas pelos usuários e estabelecidas pelo diagnóstico situacional da gestão. O momento e o jeito da “chegada” devem ser cuidados, no sentido de serem “bons encontros” para ambos (profissionais do NASF e usuários).

**13) Sobre a agenda das atividades do NASF, assinale a alternativa correta:**

- a) Os elementos estruturantes da agenda dos profissionais do NASF devem ser compreendidos como determinantes para sua execução e podem ser ampliados de acordo com os interesses dos usuários.
- b) Na estruturação de sua agenda, é importante que o NASF busque sua organização como equipe, lançando mão de diferentes estratégias que deverão ser definidas de modo genérico para serem utilizadas em diferentes situações.
- c) O gerenciamento das agendas dos profissionais do NASF é, em primeira instância, responsabilidade dos coordenadores/gestores da atenção básica, devendo ser realizado de forma compartilhada com as equipes de atenção básica posteriormente.
- d) *São elementos constituintes da agenda do NASF: Reuniões de matriciamento com as equipes de AB; Atendimentos individuais; Atendimentos domiciliares; Grupos e atividades coletivas; Reunião entre os profissionais do NASF e, se possível, com profissionais de outros Núcleos e de outros pontos de atenção do município.*

**Fonte:** Elaboração própria.

O uso da TRI apresentou grande viabilidade, uma vez que são escassos na literatura instrumentos que avaliam o conhecimento dos profissionais que atuam no NASF sobre as diretrizes deste trabalho. A importância de se validar um instrumento interpretável por meio da TRI possibilitou evidenciar as limitações e as potencialidades do conhecimento dos profissionais do NASF sobre as diretrizes de seu trabalho, o que mostra grande utilidade para o desenvolvimento e implementação de estratégias de ações de educação permanente para os profissionais do NASF.

Ao se considerar o modelo proposto pela TRI, este método de análise apresenta como vantagem estimar mensurações que não dependem dos respondentes nem do instrumento, pois estão centradas na inferência e nas propriedades de cada item (SOUZA et al., 2016).

#### 5.4 RELACIONANDO O CONHECIMENTO SOBRE AS DIRETRIZES DOCUMENTAIS COM A PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DO NASF

Neste tópico, além de apresentar o desempenho dos profissionais nos itens do questionário com o propósito de avaliar o conhecimento acerca dos documentos norteadores do trabalho do NASF, buscou-se aproximar esses resultados dos dados qualitativos das entrevistas realizadas com profissionais.

Na análise descritiva do questionário, os itens que apresentaram menor percentual de acerto correspondem aos itens: *09 – Diretrizes do NASF* e *04 - Papel da Atenção Básica na Rede de Atenção à Saúde*, enquanto apenas o item que investigou o *01 - Conceito da Atenção Básica* obteve mais que 90% de acerto, como mostra a Tabela 3.

**Tabela 3** – Percentual de acertos dos itens do questionário.

ITEM	ACERTOS %
<b>Item 09</b> – Diretrizes do NASF	53,5
<b>Item 04</b> – Papel da Atenção Básica na Rede de Atenção à Saúde	58,3
<b>Item 07</b> – Atribuições Comuns dos Profissionais	64,2
<b>Item 06</b> – Processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica	74,6
<b>Item 11</b> – Atividades do NASF	77,1
<b>Item 10</b> – Objetivo do NASF	79,5
<b>Item 12</b> – Ações Prioritárias do NASF	79,5
<b>Item 13</b> – Agenda das atividades do NASF	87,1
<b>Item 08</b> – Conceito do NASF	88,2
<b>Item 02</b> – Fundamentos e diretrizes da Atenção Básica	89,2
<b>Item 01</b> – Conceito da Atenção Básica	95,8

Fonte: Dados da pesquisa. Paraíba, 2019.

A implantação dos NASF no Brasil vem ocorrendo há pouco mais de 10 anos. Entretanto, só em 2012, após a publicação da Portaria nº 3.124/GM/MS, surgiu a possibilidade de implantação de equipes NASF vinculadas de 1 a 2 EqSF. Desse modo, os NASF puderam ampliar sua atuação para municípios de pequeno porte, o que aumentou o número de equipes implantadas em todo o país, que passaram de um total de 1.589 equipes NASF em 2011 (PATRÍCIO; MACHADO; FAUSTO, 2015) para 5.682 em abril de 2019,

sendo 3.327 NASF tipo I, 1052 NASF tipo II, 25 NASF intermunicipal e 1.278 NASF tipo III (CNES, 2019).

A atuação do NASF corresponde a um arranjo organizacional recente no Brasil. As diretrizes que norteiam este trabalho estão orientadas pelos documentos ministeriais, como a PNAB (BRASIL, 2006, 2011a, 2017a) e os CAD nº 27 e 39. Os itens avaliados na presente investigação traduzem aspectos relevantes do rol de conhecimentos necessários para os profissionais que atuam no NASF.

Uma das principais características do trabalho do NASF corresponde à responsabilidade sanitária, ou seja, a responsabilidade atribuída a uma equipe de profissionais por uma população adscrita, sendo a responsabilidade do NASF complementar às equipes de Atenção Básica (AB)/SF (BRASIL, 2014a). O *item 09*, o qual avalia as Diretrizes do NASF, constatou que 46,5% dos profissionais desconheciam a responsabilidade sanitária como pressuposto do seu trabalho. Este achado representa um risco, tendo em vista que a falta de um olhar atento para as características de vulnerabilidades e potencialidades da população sob sua responsabilidade pode aumentar a possibilidade de agravos dessa população.

Apesar de uma parcela significativa não reconhecer as Diretrizes do NASF, constatou-se que há profissionais que seguem as Diretrizes para executar o seu trabalho no Núcleo:

“Sim, na verdade eu li sobre a política nacional de atenção básica quando entrei, mas o que me norteia mesmo são as diretrizes do NASF” (informação verbal)<sup>30</sup>.

No discurso destacado acima, observa-se que o profissional buscou o conhecimento sozinho. Enquanto profissional, ele buscou se apropriar das informações necessárias para realizar seu trabalho. É responsabilidade da gestão municipal munir os profissionais das condições necessárias para executar seu trabalho, no tocante às condições materiais, de formação, entre outras. Não obstante, o profissional também tem responsabilidade de buscar o conhecimento para realizar o trabalho da forma mais próxima da orientação dos documentos prescritos. Como destacado na seção 5.2, há uma evidente lacuna em termos de formação e educação permanente.

No que tange ao conhecimento acerca das Redes de Atenção à Saúde (RAS), observou-se que 41,3% dos participantes neste estudo desconhecem a atuação do NASF nas

---

<sup>30</sup> Entrevista semiestruturada concedida à pesquisadora por P-28, feminino, idade entre 31 e 41 anos, assistente social.

RAS (*Item 04*), um fato preocupante, uma vez que esse profissional é o responsável por articular os pontos da Rede de Atenção à Saúde para aumentar a resolutividade das ações, de forma a minimizar a fragmentação do cuidado. As RAS apresentam-se como uma alternativa de resposta do sistema de saúde às consequências negativas ocasionadas pela fragmentação ou a falta de articulação entre os serviços de saúde, visto que cada serviço isoladamente não detém a capacidade resolutiva para enfrentar a complexidade das condições de saúde da população (STARFIELD, 2004). Nesse sentido, faz parte do seu rol de atividades realizar ações de referência e contrarreferência, as quais, para se efetivar, necessitam do conhecimento e alinhamento frente às redes de atenção.

Contatou-se, também, que, mesmo quando há conhecimento acerca das redes de atenção, profissionais enfrentam limitações em colocar em prática a articulação com a rede de assistência devido à fragilidade nos pontos de atenção quanto ao diálogo e à incapacidade da rede de absorver a alta demanda.

[...] E até para encaminhar para uma referência também, isso também é uma dificuldade muito grande, que não tem vaga e demora muito para eles serem chamados, a dificuldade é essa (informação verbal)<sup>31</sup>.

E também que não se tem uma discussão maior com a rede, falta esse *feedback* com a rede (informação verbal)<sup>32</sup>.

O acesso às RAS ocorre prioritariamente por meio da AB, pois, neste nível de atenção, o vínculo profissional/usuário, o acolhimento e a responsabilização são fundamentos importantes com o fito de tornar mais resolutivo o cuidado em saúde na AB. O item que avalia Fundamentos e Diretrizes da Atenção Básica (*Item 02*) apresentou um alto nível de êxito (89,2%) dentre os profissionais avaliados. Nessa mesma perspectiva, o Conceito da Atenção Básica (*Item 01*) representou o item com maior percentual de acerto (95,8%). Esses dois itens demonstram a proximidade dos conhecimentos dos profissionais aos pressupostos do trabalho na APS, sendo uma característica importante para o profissional que trabalha no NASF, o qual necessita estar alinhado com o arcabouço teórico que norteia o trabalho na AB para poder desenvolver sua atuação de forma coerente com o modelo de atenção à saúde proposto.

---

<sup>31</sup> Entrevista semiestruturada concedida à pesquisadora por P-20, feminino, idade entre 31 e 41 anos, fisioterapeuta.

<sup>32</sup> Entrevista semiestruturada concedida à pesquisadora por P-21, feminino, idade entre 20 e 30 anos, assistente social.

O processo de trabalho esperado na AB deve estar centrado no usuário, com ações de promoção, prevenção e recuperação à saúde, de maneira a atuar em equipe multiprofissional de forma integrada, priorizando os grupos de risco (BRASIL, 2017). Como as características do processo de trabalho na AB envolvem todos os profissionais que atuam neste nível de atenção, é imprescindível que os profissionais do NASF conheçam e atuem nessa perspectiva.

Na presente investigação, 25,4% dos participantes desconheciam o processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica (*Item 06*), o que pode comprometer o trabalho desenvolvido por esses profissionais, pois, ao desconhecer a dinâmica do trabalho na AB, eles podem realizar ações voltadas a outros modelos de atenção. Um exemplo dessa situação é o resultado do estudo de Brito et al. (2018), no qual os profissionais que atuam na ESF demonstraram dedicar a maior parte do seu tempo de trabalho para realizar atividades que perpetuam o modelo hegemônico, privilegiando as práticas clínicas em detrimento das ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos. Nesse contexto, é importante destacar que, aliado ao perfil profissional que privilegia ações curativas, outros fatores podem estar associados para este desfecho, como a preferência dos usuários em atendimentos centrados no modelo biomédico, expectativas das gestões em garantir quantitativo de atendimentos clínicos, como também a dificuldade dos profissionais de trabalhar em uma perspectiva interprofissional, ultrapassando os conhecimentos do seu núcleo de formação.

No discurso abaixo, observamos que, em parte, na atuação dos profissionais NASF ainda perdura o modelo hegemônico, embora se observe a presença de atividades em grupos operativos, o que denota uma perspectiva para ampliar as formas de cuidado para a população assistida.

E durante a semana a gente divide entre as visitas domiciliares, atendimentos na unidade e participação dos grupos operativos das equipes. Geralmente a gente trabalha com grupo de idosos, aí tem o grupo de gestantes que está tentando iniciar e o grupo de hipertensos e diabéticos (informação verbal)<sup>33</sup>.

No âmbito da AB, há um rol de atividades comuns aos profissionais que atuam neste nível de atenção, com vistas ao trabalho interprofissional e em equipe. Embora destacadas na PNAB, 35,8% dos profissionais investigados não foram capazes de reconhecer quais são essas atividades (*Item 07*). Este achado pode traduzir uma dificuldade na dinâmica de trabalho das equipes na AB, uma vez que boa parte dos profissionais do NASF, por desconhecimento,

---

<sup>33</sup> Entrevista semiestruturada concedida à pesquisadora por P-9, masculino, idade entre 20 e 30 anos, fisioterapeuta.

pode não desempenhar as atividades comuns, o que gera sobrecarga para os profissionais da EqSF e privilegia ações do seu núcleo profissional.

Nessa dinâmica, o trabalho do NASF deve levar em consideração o conceito de núcleo e de campo. Embora esteja explícito no documento norteador, 22,9% dos profissionais não conseguiram identificar quais as atividades do NASF (*Item 11*). Na prática, deve ocorrer a compreensão do que é conhecimento do núcleo especialista e do que é conhecimento comum e compartilhável entre a EqSF (equipe de referência) e o referido especialista. A atuação dos profissionais do NASF, em grande parte, utiliza-se do seu conhecimento de núcleo profissional para ampliar a atuação dos profissionais da equipe apoiada, tornando efetiva a sua função como apoio matricial. A equipe de referência é considerada essencial na condução de problemas de saúde dos usuários do serviço e deverá acionar o apoio quando perceber dificuldades em lidar com alguns casos (ACIOLE; OLIVEIRA, 2017). As ações desenvolvidas pelos profissionais NASF apresentam as atividades de núcleo profissional como as ações prioritárias e de forma tímida iniciam as ações com abordagens mais coletivas e voltadas para o perfil técnico-pedagógico.

Principalmente os atendimentos domiciliares, algumas atividades de matriciamento, não semanalmente, e algumas atividades na escola, alguns eventos que a prefeitura promove nas praças, de rotina é isso, às vezes aparece uma atividade excepcional (informação verbal)<sup>34</sup>.

Como a atuação dos NASF está pautada no referencial teórico-metodológico do apoio matricial, de maneira personalizada e interativa (CUNHA; CAMPOS, 2011), é primordial que as ações entre as equipes (matricial e de referência) sejam efetivamente compartilhadas, para que no “fazer junto” entre as equipes se produzam novos saberes (MEDEIROS, 2015). Nos fragmentos de discursos analisados, consideram-se incipientes as ações desenvolvidas em comunhão com a EqSF e demais equipes da AB.

A organização da agenda dos profissionais de forma compartilhada representa um importante mecanismo para a garantia desse “fazer junto”. De acordo com o CAB nº 39, as atividades que o NASF pode desempenhar para alcançar o seu objetivo abrangem as dimensões clínico-assistencial e técnico-pedagógica, tais como: discussões de casos, atendimento em conjunto com profissionais das equipes apoiadas, atendimentos individuais e posteriormente compartilhados com as equipes, construção conjunta de Projetos Terapêuticos

---

<sup>34</sup> Entrevista semiestruturada concedida à pesquisadora por P-12, masculino, idade entre 31 e 41 anos, assistente social.

Singulares, ações de educação permanente, intervenções no território e em outros espaços da comunidade para além das unidades de saúde, visitas domiciliares, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes, dentre outras (BRASIL, 2014).

A definição de quais atividades serão prioritárias na execução do NASF deve resultar das necessidades da população assistida, mediante análise conjunta de profissionais do NASF e equipes apoiadas, gestores e análise epidemiológica local. Dessa forma, evita-se a oferta de ações irrelevantes ou secundárias (BRASIL, 2014). Após a pactuação das atividades prioritárias, é recomendável que os profissionais construam sua agenda de trabalho a fim de facilitar a comunicação com os profissionais apoiados, compartilhando com eles as atividades e os locais onde os profissionais do NASF estarão, principalmente com vistas à organização de agendas conjuntas e articuladas entre profissionais NASF e EqSF. Observou-se que 12,9% dos profissionais participantes não identificaram quais são as ações prioritárias (*Item 12*) e 20,5% não souberam como deverão compor a agenda das atividades do NASF (*Item 13*). No estudo desenvolvido por Arce e Teixeira (2017), constatou-se a realização das atividades clínicas voltadas aos usuários como as mais desenvolvidas pelos profissionais do NASF, com predomínio de atendimentos clínicos de curta duração, compartilhados principalmente com outros profissionais do NASF e, em menor expressão, com profissionais das EqSF.

Eu vou fazer as visitas... Minha carga horária é de trinta horas, sempre eu divido os dias, tem dias que eu dou mais assistência ao grupo, aí quando têm muitas visitas domiciliares eu já não vou mais para o grupo, deixo só para as visitas (informação verbal)<sup>35</sup>.

No discurso acima, observa-se que a prioridade para a atividade desta profissional é a realização da visita domiciliar, embora não esteja explícito, mas denota-se que esse atendimento domiciliar não representa atendimento compartilhado, mas sim individual, enquanto as ações coletivas são colocadas em segundo plano. Não é raro perceber a reprodução de práticas profissionais reduzidas aos seus aspectos técnicos e descontextualizadas, geralmente orientadas pelo conhecimento específico das especialidades, sobretudo relacionadas a ações de tratamento ou reabilitação (ARCE; TEIXEIRA, 2017).

No que tange ao Conceito e Objetivo do NASF, foi possível identificar um desconhecimento por parte dos profissionais de 11,8% (*Item 08*) e 20,5% (*Item 10*),

---

<sup>35</sup> Entrevista semiestruturada concedida à pesquisadora por P-20, feminino, idade entre 31 e 41 anos, fisioterapeuta.

respectivamente. Embora alguns tenham se equivocado, na prática foi possível identificar que o NASF, embora timidamente, vem conseguindo alcançar os objetivos do seu trabalho, como identificado no discurso que segue:

De ponto positivo o que a gente consegue ver é a resolutividade de alguns casos que a gente consegue oferecer para a comunidade” (informação verbal)<sup>36</sup>.

Apesar de, nesta pesquisa, terem sido verificadas limitações no conhecimento quanto às ações prioritárias e a agenda do NASF por parte de alguns profissionais, a maior parcela dos participantes demonstrou conhecimento quanto a esses itens. Vale destacar que o conhecimento *per se* não garante que, na prática, os profissionais levem em consideração tais conhecimentos, assim como observado no estudo desenvolvido por Lima et al. (2018), no qual se constatou que equipes NASF podem não realizar atividades primordiais que compõem os objetivos de sua atuação na AB.

---

<sup>36</sup> Entrevista semiestruturada concedida à pesquisadora por P-9, masculino, idade entre 31 e 41 anos, fisioterapeuta.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais que atuam no NASF na Paraíba correspondem, em sua maioria, a mulheres, com idade média de 34,2 anos. As categorias profissionais mais prevalentes são: fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e educadores físicos, com especialização. O tempo médio de trabalho no NASF é de 33,9 meses e uma pequena parcela dos trabalhadores passou por formação ofertada pelas gestões municipais em saúde para o trabalho no NASF.

Os profissionais reconheceram o grande potencial dos documentos norteadores, como PNAB e CAB nº 39, para orientar os profissionais para atuar no NASF, assim como os cursos de especialização e a busca do profissional de forma autônoma para este conhecimento. Poucos profissionais ainda destacaram os cursos de graduação como importantes para adquirir o conhecimento necessário para atuação no NASF. É notória ainda a fragilidade da gestão municipal em orientar e instrumentalizar os profissionais do NASF para esse modelo inovador de atuar em saúde. Não foram identificadas nos discursos dos profissionais estratégias de educação permanente em saúde.

O trabalho do NASF é majoritariamente voltado para atendimentos clínicos, por meio de atendimentos individuais na unidade de saúde ou em domicílio. Em pequena proporção, são desenvolvidas atividades de caráter coletivas, como grupos operativos, grupos de educação em saúde, atividades de educação em saúde na escola, assim como matriciamento e atividades gerenciais/administrativas.

Quando confrontados com um caso fictício, as possibilidades de atuação profissional remetem a palestras educativas, orientações e dispensação de medicamentos para grupos específicos, atividades em grupos de patologias específicas, como hipertensão e diabetes. Poucos foram os profissionais que destacaram a possibilidade de atuação conjunta do NASF e ESF com outros pontos da rede de atenção, a exemplo do CRAS. Ainda há subutilização das ferramentas tecnológicas do trabalho do NASF, sobretudo a realização de Projetos Terapêuticos Singular, como também ainda são pouco realizadas ações interprofissionais.

As fragilidades no trabalho do NASF apontadas pelos profissionais estão atreladas a baixos salários, espaço físico inadequado para as atividades propostas pelo NASF, recursos materiais insuficientes e falta de transporte para se deslocar pelo território sob a responsabilidade da equipe NASF. Aliados a esses fatores, ainda se destacaram a grande demanda de usuários necessitando de assistência em outros níveis de atenção e uma rede de saúde que não consegue absorver a demanda, alta rotatividade dos profissionais, a não

utilização das ferramentas do NASF, assim como alta demanda de atividades administrativas/gerenciais.

Por outro lado, o trabalho do NASF apresentou avanços na perspectiva dos profissionais paraibanos. Observou-se a possibilidade de atuar em Redes de Atenção à Saúde e em equipes multiprofissionais, assim como aumento da resolutividade dos casos acompanhados e o aumento das atividades de promoção à saúde.

O instrumento objeto de validação na presente pesquisa caracteriza-se por um instrumento inovador para medir o conhecimento dos profissionais do NASF sobre os pressupostos do seu trabalho. O questionário em questão representa um instrumento de fácil aplicação, de baixo custo, rápido e objetivo em avaliar esse conhecimento. Destarte, é viável sua utilização em larga escala para orientar propostas de educação permanente em saúde, de forma a instrumentalizar os trabalhadores do NASF quanto aos conhecimentos necessários para sua atuação profissional.

Os resultados expressam a necessidade de adequação nos documentos norteadores do NASF, principalmente no tocante à orientação das atividades comuns e atividades individuais dos profissionais deste Núcleo. É importante que os documentos elucidem de forma clara quais ações devem ser realizadas, independentemente da interpretação dos profissionais e/ou gestores locais. Ainda se destaca a necessidade de apoio das secretarias estaduais de saúde, a fim de subsidiar mecanismos de educação permanente em saúde, auxiliando os municípios para uma *práxis* mais resolutiva. As ferramentas tecnológicas do NASF devem ser estabelecidas no processo de trabalho das equipes mediante orientação das gestões municipais e não à mercê apenas dos profissionais que conhecem e desejam colocá-lo em prática.

Quanto às limitações do estudo em tela, destacamos a impossibilidade de avaliar a percepção dos profissionais da EqSF sobre os conhecimentos para atuação do NASF, assim como o acompanhamento *in loco* da atuação profissional do NASF. Nesse contexto, ressaltamos a necessidade de ampliar, em futuros estudos, a abordagem para analisar os conhecimentos que fundamentam o trabalho dos profissionais do NASF e sua utilização na prática.

## REFERÊNCIAS

- ACIOLE, G. G.; OLIVEIRA, D. Q. S. Percepções de usuários e profissionais da saúde da família sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Saúde Debate**, v. 41, n. 115, p. 1090-1101, 2017. DOI: 10.1590/0103-1104201711508.
- ANDRADE, D. F.; TAVARES, H. R.; VALLE, R. C. **Teoria de Resposta do Item: conceitos e aplicações**. São Paulo: Associação Brasileira de Estatística, 2000.
- ANDRADE, J. M. **Evidências de validade do inventário dos cinco grandes fatores de personalidade para o Brasil**. 2008. 152 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações) – Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília, 2008.
- ANJOS, A.; ANDRADE, D. F. Teoria de Resposta ao Item com o uso do R. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE PROBABILIDADE E ESTATÍSTICA, 2012, João Pessoa. **Anais...** João Pessoa, PB: Associação Brasileira de Estatística. Disponível em: <<http://www.ufpa.br/heliton/arquivos/tri/RTRIsinape.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2017.
- AQUINO, R.; BARRETO, M. L. Programa Saúde da Família: acerca da adequação do uso do seu indicador de cobertura. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 4, p. 905-14, 2008.
- ARAÚJO, D.; MIRANDA, M. C. G.; BRASIL, S. L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, supl. 1, p. 20-31, 2007.
- ARCE, V. A. E.; TEIXEIRA, C. F. Práticas de saúde e modelo de atenção no âmbito do Núcleo de Saúde da Família em Salvador (BA). **Saúde Debate**, v. 41, n. Especial, p. 228-240, 2017.
- BAKER, F. B. **The basics of Item Response Theory**. 2. ed. [S.l.]: Eric Clearinghouse on Assessment and Evaluation, 2001.
- BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery [online]**, v. 15, n. 4, p. 802-810, 2011.
- BARBETTA, P. A.; TREVISAN, L. M. V.; TAVARES, H. R.; AZEVEDO, T. C. A. M. Aplicação da teoria da resposta ao item uni e multidimensional. **Estudos em Avaliação Educacional [Impresso]**, v. 25, p. 280-302, 2014.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARROS, J. O.; GONÇALVES, R. M. A.; KALTNER, R. P.; LANCMAN, S. 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**, n. 20, v. 9, p. 2847-2856, 2015.
- BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.

BELLUCCI-JÚNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em Serviço Hospitalar de Emergência: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 4, p. 797-806, 2011.

BENGOUGH, T.; BOVET, E.; BÉCHERRAZ, C.; SCHLEGEL, S.; BURNAND, B.; PIDOUX, V. Swiss family physicians' perceptions and attitudes towards knowledge translation practices. **BMC Family Practice**, v. 16, p. 177, 2015.

BISPO JÚNIOR, J. P.; MOREIRA, D. C. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 9, 2017. DOI: e00108116.

BITTENCOURT, H. R.; CREUTZBERG, M.; RODRIGUES, A. C. M.; CASARTELLI, A. O.; FREITAS, A. L. S. Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação de disciplinas na educação superior. **Est. Aval. Educ.**, v. 22, n. 48, p. 91-114, 2011.

BOARETO, P. P. **A inclusão da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF)**. 2011. 33f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, 2011.

BONALDI, A. P.; RIBEIRO, M. D. Núcleo de apoio à Saúde da família: as ações de promoção da saúde no cenário da estratégia saúde da família. **Rev. APS.**, v. 17, n. 2, p. 195-203, 2014.

BORTOLOTTI, S. L. V. **Resistência à mudança organizacional**: medida de avaliação por meio da Teoria da Resposta ao Item. 2010. 292f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Assistência à Saúde; Coordenação de Saúde da Comunidade, 1997.

BRASIL. **Resolução CNS nº 287**, de 8 de outubro de 1998. Relaciona 14 (quatorze) categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação no CNS: assistentes sociais, biólogos, biomédicos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas; fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. **Aprender-SUS**: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; Departamento de Gestão da Educação na Saúde; Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2004.

BRASIL. **Violência intrafamiliar**: orientações para prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2001 (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 8. Série A – Normas e Manuais Técnicos; n. 131).

BRASIL. **Curso de Formação de Formadores e de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde.** Projeto de Cooperação Técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** 4. ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União,** Brasília, 22 ago. 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154 GM,** de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o PACS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família. **Caderno de Atenção Básica nº 27.** Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica, 2009.

BRASIL. **Portaria nº 2843 GM,** de 20 de setembro de 2010. Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Modalidade 3 – NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. **Oficina de qualificação do NASF.** Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica, 2010b.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização: Formação e Intervenção.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2010c.

BRASIL. **Portaria nº 2.488,** de 21 de outubro 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes 259 Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. **Resolução nº 5, de 15 de março de 2011.** Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, estabelecendo normas para o projeto pedagógico complementar para a Formação de Professores de Psicologia. Brasília: Ministério da Educação e Cultura, 2011b.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica, 2012a.

BRASIL. **Portaria nº 3.124 GM,** de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Caderno de Atenção Básica nº 39**. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica, 2014a.

BRASIL. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação e Cultura, 2014b.

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: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. **Resolução nº 6, de 19 de outubro de 2017**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação e Cultura, 2017b.

BRASIL. **Número de equipes NASF implantadas no país, abril de 2019**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2019. Disponível em: <[http://cnes2.datasus.gov.br/Lista\\_Tot\\_Equipes.asp](http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp)>. Acesso em: 21 mai. 2019.

BRITO, G. E. G.; MENDES, A. C. G.; SANTOS NETO, P. M. O trabalho na Estratégia Saúde na Família e a persistência das práticas curativistas. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 3, p. 975-995, set./dez. 2018.

BUSS, P. M.; PELEGINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CÂMARA, R. H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 179-191, 2013.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas Psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, dez. 2013. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2013000200016&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 04 jun. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CARVALHO, M. N.; GIL, C. R. R.; COSTA, E. M. O. D.; SAKAI, M. H; LEITE, S. N. Necessidade e dinâmica da força de trabalho na Atenção Básica de Saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 295-302, 2018.

CAVALHEIRO, M. T. P.; GUIMARÃES, A. L. Formação para o SUS e os desafios da integração ensino serviço. **Caderno FNEPAS**, v. 1, p. 19-27, 2011.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CNES. **Cadastramento Nacional dos Estabelecimentos de Saúde**. 2019. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 20 mai. 2019.

COSTA, N. M. S. C. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 1, p. 21-30, 2007.

CORREIA, P. C. I.; GOULART, P. M.; FURTADO, J. P. A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial, p. 345-359, 2017. DOI: 10.1590/0103-11042017S25.

COUTO, G.; PRIMI, R. Teoria de Resposta ao Item (TRI): conceitos elementares dos modelos para itens dicotômicos. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 61, n. 134, 2011.  
CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

EMBRETSON, S. E.; REISE, S. P. **Item Response Theory for psychologists**. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 2000 (Multivariate Applications).

FRANCISCO, R. **Aplicação da teoria da resposta ao item (T.R.I.) no exame nacional de cursos (E.N.C.) da Unicentro**. 2005. 135f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2005.

FERNANDES, E. T. P.; SOUZA, M. N. L.; RODRIGUES, S. M. Práticas de grupo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: perspectiva do usuário. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, e290115, p. 1-18, 2019.

FERREIRA, R. C.; FIORINI, V. M. L.; CRIVELARO, E. Formação profissional no SUS: o papel da atenção básica em saúde na perspectiva docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 207-215, 2010.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: Hucitec, 2002.

FIGUEIREDO, E. N. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS**. UNA-SUS-UNIFESP. São Paulo: [s.n.], 2014. Disponível em: <[http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade05/unidade05.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2016.

FONTANELLA, Bruno Jose Barcellos et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 388-394, fev. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000200020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 mai. 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

\_\_\_\_\_. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, F. M.; SILVA, M. G. C. Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária: uma realidade em Juazeiro do Norte. **Ciência e saúde coletiva [online]**, v. 16, suppl.1, p. 893-902, 2011.

GONÇALVES, R. M. A.; LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I.; CORDONE, N. G.; BARROS, J. O. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 40, n. 131, p. 59-74, 2015.

GUEWEHR, K. **Teoria da resposta ao item na avaliação de qualidade de vida de idosos**. 2007. 179f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

HORTA, N. C. et al. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 524-529, ago. 2009.

KLEIN, R. Utilização da Teoria de Resposta ao Item no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica (SAEB). **Meta: Avaliação**, v. 1, n. 2, p. 125-140, 2009.

MARX, K. O capital. 14 ed. São Paulo: Difel, 1994, v.1.

LANCMAN, S. et al. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 5, out. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102013000700968&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102013000700968&script=sci_arttext)>. Acesso em: 9 abr. 2014.

LANCMAN, S.; BARROS, J. O. Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e Terapia Ocupacional: problematizando as interfaces. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 22-29, 2011.

PARAÍBA (Estado). **Plano Estadual de Saúde 2016-2019**. Aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde. Resolução nº 0123, de 02 de fevereiro de 2016. João Pessoa: Governo do Estado da Paraíba; Secretaria de Estado da Saúde; Gerência de Planejamento e Gestão, 2016.

LAROS, J. A. O uso da análise fatorial: algumas diretrizes para pesquisadores. In: PASQUALI, L. (Org.). **Análise fatorial para pesquisadores**. Brasília: LabPAM/UnB, 2005. p. 163-184.

LAROS, J. A.; PASQUALI, L.; RODRIGUES, M. M. M. **Análise da unidimensionalidade das provas do SAEB**. Relatório Técnico. Brasília: Centro de Pesquisa em Avaliação Educacional; Universidade de Brasília, 2000.

LAROS, J. A.; PUENTE-PALACIOS, K. E. Validação cruzada de uma escala de clima organizacional. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 1, p. 113-119, 2004.

LEITE, D. F.; NASCIMEJTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 507-525, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000200010>>. Acesso em: 10 mai. 2019.

LIMA, F. L. C. O núcleo de apoio à saúde da família e alguns dos seus desafios. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, Brasília, DF, v. 3, n. 2, jan./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.grupouninter.com.br/revistasaude/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/144/114>>. Acesso em: 3 jan. 2014.

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

LUCENA, E. M. F. **A formação nos cursos de Fisioterapia na Paraíba para a atuação na Atenção Básica à Saúde**. 2019. 135f. Tese (Doutorado em Modelos de Decisão e Saúde) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019.

MARCONI, M.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MARTINEZ, J. F. C.; SILVA, M. S.; SILVA, A. M. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Goiânia (GO): percepções dos profissionais e gestores. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 95-106, jul./set. 2016. DOI: 10.1590/0103-1104201611007.

MEDEIROS, R. H. A. Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1165-1184, 2015.

MEDEIROS, E. D.; MONTEIRO, R. P.; GOUVEIA, R. S. V.; NASCIMENTO, B. S.; GOUVEIA, V. V. Dark Triad Dirty Dozen: Avaliando seus Parâmetros Via TRI. **Psico-USF**, v. 22, n. 2, p. 299-308, 2017. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-82712017220209>.

MELO, V. L.; CHRISTOVAM, B. P.; CARVALHO, L. R.; TEIXEIRA, D. Z. Psicodinâmica do trabalho de um restaurante universitário: aplicação do software Alceste na pesquisa qualitativa. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v. 10, supl. 3, p. 1450-1458, 2016.

MELO, E. A.; MIRANDA, L.; SILVA, A. M.; LIMEIRA, R. M. N. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. Especial 1, p. 328-340, set. 2018.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 1992.

MENDONÇA, J. D. **Modelos Multidimensionais de Item na avaliação de ingresso da UFPA**. 2016. 126f. Tese (Doutorado em Estatística e Experimentação Agropecuária) – Universidade Federal de Lavras, Lavras, 2016.

MENEZES, C. A. **Implantação do Núcleo de Apoio ao Programa de Saúde da Família (NASF) em Olinda**: estudo de caso. 2011. 62 f. Monografia (Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 106-116, 2000.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html#topo>> Acesso em: 10 jul. 2019.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MOREIRA, T. N. F.; MARTINS, C. L.; FEUERWERKER, L. C. M. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. **Saúde e sociedade**, v. 23, n. 3, p. 814-827, 2014.

MOREIRA JÚNIOR, F. J. Aplicações da teoria da resposta ao Item (TRI) no Brasil. **Revista Brasileira de Biomedicina**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 137-170, 2010.

MOURA, R. H.; LUZIO, C. A. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. **Interface: Comunicação, saúde e educação**, v. 18, supl. 1, p. 973- 986, 2014.

NASCIMENTO, A. G.; CORDEIRO, J.C. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: análise do processo de trabalho. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, V. 17, N. 2, 2019.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96, jan./mar., 2010.

NGUYEN, T. H.; HAN, H.; KIM, M. T.; CAN, K.; CHAN, S. An introduction to Item Response Theory for patient-reported outcome measurement. **Patient**, v. 7, n. 1, p. 23-35, 2014. DOI: 10.1007/s40271-013-0041-0PMCID: PMC4520411.

NÓBREGA, M. P. S. S.; DOMINGOS, A. M.; SILVEIRA, A. S. A. SANTOS, J. C. Tecendo a Rede de Atenção Psicossocial Oeste do município de São Paulo. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 965-972, 2017.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade [online]**, v. 13, n. 3, p. 44-57, 2004.

OLIVEIRA, E. R. A. et al. Interdisciplinaridade, trabalho em equipe e multiprofissionalismo: concepções dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 13, n. 4, p. 28-34, 2011.

OLIVEIRA, F. R. L. **A integração das ações do campo da saúde mental entre a estratégia saúde da família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família: desafios para uma prática interdisciplinar**. 2013. 116 f. Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

OLIVEIRA, M. S. O papel dos profissionais de saúde na formação acadêmica. **Olho Mágico**, v. 10, n. 2, p. 37-9, 2003.

OLIVEIRA, I. C.; ROCHA, R. M.; CUTOLO, L. R. A. Algumas palavras sobre o Nasf: relatando uma experiência acadêmica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, dez. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022012000600019&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022012000600019&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 10 mai. 2019.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista brasileira de enfermagem [online]**, v. 66, p. 158-164, 2013.

OTTAWA. **Carta de Ottawa**. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa: [s.n.], nov. 1986. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf)>. Acesso em: 10 mai. 2018.

PASQUALI, L. **Teoria de Resposta ao Item**: teoria, procedimentos e aplicações. 1. ed. Brasília: LabPAM, 2007 (v. 1).

\_\_\_\_\_. Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. Porto Alegre: ArtMed, 2010. p. 104-115.

\_\_\_\_\_. **Análise fatorial para pesquisadores**. Brasília: LabPAM/UnB, 2005.

\_\_\_\_\_. **Psicometria**: teoria dos testes na psicologia e na educação. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

\_\_\_\_\_; PRIMI, R. Fundamentos da Teoria da Resposta ao Item – TRI. **Avaliação Psicológica**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 99-110, 2003.

PATHAK, A.; PATRO, K.; PATHAK, M.; VALECHA, M. Item Response Theory. **IJCSMC: International Journal of Computer Science and Mobile Computing**, v. 2, n. 11, p. 7-11, 2013.

PATROCÍNIO, S. S. S. M.; MACHADO, C. V.; FAUSTO, M. C. R. Núcleo de Apoio à Saúde na Família: proposta nacional e implementação em municípios do Rio de Janeiro. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. Especial, p. 105-119, dez. 2015.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde** [online]. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html#topo>>. Acesso em: 10 jul. 2019.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 1, n. 1, p. 75-91, 2003.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no programa saúde da família. **Hygeia**, v. 2, n. 2, p. 47-55, 2006.

PIANCASTELLI, C. H. Saúde da família e formação de profissionais de saúde. In: ARRUDA, B. K. G. (Org.). **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco: MS, 2001. p.121-40.

PINHEIRO, A. M. V.; VILHENA, D. A.; SANTOS, M. A. C. PROLEC-T – Prova de compreensão de texto: análise de suas características psicométricas. **Trends in Psychology / Temas em Psicologia**, v. 25, n. 3, p. 1067-1080, set. 2017. DOI: 10.9788/TP2017.3-08.

PIZZINATO, A. et al. A Integração Ensino-Serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1, supl. 2, p. 170-177, 2012.

RAYMUNDO, V. P. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. **Letras de Hoje: Estudos e debates de assuntos de linguística, literatura e língua portuguesa**, v. 44, n. 3, 2009.

RODRIGUES, M. T. C. **Adesão ao tratamento da pressão arterial sistêmica: desenvolvimento de um instrumento avaliativo com base na Teoria de Resposta ao Item (TRI)**. 2012. 164f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Doutorado em Saúde Coletiva em Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR, Fortaleza, 2012.

SANTOS, R. N. L. C. **A integralidade e a interdisciplinaridade na formação dos profissionais da estratégia saúde da família**. 2014. 106 f. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014.

SANTOS, V. L. F. **Teoria de Resposta ao Item: uma abordagem generalizada das Curvas Características dos Itens**. 2009. 87f. Dissertação (Mestrado em Estatística) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

SARTES, L. M. A.; SOUZA-FORMIGONI, M. L. O. Avanços na psicometria: da Teoria Clássica dos Testes à Teoria de Resposta ao Item. **Psicologia e Reflexão Crítica**. [online], v. 26, n. 2, p. 241-250, 2013.

SILVA, A. T. C. et al. Núcleos de apoio à saúde da família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, nov. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012001100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 mai. 2019.

SILVA, A. L. A. C. et al. Atividades grupais em saúde: características, possibilidades e limites. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 18-24, 2003.

SOUSA, F. O. S. et al. Do normativo à realidade do sistema único de saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1283-1293, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000401283&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000401283&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 1 dez. 2017.

SOUZA, T. S.; MEDINA, M. G. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS? **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. Especial 2, p. 145-158, out. 2018.

SOUZA, T. T.; CALVO, M. C. M. Resultados esperados dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: revisão de literatura. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 976-987, 2016. DOI 10.1590/S0104-12902016163089.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEZZA, R.; BORNIA, A. C.; ANDRADE, D. F.; BARBETTA, P. A. Multidimensional model to measure quality in e-commerce websites using item response theory. **Gest. Prod.**, São Carlos, v. 25, n. 4, p. 916-934, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-530X1875-18>>. Acesso em: 10 mai. 2019.

TOFFOLI, S. F. L.; FERREIRA FILHO, O. F.; ANDRADE, D. F. Proposta de seleção unificada aos Programas de Residência Médica. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 59, n. 6, p. 583-588, 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA. **RESOLUÇÃO Nº 59/2011**. Aprova o Curso de Pós-Graduação Lato Sensu, em nível de Especialização, denominado Curso de Especialização em Política e Gestão do Cuidado, com Ênfase no Apoio Matricial, sob a responsabilidade do NESC/Centro de Ciências da Saúde – CCS, Campus I. João Pessoa, 2011a.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA. **RESOLUÇÃO Nº 55/2011**. Aprova o Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu*, em nível de Especialização, denominado Curso de Especialização em Saúde da Família com Ênfase na Implantação das Linhas de Cuidado, sob a responsabilidade do Centro de Ciências Médicas – CCM, *Campus I*. João Pessoa, 2011b.

WAGNER, T. A.; HARVEY, R. J. Development of a new critical thinking test using Item Response Theory. **Psychological Assessment**, v. 18, n. 1, p. 100-105, 2006.

WILSON, D. T.; WOOD, R.; GIBBONS, R. **Testfact: test scoring, item statistics, and item factor analysis**. Chicago: Scientific Software, 1991.

VENDRAMINI, C. M. M.; SILVA, M. C.; CANALE, M. Análise de itens de uma prova de raciocínio estatístico. **Psicologia em Estudo**, v. 9, n. 3, p. 487-498, 2004.

VOLPINI, P. R. R.; GARANHANI, M. L.; CARVALHO, B. G. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades como dispositivo de mudança na Atenção Básica em saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, N. Especial, p. 221-231, dez. 2015.

WERMELINGER, M. et al. A força de trabalho do setor de saúde no Brasil: focalizando a feminização. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 54-70, mai. 2010.

**Apêndice A – Carta de Anuência**

Aceito a pesquisadora **Renata Newman Leite Cardoso dos Santos**, CPF: 074120974-82, sob orientação da Dra. Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro, vinculadas à Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde/UFPB, a desenvolver sua pesquisa, intitulada “O TRABALHO DO NASF NA PARAÍBA: POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA PERSPECTIVA DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE”, tal como foi submetida à Plataforma Brasil.

Ciente dos objetivos, técnicas e métodos que serão usados nesta pesquisa, concordo em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, e concedo a anuência desde que seja assegurado o que segue abaixo:

- 1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº 466/2012 CNS/CONEP;
- 2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- 3) Que não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa; e
- 4) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma. Uma cópia desta declaração deverá ficar com o representante da instituição.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

**Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Eu, \_\_\_\_\_,

declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

A pesquisa intitulada “O TRABALHO DO NASF NA PARAÍBA: POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA PERSPECTIVA DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE” terá como objetivo geral: Avaliar os conhecimentos que fundamentam a atuação dos profissionais do NASF no estado da Paraíba e sua utilização prática.

Ao pesquisador, caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados a população acadêmica;

- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para ele. Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes;
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário;
- A pesquisa envolverá riscos mínimos aos participantes pela possibilidade de causar constrangimento com a aplicação dos questionários. Para minimizá-los, a pesquisadora garantirá aos voluntários privacidade para responder aos questionários e ao realizar a entrevista;
- Caso o participante apresente dúvidas, o pesquisador estará disponível e prestará os esclarecimentos necessários;
- Os riscos citados justificam-se pelos benefícios advindos da avaliação do conhecimento dos profissionais e gestores sobre a Política Nacional de Atenção Básica e Caderno nº 39 do NASF, tais como: melhoria no conhecimento e, conseqüente, adequação das atividades profissionais no processo de trabalho da atenção básica; um profissional crítico, reflexivo e questionador adequado às exigências atuais do sistema de saúde brasileiro.
- Em caso de qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a pesquisadora responsável no endereço: Campus I – Departamento de Fisioterapia – Laboratório de Estudos e Práticas em Saúde Coletiva (LEPASC) – Cidade Universitária – João Pessoa/PB, CEP: 58059-900, no endereço eletrônico: renatanewman@hotmail.com ou pelos telefones (83) 996155253 ou

(83) 986668556; ou poderá contatar o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP-UEPB) no endereço: Campus I - Bloco Arnaldo Tavares – Sala 812 – 1º andar - CCS, Cidade Universitária, João Pessoa/PB, CEP: 58.051-900, através do número (083) 32167791 e no endereço eletrônico: eticaccsufpb@hotmail.com;

- A pesquisa apresenta como critério de inclusão: ser profissional do NASF; e como critério de exclusão: estar afastado das atividades de trabalho no NASF;
- Ao final da pesquisa, se for do interesse do voluntário, terá acesso ao seu conteúdo, podendo discutir os dados com a pesquisadora. Vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em posse da pesquisadora e a outra em posse do voluntário;
- A equipe de pesquisa é composta pela pesquisadora principal (Renata Newman Leite Cardoso dos Santos), os orientadores da pesquisa (Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro e João Agnaldo do Nascimento) e pesquisadores colaboradores (Angela Maria Barros Silva, Eleazar Marinho de Freitas Lucena, Geraldo Eduardo Guedes Brito e Simone Farias de Sousa).

Dessa forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e por estar de pleno acordo com o seu teor, dato e assino este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

João Pessoa, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Pesquisador \_\_\_\_\_

Voluntário \_\_\_\_\_

Obs.: Por favor, rubricar as duas páginas e assinar na última página.

Apêndice C – Questionário de Pesquisa

Nº \_\_\_\_\_

1.0 Idade: \_\_\_\_\_

1.1 Sexo: 1  Masculino                      2  Feminino

1.2 União estável:

1  Sim                                      2  Não

1.4 Local de Graduação:

1  Instituição privada                      2  Instituição pública

1.6 Ano de conclusão do curso de graduação: \_\_\_\_\_

1.7 No NASF, você atua em qual categoria profissional?

- |   |  |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta       | 9 <input type="checkbox"/> Psicólogo                           |
| 2 <input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo        | 10 <input type="checkbox"/> Assistente Social                  |
| 3 <input type="checkbox"/> Nutricionista        | 11 <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional              |
| 4 <input type="checkbox"/> Farmacêutico         | 12 <input type="checkbox"/> Educador Físico                    |
| 5 <input type="checkbox"/> Médico Acupunturista | 13 <input type="checkbox"/> Médico Ginecologista               |
| 6 <input type="checkbox"/> Médico Homeopata     | 14 <input type="checkbox"/> Médico Pediatra                    |
| 7 <input type="checkbox"/> Médico Psiquiatra    | 15 <input type="checkbox"/> Médico Geriatra                    |
| 8 <input type="checkbox"/> Médico Veterinário   | 16 <input type="checkbox"/> Médico Internista (clínica médica) |

1.8 Você possui curso de especialização?

- 1  Sim. Qual curso? \_\_\_\_\_
- 2  Não

1.9 Qual o tempo em que trabalha no NASF?

\_\_\_\_\_ anos e \_\_\_\_\_ meses.

**1.10 Você já participou de algum curso ofertado pela gestão municipal sobre o NASF?**

1  *Sim. Qual:* \_\_\_\_\_

2  *Não*

**2.0 Seu vínculo empregatício hoje no NASF é?**

1  *Efetivo, por concurso público.*

2  *Contratado temporário.*

3  *Outro*

**2.1 Sua forma de ingresso para o trabalho no NASF se deu por:**

1  *Concurso público.*

2  *Seleção simplificada.*

3  *Indicação de amigo, colega, parente, conhecido (s).*

**2.2 Sua remuneração financeira pelo trabalho no NASF**

1  *Menos de R\$ 1000,00*

2  *Entre R\$ 1001,00 e R\$ 2000,00.*

3  *Mais de R\$ 2000,00*

**2.3 Sua carga horária semanal de trabalho no NASF é de:**

1  *20 horas*

2  *30 horas*

3  *40 horas*

**2.4 Quantas equipes de saúde da família sua equipe NASF está vinculada:**

\_\_\_\_\_ *equipes saúde da família.*

**Levando em consideração o seu conhecimento, responda às 07 questões a seguir, que abordam o conteúdo da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB):**

**1) Sobre a Atenção Básica à Saúde, assinale a alternativa correta:**

- a) É desenvolvida por meio de tecnologias de cuidado básicas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de menor frequência e relevância no país, observando critérios de chegada no território e no serviço.

- b) É desenvolvida por meio do exercício de práticas de gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho por especialidades, dirigidas a populações de territórios indefinidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária.
- c) É desenvolvida por meio de um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde.
- d) É desenvolvida com o mais alto grau de centralização e hierarquia, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a única porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde.

**2) Sobre os fundamentos e diretrizes da atenção básica, assinale a alternativa correta:**

- a) A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada da rede de atenção.
- b) A adscrição dos usuários consiste na construção de relações de confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, construído ao longo do tempo, apesar de não representar um potencial terapêutico. Já o vínculo é um processo de vinculação de pessoas e grupos a profissionais.
- c) A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade do tratamento em doenças crônicas, com construção de vínculo e responsabilização dos familiares durante o momento do atendimento.
- d) A integralidade em seus vários aspectos diz respeito às ações de demanda espontânea, separando as ações e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, da ampliação da autonomia dos usuários e coletividades.

**3) Sobre as características inerentes à atenção básica, assinale a alternativa correta:**

- a) O desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes/determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, com foco no processo saúde-doença, independente das condições socioeconômicas do usuário.
- b) O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo seletivo quanto à ordem de chegada.
- c) O serviço de saúde deve se organizar para oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, transferindo a responsabilidade para outro nível de complexidade quando encaminhar o usuário para outros pontos da rede de atenção.
- d) A Organização que pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica.

**4) Sobre o papel que a atenção básica deve cumprir para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), assinale a alternativa correta:**

- a) Identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica focada nas doenças/agravos à saúde que acometem os pacientes.
- b) Elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, sem a necessidade de acompanhar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS.

- c) Reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção, contribuindo para a programação dos serviços de saúde.
- d) Atuar como mais um serviço de atenção à saúde, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários por meio de uma relação pontual, com o objetivo de produzir o cuidado integral no âmbito da saúde da família.

**5) Sobre as especificidades da Estratégia Saúde da Família, assinale a alternativa correta:**

- a) Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe.
- b) Existência de equipe multiprofissional composta por, no mínimo, médico e enfermeiro, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, outros profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal.
- c) Carga horária de 30 horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de Saúde da Família. Podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até oito horas para atividades de educação permanente e apoio matricial.
- d) O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento das unidades básicas de saúde devem ser organizados de modo que garantam o atendimento prioritário à demanda espontânea.

**6) Sobre o processo de trabalho das equipes de atenção básica, assinale a alternativa correta:**

- a) Incluir na programação das atividades o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado dos profissionais de nível superior, recomendando-se a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias, facilitando o acesso dos usuários.
- b) Realizar o acolhimento com entrega de fichas, respeitando a ordem de chegada e a proximidade do domicílio do usuário em relação ao serviço, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea.
- c) Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários.
- d) Realizar atenção domiciliar destinada a todos os usuários que possuam problemas de saúde descontrolados/descompensados, que não possuem condições financeiras para se deslocarem até uma unidade de saúde.

**7) Sobre as atribuições comuns a todos os profissionais da atenção básica, assinale a alternativa correta:**

- a) Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros).
- b) Realizar procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas, solicitar exames complementares e encaminhar usuários a outros serviços.
- c) Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na Unidade Básica de Saúde e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.).

- d) Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde.

**Levando em consideração o seu conhecimento, responda às questões a seguir, que abordam o conteúdo Caderno de Atenção Básica Número 39, sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família:**

**8) Sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), assinale a alternativa correta:**

- a) São equipes multiprofissionais que recebem casos encaminhados pelas equipes de atenção básica por meio de encaminhamentos impessoais, atuando no lócus da atenção especializada.
- b) São equipes multiprofissionais caracterizadas por ser porta de entrada na atenção básica e realizar atendimento especializado a qualquer usuário que procure o serviço.
- c) São equipes multiprofissionais que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de atenção básica, compartilhando práticas e saberes em saúde.
- d) São equipes multiprofissionais que são constituídas como apoio especializado em espaço físico próprio, como um ambulatório de especialidades.

**9) Sobre as diretrizes que orientam o trabalho do NASF, assinale a alternativa correta:**

- a) Para lidar com as demandas e as necessidades de saúde dos usuários, é necessário que a equipe de atenção básica disponha de diferentes especialidades para encaminhar, quando necessário, os casos mais complexos, transferindo a responsabilidade da gestão do cuidado.
- b) A autonomia dos indivíduos e coletivos é compreendida como exigência básica para o cuidado na atenção básica, necessária tanto para o desenvolvimento de ações técnicas quanto para a produção de relações de acolhimento, vínculo e responsabilização.
- c) Os profissionais devem ser capazes de desenvolver o raciocínio clínico, o epidemiológico e o sociopolítico sobre a realidade sanitária dessa população, de forma a identificar os meios mais efetivos para promover e proteger a situação de saúde da coletividade.
- d) O trabalho em equipe favorece ações integradas e abrangentes, se pautando pela delimitação de atos profissionais exclusivos, e pela sobreposição dos saberes nucleares e específicos, colocando capacidades a serviço do trabalho coletivo da equipe.

**10) Sobre o objetivo do NASF, assinale a alternativa correta:**

- a) Aumentar o quantitativo de profissionais que compõem as equipes de atenção básica, ampliando o trabalho e o espaço físico das unidades básicas de saúde.
- b) Ampliar o acesso da população a ofertas mais abrangentes e próximas das suas necessidades.
- c) Reduzir o tempo de espera dos usuários para os atendimentos com os profissionais das equipes de atenção básica.
- d) Ampliar o repertório de ações da atenção especializada e a capacidade de cuidado em cada nível de complexidade.

**11) Sobre as atividades do NASF, assinale a alternativa correta:**

- a) O NASF tem como “público-alvo” os usuários em seu contexto de vida. Nessa relação, é fundamental que o NASF crie mecanismos de identificação e escuta das demandas sobre sua prática a partir da atenção direta aos usuários.
- b) O NASF pode atuar de forma independente na análise dos problemas e na elaboração de propostas de intervenção, na realização de ações clínicas ou coletivas com os usuários, de modo integrado e corresponsável.
- c) Para realização do trabalho, inúmeras atividades podem ser desenvolvidas, que abrangem tanto a dimensão clínica-sanitária quanto a pedagógica, a saber: discussões de casos, atendimento em conjunto com profissionais das equipes apoiadas, atendimentos individuais, entre outras.
- d) Planejar reuniões, construir agendas compartilhadas e equilibrar de forma dinâmica o conjunto de atividades a serem desenvolvidas representam atividades necessárias ao NASF, apesar de configurarem um processo burocrático ou até mesmo restritivo às ações assistenciais.

**12) Sobre as ações prioritárias para as atividades do NASF, assinale a alternativa correta:**

- a) As ações são definidas no momento de implantação do NASF devem ser consideradas definitivas, já que as necessidades e possibilidades de atuação se configuram no trabalho colaborativo e padronizado dos profissionais do NASF.
- b) As ações devem ser planejadas como um “cardápio de ofertas” (cuja decisão de utilização é situacional, caso a caso), proposto como ofertas pré-estabelecidas e fechadas nas unidades básicas de saúde, reforçando a lógica do encaminhamento pessoal.
- c) É fundamental que as ações iniciais dialoguem com necessidades percebidas e que sejam pactuadas com as equipes de atenção básica, evitando a construção de ofertas de apoio que sejam consideradas irrelevantes ou secundárias pelas equipes apoiadas.
- d) As ações devem ser demandadas pelos usuários e estabelecidas pelo diagnóstico situacional da gestão. O momento e o jeito da “chegada” devem ser cuidados, no sentido de serem “bons encontros” para ambos (profissionais do NASF e usuários).

**13) Sobre a agenda do NASF, assinale a alternativa correta:**

- a) Os elementos estruturantes da agenda dos profissionais do NASF devem ser compreendidos como determinantes para sua execução e podem ser ampliados de acordo com os interesses dos usuários.
- b) Na estruturação de sua agenda, é importante que o NASF busque sua organização como equipe, lançando mão de diferentes estratégias que deverão ser definidas de modo genérico para serem utilizadas em diferentes situações.
- c) O gerenciamento das agendas dos profissionais do NASF é, em primeira instância, responsabilidade dos coordenadores/gestores da atenção básica, devendo ser realizado de forma compartilhada com as equipes de atenção básica posteriormente.
- d) São elementos constituintes da agenda do NASF: Reuniões de matriciamento com as equipes de AB; Atendimentos individuais; Atendimentos domiciliares; Grupos e atividades coletivas; Reunião entre os profissionais do NASF e, se possível, com profissionais de outros Núcleos e de outros pontos de atenção do município.

**14) Sobre o apoio matricial assinale a alternativa correta:**

- a) O apoio matricial pode ser definido como novo modo de se organizar e funcionar para produzir saúde, no qual duas ou mais equipes/profissionais operam em uma intervenção pedagógico-terapêutica compartilhada.
- b) O NASF insere-se no âmbito da atenção básica para oferecer o apoio matricial, apesar dos profissionais não participarem da discussão de casos e/ou confecção de projetos terapêuticos com as equipes vinculadas, incorporam conhecimentos ou desenvolvem capacidades para lidar com esses casos em situações isoladas.
- c) O apoio matricial, um arranjo preconizado para o trabalho especializado, traz em sua estruturação a potencialidade de ampliar a fragmentação da atenção e de promover a constituição de uma rede de cuidados que aumente a qualidade e os espaços físicos para as ações em saúde.
- d) É um processo que promove a atenção centrada no problema de saúde individual, uma vez que considera a clínica no processo decisório. Para ser efetiva, deve haver a participação ativa dos profissionais do NASF com acompanhamento pela equipe de atenção básica.

**Apêndice D – Roteiro de entrevista para profissionais do NASF**Nº **Perfil do entrevistado:**

Sexo: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Qual a sua categoria profissional? \_\_\_\_\_

Sua equipe NASF está vinculada a quantas Equipes Saúde da Família? \_\_\_\_\_

Quais as categorias profissionais compõem sua equipe NASF?

\_\_\_\_\_  
Há quanto tempo você atua no NASF? \_\_\_\_\_

1. Comente como se dá uma semana de trabalho sua no NASF. Quais as atividades comumente desenvolvidas?
2. Desde que você começou a trabalhar no NASF, de que tipo de formação/educação permanente você participou?
3. Você conhece a Política Nacional de Atenção Básica? Fale sobre esta política. Como este documento lhe auxiliou para a atuação no NASF?
4. Você conhece o Caderno de Atenção Básica nº 39? Fale sobre este caderno. Como este documento lhe auxiliou para a atuação no NASF?
5. Na sua perspectiva, quais as dificuldades do trabalho no NASF? E quais as estratégias para superá-las?
6. Pense na seguinte situação-problema e comente como seria sua atuação neste caso. Você foi contratado para atuar em uma equipe NASF a qual está vinculada a seis Equipes Saúde da Família de um município na Paraíba. Quais atividades você realizaria como profissional do NASF?