

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Nara Raquel Barbosa da Silva

**O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE DO NASF NA PANDEMIA DA COVID-  
19: mudanças e repercussões**

João Pessoa/PB  
2023

**NARA RAQUEL BARBOSA DA SILVA**

**O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE DO NASF NA PANDEMIA DA COVID-19: mudanças e repercussões**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, Área de concentração Epidemiologia ou Política, Gestão e Cuidado.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Figueiredo de Oliveira

Coorientador: Prof. Dr. Pedro José Santos Carneiro Cruz

João Pessoa/PB  
2023

## ATA DE SESSÃO DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Curso de Pós-Graduação <b>em Saúde Coletiva</b>	Instituição <b>UFPB</b>
Ata da Sessão de Defesa de Dissertação do (a) Mestrando(a) NARA RAQUEL BARBOSA DA SILVA	
Realizada no Dia 30.11.2023	

Às 14 horas do dia 30 do mês de novembro do ano de 2023 realizou-se a sessão de defesa do Trabalho de Conclusão de Mestrado, da discente Nara Raquel Barbosa Da Silva, intitulado O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE DO NASF NA PANDEMIA DE COVID-19: MUDANÇAS E REPERCUSSÕES.

A banca examinadora foi composta pelos professores doutores Profa. Dra. Luciana Figueiredo de Oliveira, orientadora, Prof. Dr. Geraldo Eduardo Guedes de Brito (membro interno) e pela Profa. Dra. Janaína von Sohsten Trigueiro (membro externo).

A sessão foi aberta pelo(a) presidente da banca, que apresentou a banca examinadora e o(a) orientando(a). Em seguida, a candidata procedeu com a apresentação do trabalho. Após a exposição, seguiu-se o processo de arguição da mestranda. A primeira examinadora foi a Profa. Dra. Janaína von Sohsten Trigueiro. Logo após procedeu a arguição Prof. Dr. Geraldo Eduardo Guedes de Brito. Em seguida a banca examinadora se reuniu reservadamente a fim de avaliar o desempenho da mestranda. Diante do exposto, considerando que a mestranda, dentro do prazo regimental, cumpriu todas as exigências do Regimento Geral da UFPB, do Regulamento Geral dos Cursos de Pós-Graduação “Stricto Sensu” da UFPB e do Regulamento do programa, está apta a obter o Grau de MESTRE EMSAÚDE COLETIVA, a ser conferido pela Universidade Federal da Paraíba.

A banca examinadora considerou aprovado o trabalho da discente. Nada mais havendo a relatar a sessão foi encerrada às 16 horas, e eu, Luciana Figueiredo de Oliveira, orientador do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UFPB, lavrei a presente ata, que depois de lida e aprovada, será assinada por mim e pelos membros da banca examinadora.

João Pessoa, 30 de novembro de 2023.

Assinatura do(a) orientador(a)

## FICHA DE AVALIAÇÃO DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

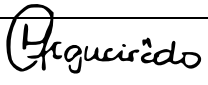
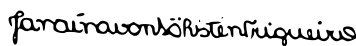
MESTRANDO (A) : NARA RAQUEL BARBOSA DA SILVA

MATRICULA: 20201029083

TÍTULO DO TRABALHO: O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE DO NASF NA PANDEMIA DE COVID-19: MUDANÇAS E REPERCUSSÕES

DATA DO EXAME: 30/11/2023 HORA: 14h LOCAL: SALA PPGFON 01

COMPOSIÇÃO DA BANCA EXAMINADORA:

MEMBROS – BANCA EXAMINADORA	INSTITUIÇÃO	ASSINATURA
Profa. Dra. Luciana Figueiredo de Oliveira, orientadora	PPGSC/UEPB	
Prof. Dr. Geraldo Eduardo Guedes de Brito (membro interno)	PPGSC/UEPB	
Profa. Dra. Janaína von Sohsten Trigueiro (membro externo)	DEPFONO/UEPB	

A banca Examinadora, em análise dos seguintes aspectos atinentes a apresentação do Trabalho Final da pesquisa de mestrado e procedida a arguição pertinente ao trabalho, teve como PARECER O SEGUINTE:

A mestranda demonstrou maturidade acadêmica e segurança nos argumentos apresentados em seu trabalho. Respondeu aos questionamentos dos membros da banca de maneira clara e objetiva. As sugestões realizadas pela banca dizem respeito ao aprofundamento das discussões realizadas no trabalho, a fim de realizar as discussões pertinentes ao tema e viabilizar a publicação dos resultados do trabalho.

Sendo assim, considerou o Trabalho da Mestranda:

(x) Aprovado                      ( ) Reprovado                      ( ) Insuficiente

Assinatura do(a) orientador(a):

João Pessoa, 30.11.2023.

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

S586p Silva, Nara Raquel Barbosa da.

O processo de trabalho em saúde do NASF na pandemia da covid-19 : mudanças e repercussões / Nara Raquel Barbosa da Silva. - João Pessoa, 2023.

79 f. : il.

Orientação: Luciana Figueiredo de Oliveira.

Coorientação: Pedro José Santos Carneiro Cruz.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Atenção Primária à Saúde - Covid-19. 2. Profissionais de saúde - Covid-19. 3. Profissionais de saúde - Fluxo de trabalho. I. Oliveira, Luciana Figueiredo de. II. Cruz, Pedro José Santos Carneiro. III. Título.

UFPB/BC

CDU 614:578.834(043)

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais, João e Severina, pelo amor e pela humildade.

A todos que sonharam comigo, para que este sonho hoje fosse realidade.

Aos profissionais de saúde.

Aos familiares e às vítimas da COVID-19 e da necropolítica.

Ao SUS, por sua magnitude, mesmo diante de tantas adversidades.

Aos que acreditam e lutam por saúde, dignidade e justiça.

## RESUMO

Este estudo abordou profissionais de saúde do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF). Compreende-se que, com a inserção do NASF por meio do trabalho colaborativo interprofissional dessas equipes no SUS, registra-se expansão da oferta de intervenções em saúde da APS. Neste estudo, foi abordado o processo de trabalho do NASF-Recife durante a pandemia de COVID-19 e as repercussões desse contexto. Foram observados os componentes do processo de trabalho (objetivos ou finalidades; meios e condições; objeto; agente ou sujeito). O objetivo deste estudo foi investigar as mudanças e repercussões do processo de trabalho no NASF em Recife-PE durante a pandemia da COVID-19. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter exploratório-descritivo, cuja amostra foi selecionada por conveniência. O referencial teórico-epistemológico foi a análise de conteúdo de Bardin. A partir da análise emergiram, principalmente, três categorias que se relacionam com o processo de trabalho dos profissionais do NASF- Recife-PE, sendo elas: a) o cuidado prestado ao usuário, b) a pandemia da COVID-19 e o processo de trabalho no NASF-Recife; e c) as repercussões da pandemia para o trabalhador do NASF-Recife e perspectivas futuras. Os resultados obtidos referem-se às precauções adotadas para a garantia de biossegurança, com repercussões para a operacionalização do cuidado, utilização do NASF no combate à COVID-19, acentuação da precariedade infraestrutural, mudanças no modo de compreender e gerenciar o cuidado, suspensão e inserção de atividades, incorporação da internet como ferramenta para operacionalizar o atendimento à saúde e repercussões no processo de trabalho em saúde e seus componentes. Observou-se nesta pesquisa que enfrentar a COVID-19 levou aos mais variados desgastes no processo de trabalho, apresentados e discutidos nesta dissertação. Conclui-se que a experiência vivida pelos profissionais desta pesquisa durante o processo de pandemia indicou profundas lacunas na infraestrutura, organização e gestão da saúde, as quais existiam antes mesmo da pandemia. Tais lacunas precisam ser revisitadas e modificadas no que tange aos atuais meios e condições do processo de trabalho e o que se espera desses trabalhadores diante das novas adversidades e das marcas de uma geração de profissionais e da população que sobreviveu à COVID-19.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. COVID-19. Fluxo de trabalho. Profissionais de saúde.

## ABSTRACT

This study approached health professionals from the Expanded Family Health and Primary Care Center (NASF, in Portuguese). The inclusion of NASF in the Unified Health System (SUS, in Portuguese) with these teams' interprofessional cooperation expanded the health interventions provided in PHC. This study approached the workflow at NASF in Recife, Brazil, during the COVID-19 pandemic and the consequences of this context, observing workflow components (objectives or goals; means and conditions; object; agent or subject). This study aimed to investigate the changes and consequences in the workflow at NASF-Recife during the COVID-19 pandemic. It is a qualitative, exploratory, descriptive research with a convenience sample, using Bardin's content analysis as the theoretical epistemological framework. The analysis indicated the following three main categories related to the NASF-Recife professionals' workflow: a) the care provided to users, b) the COVID-19 pandemic and the workflow at NASF-Recife; and c) the consequences of the pandemic on the NASF-Recife workers and future perspectives. The results point to precautions taken to ensure biosafety, with consequences to the operationalization of care, the use of NASF to fight COVID-19, further precarious infrastructure, changes in how care is understood and managed, some canceled activities, while other ones were included, the Internet used as a tool to operationalize healthcare, and consequences to the health workflow and its components. This research found that fighting COVID-19 caused fatigue in a wide range of aspects of the workflow, as addressed and discussed in this dissertation. In conclusion, the experience of the professionals in this research during the pandemic revealed greater gaps in health infrastructure, organization, and management, which were already present before the pandemic. Such gaps must be revisited and changed concerning the extant workflow means and conditions and the expectations of these workers, given the new adversities and characteristics of a generation of professionals and the population who survived COVID-19.

Keywords: Primary Health Care. COVID-19. Workflow. Health Personnel.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Descrição dos tipos e carga horária dos NASF.....	24
<b>Quadro 2</b> – Dados sociodemográficos dos profissionais do NASF-Recife.....	35
<b>Quadro 3</b> – Dados sobre as entrevistas com os profissionais do NASF-Recife.....	38

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBO	Código Brasileiro de Ocupações
COVID-19	Sigla em inglês para a doença do coronavírus 2019 ( <i>Coronavirus disease 2019</i> )
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DESF/SAS/MS	Departamento de Saúde da Família/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde
DS	Distrito Sanitário
EAB	Equipe de Atenção Básica
ECR	Equipe do Consultório da Rua
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESFF	Equipe de Saúde da Família Fluvial
ESFR	Equipe de Saúde da Família Ribeirinha
E-SUS	Sistema informatizado do SUS
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS/GM	Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PE	Pernambuco
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso da Qualidade da Atenção Básica
PSE	Programa de Saúde na Escola
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RPA	Regiões Político-Administrativas
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SARS-CoV-2	Sigla em inglês para coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 ( <i>severe acute respiratory syndrome coronavirus 2</i> )
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UPE	Universidade de Pernambuco
USF	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>15</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo geral</b> .....	<b>15</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos específicos</b> .....	<b>15</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>16</b>
<b>3.1</b>	<b>Considerações basilares a respeito do processo de trabalho em saúde</b> ..	<b>16</b>
<b>3.2</b>	<b>O NASF e as diretrizes de processo de trabalho</b> .....	<b>23</b>
<b>3.3</b>	<b>O NASF e a pandemia da COVID-19</b> .....	<b>30</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>33</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de estudo</b> .....	<b>33</b>
<b>4.2</b>	<b>Cenário de pesquisa</b> .....	<b>33</b>
<b>4.3</b>	<b>Sujeitos</b> .....	<b>34</b>
<b>4.4</b>	<b>Procedimentos e instrumentos para coleta de dados</b> .....	<b>35</b>
<b>4.5</b>	<b>Análise dos dados</b> .....	<b>38</b>
<b>4.6</b>	<b>Aspectos éticos</b> .....	<b>41</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>43</b>
<b>5.1</b>	<b>NASF e o enfrentamento da COVID-19</b> .....	<b>45</b>
<b>5.2</b>	<b>O sentido do trabalho para os profissionais do NASF-Recife</b> .....	<b>46</b>
<b>5.3</b>	<b>A pandemia da COVID-19 e o processo de trabalho no NASF-Recife</b> .....	<b>49</b>
<b>5.4</b>	<b>O cuidado prestado ao usuário durante a pandemia</b> .....	<b>56</b>
<b>5.5</b>	<b>Repercussões da pandemia para o trabalhador do NASF-Recife e perspectivas futuras</b> .....	<b>60</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÕES</b> .....	<b>65</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>67</b>
	<b>ANEXO A – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO</b> .....	<b>74</b>
	<b>ANEXO B – ROTEIRO DE ENTREVISTA</b> .....	<b>78</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O interesse em estudar o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)<sup>1</sup> iniciou no curso de Psicologia na Universidade de Pernambuco – UPE, Campus Garanhuns-PE, com a escolha do estágio supervisionado obrigatório em uma equipe NASF da referida cidade. Nesse processo, ficaram visíveis as potencialidades e as dificuldades enfrentadas pelos profissionais, deixando nítida a necessidade de reflexão sobre o processo de trabalho em saúde, desafio a ser enfrentado nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

Somada à experiência referida acima, a vivência da pesquisadora em programa de residência em saúde (esta, por sua vez, em Atenção Básica e Saúde da Família no município de Jaboatão dos Guararapes-PE entre os anos de 2017 e 2019) permitiu a participação no planejamento e execução de atividades com vistas ao cuidado integral aos usuários na Atenção Primária à Saúde (APS).

Essa vivência possibilitou aprendizagem, mas também foram percebidas as dificuldades a serem enfrentadas, com destaque para a precariedade estrutural das Unidades de Saúde da Família (USF), visíveis em muitos dispositivos do referido município. Durante a residência, foi possível verificar a acentuação de vulnerabilidades socioeconômicas, legitimadas pelas falas dos usuários atendidos pela equipe NASF à qual a pesquisadora estava vinculada. Além disso, percebeu-se a dificuldade na referência e contrarreferência para a Rede de Atenção à Saúde (RAS), que acabava por prejudicar a construção do cuidado continuado, ao qual a pesquisadora esteve vinculada durante todo o processo de residência.

No entanto, é importante registrar experiências potencializadoras, visto que o trabalho na APS no NASF também foi e deve continuar a ser entendido como fomentador de vida no asseguramento de acesso às ações e serviços que visam à saúde da população. O cuidado em saúde trata-se de uma ação transformadora de realidades; por exemplo, há a ocorrência de demandas de diversas ordens vividas pelos usuários. Dentre essa diversidade, observa-se a necessidade de cuidados

---

<sup>1</sup> Este trabalho filia-se ao pensamento de Mello (2021), ao relatar que o emprego contínuo do termo NASF na escrita das produções científicas é uma das formas de impor resistência para, assim, garantir apoio às equipes de Atenção Básica à Saúde, sobretudo ao NASF, campo de estudo desta pesquisa. Nesse sentido, foi adotado para a escrita desta pesquisa o termo utilizado na implantação deste serviço: Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF (Brasil, 2009).

específicos de áreas da saúde, intervenções que podem ser ofertadas pela inserção do NASF nos territórios na APS.

De acordo com Souza e Medina (2018), a inserção do NASF na APS expande as possibilidades da rede de cuidado. Quando de fato há a demanda que só consegue ter resolutividade na rede especializada, o usuário já se encontra com o suporte dos profissionais da equipe atuante no território onde estes usuários residem.

Segundo Bispo Júnior e Moreira (2018), diante deste cenário observa-se a importância do trabalho colaborativo interprofissional no NASF (psicologia, fisioterapia, serviço social, terapia ocupacional, fonoaudiologia, educação física, nutrição, farmácia, saúde coletiva) e saberes empregados com ações integradas em saúde nas comunidades acompanhadas durante o processo de residência no qual a pesquisadora participou.

O trabalho do NASF destaca-se pelo acesso a espaços que os demais níveis de atenção à saúde (secundário e terciário) não conseguem alcançar: a casa, a associação de moradores, o parque, a praça, a igreja, rua, viela, e ladeiras – todos os lugares descritos como de responsabilidade sanitária da USF que o NASF apoia e matrícia. Assim, durante a trajetória profissional da pesquisadora, foi possível vivenciar e sentir as potencialidades dos vínculos construídos na APS e no trabalho do NASF.

O ingresso no curso de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal da Paraíba - UFPB possibilitou o contato com a disciplina Processo de Trabalho em Saúde. Essa vivência despertou a curiosidade de compreender o processo de trabalho em saúde e seus componentes. No decorrer desse percurso, houve o amadurecimento da ideia de abordar o processo de trabalho do NASF diante do desafio monumental enfrentado pelo SUS: a pandemia da COVID-19.

Nesse sentido, pesquisar sobre o processo de trabalho em saúde no NASF no curso da pandemia da COVID-19 é resgatar a importância do NASF para o avanço do acesso aos cuidados em saúde na APS no SUS. Compreende-se que, desde sua implantação, tal Sistema lida com diversos desafios para ofertar assistência à saúde. Contudo, o surgimento da COVID-19 em 2019 obrigou o SUS a enfrentar a pandemia que marcou tragicamente a história da humanidade, resultando em adoecimento em massa, mortes e sofrimento mental.

Os reveses impostos pela pandemia da COVID-19 demandaram adaptações e soluções rápidas para mitigar o contágio da doença. Dentre as intervenções, não se pode deixar de enfatizar a rede de cuidados da APS pela disponibilidade de vínculos, acompanhamento dos usuários no território e respostas positivas para a mitigação da propagação da pandemia (Sarti *et al.*, 2020).

Mesmo diante da potência registrada pelas intervenções nas comunidades nos territórios da APS, é imperativo evidenciar que essas intervenções foram realizadas em meio à conjuntura de desmonte das políticas públicas no Brasil. Lançar luz sobre os sentidos e significados construídos no processo de trabalho em saúde a partir da óptica dos próprios trabalhadores da NASF favorece o debate para o fortalecimento de intervenções em seus contextos de problematização no caso em tela. Dessa forma, esta pesquisa destacou o processo de trabalho em saúde do NASF no enfrentamento do cenário pandêmico.

Assim, questiona-se nesta pesquisa: Como os modelos operacionais e normativos do processo de trabalho em saúde no contexto de pandemia da COVID-19 repercutem nos profissionais do NASF em Recife-PE?

Para responder a essa pergunta, esta dissertação foi construída conforme o modelo tradicional vigente elaborado pelo PPGSC da UFPB, composto por: introdução, objetivo geral e objetivos específicos, revisão de literatura, metodologia, resultados, discussão e considerações finais, elementos que sustentam a construção e a compreensão dos fenômenos abordados.

Esta dissertação está organizada pela imersão em estudos que serviram para o processo de aprendizagem e compreensão da pesquisadora sobre os constructos teóricos e componentes do processo de trabalho em saúde, da historicidade e da legislação e normativas do NASF. Buscou-se conhecer o contexto da pandemia da COVID-19 e as repercussões desta para o processo de trabalho em saúde do NASF.

Na metodologia, descrevem-se as argumentações teóricas utilizadas para a escolha das estratégias e ferramentas metodológicas e tecnológicas empregadas nesta dissertação. Assim, a descrição dos processos metodológicos que compuseram este estudo apresentou o percurso metodológico desenvolvido, visando viabilizar a compreensão dos meios e a finalidade a que se propõe este estudo.

Na discussão e resultados, encontram-se os achados oriundos desta pesquisa, com a singularidade de seu contexto e sua demarcação sócio-histórica. Apresentou-

se a interlocução com estudos que compõem a narrativa científica que sedimentou a compreensão dos resultados obtidos por meio desta pesquisa.

A exposição das conclusões apresentou as repercussões deste estudo para o *locus* abordado. Além disso, estão especificadas as limitações observadas e vivenciadas pela pesquisadora referentes ao estudo.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar as mudanças e repercussões do processo de trabalho no NASF-Recife-PE durante a pandemia da COVID-19.

### **2.2 Objetivos específicos**

- a) Descrever o processo de trabalho de profissionais que atuam no NASF-Recife-PE durante a pandemia da COVID-19.
- b) Compreender as repercussões das mudanças no processo de trabalho em saúde para os profissionais do NASF-Recife-PE.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 Considerações basilares a respeito do processo de trabalho em saúde

A definição de trabalho adotada nesta pesquisa é baseada na perspectiva de Marx, que afirma que o trabalho é um processo relacional entre os seres humanos e a natureza, por meio do qual o ser humano atua na natureza e no meio através da apropriação dos recursos de que dispõe. Para tal, o homem usa da corporeidade, extraindo e apropriando-se das potencialidades do ambiente a fim de suprir necessidades humanas. Assim, o homem faz parte dos meios empregados para a execução do trabalho. Nesse processo, ocorrem mudanças na natureza e no próprio homem, que se transforma enquanto a modifica (Marx, 2011).

O processo de trabalho é composto por uma atividade executada para um determinado fim e em um determinado lugar, denominada objeto do trabalho. Para que o trabalho seja executado, são empregados meios (estruturais ou intelectuais) para suprir uma determinada necessidade (Marx, 2011). Em concordância com esse constructo, Antunes (2009) reitera o trabalho como instituidor da sociabilidade entre os humanos, diferenciando-os dentre todas as espécies, visto que os torna seres sociais. Convém, portanto, considerar a capacidade de transmutação que o trabalho possui, a depender da historicidade e dos modos de produção vigentes em uma sociedade.

A partir de tais pressupostos, envereda-se na busca da compreensão dos elementos constituintes do processo de trabalho em saúde, campo de estudo desta pesquisa. De acordo com Peduzzi e Schraiber (2009), o início dos estudos sobre processo de trabalho em saúde se dá por meio de Maria Cecília Donnangelo, que no final de 1960 constitui análises sobre a profissão médica no mercado de trabalho e da medicina como prática e técnica social. Estas discussões contribuíram para a construção e melhoria do SUS até os dias atuais.

Cabe também destacar os estudos desenvolvidos por Maria Cecília Puntel de Almeida (1944-2009), que desenvolveu pesquisas sobre o processo de trabalho no campo da enfermagem, nas ações de gestão e de cuidado (Peduzzi; Schraiber, 2009). Na mesma seara de autores que desenvolveram estudos sobre o processo de trabalho, destaca-se ainda Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (1946-1996), pioneiro no desenvolvimento da teoria do processo de trabalho em saúde (Ayres, 2015).

Referência teórica para a construção desta dissertação, a obra de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves é considerada alicerce para a análise do processo de trabalho em saúde, visto que apresenta a dimensão “microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia a dia da produção e consumo de serviços de saúde” (Peduzzi; Schraiber, 2009, p. 1).

Esta dissertação abordou autores que sedimentaram seus estudos sobre processo de trabalho em saúde por meio do vanguardismo e da cronicidade apresentados nos estudos de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves. Assim, a seguir apresentam-se reflexões sobre o processo de trabalho em saúde e seus componentes.

Inicialmente, destacam-se os estudos de Peduzzi e Schraiber (2009). Para as autoras, o trabalhador da saúde utiliza em seu fazer “medidas materiais”, descritas por Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves como exames, medicamentos, instrumentos etc., e “medidas não-materiais”, descritas como o processo de reestruturação de arranjos das atividades laborais no tempo em que acontecem, as intervenções em ato e em singularidade, provenientes do encontro entre sujeitos no ato de cuidar em saúde.

A nomenclatura referente à execução do processo de trabalho em saúde adotada nesta dissertação discorre da proposta de Peduzzi e Schraiber (2009), que substituem a nomenclatura empregada por Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (medidas materiais e não materiais) para a execução do processo de trabalho em saúde e passam a empregar a terminologia “instrumentos materiais e não-materiais”. Cabe ressaltar que apesar da mudança de termo, as autoras comungam da compreensão e classificação dada por Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (1979; 1992; 1994).

Na descrição dada por Peduzzi e Schraiber (2009), os instrumentos materiais são todos os dispositivos, insumos e estrutura física empregados para a execução do processo de trabalho em saúde, enquanto os instrumentos não-materiais estão relacionados ao aparato de natureza intelectual e cultural para a apreensão do objeto do processo de trabalho em saúde. Assim, são constituídas as intervenções em saúde.

Conforme descrito, em consonância com os estudos de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, observam-se as análises de Merhy e Franco (2009). Na reflexão dos referidos autores, o processo de trabalho em saúde é composto por três “valises”.

A primeira valise trata-se dos instrumentos empregados no processo do trabalho em saúde; os autores a denominam como “tecnologias duras”, referindo-se ao “trabalho morto”.

A segunda valise relaciona-se ao “trabalho vivo” e refere-se à sabedoria construída no suporte técnico de cada profissão. Foram nomeados pelos autores como “tecnologias leves-duras”. Por fim, também relacionados ao “trabalho vivo”, são descritos os vínculos constituídos entre profissional e usuário de saúde na condução do cuidar, nomeados como “tecnologias leves” (Merhy; Franco, 2009).

Para aprofundar as reflexões construídas nesta dissertação, foram adotados os estudos de Faria *et al.*, (2009), que descrevem a formação do processo de trabalho em saúde com cinco componentes: objetivos ou finalidades; meios e condições; objeto; agente ou sujeito; e objetivos existenciais ou sociais.

Os objetivos ou finalidades do processo de trabalho são compreendidos como o núcleo do processo e permeiam toda a sua condução. É em função do objetivo do processo de trabalho em saúde que são elaboradas as estratégias com finalidade de chegar-se à obtenção de resposta satisfatória a uma necessidade (Faria *et al.*, 2009).

Segundo Faria *et al.* (2009), para atender a necessidade em saúde, o processo de trabalho deve operar ferramentas, meios e condições que possibilitem sua execução a fim de suprir determinadas necessidades humanas. Assim, esses autores informam que os meios e condições versam sobre os instrumentos físicos e o conjunto de conhecimentos e recursos humanos, estrutura biopsicossocial e econômica para a execução do processo do trabalho em saúde, sendo caracterizados como o segundo componente do processo de trabalho.

Todo processo de trabalho é executado sobre algum objeto, que se refere aos elementos físicos, biológicos e simbólicos e às subjetividades ou complexos sociais, aos quais são aplicados os meios e as condições para resolução de necessidades em saúde. Apresentam, ainda, o agente ou sujeito como o quarto componente do processo de trabalho em saúde e o definem como o indivíduo que executa um trabalho coletivo, uma equipe, uma instituição e a sociedade (Faria *et al.*, 2009).

Por fim, os autores apresentam o quinto componente do processo de trabalho em saúde, os objetivos existenciais ou sociais, que dizem respeito à possibilidade de execução em si ou à superação de uma adversidade na atividade laboral. Estes ratificam que as singularidades dos objetivos existenciais ou sociais são fruto da interação social.

De acordo com Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (2017), a construção do processo do trabalho em saúde e de seus componentes deve considerar os modelos de organização da sociedade, já que o “processo do trabalho em saúde, seus objetos, e as necessidades sempre serão humanamente naturais, isto é, social e historicamente determinados” (Mendes-Gonçalves, 2017, p. 328).

O autor recorre ao exame detalhado do processo de trabalho em saúde, possibilitando a compreensão da complexidade decorrente da própria concepção de saúde. Para ele, o capitalismo gera necessidades sociais de saúde, que, por sua vez, se apropriam da sociedade, e as necessidades do capital, por vezes, não são condizentes com as demandas reais da população.

Para explorar o pensamento de Mendes-Gonçalves (2017) sobre o poder do capitalismo na geração de necessidades sociais de saúde, resgata-se a concepção apresentada por Antunes (2009) sobre o capital e sua relação com o mundo do trabalho. Este autor reitera a complexidade dos objetivos dos processos de trabalho com a impressão do capital na sociedade. O modelo capitalista de sociedade fortalece as desigualdades sociais e reduz o homem a objeto, coisifica-o, refreia-o à disponibilidade de força de trabalho. Agindo assim, o capitalismo estratifica a sociedade entre os que dispõem exclusivamente da venda de sua força de trabalho e aqueles que têm o capital para comprá-la.

Como consequência dessa estratificação, estão o desemprego estrutural, a alienação do trabalho, condições laborais precárias, a lógica de produção de mercadorias e a valorização do capital. Para compreensão do processo de trabalho em saúde, faz-se necessário saber, portanto, a que finalidades este processo é desenvolvido e a quais necessidades dá respostas (Antunes, 2009).

Ao abordar o trabalho, é significativo refletir também sobre as consequências e repercussões e analisar sua relação com temporalidade (o tempo de vida destinado ao ato de trabalhar), nos sentidos e significados empregados ao trabalho, ao salário e aos processos de trabalho em si.

Os sentidos empregados para o trabalho passam por mudanças. Atualmente, sofre influência do viés mercadológico, da produtividade, da competitividade e da defesa do lucro. Este, por sua vez, não é distribuído para os que o produzem, mas se acumula nas mãos dos capitalistas, detentores do capital. Tal sistema é apresentado por Antunes (2009) como situação de crise com consequências catastróficas e mudanças para o universo do trabalho. O referido autor menciona algumas dessas

consequências: desemprego estrutural, condições laborais precárias, lógica de produção de mercadorias e valorização do capital (Antunes, 2009).

Por meio da leitura de autores marxistas, torna-se possível compreender que quem detém o capital compra a força de trabalho, mas que os trabalhadores são quem fazem a “roda girar”. Olhar minuciosamente para esse processo possibilita a instalação de rachaduras nas bases da segregação, visto que o capital opera com mecanismos exploratórios e alienadores, e entender que qualquer emancipação dos sujeitos (trabalhadores) é vista como ameaça às bases que sustentam o capitalismo (Antunes, 2009).

Possibilita, ainda, compreender que democracia, educação, saúde e condições dignas de trabalho, entre tantas outras ações emancipadoras do humano, são inimigas do capital e são atacadas com imperiosa força por ele. Quando não são vencidas, o capital encontra meio de obter lucros por meio delas, seja pela privatização dos serviços e estatais públicas, seja pela venda de serviços terceirizados – redução de trabalho vivo, ampliação de trabalho morto, exploração do trabalho, precarização do trabalho e até mesmo a negação do acesso ao trabalho como desemprego estrutural, desencadeando diversos sofrimentos individuais e coletivos (Pereira, 2008).

O processo do trabalho em saúde opera para dar respostas às necessidades de saúde de determinada população a partir da construção de ações que intervenham na resolubilidade dessas necessidades (Peduzzi; Schraiber, 2009; Cecílio, 2009). Nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), o termo "Necessidades de Saúde" equipara-se ao descritor "Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde", que se trata da “Identificação sistemática das necessidades de uma população ou a avaliação dos indivíduos para determinar o nível mais adequado das necessidades de serviço” (OPAS, 2023).

De acordo com Freitas *et al.* (2022), a compreensão das necessidades em saúde é importante para ações em saúde, seja no aspecto individual ou nas coletividades. Chamam atenção, no entanto, para a concepção de saúde ampliada, que ultrapassa o restrito âmbito biológico da vida dos sujeitos, estendendo-se aos aspectos sociais, históricos, culturais, políticos e econômicos nos quais eles estão inseridos.

Entende-se que, para tal, o trabalhador da saúde necessita equilibrar os próprios conceitos da normatização do que seja necessidade de saúde a fim de não

adotar posturas que rotulem as necessidades em saúde apenas pelo que é normatizado. Cabe ao trabalhador de saúde, portanto, aproximar-se da singularidade do usuário para compreender a necessidade de saúde por este apresentada e, a partir desta, buscar estratégias que visem acolhê-las e traçar estratégias para as resoluções ou reflexões sobre estas.

É notório salientar as observações de Cecílio (2009) a respeito do tema, para quem necessidades de saúde são impressas na vida dos usuários dos serviços de saúde por meio do contexto social ao qual o usuário é submetido, seja pelo precário usufruto de direitos que visam à saúde e dignidade humana, seja pela ausência total destes.

Chávez *et al.* (2020) informam que o ato de procurar um serviço de saúde para dar resposta a uma necessidade em saúde é definido como demanda. A demanda, às vezes verbalizada por meio de uma queixa, deve ser acolhida em sua singularidade, pois versa pela autenticidade da necessidade de saúde contida na vida do usuário.

Cecílio (2009) informa que, para haver supressão das necessidades de saúde, estas devem ser assistidas pelos bens e serviços que possibilitem uma vida mais saudável. Assim, compreende que toda a ação realizada no trabalho em saúde deverá ser pautada no cuidado integral e que, em cada circunstância, empregar-se-á a tecnologia que atenda, respeite e assegure a dignidade humana. Atento a isto, o autor relata que é essencial a construção de vínculos por meio da escuta e da sensibilidade advinda do encontro de subjetividades com o objetivo de construir ações em saúde que possam atender de forma mais fidedigna as necessidades de saúde dos usuários.

Compreende-se que a proposta apresentada por Cecílio (2009) evidencia a autonomia do usuário dos serviços de saúde, uma vez que as ações em saúde devem ser desenvolvidas com sua coparticipação no fortalecimento da autonomia. Com isso, o usuário poderá cuidar de si, conforme os recursos de que dispõe, usufruir dos recursos disponíveis pelos serviços públicos e, na ausência destes, ter autonomia e conhecimento para buscar o asseguramento dos direitos que devem ser assistidos pelo Estado.

Uma vez demarcados os pressupostos que conduziram à compreensão do processo de trabalho em saúde nesta pesquisa, convém expor os elementos que compõem a historicidade e as normativas que descrevem como deve-se pautar o processo de trabalho em saúde do NASF, componente da APS no SUS, abordado nesta pesquisa.

Para compreender a linha cronológica do NASF, Mattos *et al.* (2022) realizaram estudos sobre documentos emitidos pelo Ministério da Saúde (MS) nos anos de 2005 a 2021. Tal análise demarcou a sua construção com o registro de atividades que antecederam a implantação, descrita pelos autores através da Portaria nº 1.065, de 4 de julho de 2005, e a criação dos NASF (Mattos *et al.*, 2022).

Na análise realizada, os autores consideram que a Portaria n.º 154, de 24 de janeiro de 2008, a qual cria o NASF; os Cadernos de Atenção Básica nº 27, que fornece diretrizes do NASF; e a Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011, que revisita a política de atenção básica no Brasil são os documentos que apresentam as diretrizes de apoio (Mattos *et al.*, 2022).

As normativas de fortalecimento para a universalização do NASF são registradas no período de 2012 a 2015. Nesse tópico, apresentam-se as portarias nº 978, de 16 de maio de 2012, que apresenta revisões sobre o Piso da Atenção Básica (PAB) variável (Mattos; Gutiérrez; Campos, 2022); nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, que apresenta a criação de padrões para o NASF 1 e 2 e cria o NASF 3; e nº 154, de 4 de abril de 2013, que define o valor do financiamento do PAB variável para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família nas modalidades 1, 2 e 3 (Brasil, 2008).

Ainda em 2013, foi apresentada a Portaria n.º 562, que definiu o valor mensal integral do incentivo do Programa de Melhoria do Acesso da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado como componente de qualidade, o PAB variável (Brasil, 2008; Mattos *et al.*, 2022). Em 2017, a Portaria de Consolidação MS/GM n.º 2, de 28 de setembro de 2017, consolidou as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2017).

Já em 2018, o MS celebrou os 10 anos de criação do NASF com ações celebrativas, como os encontros estaduais para o fortalecimento da Atenção Básica à Saúde. Também foram realizadas *lives* com temáticas pertinentes ao NASF (Chiaverini *et al.*, 2011). Em 2019, a Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, instituiu o Previne Brasil, que estabeleceu um novo modelo de financiamento para a APS por meio da alteração da Portaria de Consolidação do MS, de 28 de setembro de 2017 (Brasil, 2019b).

No ano seguinte, em 2020, foi apresentada a Nota Técnica nº 3/2020 DESF/SAS/MS, de 27 de janeiro de 2020, que informava a extinção do credenciamento de equipes NASF e relatava que todas as solicitações encaminhadas para aquele órgão seriam arquivadas (Brasil, 2020b). O referido documento também

discorre sobre a autonomia dos recursos de origem federal para o custeio da Atenção Básica à Saúde e do NASF, a dispor da gestão local em saúde, que poderá, por meio desse documento, compor as equipes multiprofissionais de acordo com as necessidades locais e informar sobre a retirada da participação financeira no custeio de novas equipes (Brasil, 2020b).

De acordo com Massuda (2020), os recursos para o fortalecimento dos programas do SUS, de modo geral, foram mitigados em 2017. Quanto ao financiamento federal, para o autor, essas restrições de financiamento e de interesse operam como fragilidades à universalização do cuidado no SUS, resultando no aumento das desigualdades na saúde e na fragilidade da política da APS.

De acordo com Menezes *et al.* (2019), com a aprovação dessa emenda constitucional, percebe-se que há a troca da cronicidade do subfinanciar do SUS pelo movimento de restringir ao máximo o financiamento, limitando-se ao teto de gastos públicos para as políticas públicas no país pelo período de 20 anos.

A repercussão da Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, é compreendida como prejudicial ao fortalecimento da saúde pública do país. Gerou incerteza no que tange à continuidade do cuidado na APS e fortaleceu o movimento de descaracterização e extinção de equipes multiprofissionais do NASF (Brasil, 2016; Mota, 2020; Mariano, 2017). As medidas adotadas pelo gestor federal ocasionaram danos ao trabalho da APS e prejuízos à saúde e ao fortalecimento do SUS (Brito *et al.*, 2020).

### **3.2 O NASF e as diretrizes de processo de trabalho**

O NASF foi implantado no SUS pela Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, com a proposta de fortalecer a expansão da Atenção Básica à Saúde no Brasil. O programa destaca-se pela inserção de profissionais de saúde que realizam ações de apoio, intervindo na saúde da população assistida pela APS (Brasil, 2008).

Observa-se que a inserção do NASF complementou o cuidado multidisciplinar na APS, uma vez que ela acrescentou saberes oriundos de cada categoria profissional que pode compor as equipes NASF. Assim, houve ampliação das intervenções em saúde pautadas na interdisciplinaridade, pressuposto da atenção integral à saúde (Brasil, 2008).

A organização das categorias profissionais que podem compor a modalidade NASF segue o Código Brasileiro de Ocupações (CBO), gestão das categorias que podem ser implantadas na equipe, dependendo das demandas observadas pelo gestor local (Brasil, 2008).

O MS determinou os tipos de modalidades NASF a serem instituídas, definindo três categorias apresentadas no quadro abaixo:

**Quadro 1 – Descrição dos tipos e carga horária dos NASF**

<b>MODALIDADES</b>	<b>Nº DE EQUIPES</b>	<b>SOMA DE CARGA HORÁRIA</b>
NASF 1	5 a 9 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	Mínimo de 200 horas semanais; cada ocupação deve ter no mínimo 20 h e no máximo 80 h de carga horária semanal
NASF 2	3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	Mínimo de 120 horas semanais; cada ocupação deve ter no mínimo 20 h e no máximo 40 h de carga horária semanal
NASF 3	1 a 2 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	Mínimo de 80 horas semanais; cada ocupação deve ter no mínimo 20 h e no máximo 40 h de carga horária semanal

**Fonte:** Adaptado de Brasil (2008).

O NASF viabiliza maior resolutividade e amparo às ações executadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), fortalecendo, também, os processos de territorialização e de regionalização executados na APS (Brasil, 2010b).

A territorialização e a regionalização objetivam a construção de ações que respeitem e dialoguem com a sabedoria dos usuários do território (Brasil, 2010b). Segundo Faria (2020), para compreender as singularidades oriundas do território, há que se realizar ações integralizadoras do cuidado com a participação da população. A territorialização dá subsídios para aproximar a organização do processo de trabalho em saúde às singularidades e demandas dos territórios.

A organização do processo de trabalho do NASF é apresentada no Caderno da Atenção Básica, vol. 27, proposto pelo MS. Esse material informa que o trabalho em saúde executado pelo NASF deve ter como direção um território adscrito sob responsabilidade sanitária da APS (Brasil, 2009).

Assim, o Caderno da Atenção Básica, vol. 27, relata as ações que podem ser realizadas pelas equipes NASF: atendimentos compartilhados com base na interdisciplinaridade e intervenções para fortalecer a saúde integral. Assim, é proposto que sejam elaborados estudos e discussões de casos e construídos projetos terapêuticos singulares, o Apoio Matricial e a Clínica Ampliada (Brasil, 2009).

O processo de trabalho em saúde do NASF dialoga com a perspectiva do matriciamento das equipes (ESF). Esse tipo de apoio oferece suporte e assistência por meio de fundamentos técnicos e pedagógicos às equipes e ações de cuidado à saúde construídas com os usuários da APS (Brasil, 2010a).

Segundo Chiaverini *et al.* (2011, p.13), o matriciamento condiz com a inovação da produção do cuidado em saúde, que une duas ou mais equipes de saúde para construir de modo compartilhado intervenções baseadas na “pedagogia terapêutica”. Para Santos *et al.* (2017), ele auxilia na execução de intervenções e favorece a elucidação da análise dos casos, sendo elementar para a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

É imprescindível compreender que existe uma multiplicidade de modos de matriciamento, para além do que consta nas normativas. Tal multiplicidade deriva da complexidade da realidade do trabalho enfrentada pelos profissionais do NASF. De acordo com Araújo e Ferreira Neto (2019), embora existam documentos norteadores para a atuação das equipes NASF no matriciamento das equipes de APS, é necessário que os profissionais tenham o foco em compreender e atender as demandas de saúde do território dentro das possibilidades de execução de trabalho oferecidas para a construção e efetivação do processo de trabalho em saúde.

Adentrando as diretrizes do processo de trabalho em saúde do NASF, observa-se o PTS. Chiaverini *et al.* (2011) descrevem o PTS como uma ferramenta notável, principalmente no cuidado aos participantes acompanhados pelos dispositivos de cuidado à saúde mental. Contudo, essa ferramenta pode ser adotada nos diversos casos de demanda de cuidado em saúde, auxiliando os profissionais no processo de organização das atividades e na corresponsabilização e gestão integrada do cuidado na APS.

Para França *et al.* (2019), o PTS possibilita a inserção do usuário e seus familiares no processo de cuidado em saúde, assim como permite a incorporação de todos os profissionais da equipe de saúde, sendo este uma ferramenta que aprimora a qualidade das intervenções em saúde.

De acordo com Brito *et al.* (2022), o uso do PTS pelos profissionais na APS e do NASF pode ser compreendido como suporte aos casos que apresentam maior complexidade e que demandam de diversas frentes de cuidado à saúde e assistência social.

Para os autores, o PTS também se evidencia no estímulo a ações de saúde, pactuadas por meio da corresponsabilização entre as partes que compõem o processo de cuidar: usuário, família, estado – equipe de saúde, assistência social, ministério público etc. (Brito *et al.* 2022).

Quanto ao compartilhamento do PTS no manejo dos casos mais complexos, o apoio dos profissionais do NASF é fundamental para atender às necessidades centradas no paciente, com atendimento baseado no conceito de corresponsabilização e troca de conhecimentos entre os profissionais (Brito *et al.* 2022).

No que se refere à pactuação de apoio, é importante informar que esta funciona por dois prismas: 1) a compreensão da situação territorial, conduzida pelos gestores, pelas equipes e por meio dos Conselhos de Saúde, e 2) pelo fomento da geração de processo de trabalho em saúde e de metas a serem cumpridas tanto pelos gestores quanto pelos trabalhadores da APS em suas equipes de ESF e NASF (Chiaverini *et al.*, 2011).

Portanto, para que as ações da APS estejam condizentes com as demandas da população e com as propostas das políticas públicas de saúde, faz-se necessário aprofundar o conhecimento sobre o território onde as ações serão executadas, conhecer a comunidade, dialogar com os usuários para além das demandas de consultas.

Dessa forma, a proposta de promover a articulação entre a EqSF/AB e o NASF/AB mostra fragilidades e potencialidades para fortalecer o processo de trabalho na APS. É importante investir na identificação desses fatores, macro e micro determinantes, que contribuem para um movimento de valorização profissional, para as condições adequadas de trabalho e a elaboração de políticas públicas de saúde e a adoção de um modelo de atenção à saúde com essa lógica (Brito *et al.*, 2022. p. 2506).

Além disso, possibilita melhor gestão organizacional para atendimento das demandas apresentadas, sejam elas singulares ou partilhadas. Dessa forma, permite a condução de respostas às necessidades de saúde e organização das demandas que necessitam de atendimento individualizado, coletivo e/ou que necessitam de visitas aos territórios e aos domicílios dos usuários (Brito *et al.*, 2022).

Cabe ressaltar ainda a importância do genograma, ferramenta que pode ser empregada pelo NASF para a organização e compreensão dos processos relacionais/familiares dos usuários da APS. Ainda nesta perspectiva de instrumento

para compreensão da história familiar, suas relações e suas conjunturas, também é proposto o emprego do ecomapa, cujo objetivo é apresentar a rede de apoio utilizada por usuários da APS, sejam estas institucionais ou a rede familiar/amigos (Sá *et al.*, 2022).

A Clínica Ampliada também é uma diretriz para o processo de trabalho em saúde do NASF, que visa a amplificação do modo de fazer cuidado em saúde pública, extrapolando as dimensões tradicionais dos protocolos aos cuidados para com a saúde. A atenção à saúde, antes direcionada pelo modelo saúde-doença, com a inserção da Clínica Ampliada expande-se e passa a ter como objeto de atenção não só a doença, mas quem adocece, onde adocece, com quem vive e onde vive, explorando, assim, os aspectos psicossociais, históricos e ambientais da saúde e doença no sujeito em sua idiossincrasia individual e cultural (Mattos *et al.*, 2022).

As diretrizes anteriormente apresentadas também direcionam o modo como devem ser conduzidos os atendimentos do NASF. O Caderno da Atenção Básica, vol. 27, faz ressalva que os atendimentos individuais devem ser minimizados e que, caso haja, sejam dialogados junto à ESF (Brasil, 2010a).

As modalidades de atendimento do NASF são compostas por atendimentos domiciliares, por meio de visitas dos Agentes Comunitários de Saúde ou dos demais profissionais na ESF. Essa modalidade permite o acesso aos serviços do NASF à população que apresenta restrições de mobilidade, pessoas acamadas, idosos em situação de fragilidades e pessoas que por algum motivo não possam ir à USF (Brasil, 2010b).

Compreende-se que o atendimento do NASF é compartilhado, visto que as demandas são apresentadas pela ESF. Assim, aquele sujeito e sua família já são acompanhados pela ESF, que compartilha suas necessidades. Assim o NASF, interdisciplinar, intervém para a condução de estratégias de cuidado à saúde e à demanda apresentada.

É apresentado no Caderno da Atenção Básica, vol. 27, que o NASF também pode realizar atendimento individual, o que é descrito como “retaguarda especializada” (Brasil, 2010a). Compreende-se que essa configuração se assemelha ao que se entende por técnico de referência, terminologia utilizada na rede de saúde mental, em específico no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), cuja descrição é “ator designado, dentre os profissionais do serviço, que fará a articulação do cuidado do usuário e o acompanhará de forma longitudinal” (Silva; Costa, 2010).

Cabe destacar que o NASF é articulador entre a APS e a rede de saúde mental. O NASF também é incumbido de articular a ESF e os demais serviços da Rede de Apoio à Saúde (RAS), da educação (com intervenção no Programa de Saúde na Escola - PSE). Além disso, apoia as equipes do Consultório na Rua, cuja ação viabiliza o acesso aos serviços de saúde das populações que se encontram em situação de rua com assistência à saúde, e a rede de Assistência Social, com objetivo de garantir uma assistência integrada (Brasil, 2010a).

Os equipamentos e estruturas que podem ser utilizadas pelo NASF são as USF e os espaços públicos e sociais no território. O caderno de Atenção Básica à saúde, vol. 27, relata que o NASF pode usufruir do espaço das Academias da Saúde, cuja finalidade é o fomento à convivência, com o compartilhar de ações de cuidado, alimentação sadia, prática de exercícios físicos e atividades voltada para práticas integrativas em saúde (Brasil, 2014).

Ainda, dentre as possibilidades de articulação do NASF, destaca-se a relação com o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Compreende-se que o NASF apresenta potencial na construção do cuidado e reabilitação de pessoas acamadas assistidas pelo SAD no território (Brasil, 2010b).

Destaca-se, no processo de trabalho em saúde no NASF, o emprego de ferramentas tecnológicas. Dentre essas, o telessaúde é apresentado no Caderno da Atenção Básica, vol. 2, como instrumento que viabiliza a informação, comunicabilidade, educação permanente e desenvolvimento de apoio matricial quando não há a possibilidade de que esse apoio seja realizado presencialmente. O telessaúde aproxima profissionais de saúde dos diferentes pontos de atenção à saúde para discussão, aprendizagem e divulgação de experiências no SUS (Brasil, 2010a).

O processo de avaliação das ações do NASF também se enquadra no processo de trabalho. A avaliação pode ocorrer por dois prismas, o clínico-assistencial e o técnico-pedagógico (Brasil, 2014) Compreende-se que a autoavaliação possibilita o aprimoramento do processo de trabalho em saúde, favorecendo o reconhecimento das potencialidades e dificuldades a serem enfrentadas.

A estratégia de autoavaliação atual da APS é o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), implantado em 2011 com o objetivo de oferecer uma melhor qualificação e acessibilidade para os serviços de saúde na APS (Soares; Ramos, 2020).

Observa-se que o processo de trabalho em saúde ultrapassa o atendimento, que, em si, já representa complexidade. Conforme se registrou anteriormente, as atividades realizadas pelas equipes NASF representam-se pela multiplicidade de intervenções dentro da própria rede de saúde e entre os demais setores afins.

Verifica-se que o ato de registrar os atendimentos e intervenções é tarefa a ser desempenhada. O registro deve ser feito por meio de plataforma/software adequado e indicado pelo MS. Atualmente, o registro é feito no e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS). Esse sistema atua para reorganizar os dados nacionais da APS no Brasil. Visa, portanto, aprimorar o acesso aos dados com a proposta de qualificar a assistência à saúde da população (Brasil, 2019a).

Ao abordar as modalidades interventivas a serem realizadas pelo NASF, observa-se o desenvolvimento da educação em saúde, apoio à formação de grupos e revigoração dos grupos já existentes no território. Além disso, também merecem destaque ações que estimulem a inclusão social e fortaleçam o enfrentamento às situações de violências na interlocução com a ESF e com os demais dispositivos públicos e privados dispostos a contribuir com esse processo de cuidado em saúde (Brasil, 2009).

Assim como os demais programas e políticas de saúde pública, o NASF também deve atuar em áreas estratégicas em saúde, destacando-se a saúde da criança, do adolescente e do jovem, a saúde mental, a reabilitação/saúde integral da pessoa idosa, alimentação e nutrição, serviço social, saúde da mulher, assistência farmacêutica, atividade física, práticas corporais, práticas integrativas e complementares e pontos de atuação e desenvolvimento de atividades pelo NASF (Chiaverini *et al.*, 2011).

Para Chiaverini *et al.* (2011), as intervenções realizadas no território, com o fortalecimento de atividades já existentes e apoio na implantação de novas atividades, destacando a saúde da população por meio da promoção de saúde, ações de prevenção e combate às vulnerabilidades presentes no território, não são responsabilidade exclusiva dos serviços de saúde, mas devem ser apoiadas pelas políticas públicas e seus dispositivos.

Buss *et al.* (2020) informam que, ao longo das três últimas décadas, a promoção da saúde é compreendida como um planejamento estratégico que permite confrontar as dificuldades e vulnerabilidades que repercutem na saúde da população. Reiteram que a promoção da saúde parte da quebra de intervenções baseadas no

modelo biomédico, uma vez que requer para além da convenção dos saberes de núcleo da formação dos profissionais envolvidos no processo, inserindo a sabedoria popular. Assim, há o compromisso dos dispositivos públicos e privados e da rede de apoio construída pela comunidade, todos articulados, com objetivo de promover melhorias na qualidade de vida das pessoas.

Compreende-se que as diretrizes apontadas como organizadoras do processo de trabalho do NASF (estudos e discussões de casos, construção de PTS e PST, Apoio Matricial, Clínica Ampliada, promoção da saúde e pactuação do apoio) (Brasil, 2010a) podem ser compreendidas como instrumentos não-materiais, cuja prioridade é nortear as intervenções em saúde realizadas pelo NASF (Peduzzi; Schraiber, 2009).

Os instrumentos materiais apontados por Peduzzi e Schraiber (2009) referem-se a todo arsenal de estrutura física, dados, equipamentos e insumos empregados pelas equipes NASF para o processo de trabalho em saúde. Registra-se aqui o ecomapa, o genograma, o e-SUS, o telessaúde, a infraestrutura das USF, a academia de saúde, o transporte etc.

### **3.3 O NASF e a pandemia da COVID-19**

Passados 43 dias após a publicação da Nota Técnica nº 3/2020-DESF/Atenção Básica à Saúde, o contexto de saúde do Brasil e do mundo foi demarcado pelo desafio de lidar com a COVID-19 (Brasil, 2020a).

Em 11 de março do referido ano, a Organização Mundial de Saúde declarou situação pandêmica devido ao novo coronavírus (Oliveira P., 2020). A pandemia da COVID-19 atingiu a população mundial desde dezembro de 2019, momento em que houve o primeiro registro do vírus SARS-CoV-2, causador da Síndrome Respiratória Aguda Grave, trazendo ainda mais desafios aos sistemas de saúde de todo o mundo (Oliveira P., 2020). O avanço acelerado dos infectados e a quantidade alarmante de casos graves levaram à hospitalização e/ou óbitos e demonstraram a necessidade de medidas estratégicas rápidas de controle e prevenção (Brito *et al.*, 2020).

Quirino *et al.* (2020) informam que o panorama emergencial em saúde que a pandemia da COVID-19 impôs aos cuidados em saúde solicitou dos profissionais cuidados no que tange a sua saúde e a saúde da população atendida. Assim, demandou que seguissem protocolos de biossegurança, com o emprego de

equipamentos de proteção individual em todos os espaços, tanto no âmbito pessoal quanto na esfera privada.

No Brasil, é importante reconhecer que o cenário da APS também foi local de execução de funções laborais essenciais na assistência à saúde durante a pandemia. Dessa forma, entende-se que, devido aos princípios e diretrizes que configuram o modo de ação da APS no território, a mesma caracteriza-se importante ferramenta para o controle da pandemia (Sarti *et al.* 2020).

O vínculo e a proximidade dos profissionais com a população e seu conhecimento do território são características que possibilitaram que os profissionais da APS fizessem o acompanhamento de casos suspeitos e leves, intervindo nas problemáticas que se agravaram devido ao isolamento social consequente da pandemia da COVID-19 e as situações de vulnerabilidade econômica e social evidenciadas durante a mesma (Sarti *et al.* 2020).

A APS no SUS é apontada pela literatura científica como uma das frentes para o combate a situações de pandemia. Estudos informam que assegurar o acesso à Atenção Básica é primordial diante das circunstâncias de emergências em saúde, ressaltando que a infraestrutura da APS é crucial para contenção das doenças, como a COVID-19, afirmando assim que as ações desenvolvidas servem de alicerce de sustentação para as respostas nas situações emergenciais (Sarti *et al.*, 2020). De acordo com o MS, são reconhecidas 45 mil equipes de ESF no país, fortalecendo o argumento de que APS é uma aliada forte para a implantação dos cuidados necessários ao combate da COVID-19 no Brasil (Brasil, 2019b).

Compreendendo que a COVID-19 tem reforçado a necessidade do fortalecimento dos sistemas públicos de saúde, como o SUS e o papel da APS e do NASF-AB, pesquisadores reforçam o poder de atuação da APS no enfrentamento a situações epidêmicas, ressaltando que essa esfera de cuidado conta com ações em âmbito comunitário e de território. Assim, têm resultados positivos na saúde das pessoas, sendo esse trabalho elementar para a rede de cuidados assistenciais, contribuindo para o enfrentamento em âmbito comunitário de qualquer epidemia (Barreto *et al.*, 2020).

Tais afirmações salientam a importância do fortalecimento das ações na APS no SUS. É de salutar importância compreender que o fortalecimento é sustentado com acréscimos de recursos, sejam eles insumos, assistências, tecnologia ou recursos financeiros, que custeiam o trabalho a ser executado. Aqui observamos que o cenário

de cortes no financiamento proposto pela Emenda Constitucional nº 95 não contribuiu para o enfrentamento da pandemia de COVID-19, prejudicando as ações de combate e contribuindo para o cenário devastador da pandemia (Costa Junior, 2020).

É importante salientar que o contexto de pandemia de COVID-19, para além de exigir mudanças nas formas de atender em saúde, também demanda condições de enfrentamento dos profissionais de saúde. Pesquisas que abordam a saúde mental dos profissionais do NASF-AB apontam aspectos que proporcionam medo, preocupação, insegurança, comportamentos repetitivos, quadros ansiosos, distanciamento social, rápidas mudanças, incertezas e mortes, tanto na esfera laboral quanto no campo familiar. Assim, são caracterizados fenômenos que prejudicam a saúde mental dos trabalhadores do NASF-AB (Quirino *et al.*, 2020).

Observou-se escassez de estudos relacionados ao processo de trabalho do NASF durante a pandemia da COVID-19. Assim, é importante a realização de estudos que diminuam as lacunas existentes para o combate da COVID-19 e outras doenças e aprimorem o processo de trabalho em saúde e garantia de serviços de suporte qualificados.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter exploratório-descritivo, cuja amostra foi selecionada por conveniência.

### 4.2 Cenário de pesquisa

A pesquisa ocorreu em Recife, capital do estado de Pernambuco, Brasil. Segundo o IBGE (2021), em 2020 o município possuía aproximadamente 1.653.461 habitantes. Segundo Oliveira M. *et al.* (2020), Recife tem os serviços de saúde distribuídos em oito Distritos Sanitários (DS) e seis Regiões Político-Administrativas (RPA).

O NASF foi implantado em Recife em 2010. Suas equipes são compostas por profissionais de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, farmácia, nutrição e serviço social, totalizando 134 profissionais (Oliveira M. *et al.*, 2020).

Conforme a Prefeitura do Recife (2021) informa, o NASF-Recife é composto por 21 equipes NASF, presentes nos oito DS na cidade. O Plano Municipal de Saúde 2018-2021 indica que cada um dos DS abordados nesta pesquisa possui três equipes NASF (Recife, 2018).

Segundo o IBGE (2019), a cidade do Recife destaca-se como a capital de maior desigualdade social no Brasil. Compreende-se que, em virtude desse fato, os desafios enfrentados pelos dispositivos de saúde pública do Recife são frequentes nos serviços do SUS.

A seleção dos DS foi realizada com base no estudo de Bitoun *et al.* (2020) a respeito das diferenças sócio-territoriais do Recife. A partir dos dados que agruparam os bairros da cidade do Recife por estratos, destacaram-se os estratos C, D e E, que, de acordo com o estudo, apresentam maiores situações de vulnerabilidade quando comparados aos demais. Os bairros que compõem esses estratos estão localizados nos DS II, V, VII e VIII, sendo estes os distritos selecionados para esta pesquisa.

### 4.3 Sujeitos

Participaram desta pesquisa 11 profissionais que atuam no NASF do município de Recife, sendo oito profissionais lotados no DS VIII e três no DS V.

A presente pesquisa abordou profissionais que compõem as equipes do NASF nos DS II, V, VII e VIII do referido município. A escolha de tais distritos se deu devido aos contextos de maiores vulnerabilidades territoriais, como renda per capita inferior à das demais áreas da cidade, números de mortes por COVID-19 e outros fatores.

Conforme os critérios de inclusão estabelecidos, os participantes da pesquisa deveriam ser profissionais de saúde que atuavam há pelo menos dois anos em equipes NASF em um dos DS selecionados como lócus da pesquisa, estar em pleno exercício de suas funções e se disponibilizarem a participar deste estudo, atestando seu consentimento por meio da leitura, concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Foram excluídos profissionais do NASF que, por motivos administrativos, institucionais, jurídicos ou médicos ou por gozo de férias ou licença maternidade/paternidade, estivessem afastados ou remanejados/deslocados para desenvolver o processo de trabalho em outros espaços de cuidado que não se caracterizam como espaço de atuação do NASF na APS durante o período de produção de informações em campo desta pesquisa.

No que se refere às categorias profissionais dos participantes, registrou-se maior adesão de profissionais do serviço social, com seis participantes, além de dois profissionais de fonoaudiologia, um de fisioterapia, um de nutrição e um de psicologia.

Seis participantes têm de cinco a dez anos de atuação no NASF-Recife, e os outros dois têm mais de 10 anos de atuação nesse serviço. Todos os profissionais relataram acompanhar de cinco a nove ESF. Todos os profissionais abordados foram vacinados e estão com o cartão de vacina atualizado contra a COVID-19 (quatro doses). Mesmo assim, todos os profissionais também informaram já terem sido acometidos pela doença.

De modo a manter o sigilo e resguardar o anonimato dos participantes, neste trabalho os nomes e quaisquer elementos que os identifique foram substituídos por números, indicados como sujeitos 1 a 11, como pode ser observado no quadro 2.

**Quadro 2 – Dados sociodemográficos dos profissionais do NASF-Recife**

Participante	Idade	Gênero	Profissão	CH semanal	Faixa Salarial	Tipo de vínculo
1	37	Mulher cisgênero	Assistente social	20 h	Entre 1 e 2 salários	concurso
2	42	Mulher cisgênero	Assistente social	20 h	Entre 1 e 2 salários	concurso
3	40	Mulher cisgênero	Psicóloga	40 h	Entre 1 e 2 salários	concurso
4	40	Mulher cisgênero	Assistente social	30 h	Entre 3 e 4 salários	contrato
5	41	Mulher cisgênero	Fonoaudióloga	40 h	Entre 3 e 4 salários	concurso
6	40	Mulher cisgênero	Fisioterapeuta	20 h	Entre 3 e 4 salários	concurso
7	33	Mulher cisgênero	Fonoaudióloga	40 h	Entre 3 e 4 salários	concurso
8	38	Mulher cisgênero	Assistente Social	20 h	Entre 1 e 2 salários	concurso
9	35	Mulher cisgênero	Assistente social	20 h	Entre 1 e 2 salários	concurso
10	35	Homem cisgênero	Nutricionista	40 h	Entre 3 e 4 salários	concurso
11	39	Mulher cisgênero	Assistente Social	20 h	Entre 1 e 2 salários	concurso

Fonte: Os autores.

#### 4.4 Procedimentos e instrumentos para coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada entre os meses de julho e agosto de 2022 a partir de entrevistas focalizadas individuais. Foram abordadas questões sobre o processo de trabalho do NASF, como ele ocorreu durante a pandemia da COVID-19 e as repercussões desse contexto vividas pelos profissionais abordados.

A seleção das equipes aqui abordadas deu-se pela participação da pesquisadora em reuniões de equipe NASF e coordenação de distrito do NASF, a fim de oferecer informações quanto à procedência e finalidade da pesquisa, bem como expor os instrumentos a serem empregados para produção de material e da análise da pesquisa.

Nessa ocasião, foi realizado o convite aos profissionais para participação nesta pesquisa. Tais reuniões ocorreram de modo virtual, pactuação já acordada entre equipes NASF e coordenação de NASF do DS, não havendo, portanto, implicação da

pesquisadora. Nas reuniões, após a apresentação desta pesquisa, alguns participantes já declararam aceitar participar do estudo.

Assim, a pesquisadora solicitou os contatos de telefone para posteriormente entrar em contato e, caso necessário, apresentar novamente a pesquisa, sanar dúvidas referentes ao estudo, e dialogar com o profissional a respeito das modalidades possíveis para a participação, apresentadas a proposta virtual ou presencial, sendo esta escolha um critério exclusivamente do participante.

O instrumento para coleta de dados utilizado nesta pesquisa, foi a entrevista semiestruturada, que pode ser entendida como a técnica que envolve duas pessoas numa situação "face a face" e em que uma delas formula questões e a outra responde (Gil, 2002, p. 117).

Conforme o autor, esse método “tem por finalidade construir informações pertinentes para o objeto de pesquisa e a abordagem pelo entrevistador de temas igualmente pertinentes para esse objetivo” (Gil, 2002, p. 117). Apesar de ser uma conversa informal, esse tipo de entrevista foca num tema específico. Cabe ao entrevistador fazer o possível para que o entrevistado volte ao foco após alguma divagação.

De acordo com Triviños (1987), os questionamentos apresentados por meio desse tipo de entrevista oferecerem segmentos para originalidade de hipóteses, decorrentes das informações dadas aos questionamentos realizados durante a entrevista semidirigida, tendo o foco determinado pelo pesquisador/entrevistador. Relata, ainda, que esse tipo de entrevista

ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação (Triviños, 1987, p. 146).

As entrevistas foram pactuadas com a escolha de datas e horários conforme a disponibilidade dos participantes, sendo oferecidas as possibilidades de elas acontecerem de forma presencial ou remota. Dessa forma, nove entrevistas foram realizadas remotamente (seis com profissionais de Serviço Social, um profissional de Psicologia, um profissional de Nutrição e um de Fonoaudiologia). Duas entrevistas foram realizadas presencialmente (com um profissional de Fisioterapia e um de Fonoaudiologia).

Foi empregado o recurso ofertado no Google Meet® para a realização de entrevistas remotas através de videoconferência individual (entrevista *online*) com os participantes. A entrevista *online* iniciou-se com esclarecimentos aos participantes sobre os processos de condução, organização e registro. Dessa forma, as entrevistas foram realizadas individualmente, em dias e horários pactuados previamente com cada participante.

Vale salientar que, diante das possibilidades, para resguardar os aspectos éticos e para melhor apreensão da entrevista, a pesquisadora permaneceu e solicitou ao participante que permanecesse, se possível, em local onde fossem preservadas a acústica e a privacidade para a realização da entrevista. Também foi utilizado questionário sociodemográfico elaborado pela pesquisadora especificamente para este estudo com objetivo de descrever elementos constituintes da população estudada.

Para a entrega dessa ferramenta de pesquisa, foi criado um questionário por meio da plataforma digital Google Forms® e enviado para os participantes por meio de *link* via aplicativo de mensagem virtual. Esse foi respondido após concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Um contato telefônico foi disponibilizado e utilizado para sanar possíveis dúvidas quanto ao questionário.

Os instrumentos físicos utilizados para a coleta dos dados foram um gravador de voz para as entrevistas presenciais, bloco de anotações e caneta esferográfica. Já para as entrevistas *online*, foram empregados um computador (para registrar, gravar a entrevista e posteriormente transcrevê-la na íntegra) e fones de ouvido (para captar ao máximo os relatos da entrevista, com objetivo de interagir da forma mais atenciosa possível).

As entrevistas foram transcritas na íntegra pela pesquisadora, que, com suporte da orientadora, analisou e validou o material coletado, conforme apresentado no Quadro 3, com o número de páginas e tempo de duração de cada entrevista realizada.

**Quadro 3** – Dados sobre as entrevistas com os profissionais do NASF-Recife

ENTREVISTA	Número de páginas	tempo de duração
Sujeito 1	16	58 min
Sujeito 2	7	40 min
Sujeito 3	20	1 hora e 9 min
Sujeito 4	13	47 min
Sujeito 5	10	31 min
Sujeito 6	10	46 min
Sujeito 7	9	41 min
Sujeito 8	8	40 min
Sujeito 9	5	51 min
Sujeito 10	11	41 min
Sujeito 11	10	50 min

**Fonte:** Os autores.

#### 4.5 Análise dos dados

Os dados obtidos pelo questionário sociodemográfico foram organizados por meio do Google Forms®, que fornece a análise descritiva quantitativa do questionário construído na referida plataforma.

No que se refere às informações obtidas por meio das entrevistas, adotou-se como elemento para conduzir a interpretação dos resultados a Análise de Conteúdo de Bardin (2011), descrita pela autora como o seguinte processo:

Um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a “discursos” (conteúdos e continentes) extremamente diversificados. O fator comum dessas técnicas múltiplas e multiplicadas - desde cálculo de frequência que fornece dados cifrados até a extração de estruturas traduzíveis em modelos - é uma hermenêutica controlada baseada na dedução: inferência. Enquanto esforço de interpretação, a análise de conteúdo oscila entre dois pólos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade. Absolve e cauciona o investigador por esta atração pelo escondido, o latente, o não aparente, o potencial de inédito (do não dito), retido por qual mensagem (Bardin, 2011, p. 16).

Para a compreensão das entrevistas realizadas, seguiram-se as orientações obedecendo à sequência de organização composta por pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 2011).

Conforme Bardin (2011), a pré-análise é descrita como a fase de organização, em que o pesquisador é imerso num processo de prenúncios. Contudo, nessa fase cabe ao pesquisador desenvolver e operacionalizar os constructos preliminares, que serão base para gestão da estruturação, etapas posteriores, na referida estratégia de análise.

Bardin (2011) informa que, mesmo diante do estabelecimento da organização, esta, por sua vez, pode ser flexibilizada a depender das necessidades da pesquisa, como a inserção de procedimentos anteriormente não planejados, mas que serão de valia para a análise da pesquisa.

Na pré-análise, Bardin (2011) indica que há três funções, descritas como a apuração dos materiais que serão analisados, elaboração das possibilidades e finalidades e, por fim, a construção de critérios que sedimentam o epílogo da análise.

É a fase de organização propriamente dita. Corresponde a um período de intuições, mas tem por objetivos tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento das operações sucessivas em um plano de análise [...]. Geralmente, essa fase possui três missões: a escolha dos documentos a serem submetidos a análise, a formulação das hipóteses ou objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final (Bardin, 2011, p.125).

O contato com o material, documentos selecionados para a análise de conteúdo, é proposto por Bardin (2011) por meio de tarefas, que a autora descreve como leitura flutuante. Esta atividade constitui-se na aproximação do pesquisador com os materiais e documentos com objetivo de permitir-se ser tomado pelos indícios, sentidos e direções ofertados por meio do contato com os documentos analisados.

Bardin (2011) descreve que a escolha dos documentos deve corresponder aos objetivos da pesquisa. A autora refere que há a construção do “corpus”, que é caracterizado como uma coleção de documentos que serão submetidos à metodologia de análise adotada para a pesquisa. Ainda reitera que, para a composição do corpus, o pesquisador necessita guiar-se por diretrizes como “regra da exaustividade”, “regra da representatividade”, “regra da homogeneidade”.

A regra da exaustividade é representada por todo o conteúdo teórico que contribua para os objetivos da análise da pesquisa. A regra da representatividade diz

respeito à análise de uma amostra, obedecendo elementos homogêneos e heterogêneos. Nesse contexto, os resultados podem ser generalizados ou singularizados (Bardin, 2011).

Seguindo com a teorização das regras para os procedimentos analíticos do corpus da pesquisa, Bardin (2011) informa sobre a “regra da homogeneidade” e infere que os documentos selecionados devem obedecer aos mesmos parâmetros. Contudo, reitera haver uma ressalva: “diante da análise de monografias e de entrevista aprofundada, a estrutura de sonho ou temática de um livro, tal fase não tem sentido (caso de um documento único e singular)” (Bardin, 2011).

Para Bardin (2011), a regra de pertinência refere-se à adequação dos documentos obtidos na pesquisa. Nessa regra, destaca-se que os documentos devem observar os objetivos que subsidiam a análise da pesquisa.

No que tange à codificação, Bardin (2011) infere que essa etapa discorre sobre o tratar dos materiais obtidos na pesquisa; “tratar o material é codificá-lo.” As pesquisas qualitativas buscam explorar “indicadores não frequenciais suscetíveis de permitir inferências; por exemplo, a presença (ou ausência) pode construir um índice tanto (ou mais) frutífero que a frequência da aparição” (Bardin, 2011).

Para o tratamento de entrevistas, Bardin (2011) descreve minuciosamente uma classificação do que trata como entrevista semidiretiva (empregada neste estudo) nos termos abaixo:

[...] entrevistas semidiretivas (também chamadas com planos, com guia, com esquema, focalizadas, semiestruturadas), mais curtas e mais fáceis: seja qual for o caso, devem ser registradas e integralmente transcritas (incluindo hesitações, risos, silêncios, bem como estímulos do entrevistador). Lidamos então com uma fala relativamente espontânea, com um discurso falado que uma pessoa - o entrevistado - orchestra mais ou menos à sua vontade. Encenação livre daquilo que esta pessoa viveu, sentiu e pensou a propósito de alguma coisa. A subjetividade está muito presente: uma pessoa fala. Diz “Eu”, com seu próprio sistema de pensamentos, os seus processos cognitivos, os seus sistemas de valores e de representações, as suas emoções, a sua afetividade e a afloração de seu inconsciente. E ao dizer “Eu”, mesmo que esteja falando de outra pessoa ou de outra coisa, explora, por vezes às apalpadelas, certa realidade que se insinua por meio do “estrito desfiladeiro da linguagem”, da *sua* linguagem, porque cada pessoa serve-se dos seus próprios meios de expressão para descrever acontecimentos, práticas, crenças, episódios, passados, juízos [...] (Bardin, 2011, p. 47- 48).

Para análise do material desta pesquisa, seguiram-se as orientações dadas por Bardin (2011) quanto à decifração estrutural:

Ao apresentar o processo de análise transversal sintética ‘... trata-se de procurar a estruturação específica, a dinâmica pessoal, que, por detrás da torrente de palavras, rege o processo mental do entrevistado’. Cada qual tem não só o seu registro de temas, mas também a sua própria maneira de (não) os mostrar (Bardin, 2011, p. 48)

Utilizou-se da técnica de análise transversal sintética relatada por Bardin (2011, p. 50): “consiste em destruir, com tesoura e cola (ou tratamento de texto), este pequeno jogo do eixo do espírito, mas aquando da decifração estrutural, é muito instrutivo referenciá-lo”. A autora informa que podem ser empregadas neste tipo análise materiais e questionamentos que possibilitem a organização dos conteúdos

Dentre as possibilidades de estudos da análise transversal sintética, Bardin (2011) enfatiza a análise temática, possibilidade empregada nesta pesquisa. A autora, assim, descreve que o uso deste modo de analisar o conteúdo da entrevista permite a divisão do texto em temas centrais, que podem ser aprimorados com o uso de subtemáticas, caso o pesquisador deseje.

A partir de tal análise, emergiram três categorias principais de análise que se relacionam com o processo de trabalho dos profissionais do NASF-Recife durante a pandemia, sendo elas: a) o cuidado prestado ao usuário, b) A pandemia da COVID-19 e o processo de trabalho no NASF-Recife e c) repercussões da pandemia para o trabalhador do NASF-Recife e perspectivas futuras. Ressalta-se que em ambas as categorias, foram encontrados pontos que dialogam com os componentes do processo de trabalho (objetivos ou finalidades; meios e condições; objeto; agente ou sujeito)

#### **4.6 Aspectos éticos**

A realização da presente pesquisa obedeceu aos preceitos éticos da Resolução 466/12 ou 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Foram elaborados os documentos necessários (Carta de Anuência) para a realização da pesquisa com os profissionais do NASF dos DS/RS do município de Recife, encaminhados para o órgão responsável pela liberação da anuência e desenvolvimento de pesquisas científicas da Secretaria Municipal de Saúde do referido município.

Após a anuência assinada e liberada, a pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil e seguiu as instruções e orientações descritas na plataforma. Seguiu, então, para a análise do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Somente

após a liberação desse comitê, com parecer aprovado sob número 5.442.531, foram executados os protocolos e etapas apresentados nesta pesquisa, com a assinatura do TCLE e garantia de anonimato.

As informações foram mantidas em sigilo para preservar a identidade dos participantes. Assim, foram atribuídos números de 1 a 11, correspondentes ao número de entrevistas realizadas.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados sociodemográficos informam a predominância de mulheres cisgênero, concursadas, com carga horária de trabalho semanal de 20 h e que recebem entre um e dois salários-mínimos. No que tange ao estado civil dos participantes, seis (54,5%) são casados, e cinco (45,5%) são solteiros. A autodeclaração apresentou os seguintes resultados: 54,5% (seis) pardos; 18,3% (dois) brancos e 27,3% (uma) preta. A orientação afetivo-sexual na amostra foi composta por dez (90,9 %) heterossexuais e um (9,1%) bissexual ou pansexual. A categoria profissional que se destacou quanto à maior representatividade foi a de profissionais de Serviço Social.

Aprofundando questões sobre o processo de trabalho, foi questionado aos profissionais NASF sobre a classificação da carga horária de suas jornadas de trabalho. Verificou-se que seis (54,5%) dos profissionais informaram que a carga horária à qual são submetidos era suficiente; três (27,3%) a consideraram alta, e dois (18,2%) a consideraram insuficiente.

Quando perguntado aos participantes sobre a satisfação quanto à remuneração salarial, dez (90,9%) dos participantes relataram estar insatisfeitos com seus salários. A maioria dos profissionais entrevistados (nove) informaram que têm de cinco a dez anos de atuação no NASF-Recife. Foi verificado, ainda, que todos os profissionais NASF aqui abordados acompanham de cinco a nove equipes de ESF e/ou Equipe de Atenção Básica para populações específicas.

De acordo com os dados desta pesquisa, sete (63,6%) dos participantes estudaram em instituições públicas de ensino superior, e quatro (36,4%) estudaram em universidades privadas. Quando questionados quanto ao tempo transcorrido desde a graduação, nove (81,8%) profissionais relataram tê-la concluído há 12 a 17 anos, um profissional (9,1%), há 18 a 22 anos, e um (9,1%) há um a cinco anos. Além disso, oito (72,7%) dos participantes informaram que não tiveram contato com a atenção primária/NASF ao longo do processo de graduação, dois (18,2%) informaram que o contato com a APS/NASF aconteceu somente nos últimos anos da graduação, e apenas um (9,1%) informou que o contato com a APS/NASF ocorreu durante toda a graduação. Quando questionados a respeito do processo de especialização na APS/NASF após a graduação, seis (54,5%) dos profissionais entrevistados informaram que têm especialização na APS/NASF.

Quando questionados sobre vacinação, todos os profissionais abordados foram vacinados e estão com o cartão de vacina atualizado contra a COVID-19 (quatro doses). Todos os profissionais também informaram já terem sido acometidos pela COVID-19, e um (9,1%) dos participantes relatou perda de ente familiar em decorrência da doença.

Por meio dos dados sociodemográficos, pode-se inferir algumas relações entre o conteúdo exposto. A pesquisa apontou que as equipes NASF-Recife são compostas por número significativo de mulheres cisgênero, o que corrobora os dados do COSEMS/SP (2020), que destaca que a força de trabalho da saúde no Brasil é representada pela mulher, com 65% dos mais de 6 milhões de postos de trabalho em saúde na esfera pública e privada.

Sobre o perfil que compõe as equipes NASF, verificou-se nesta pesquisa que a categoria de assistente social teve maior representatividade. No entanto, é importante afirmar que, de acordo com Oliveira et al. (2019) em pesquisa realizada no cadastro do CNES 2015, os fisioterapeutas apresentam a categoria profissional com maior representatividade no NASF, constituindo 22,4% dos profissionais deste serviço.

Observou-se que os participantes desta pesquisa não tiveram nenhum contato com a APS/NASF em seus processos de formação na graduação. Cabe aqui ressaltar que a maioria dos profissionais haviam terminado a graduação há mais de 12 anos. Nesse período, o NASF ainda não existia, e a inserção desses profissionais na APS era muito discreta, o que provavelmente justifica o dado.

Verificou-se ainda que, mesmo após a conclusão da graduação e a inserção do trabalho no NASF, boa parte dos profissionais abordados não tem aperfeiçoamento para o trabalho na APS/NASF. Diante desses dados pode-se inferir que ainda há dificuldades no processo de formação inicial e continuada do profissional de saúde no que se refere à inserção nos serviços de saúde na APS. O processo de educação permanente, com o aperfeiçoamento do profissional para atender as demandas oriundas do setor onde está inserido, ainda é um dos desafios a serem superados no SUS, em especial na APS/NASF.

De acordo com Silva (2020), o profissional necessita compreender a realidade do contexto em que está desenvolvendo suas atividades e, para tal, necessita de inserção em processos de educação permanente. Além disso, deduz-se que a formação profissional aqui abordada é fruto de uma grade curricular que preza pela

formação em saúde focalizada no modelo tecnicista, voltado para especificações do núcleo de formação do profissional. Há a necessidade de mudança nos modelos de formação em saúde, com deslocamento das grades curriculares baseadas no modelo biomédico para a adoção de modelo biopsicossocial e espiritual, construção dos modelos de formação que dialoguem com as demandas reais da população em suas singularidades.

A carga horária de trabalho foi compreendida pela maioria dos profissionais NASF-Recife como suficiente, enquanto alguns participantes opinaram que a carga horária pode ser considerada alta. É notório observar algumas peculiaridades decorrentes desses dados. Foi observado que a carga horária de trabalho dos profissionais não é igual para todas as categorias. Essas diferenciações são referentes ao cumprimento de legalizações de núcleo profissional, como é o caso do Serviço Social, uma vez que a lei 12.317 estabeleceu que a jornada do assistente social é de 30 horas semanais (Brasil, 2010b). Os profissionais que versam sobre a jornada de trabalho de 20 a 30 horas relatam que esse modelo é pautado em virtude do processo de organização do trabalho do NASF.

No tocante à questão da remuneração salarial, observou-se que a maioria dos profissionais na presente pesquisa está insatisfeito com seus salários. Esse fato condiz com um estudo realizado por Lucena *et al.* (2019) com psicólogos do NASF. Os autores informam que os profissionais se sentem insatisfeitos e relatam que o salário recebido é inferior ao esperado e justo, dadas as responsabilidades marcadas pelos psicólogos em seu processo de trabalho.

## **5.1 NASF e o enfrentamento da COVID-19**

Às modicidades vividas pelos profissionais NASF entrevistados nesta pesquisa, acrescentou-se a pandemia da COVID-19. O advento da COVID-19 demarcou a necessidade de distanciamento social e intensificação de cuidados de biossegurança. Essas alterações ocasionaram repercussões significativas no processo de trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde do NASF, o que acabou repercutindo no modo de operacionalizar o cuidado em saúde e impondo a necessidade de adaptação em meio a uma situação repleta de dúvidas e medo de contaminação e morte.

Optou-se por inicialmente registrar o sentido dado pelos profissionais do NASF-Recife ao trabalho na tentativa de melhor compreender o(s) lugar(es) que este

ocupa na vida dos sujeitos aqui abordados. Na sequência, são apresentadas as mudanças no processo de trabalho relatadas pelos participantes da pesquisa e, no tópico seguinte, são discutidas as mudanças/repercussões sentidas pelos profissionais do NASF na execução do processo de cuidado aos usuários durante a pandemia.

## 5.2 O sentido do trabalho para os profissionais do NASF-Recife

Observou-se que os profissionais do NASF-Recife que participaram desta pesquisa apresentaram os sentidos e significados a respeito do trabalho em suas vidas. Estes apresentaram afirmações que os colocam como primordial à vida do ser humano.

Eu acho que o trabalho tem um lugar central. Eu me sinto produtiva porque eu estou fazendo algo que é importante para uma população. É importante, tem um sentido para além de mim, para além de ir pro trabalho e pagar conta (Sujeito 3).

O trabalho é compreendido como meio de subsistência e manutenção da vida. No entanto, essa categorização não está isolada, pois, para além de dar sustento às necessidades, o trabalho ocupa a subjetividade, a satisfação humana.

Hoje é o que atende às minhas necessidades básicas. Mas, também é uma forma de realização criativa. Um espaço que a gente pode pelo menos essa subjetividade de construir algumas propostas, de intervir numa realidade; então, é o que, a princípio, é o que atende as necessidades básicas, mas também é uma forma de intervenção na realidade social (Sujeito 6).

Ainda sobre os sentidos e significados atribuídos ao trabalho, observamos que o trabalho se encontra como uma ação que mobiliza e movimenta a vida humana, agindo assim como função transformadora do ser humano.

O trabalho transforma o ser humano. Além de ser transformador, é muito gratificante. Eu acho que são poucas as palavras que eu acho que podem resumir: é a transformação e gratidão (Sujeito 11).

O sentido dado pelos profissionais ao trabalho leva a inferir que os profissionais do NASF-Recife o apresentam pela perspectiva ontológica, como caracterizador do

ser humano, conferindo-lhe um poder de transformação, além de assegurar-lhe uma função útil para o social.

Na subjetividade, os profissionais destacam o trabalho como possibilidade de fazer com que se sintam seres úteis e tenham a garantia de sua subsistência. Mas, sobretudo, estão contribuindo com a melhora do contexto social. Os profissionais sentem prazer ao ver os resultados de seus trabalhos. Infere-se que o trabalho, para os profissionais do NASF-Recife, age como potência que transforma a sociedade. Eles se referem ao trabalho como uma forma de estar no mundo social e interferir nos contextos sociais.

As observações sobre o sentido do trabalho apresentadas nesta pesquisa corroboram estudos de Antunes (2009). Para esse autor, o trabalho é uma categoria de análise complexa que migrou da explicação empregada na relação homem e natureza e vem incorporando complexidade desde que passou a estabelecer relações entre os seres humanos, de modo que os seres sociais se relacionam por meio do trabalho. Para o autor, o trabalho tem a função de unir o conhecimento e estabelecer a ligação entre causa e efeito, possibilitando, assim, o ser social dos humanos.

Os trabalhadores do NASF-Recife relatam que o trabalho dá sentido à vida. Esses relatos corroboram Antunes (2009), que reporta que o trabalho é impregnado pela subjetividade. Esse autor relata o trabalho como a força propulsora, que impulsiona o ser social para o conhecimento e para a resolução não somente de suas necessidades de sobrevivência, mas, sobretudo, para a construção de ações que possam intervir no mundo e nas demandas oriundas do convívio entre os seres.

O processo de trabalho no NASF-Recife é apresentado pelos participantes desta pesquisa como um conjunto diversificado de atividades, incluindo as de exclusividade de seu campo profissional, as multidisciplinares e as intersetoriais, preconizadas pela portaria institucional do NASF.

O trabalho nas Unidades é feito com base no apoio matricial (Sujeito 4).

Eu faço visita domiciliar, atendimento individual, participação em grupos dos mais diversos. O trabalho do PSE (Sujeito 5).

Orientação na educação em saúde, consulta compartilhada com outros profissionais e discussões, discussões de casos, discussões de matriciamento (Sujeito 1).

Tem muitas reuniões para discussão de casos com outras equipes, tanto com alguma equipe de saúde, de CAPS, ou até alguma coordenação do distrito,

coordenação de saúde mental, coordenação do idoso e também com outros órgãos (Sujeito 10).

No que diz respeito às potencialidades e dificuldades do NASF-Recife, os profissionais destacaram o trabalho em equipe e os ganhos para os usuários como potencialidades, provenientes da atuação no NASF na APS. No que se refere às dificuldades, a infraestrutura das unidades, transporte e insumos, necessários para atuação das equipes NASF, estabilidade e vinculação dos médicos da USF foram apresentadas como situações precárias, insuficientes ou inexistentes.

Não sei se eu enxergo potencialidades não. Deixa eu pensar. É, potencialidades. Talvez da gente, o potencial realmente é pro usuário, o ganho é pro usuário. Falta de condições de trabalho, que existem desde antes da pandemia, desde que o NASF de Recife foi instaurado (Sujeito 4).

Para mim, acho que os dois principais desafios é a rotatividade de profissionais, especialmente o profissional médico, e a própria localização do distrito, que ainda não tem serviços suficientes, e de uma forma acessível para essa população. Essas são as duas principais questões (Sujeito 1).

Uma potencialidade, equipe completa. A questão do ponto de apoio. E dificuldades, a falta de carro pra levar pras unidades, e quanto às equipes de saúde da família, elas estão defasadas em termos de recursos humanos (Sujeito 11).

As estruturas das unidades, a estrutura dificulta muito. A gente não tem sala própria. O NASF não tem sala, a gente não tem lugar para fazer as atividades. (Sujeito 1).

Ainda a respeito dos desafios, foram relatadas questões anteriores à pandemia da COVID-19 e que se intensificaram com a mesma. Os trabalhadores registraram as mudanças sofridas no decorrer dos anos de implantação do NASF em Recife, mudanças de origem da gestão municipal e oriundas da esfera federal. Os profissionais informaram que há cobrança pela quantidade de atendimentos e intervenções e referiram que a construção e a relação com a gestão têm um viés verticalizado, em que os profissionais não são consultados.

Profissional de quarenta horas tem que fazer cinquenta atendimentos por mês, atendimento individuais. Um profissional de vinte horas tem que fazer vinte e cinco atendimentos por mês (Sujeito 10).

### 5.3 A pandemia da COVID-19 e o processo de trabalho no NASF-Recife

A COVID-19 resultou em sobrecarga nos sistemas de saúde pública do mundo, o que gerou necessidade de adaptações e reformulações nas ações em saúde. No Brasil, devido à urgência e falta de planejamento, tais adaptações aconteceram com grande ênfase para a assistência e vigilância em saúde e, conseqüentemente, foco dos investimentos na atenção hospitalar, ficando a Atenção Primária à Saúde (APS) secundária ao investimento (Souza; Machado; Quirino, 2021).

Contudo, é preciso reconhecer o papel elementar das ações da APS na atuação de vigilância epidemiológica e do acompanhamento em saúde da população, em especial no enfrentamento de surtos e epidemias. Assim, esse nível de atenção tem merecido destaque para a atuação com suas tecnologias de cuidado para combater o avanço e danos causados pela COVID-19 (Bousquat *et al.*, 2020). No entanto, esta pesquisa, em consonância com outras (Bousquat *et al.*, 2020; Souza; Machado; Quirino, 2021), verifica que a APS e seus recursos não foram utilizados em sua potencialidade. Ainda assim, a atuação da APS foi essencial para mitigar os efeitos adversos causados pela pandemia.

Teve pouco investimento na atenção básica na pandemia (Sujeito 1).

As mudanças relatadas pelos profissionais do NASF-Recife abordados nesta pesquisa iniciam com registro de suspensão de atividades executadas.

De acordo com pesquisa realizada em 2020 por Bousquat *et al.* (2020) que apresenta os desafios da APS no combate à pandemia de COVID-19, foi registrado que 28% das atividades executadas pelo NASF no território nacional foram suspensas e, em recorte na região Nordeste, foi verificado que houve suspensão de 37,7% das atividades do NASF. Contudo, 66% dos respondentes da pesquisa de Bousquat *et al.* (2020) relataram que o NASF, ao ter as atividades suspensas, seguiu apoiando as atividades realizadas pela APS durante a pandemia.

No que se refere ao contexto dos meios e condições do processo de trabalho em saúde do NASF-Recife, esta pesquisa verificou relatos sobre a precarização das condições de trabalho. O processo de trabalho do NASF já se encontrava submetido a tal precarização, que se intensificou com a instalação da pandemia da COVID-19.

Abordando as mudanças provindas da pandemia para os serviços de saúde,

observa-se inicialmente a fragilidade na organização e definição do processo de trabalho a ser executado pelo NASF durante a pandemia da COVID-19. Compreendeu-se que a pandemia suspendeu os modos de organização e gestão de saúde e impôs a toda a construção de ações em saúde antes executadas uma reestruturação do que deveria ser abordado e como deveria ser abordado, destinando o foco das intervenções para a contenção da pandemia, lançando urgência de intervenções de isolamento, investimento em ações médico-hospitalares, aquisição de EPIs, treinamento para o uso correto destes, dentre outras medidas elementares para conter o contágio da COVID-19.

Diante dessa suspensão, a insegurança e incerteza do que poderia ser feito fez com que os profissionais do NASF fossem tomados pela necessidade de estabelecer modos de produzir cuidado perante a pandemia. Compreende-se que essa construção laborativa ia se moldando com o passar dos dias e das atualizações científicas sobre a COVID-19. Esse processo pode ser evidenciado por meio das falas dos participantes desta pesquisa:

Porque inicialmente não foi pensado algo pro NASF. A equipe da gente, com outras equipes, tentava fazer. A gente chegou a sentar e pensar no processo de trabalho. A equipe da gente é uma equipe muito propositiva, no sentido de pensar, vamos tentar botar para frente, vamos! E aí a gente começou a pensar, como a gente poderia dar um suporte às equipes diante desse contexto. A gente começou a pensar num processo e depois a própria gestão colocou isso como uma nota técnica, conforme o que a gente estava pensando (Sujeito 3).

Observou-se que os profissionais do NASF-Recife enfrentaram as mudanças no processo de trabalho e vivenciavam as mudanças impostas pelos cortes financeiros provindos do governo federal. Esse dado gerou desconforto e incertezas quanto à manutenção de seus postos de trabalho e da proposta do NASF-Recife.

Do ponto de vista profissional, era isso, assim, a gestão não sabia mesmo o que fazer com a gente. Colocava para distribuir panfleto nas praças, mas não podia fazer visita, não podia fazer. Então, ficou uma coisa muito, assim, a gente se sentiu meio subutilizado. E aí, somando isso com a história da portaria, né, ficou aquele limbo de que: “o que vai acontecer com a gente agora?” (Sujeito 2).

O desfinanciamento das equipes NASF antes e durante a pandemia, sem o repasse do governo federal, repercutiu no processo de trabalho dos profissionais aqui abordados. Tal observação também foi feita em estudo realizado por Mendes, Carnut

e Melo (2023), que caracterizaram o governo de Jair Bolsonaro, presidente do Brasil no período de 2019 a 2022, como um modelo governamental neofacista, que prejudicou o asseguramento do SUS por meio da redução de financiamento antes e durante a pandemia de COVID-19. Esses autores ainda relatam que o modelo de APS outorgado pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, opera para burocratização dos serviços e acesso ao SUS, que perde sua dimensão de construção política e de afirmação de melhor qualidade de vida da população e toma as faces de um sistema meramente operacional.

Assim, conforme verificado nesta pesquisa, os profissionais aqui abordados lidam com um continuum de dificuldades em seu processo de trabalho. De acordo com Silva *et al.* (2019), os profissionais do NASF-Recife lidam com precariedades estruturais e falta de espaço para o desenvolvimento de suas intervenções e de insumos para efetivarem o trabalho. Os autores também informam que a complexidade das dificuldades se soma à fragilidade da rede de atenção à saúde e, ainda, ressaltam a falta de comunicação e articulação como potencial para o agravamento das dificuldades no processo de trabalho.

No que se refere às alterações do processo de trabalho do NASF na COVID-19, pode-se registrar a solicitação de atendimentos individuais com o deslocamento da gênese do trabalho construído. Ressalta-se que o trabalho no NASF deve ser pautado nas realidades dos territórios pela vinculação com os usuários no cuidado compartilhado e interprofissional. A descaracterização deste resultou no resgate do modelo biomédico ambulatorial para as atividades do NASF. Esta pesquisa verificou que houve acentuação da organização do trabalho no NASF no formato de cuidado ambulatorial.

Os atendimentos ficaram muito reduzidos porque a gente tinha orientação de só atender determinados casos, no caso de fonoaudiologia mesmo, a orientação era de atender casos de disfagia, porque disfagia mata, né. A pessoa com dificuldade de deglutir, você pode vir a óbito, né. Você pode ter broncoaspiração. Então eram poucas orientações de fono pra gente atender (Sujeito 8).

A complexidade das dificuldades encontradas pelo NASF-Recife somaram-se à fragilidade da rede de atenção à saúde. Ressaltou-se, ainda, a falta de comunicação e articulação na rede, que estava com total foco no cuidado à COVID-19. Esse processo agravou as dificuldades enfrentadas. Entende-se que a descontinuidade

desse processo de cuidado prejudicou ações de promoção e prevenção realizadas pela APS (Giovanella *et al.*, 2022). Esta afirmação é consonante com o estudo de Jucá *et al.* (2021), que reitera que a COVID-19 gerou descontinuidade do cuidado interprofissional construído por meio das intervenções concretizadas com a população assistida. De acordo com Bousquat *et al.* (2022), a manutenção dos cuidados realizados na APS deve ser sustentada. Contudo, deve ser garantida a segurança dos usuários e dos trabalhadores da saúde.

Com a necessidade de modular o processo de trabalho em saúde de acordo com o contexto de pandemia e as possibilidades de atuação, registra-se o uso de tecnologias da internet e dos atendimentos em tempo real de modo remoto.

A incorporação da internet com o trabalho remoto no contexto de assistência à saúde é uma pauta que necessita de destaque, visto que, embora o advento do uso dessa ferramenta já faça parte do mundo digital, as ações em saúde pública ainda enfrentam impasses para implantação da internet e dos serviços informatizados (Cielo *et al.*, 2022). Segundo esse autor, no ano de 2019 o e-SUS-AB estava presente em 20,2% (1.117), em processo parcial de implantação em 32,9% (1.819), em fase inicial de implantação em 39,1% (2.159) e não implantado em 7,8% (432) dos municípios brasileiros.

Diante da demanda por atendimento, os atendimentos remotos obtiveram crescimento exponencial com a pandemia de COVID-19. Em 2020, o MS, em parceria com uma instituição de saúde privada, lançou a implementação dos consultórios virtuais. Contudo, esse modelo de atendimento foi destinado ao acompanhamento médico (Brasil, 2020b).

Verificou-se que os profissionais abordados nesta pesquisa registraram o uso da internet para o atendimento, monitoramento e manutenção de reuniões entre as equipes, planejamento das ações e resolução de impasses e problemas anteriores vividos pelas equipes do NASF. Foi observada maior adesão, participação e produtividade nas reuniões do NASF com o uso da internet. Contudo, foram evidenciadas dificuldades para realização do acompanhamento dos usuários na modalidade de atendimento *online*. Houve dificuldades como a estabilidade da rede de internet, a inexistência de condições por parte de usuários e famílias para acesso e falta de habilidade para lidar com esse tipo de serviço.

E como você aborda a dificuldade também pra fazer esse tipo de atendimento, pacientes que não tinham qualidade de internet suficiente pra fazer uma chamada de vídeo, a gente tinha que repetir a mesma orientação três, quatro vezes (Sujeito 11).

E para quem não tinha muito este costume, né, de tá mexendo com esses aparatos tecnológicos, ficou muito difícil realmente. E fora que é. Acho que se perde um pouco da qualidade né, assim, até as relações mesmo vão ficando prejudicadas (Sujeito 2).

Estudo realizado por Giovanella *et al.* (2022) verificou que o acesso à internet para o processo de trabalho em saúde na APS estava fragilizado ou inexistente para 60% dos trabalhadores, do total de 2.566 participantes. A análise da presente pesquisa verificou que a incorporação dos atendimentos virtuais foi responsável por aumento na produtividade de atividades, em especial de cunho técnico-pedagógico. Foi registrada a realização de múltiplas atividades, especialmente reuniões, inclusive com maior adesão na presença e participação dos profissionais. Observou-se que essa inserção apresentou resolução quanto à necessidade de atendimentos individuais, registro de continuidade das reuniões e planejamento de ações frente à pandemia. Contudo, observa-se, também, o afastamento entre os profissionais e a precariedade da construção de estratégias pactuadas entre as equipes ESF e os próprios profissionais do NASF.

Algumas reuniões, acho que até estão funcionando bem assim de forma *online*, de forma remota, sabe? Notei até mais adesão e mais participação das pessoas, por incrível que pareça, do que quando eram presenciais (Sujeito 10).

A gente passou a fazer o trabalho remoto; então, mais da metade da carga horária da gente passou a ser virtual, *online*, teleatendimento (Sujeito 2).

A gente sempre teve um processo de trabalho, principalmente de relação com as equipes, que ele se dava a partir de uma reunião mensal. Para fazer a discussão, matriciamento dos casos, para receber a demanda, algumas demandas e casos, e, assim, o que tem que ser feito, qual é a melhor conduta, sistematicamente acontecia mensalmente, né. Nossa agenda era feita toda a partir desse lugar. Com a pandemia, então, a gente não podia mais se reunir com as equipes (Sujeito 1).

Verificou-se a precariedade de espaços nas USF, narradas como vivência anteriores à pandemia de COVID-19. Estas demandaram-lhes o deslocamento para outros espaços públicos (universidades, serviços de assistência social) e privados (shoppings, cafeterias) para a realização de reuniões da equipe NASF. Essa locomoção foi considerada desgastante e dispendiosa para alguns entrevistados.

Com a inserção da reunião *online*, reiteram que as dificuldades do deslocamento obtiveram resolutividade.

Aí assim, a reunião foi até melhor, porque a gente consegue ter acesso, a gente vai fazendo várias coisas ao mesmo tempo. Então, cada uma em seu computador já vai atualizando a planilha, já vai fazendo registro. Então, a reunião acho que potencializou. Foi bom esse trabalho remoto (Sujeito 2).

Compreendeu-se que o advento da pandemia da COVID-19 evidenciou dificuldades relacionais entre as equipes NASF/ESF. Os entrevistados informaram que a suspensão de reuniões distanciou o NASF e a ESF, o que resultou no retorno do modelo de atendimento de foco ambulatorial. De acordo com Silva *et al.* (2021), dificuldades relacionais referem-se à insuficiência da integração e da implantação do apoio matricial, reforçando os atendimentos com foco em núcleo de assistência e minimizando o processo de construção de cuidado compartilhado entre os núcleos de saberes que compõem o NASF e a ESF.

No que se refere às atividades realizadas no período de pandemia, observou-se que os profissionais NASF aqui abordados realizaram intervenções com foco no cuidado à saúde mental e no enaltecimento do trabalho realizado pelas equipes ESF e pelo próprio NASF diante do contexto de pandemia da COVID-19.

A gente fazia o Cuidando do Cuidador dos profissionais. A gente procurou, por exemplo, na pandemia fazer um jornalzinho, que aí a gente procurava notícias legais e coisas pra pessoa se distrair, fazer entrevistas com os profissionais, no intuito de valorizar esse profissional que tava na ponta, quem que tava atendendo (Sujeito 3).

Verificou-se que, com a suspensão das reuniões presenciais, houve o fortalecimento do emprego de aplicativo de troca de mensagem instantânea (WhatsApp). Assim, acentuou-se o encaminhamento de usuários sem a discussão de caso, PTS, entre as equipes NASF e ESF, com ausência de construção de plano de ação.

Com esse intervalo de não ter reuniões, é aí que acaba que virou uma coisa de WhatsApp, aí perde um pouco esse controle, esse feedback, essa coisa da discussão das equipes. Foi bem difícil, e também a coisa de não poder fazer atividade de grupo, que aí virou um grandíssimo, coisa ambulatorial, de fazer as coisas, de ficar enxugando gelo (Sujeito 1).

Verificou-se que as dificuldades operacionais apresentadas por Silva *et al.* (2021) como impasses na construção da agenda dos profissionais na garantia de atividades dialogadas entre os NASF e ESF também foram verificadas como afetadas pela pandemia.

A realização de aperfeiçoamento e capacitação para o trabalho das equipes NASF durante a pandemia foi uma das questões abordadas nesta pesquisa. Verificou-se que esse processo de educação e treinamento foi oferecido de modo generalizado para os profissionais de saúde, de modo que não houve o registro de treinamentos/capacitação destinados às especificidades do trabalho do NASF. Também foi observado que os profissionais realizaram treinamentos oriundos de plataformas digitais do SUS, enquanto outros relataram treinamentos realizados pela gestão municipal.

Eu cheguei a fazer do UNASUS; mas, curso mesmo, assim, que tenha vindo da gestão pra gente fazer, não teve não (Sujeito 1).

Logo no iniciozinho da pandemia e quando já estava, eu acredito que foi ano passado, inclusive que foi da prefeitura mesmo. Mas não específico pro NASF (Sujeito 10).

De acordo com Bousquat *et al.* (2022) em estudo com profissionais da APS, incluindo profissionais do NASF, verificou-se a falta de capacitação dos profissionais do NASF para lidar com a COVID-19 foi significativa, com o registro de 34% que realizaram algum tipo de capacitação para o uso de EPIs e sobre a COVID-19, do total de 2.566 (74,5%) de profissionais da APS.

Ribeiro *et al.* (2020) também verificou que as análises iniciais sobre a pandemia sinalizaram a precariedade de conhecimento sobre a pandemia e verificaram falhas no cuidado e proteção à saúde dos profissionais e usuários. Tais falhas são do poder público, com repercussões na saúde física e psíquica dos trabalhadores da saúde.

De acordo com Lotta *et al.* (2021), as condições materiais para o asseguramento do trabalhador na saúde para execução do processo de trabalho durante a pandemia de COVID-19 são imprescindíveis. Esses autores também reiteram as condições imateriais, o acolhimento, a liderança e o apoio e suporte para enfrentar as situações complexas ocasionadas pela pandemia.

#### **5.4 O cuidado prestado ao usuário durante a pandemia**

A gestão em saúde do Recife incorporou dois protocolos construídos pelas equipes NAS na terceira versão do plano de contingência da secretaria municipal de saúde do Recife, publicado em abril de 2020, que relatava o processo de trabalho do NASF durante a pandemia da COVID-19 (Recife, 2020).

Nesse plano, o processo de trabalho do NASF foi organizado conforme a atenção clínico assistencial (referente ao atendimento individual e domiciliar e atividades em grupo) e a dimensão técnico-pedagógica (direcionada para as reuniões do NASF, NASF/ESF e atividades coletivas). O apoio na triagem e no acolhimento, a ordenação dos fluxos, contato telefônico e organização de rotina das UBS, dentre outras atividades, foram descritas como possibilidades de atuação no NASF (Recife, 2020).

Na cidade do Recife, foram construídos quatro protocolos de manejo clínico e assistencial aos casos da COVID-19 e duas notas técnicas de orientação à atuação das equipes NASF. No campo da vigilância em saúde, verificou-se incentivo ao isolamento social, divulgação de informações sobre prevenção e recuperação da COVID-19 e sensibilização dos usuários e suas famílias sobre as medidas sanitárias e as possibilidades de realizar o distanciamento social, prosseguindo com ações de educação em saúde no território e salas de espera nas USF.

Os protocolos elaborados pelo NASF para a atuação no contexto da COVID-19 discorrem sobre adaptações para manutenção de atividades, como visitas domiciliares, avaliação, atendimento, orientações e encaminhamentos para a rede de saúde e da assistência social.

Os profissionais do NASF aqui abordados relataram que iniciaram atividades de acompanhamento dos casos positivos de COVID-19 de modo individual, com a seleção dos casos mais graves. A triagem desses casos foi conduzida por enfermeiros e médicos da USF.

Quanto às visitas domiciliares, embora relatado que esta modalidade de atendimento foi suspensa inicialmente, houve profissionais que continuaram a realizá-las, com adaptações impostas pelos cuidados de biossegurança. Mantiveram-se visitas domiciliares a usuários que necessitavam de suporte do profissional do NASF, visto que a ausência dessa atividade foi relatada pelos participantes, com potencial risco para o acompanhamento e desenvolvimento terapêutico do usuário. A respeito

dessa categoria, cabe destacar que, de acordo com os participantes deste estudo, a oferta do cuidado ao usuário precisou passar por adaptações durante a pandemia da COVID-19, como pode ser observado no trecho a seguir:

A gente continuou fazendo visita peridomiciliar, fez visita peridomiciliar naqueles casos que a gente já acompanhava do lado de fora. Conversava com a pessoa, com o cuidador minimamente para monitorar, para saber como as pessoas estavam (Sujeito 1).

Foi verificado por meio das entrevistas que o atendimento individual ou em visita domiciliar do NASF sofreu alterações. Inicialmente suspensa, a atividade passou a ser destinada apenas aos casos nos quais foi verificado que a interrupção seria fator de agravamento significativo do acompanhamento terapêutico do usuário. Posteriormente, houve a realização de atendimentos *online*.

De acordo com Jucá *et al.* (2021), as visitas e atendimentos domiciliares foram realizados com distanciamento social e mantidos apenas nos casos em que não havia possibilidade de suspensão. Para esses casos, foram adotados cuidados à proteção dos usuários e dos profissionais. No que tange às reuniões, foi observado que estas mantiveram-se sob a égide do uso da internet. Com esta alternativa, os profissionais reiteraram que existiu o repasse de demandas e que, juntamente ao afastamento imposto pelo momento vivido, foi fortalecido o modelo de cuidado com foco nas ações ambulatoriais e de núcleo, com deficiência no compartilhamento dos casos e na discussão destes.

No decorrer da pandemia da COVID-19, registraram-se a suspensão de atividades do NASF e transferência dos profissionais para atividades designadas pela gestão municipal. Dentre estas, destaca-se o monitoramento de pessoas infectadas pelo vírus da SARS-CoV-2 por telefone. O profissional do NASF recebia uma lista com os contatos telefônicos e realizava contato a cada três dias para obter informações sobre o estado de saúde do paciente.

Eles ofereceram, você vai para a unidade, telefona da unidade. Só na recepção tem duas pessoas que vão usar para as atividades delas. Aí eu vou pegar um telefone pra ficar ligando para 14 pessoas, 15, às vezes 20, que é a lista de monitorados, que só crescia (Sujeito 9).

Os profissionais do NASF-Recife informaram que a lista telefônica com os contatos dos usuários a serem monitorados era atualizada diariamente e que para o

contato usaram seus aparelhos telefônicos. Essa opção foi escolhida diante da indisponibilidade de uso de telefone das USF pela gestão. Assim, os profissionais do NASF optaram pelo uso de seus celulares para evitar aglomeração nas unidades de saúde e minimizar a exposição ao vírus, bem como o deslocamento para as USF. Giovanella *et al.* (2022), em pesquisa com profissionais da APS, verificaram que o acesso a telefones celulares institucionais foi reportado por apenas 28% de um total de 2.566 participantes, profissionais da APS.

A internet foi apresentada como uma alternativa para lidar com dificuldades de espaço para a realização das atividades técnico-pedagógicas apresentada na terceira versão do plano de contingência da secretaria municipal de saúde do Recife, publicado em abril de 2020. O cuidado ofertado foi demarcado pelo acesso via internet, que assegurou a realização de atividades realizadas pelo NASF na instalação da pandemia. A permanência de algumas atividades, como o atendimento individual, e a realização de atividades em grupo (entre usuários, reuniões do núcleo de formação dos profissionais do NASF, da equipe NASF, da coordenação do NASF no distrito sanitário, comunicação de demandas) continuaram a ocorrer com o uso da internet.

A latência para a construção de diretrizes por parte da gestão para o processo de trabalho no NASF foi relatada na presente pesquisa, de modo que os profissionais em conjunto iniciaram reflexões sobre os modos de atuação pertinentes para o NASF em meio à pandemia. Essa latência para apresentar plano de ação para o NASF foi debatida por Jucá *et al.* (2021), que informa que o governo municipal de Recife divulgou, no ano de 2020, o Protocolo de Assistência e Manejo Clínico na Atenção Básica à Saúde, que apresentava as normativas para a atuação dos profissionais da APS. Porém, não mencionava o processo de trabalho dos profissionais do NASF.

Antes mesmo que a gestão chegasse com um processo de trabalho para a pandemia, a gente já conseguiu adequar isso. Então a gente criou algumas situações em que se fazia necessário uma visita, seria urgente uma visita. Algumas situações aqui que se fazia necessário um atendimento na unidade. Algumas situações em que se fazia necessário atendimento remoto. Como a gente ia operar de forma remota. Então a gente reestruturou todo esse processo de trabalho. E aí, a partir desses indicadores que sinalizam pra gente quais os casos, é que a gente conseguiu se organizar (Sujeito 7).

Foi verificado que o cuidado ofertado pelo NASF foi moldado mediante as diversas suspensões de atividades anteriormente executadas. Destaca-se a suspensão das atividades em grupo, reuniões presenciais para construção de

agendas e atividades a serem desenvolvidas. Essas alterações ocasionaram repercussões significativas no processo de trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde do NASF.

O modo de operacionalizar o cuidado em saúde foi interrompido, impondo a necessidade de adaptação em uma situação rodeada de dúvidas. Na ocorrência da pandemia, o foco das ações em saúde destinou-se a compreender a constituição do vírus da COVID-19, construir conhecimento, elaborar vacinas, mitigar os avanços e estragos proporcionados pela doença e compreender e analisar com crítica os discursos sociais e simbólicos sobre a COVID-19.

Compreende-se que houve mudanças nos objetivos e finalidades do processo de trabalho do NASF em virtude da pandemia da COVID-19, e suas consequências repercutiram no modo como o cuidado em saúde foi construído e executado. As ações do NASF voltaram-se para o combate, monitoramento dos casos positivos e o cuidado à saúde mental dos profissionais que estavam atuando nas USF, na organização da USF, na prevenção e controle do contágio da COVID-19, no auxílio de medidas de segurança e isolamento contra a doença e no processo de vacinação, atuando no processo gerencial e de registro nos postos de vacinação.

A ressignificação de objetivos e finalidades do processo de trabalho do NASF perante o cenário apocalíptico a que estavam expostos, a pandemia da COVID-19, demandou dos profissionais do NASF participantes deste estudo a construção de estratégias que só posteriormente foram incorporadas e normatizadas pela gestão de saúde dos DS abordados nesta pesquisa para o cuidado à população assistida pelo NASF em Recife.

A criatividade e geração de modelos de atuação compatíveis com o contexto vivido foram sinalizadas como componentes que agregaram potencialidade no processo de trabalho do NASF. Contudo, evidencia-se a necessidade permanente de fortalecimento e retomada de investimentos para que o NASF siga com os objetivos propostos em sua implantação, a fim de fortalecer a política da APS. Evidentemente, para tal, faz-se necessário fortalecer os incentivos, remuneração, meios e condições de trabalho para que os profissionais possam executar o processo de trabalho com mais qualidade e saúde, necessário para a resolução das necessidades de saúde dos territórios de atuação.

Assim, de acordo com Fernandes (2021), destaca-se a importância do preparo dos profissionais para o trabalho em equipe e a disponibilidade da gestão/serviços na

incorporação de estratégias de organização do processo de trabalho. Em paralelo a isso, Feliciano *et al.* (2020) trazem como pauta a importância da gestão na orientação das equipes de saúde diante da falta de informações no início da pandemia.

Os objetivos existenciais ou sociais do processo de trabalho do NASF sofreram modificações com a pandemia, visto que o contexto social estava voltado para o combate à pandemia, caracterizada como o maior desafio enfrentado pelos serviços e organizações de saúde neste século (Dunlop *et al.*, 2020).

Tais objetivos dizem respeito à possibilidade de execução em si ou a superação de uma adversidade da atividade laboral. Faria *et al.* (2009) reiteram que as singularidades dos objetivos existenciais ou sociais são fruto da interação social. Estes também sofreram alterações, uma vez que, como retratados no decorrer dos resultados desta pesquisa, o processo de trabalho em saúde do NASF na pandemia da COVID-19 foi contextualizado pela adversidade, pela singularização das demandas e das atividades. Após a remissão dos casos e com maior número de pessoas vacinadas, os protocolos de biossegurança foram reajustados. Assim, paulatinamente se deu o retorno das atividades executadas pelo NASF.

Mas, assim, hoje em dia ainda tem algumas coisas que ficaram assim, prejudicadas, mesmo a gente voltando, saindo da pandemia, a atividade educativa é algo que a gente ainda faz com bastante receio. (Sujeito 2).

## **5.5 Repercussões da pandemia para o trabalhador do NASF-Recife e perspectivas futuras**

O caos da pandemia foi instalado, e todo o processo de trabalho em saúde teve que ser repensado em todos os âmbitos. Porém, na APS foi singularmente mais impactante, dada suas dimensões de ser a porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde. As frentes de atuação e os dispositivos que seriam utilizados para o combate à pandemia foram ocorrendo à medida que a pandemia avançava. Este dado possibilita a discussão sobre como os serviços de saúde devem ser organizados para o enfrentamento a eventos trágicos e inéditos, como os ocasionados com a proporção da pandemia da COVID-19.

O nosso ponto de apoio virou unidade destacada de covid. É a questão da própria biossegurança, que teve que mudar para todo mundo. Redução de atendimentos por conta da pandemia. Não podia estar atendendo do mesmo

jeito com aquele mesmo volume, até porque a gente não tinha sala suficiente no novo ponto que a gente tinha antes. Essas foram as mudanças, sem contar o estresse enorme pra todo mundo. E não conseguia me proteger. Estava exposto, estava mais exposto (Sujeito 8).

Isso foi extremamente estressante porque ninguém conhecia nada sobre COVID, a não ser que matava muito e era uma coisa muito letal e muito contagiosa, e você não sabia se você ia sair dali; você não sabia se você ia estar trazendo pra dentro de casa a doença (Sujeito 8).

Neste estudo, os participantes referem que foram desafiados pela latência para a divulgação de normativas de atuação destinadas ao NASF. Deste modo, formularam os próprios protocolos.

Observou-se fragilidade no cuidado com os profissionais do NASF, assim como com todos os demais profissionais de saúde. No NASF, eles tiveram que refazer suas próprias regras e criar um novo processo de trabalho diante da pandemia. Observou-se que, perante a dilatação de posicionamento da gestão quanto ao processo de trabalho do NASF na pandemia da COVID-19, esse processo foi interpretado pelos entrevistados como uma secundarização do potencial de promoção, prevenção e cuidados realizados no território pelas equipes na APS, assim como dos recursos intelectuais, humanos e experienciais junto à comunidade na APS na atuação do NASF.

A pandemia da COVID-19 demarcou, de modo avassalador, as relações sociais e interpessoais e evidenciou questões sociais por sua rapidez de contágio e imprevisibilidade de ocorrência, desafiando tudo e todos (Corrêa, 2020). Observou-se que a constituição do sujeito ou agente do processo de trabalho toma outra forma em virtude das mudanças impostas nos meios e condições, objetivos e finalidades do processo de trabalho em saúde.

Eu tive uma sensação meio de não poder contar muito com a equipe quanto eu precisava. Isso mexeu assim com meu emocional é no sentido que tem que tá se impulsionando uma motivação pra continuar o trabalho. (Sujeito 5).

O profissional que outrora, mesmo diante de adversidades impostas pela política de retração dos investimentos à APS e ao NASF, realizava atividades com foco na participação coletiva, com matriciamento de equipe, discussão de casos, dentre outras atividades aqui já mencionadas, com a pandemia da COVID-19 viu-se deslocado do seu saber fazer, lançado na incerteza de: O que fazer? Como fazer?

Diante de tal contexto, foram registrados relatos do desgaste psíquico vivido pelos profissionais.

É eu estou num processo de adoecimento, me descobri adoecida em janeiro deste ano. Fui afastada pelo psiquiatra. Ele me afastou quinze dias por transtorno de ansiedade. Foi o que ele atribuiu de diagnóstico e eu faço uso da medicação. Foi muito sofrido porque eu tive que tirar todo mundo de dentro de casa. Não tinha vacina, então eu fiquei sozinha em casa. (Sujeito 7).

Mediante esse cenário, observa-se a relação do profissional com o processo de trabalho que estava envolto em medo, ansiedade e desmotivação. Esses profissionais vivenciaram dissabores, situações em que o sentimento de angústia era persistente, medo da contaminação, medo da morte, isolamento de familiares, dentre tantas outras situações difíceis.

Compreende-se que as experiências vividas pela geração de profissionais que atuaram na pandemia da COVID-19, que ainda não tinham vivenciado tamanho desafio em suas carreiras profissionais, operaram negativamente para a saúde mental dos trabalhadores do NASF. Isso levou-os a sofrimento psíquico com a necessidade de intervenção psicológica e psiquiátrica, para além dos acometimentos de ordem clínica. Além disso, ocasionou afastamentos médicos e levou muitos profissionais à morte em todo o mundo.

Foi no retorno, foi muito difícil, perder colegas também, a gente perdeu colega de trabalho, né, teve agente de saúde que faleceu na pandemia, foi muito, muito difícil, né (Sujeito 1).

Todo mundo com muito cuidado, muito cuidado, mas, mesmo assim, com muito medo porque, enquanto todo mundo tava em suas casas, muita gente reclamando porque estava em lockdown, a gente não conseguiu estar em lockdown. A gente não conseguiu ficar em segurança. Aí ficou com muito medo. A gente não conseguiu... não conseguiu se proteger, não conseguiu proteger nossa família, aí isso foi muito difícil, abalou muito mesmo (Sujeito 8).

Em estudo realizado por Quirino *et al.* (2020), evidenciou-se que a saúde mental dos profissionais do NASF foi afetada pela vivência de situações que proporcionaram medo, preocupação, insegurança, comportamentos repetitivos, ansiedade, distanciamento social, rápidas mudanças, incertezas e mortes na esfera laboral, com os colegas de trabalho, e no campo familiar. Esses fatos, caracterizados como potencialmente prejudiciais à saúde mental dos trabalhadores do NASF corroboram os dados encontrados na presente pesquisa.

Mudou completamente, né? É covid, situação de governo, política. Isso a gente. Até hoje sofreu consequências, né? Então eu posso dizer que meu emocional, depois de tudo isso, não é mais ou menos né? Inclusive eu precisei com todo esse processo voltar a fazer com terapia (Sujeito 5).

Foi muito difícil, perder colegas de trabalho também, a gente perdeu colega de trabalho. Teve gente que faleceu na pandemia, muito difícil (Sujeito 1).

Observou-se que diante de tais fragilidades emocionais e psíquicas impostas pelo contexto social e pandêmico, os profissionais do NASF-Recife relataram as estratégias que utilizaram para cuidar da saúde mental. É possível observar que, além do cuidado individual, houve uma preocupação com o coletivo, como exposto a seguir:

A gente também se protegeu de alguma forma: uma estava ligando pra outra pra saber como é que tava o emocional, se podia ajudar em alguma coisa no trabalho quando a gente estava lá de plantão (Sujeito 5)

Diante dos dados apresentados nesta pesquisa, verificou-se que a saúde do trabalhador foi severamente atacada com a instalação e progressão da pandemia de COVID-19. Verifica-se que as condições insalubres às quais os profissionais foram submetidos podem caracterizar como ataque à saúde do trabalhador como um todo, abrangendo a saúde mental e a exposição biológica no processo de trabalho de uma pandemia sem precedentes de destruição.

Compreende-se que a saúde do trabalhador é uma pauta que necessita estar em evidência a todo momento, visto que não foi apenas durante a pandemia que foram registrados vilipêndios à saúde do trabalhador da saúde. Esse serviço tem um histórico de subinvestimento para instrumentos materiais e não materiais. As longas jornadas de trabalho com aumento de responsabilidades, precariedade de informações e orientações, escassez equipamentos de proteção individual (EPI), e deficiência sistêmica da rede de saúde e dos profissionais em lidar com situações pandêmicas nessa proporção (Golechha *et al.*, 2021; Abhiram *et al.*, 2022).

De acordo com Teixeira *et al.*, (2020), as dificuldades no processo de trabalho dos profissionais de saúde são uma situação já considerada crônica. Com a pandemia de COVID-19, ela ganhou proporção e notoriedade da necessidade de intervenção. Esses autores informam sobre a falta de recursos humanos para a realização de um trabalho saudável com repercussões positivas para o usuário e para o profissional que executa o serviço. Evidenciam, ainda, a necessidade de aprimoramento da gestão

para a contratação, qualificação e sobretudo valorização desses profissionais para a execução de um trabalho em saúde com qualidade.

De acordo com Santos *et al.* (2020), os trabalhadores de modo geral no país já estavam vivenciando uma progressão das situações de vulnerabilidades diante do universo do trabalho, com o registro de perdas significativas de direitos previdenciários e trabalhistas. Para esses autores, a pandemia de COVID-19 foi incremento que agravou de modo severo a situação vulnerável já vivida. Assim, apontam para a precarização do trabalho, atingindo significativamente a saúde dos trabalhadores, com o aumento de doenças fisiológicas e psíquicas.

O regresso das atividades do NASF, após todo o cenário narrado nesta pesquisa, é descrito com o encontro com a precarização dos meios e condições do processo de trabalho em saúde, mediante os modelos de segurança biológica necessários para o retorno da convivência e das atividades em saúde. Houve, ainda, os frutos das modificações dos objetivos, agentes e finalidade do processo de trabalho do NASF, conforme apontadas nesta pesquisa. Entende-se que estes são desafios que ainda seguirão na pauta de enfrentamento das equipes do NASF-Recife.

## 6 CONCLUSÕES

Observou-se nas entrevistas realizadas que o processo de trabalho do NASF sofreu mudanças significativas e que alterações no sentido de enfraquecimento das ações do NASF não se limitam ao advento da pandemia de COVID-19, mas resultam de um processo de desfinanciamento pelo governo federal, imposto anteriormente, que evidentemente foi agravado com o advento da pandemia.

Denota-se que a pandemia da COVID-19 agravou as dificuldades dos meios e condições do trabalho em saúde do NASF, modificou significativamente a organização e gestão das ações e serviços em saúde disponibilizados pelo NASF e alterou, assim, a gênese do processo de trabalho em saúde do NASF.

As mudanças ocorridas no processo de trabalho e o modo como tais vivências foram sentidas pelos trabalhadores do NASF foram marcadas pela insegurança e adoecimento psíquico, ocasionados pela pandemia de COVID-19 e suas repercussões para a população.

Verificou-se que a gestão em saúde necessita estar atenta para a ocorrência de situações como a pandemia de COVID-19 e para o potencial das ações da APS no combate a eventos semelhantes aos vividos, observando as potencialidades de cada esfera de cuidado à saúde.

Observou-se a capacidade interventiva dos profissionais aqui abordados, uma vez que, diante da suspensão das atividades em saúde por eles executadas antes da pandemia, ousaram e reinventaram formas de atuação, reinventaram o processo de trabalho em saúde junto à comunidade e junto aos seus pares em meio a pandemia.

Registra-se com esta pesquisa a indispensável necessidade de investimentos para a construção não só de dispositivos que ofereçam o suporte necessário para os cuidados à saúde mental dos profissionais NASF, mas sobretudo de processos de trabalho juntos aos profissionais que permitam, para além da produtividade, o respeito, a atenção e o cuidado à saúde daqueles que executam o cuidado.

Entende-se que é urgente o estabelecimento e restabelecimento de políticas que reafirmem o fortalecimento do SUS em todas as suas possibilidades de atuação, sobretudo no combate a eventos de endemias e pandemias.

Verifica-se que há a necessidade do fortalecimento de contratação de profissionais com direitos trabalhistas e previdenciários garantidos, sobretudo com

investimento em concursos públicos, oferta de qualificação permanente, garantia de condições dignas de trabalho e respeito à saúde dos trabalhadores.

É urgente a construção de projetos de vida mais saudáveis, com respeito à integralidade na saúde, com vista à saúde na APS, na garantia de instrumentos materiais e não materiais, construção de intervenções emancipatórias à vida digna e saudável e de processo de trabalho em saúde que comunguem com a saúde integral do usuário e do trabalhador de saúde.

É urgente pensar sobre os cuidados aos trabalhadores que estiveram na execução de cuidados à saúde durante a pandemia e refletir sobre como acolher e cuidar dos trabalhadores que sofreram e ainda estão em sofrimento em virtude do somatório de situações extenuantes geradas pelo trabalho na área da saúde durante a pandemia.

Em agosto de 2023, foi lançada a nota técnica nº 10/2023-CAIN/CGESCO/DESCO/SAPS/MS, que apresenta diretrizes regulamentadoras para a organização das equipes NASF e a garantia do financiamento da esfera federal. Assim as equipes NASF passam a ter nova nomenclatura (eMulti), em um processo de reorganização devido ao envelhecimento da população brasileira, levando ao fortalecimento das ações assistenciais da APS no SUS.

Convém, pois, voltar a atenção às necessidades dos profissionais do NASF, os trabalhadores da saúde, e como eles podem contribuir para a construção de seu processo de cuidado, cabendo ao poder público ofertar os meios e condições para esse fim. A pandemia de COVID-19 marcou a vida dos profissionais de saúde que nela trabalharam. Espera-se que os mesmos erros não sejam repetidos e que tamanho sofrimento seja evitado no futuro que se constrói a cada dia.

## REFERÊNCIAS

- ABHIRAM, K. *et al.* The effect of COVID-19 endemicity on the mental health of health workers. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 23, n. 3, p. 405-413.e3, 2022.
- ANTUNES, R. L. C. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2 ed. São Paulo: Boitempo; 2009.
- ARAÚJO, C. B. de; FERREIRA NETO, J. L. Apoio matricial do NASF: uma revisão sistemática de literatura. **Psicologia em Revista**, v. 25, n. 2, p. 626-646, 2019.
- AYRES, J. R. de C. M. Ricardo Bruno: history, social processes and health practices. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 905-912, 2015.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARRETO, M. L. *et al.* O que é urgente e necessário para subsidiar as políticas de enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e 20032, 2020.
- BISPO JÚNIOR, J. P.; MOREIRA, D. C. Cuidado colaborativo entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes apoiadas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 3, p. e280310, 2018.
- BOUSQUAT, A. *et al.* Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS. In: **Anais do 4º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde**. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <<https://proceedings.science/cbppgs-2021/trabalhos/desafios-da-atencao-basica-no-enfrentamento-da-pandemia-da-covid-19-no-sus?lang=pt-br>> Acesso em: 27 abr. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de Alma Ata sobre cuidados primários**. 2002. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf). Acesso 27 jul. 2022
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154**, de 24 de janeiro de 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html). Acesso em: 4 ago. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos de Atenção Básica, nº 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_diretrizes\\_nasf.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf). Acesso em: 21 ago. 2020.

BRASIL. **Lei nº 12.317**, de 26 de agosto de 2010. Brasília: Presidência da República, 2010. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/lei/l12317.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12317.htm). Acesso em: 14 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_do\\_nasf\\_nucleo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf). Acesso em: 4 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de apoio à saúde da família** – volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf). Acesso em: 21 ago. 2020

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95**, de 15 de dezembro de 2016. Brasília: Presidência da República, 2016. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm). Acesso em: 20 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº 2**, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html). Acesso em: 23 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia e-SUS Atenção Primária**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/esus/download>. Acesso em: 21 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979**, de 12 de novembro de 2019. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979\\_13\\_11\\_2019.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html). Acesso em: 23 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Implementação do Consultório Virtual na APS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/8577>. Acesso em: 27 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS 2020**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil.pdf>. Acesso em: 25 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 10/2023-CAIN/CGESCO/DESCO/SAPS/MS 2023**: Diretrizes para reorganização das equipes multiprofissionais na atenção primária à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/agosto/ministerio-da-saude-divulga-diretrizes-para-equipes-multiprofissionais-na-atencao-primaria/sei\\_ms-0034918382-nota-tecnica-10.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/agosto/ministerio-da-saude-divulga-diretrizes-para-equipes-multiprofissionais-na-atencao-primaria/sei_ms-0034918382-nota-tecnica-10.pdf). Acesso em: 22 set. 2023.

BRITO, G. E. G. de *et al.* Articulação entre a EqSF/AB e o NASF/AB e sua influência na produção do cuidado no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 6, p. 2495–2508, 2022.

BRITO, S. B. P. *et al.* Pandemia da COVID-19: o maior desafio do século XXI. **Vigilância Sanitária em Debate**, v. 8, n. 2, p. 54–63, 2020.

BUSS, P. M. *et al.* Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 12, p. 4723-4735, 2020.

CECÍLIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R; ARAÚJO, R. de M. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2006. p. 117-130.

CHÁVEZ, G. M.; RENNÓ, H. M. S. V.; FONSECA, S. M. da. A inter-relação da demanda e acessibilidade na Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, e300320, 2020.

CHIAVERINI, D. H. *et al.* (org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CIELO, A. C. *et al.* Implementation of the e-SUS Primary Care Strategy: an analysis based on official data. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, p. 5, 2022.

CORRÊA, V. **O impacto global da pandemia: a humanidade diante de uma bifurcação social**. 2020. Disponível em: <https://lefis.paginas.ufsc.br/files/2020/10/O-impacto-global-da-pandemia-bifurca%C3%A7%C3%A3o-social-1.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2023.

COSEMS/SP. **Protagonismo feminino na saúde**: mulheres são a maioria nos serviços e na gestão do SUS. 10 mar. 2020. Disponível em: <https://www.cosemssp.org.br/noticias/protagonismo-feminino-na-saude-mulheres-sao-a-maioria-nos-servicos-e-na-gestao-do-sus/>. Acesso em: 27 abr. 2022

COSTA JUNIOR, E. S. A pandemia frente à Constituição fragilizada: impactos da emenda 95. **Revista Direito Público**, v. 17, n. 96, p. 9-36, 2020.

DUNLOP, C. *et al.* The coronavirus outbreak: The central role of primary care in emergency preparedness and response. **BJGP Open**, v. 4, n. 1, bjgpopen20X101041, 2020.

FARIA, H. P. de *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. 2.ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

FARIA, R. M. de. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, p. 4521–4530, 2020.

FELICIANO, A. B. *et al.* A pandemia de COVID-19 e a educação permanente em saúde. **Cadernos da Pedagogia**, v. 14, n. 29, p. 120-135, 2020.

FERNANDES, S. F. *et al.* Interprofessional work in health in the context of the COVID-19 pandemic: A scoping review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, e20210207, 2021.

FRANÇA, M. A. de S. A.; SPIRANDELLI, A. C. M. de A.; VERDE, M. C. de C. L. V. Uso de ferramentas de gestão na micropolítica do trabalho em saúde: um relato de experiência. **Saúde em Debate**, v. 43, n. especial, p. 138-146, 2019.

FREITAS, G. C. de; FLORES, J. A. das; CAMARGO JUNIOR, K. R. de. Necessidades de saúde: reflexões acerca da (in)definição de um conceito. **Saúde e Sociedade**, v. 31, n. 1., e200983, 2022.

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

GIOVANELLA, L. *et al.* Desafios da atenção básica no enfrentamento da pandemia de covid-19 no SUS. In: PORTELA, M. C.; REIS, L. G. C.; LIMA, S. M. L. (eds.). **Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022, pp. 201-216. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557081587.0013>. Acesso em: 20 set. 2023.

GOLECHHA, M. *et al.* Healthcare worker resilience during the COVID-19 pandemic: A qualitative study of primary care providers in India. **World Medical & Health Policy**, v. 14, n. 1, p. 6-18, 2022.

GOOGLE. **Google Meet**. 2021. Disponível em: [https://support.google.com/meet/topic/13802865?hl=pt-BR&ref\\_topic=13802962,&sjid=7824868331075264894-SA](https://support.google.com/meet/topic/13802865?hl=pt-BR&ref_topic=13802962,&sjid=7824868331075264894-SA). Acesso em: 27. maio 2021.

IBGE. **Cidades e Estados**: Recife. 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pe/recife.html>. Acesso em: 11 abr. 2021

IBGE. **Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil**. Estudos e pesquisas, informação demográfica e socioeconômica. nº 41. 2019. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf). Acesso em: 28 jul. 2019.

JUCÁ, A. L. *et al.* (Re)organização e continuidade dos cuidados domiciliares em saúde em um contexto pandêmico: traçando experiências nos territórios do Recife/PE. In: SOUZA, C. D. F. de; MACHADO, M. F.; QUIRINO, T. R. L. (org.). **A saúde coletiva em tempos de pandemia: experiências e aprendizados do enfrentamento à COVID-19 no Nordeste brasileiro**. Maceió: Eudfal, 2021.

LUCENA, M. do S. R. de; MÁXIMO, T. A. C. de O. O psicólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: organização e condições de trabalho. **Estudos de Psicologia**, v. 24, n. 4, p. 359-369, 2019.

MARIANO, C. M. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de Investigações Constitucionais**, v. 4, n. 1, p. 259–281, 2017.

MARX, K. **O Capital** – Livro I – crítica da economia política: O processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo, 2013.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no sistema de saúde brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020.

MATTOS, M. P. de; GUTIÉRREZ, A. C.; CAMPOS, G. W. de S. Construção do referencial histórico-normativo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 9, p. 3503-3516, 2022.

MELLO, A. S. de. **O agir pedagógico na construção do apoio matricial: caminhos possíveis no compartilhamento do cuidado**. 2021. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Saúde, sociedade e história**. São Paulo: Hucitec; 2017.

MENEZES, A. P. do R.; MORETTI, B.; REIS, A. A. C. dos. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde em Debate**, v. 43, n. especial 5, p. 58-70, 2019.

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: EPSJV, 2008. p. 427-432.

MOTA, B. O fim do modelo multiprofissional na Saúde da Família? **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio**, Rio de Janeiro, 4 fev. 2020. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/o-fim-do-modelo-multiprofissional-na-saude-da-familia>. Acesso em: 28 maio.2020.

OLIVEIRA, M. A. B. de *et al.* A prática do núcleo de apoio à saúde da família do Recife no enfrentamento à pandemia COVID-19. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 142-150, 2020.

OLIVEIRA, P. I. Organização Mundial de Saúde declara pandemia de coronavírus. **Agência Brasil**. 11 mar. 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-03/organizacao-mundial-da-saude-declara-pandemia-de-coronavirus>. Acesso em: 23 maio 2020.

OLIVEIRA, V. B. *et al.* Apresentando a potência do Nasf na reorganização do fazer Saúde na Atenção Básica. In: QUIRINO, T. R. L. *et al.* (org.). **O Nasf e o trabalho na Atenção Básica à Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019. p. 19-32.

OPAS. **Descritores em Ciências da Saúde**: DeCS. 2023. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>. Acesso em: 22 ago. 2023.

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**. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 320-327.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 478.

QUIRINO, T. R. L. *et al.* Estratégias de cuidado à saúde mental do trabalhador durante a pandemia da COVID-19: uma experiência na atenção primária à saúde. **Estudos Universitários: Revista de Cultura**, v. 37, n. 1 e 2, p. 173-191, 2020.

RECIFE. Secretaria de Saúde. Diretoria Executiva de Atenção Básica e Gestão Distrital. Coordenação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Nota técnica 03**: Processo de trabalho do NASF no contexto de enfrentamento da emergência em saúde pública decorrente do novo coronavírus (COVID-19). Recife: Secretaria de Saúde, 2020.

RECIFE. **Lei complementar nº 2**, de 23 de abril de 2021. Plano Diretor do Município do Recife. Recife: Câmara Municipal do Recife, 2021. Disponível: <https://leismunicipais.com.br/plano-diretor-recife-pe>. Acesso em: 24 mai. 2020.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde PMS 2018-2021**. 1ª ed. Recife: Secretaria de Saúde do Recife; 2018. 99 p. Disponível em: [http://www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/plano\\_municipal\\_de\\_saude\\_2018\\_2021\\_vf.pdf](http://www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/plano_municipal_de_saude_2018_2021_vf.pdf). Acesso em: 14 mar. 2022.

SÁ, J. de S. *et al.* Uso do genograma e do ecomapa na avaliação das relações familiares de crianças em situação de vulnerabilidade e violência. **Saúde em Debate**, v. 46, n. especial 5, p. 80-90, 2022.

SANTOS, K. O. B. *et al.* Trabalho, saúde e vulnerabilidade na pandemia de COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 12, p. e00178320, 2020.

SANTOS, R. A. B. de G. dos.; UCHÔA-FIGUEIREDO, L. da R.; LIMA, L. C. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e NASF. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 114, p. 694-706, 2017.

SARTI, T. D. *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 2, e2020166, 2020.

SILVA, E. A.; COSTA, I. I. da. O profissional de referência em saúde mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 13, n. 4, p. 635-647, 2010.

SILVA, E. S. *et al.* Processos de Trabalho e ferramentas tecnológicas de atuação no Nasf. In: QUIRINO, T. R. L. *et al.* (org.). **O Nasf e o trabalho na Atenção Básica à Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019. p. 157.

SILVA, F. A. J. da. **O processo de formação profissional para a atenção básica em saúde: uma revisão integrativa**. 2020. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

SILVA, W. R. de S. *et al.* A gestão do cuidado em uma unidade básica de saúde no contexto da pandemia de COVID-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, e00330161, 2021

SOARES, C.; RAMOS, M. Uma avaliação dos efeitos do PMAQ-AB nas internações por condições sensíveis à Atenção Básica. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 126, p. 708-724, 2020.

SOUZA, C. D. F. de; MACHADO, M. F.; QUIRINO, T. R. L. (org.). **A saúde coletiva em tempos de pandemia: experiências e aprendizados do enfrentamento à COVID-19 no Nordeste brasileiro**. Maceió: EDUFAL; 2021. Disponível em: <http://www.repositorio.ufal.br/jspui/handle/123456789/8031>. Acesso em: 14 mar. 2022.

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

TEIXEIRA, C. F. de S. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3465-3474, 2020.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Editora Atlas, 1987.

VALENTINE, S. E. *et al.* Redesign of a brief PTSD treatment in safety net integrated primary care: Supporting implementation in the context of the COVID-19 pandemic. **General Hospital Psychiatry**, v. 74, p. 94-101, 2022.

**ANEXO A – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO**

Nome:

E-mail:

Telefone/celular:

Idade:

Profissão:

1. Qual seu estado civil?

- a. Solteira/ Solteira
- b. Casado/Casada
- c. Divorciado/ Divorciada
- d. Viúvo/Viúva
- e. Prefiro não responder

2. Como você se autodenomina?

- a. Pessoa Branca
- b. Pessoa Preta
- c. Pessoa Parda
- d. Pessoa Amarela
- e. Pessoa Indígena
- f. Prefiro não responder

3. Qual a sua identidade de gênero?

- a. Homem Cisgênero
- b. Homem Transgênero
- c. Mulher Cisgênera
- d. Mulher Transgênera
- e. Travesti
- f. Pessoa Não-Binária
- g. Prefiro não responder

4. Qual a sua orientação afetivo-sexual?

- a. Homossexual
- b. Heterossexual
- c. Bissexual/Pansexual
- d. Assexual
- e. Prefiro não responder

5. Você cursou sua graduação em uma instituição de ensino superior:

- a. Pública
- b. Privada

6. Há quanto tempo você concluiu sua graduação?

- a. De 1 a 5 anos
- b. 6 a 11 anos
- c. 12 a 17 anos
- d. 18 a 22 anos
- e. Mais de 23 anos

7. Você teve contato com a Atenção Primária durante sua graduação?

- a. sim
- b. não

8. Em que período do seu curso de graduação você teve contato com a Atenção Primária à Saúde ou NASF?

- a. Somente no início da graduação
- b. Somente nos últimos anos da graduação
- c. Toda a graduação do início ao final da graduação
- d. Não teve contato com APS nem como o NASF na graduação

9. Você possui algum curso de especialização na Atenção Primária à Saúde ou NASF?

- a. sim
- b. não
- c. estou cursando

10. Há quanto tempo você trabalha no NASF-Recife?

- a. De 1 a 2 anos
- b. De 3 a 4 anos
- c. De 5 a 10 anos
- d. Mais de 10 anos

11. Qual sua carga horária de trabalho semanal no NASF-Recife?

- a. 20 horas semanais;
- b. 30 horas semanais;
- b. 40 horas semanais;
- c. 60 horas semanais;
- d. Mais de 60 horas semanais;

12. Sobre sua carga horária de trabalho no NASF, você a considera?

- a. Alta;
- b. Suficiente;
- c. Insuficiente;

13. Qual o tipo de vínculo do seu trabalho no NASF-RECIFE?

- a. Trabalhador/a concursado/a
- b. Trabalhador /a contratado/a

14. Como você classifica sua remuneração salarial no NASF?

- a. Insatisfatória;
- b. Satisfatória;
- c. Alta;

15. Seu salário no NASF é de:

- a. De 1 a 2 salários-mínimos;
- b. De 3 a 4 salários-mínimos;
- c. Mais de 5 salários-mínimos;

15. Você recebe algum tipo de gratificação acrescentada ao seu salário no NASF?

- a. Sim;
- b. Não;

16. A equipe NASF na qual você é vinculado é caracterizada como:

- a. NASF TIPO 1
- b. NASF TIPO 2
- c. NASF TIPO 3

17. Quantas ESF são vinculadas à sua equipe NASF?

- a. 5 a 9 equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para Populações Específicas;
- b. 3 a 4 equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para Populações Específicas;
- c. 1 a 2 equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para Populações Específicas;

18. Você foi vacinado contra a COVID-19?

- a. Sim
- b. Não

19. Está com o sistema vacinal contra a COVID-19 atualizado (1ª, 2ª, 3ª e 4ª doses)?

- a. Sim
- b. Não

20. Você teve COVID-19?

- a. Sim
- b. Não

21. Perdeu algum ente familiar para a COVID-19?

- a. Sim
- b. Não

## **ANEXO B – ROTEIRO DE ENTREVISTA**

1. Que sentidos/significados você atribui ao trabalho em sua vida?
2. Como você realiza seu trabalho nas USF/ESF que você acompanha? Quais atividades você executa?
3. No que se refere ao seu estado emocional e psicológico, relacionado ao seu processo de trabalho no NASF, diante das mudanças na PNAB e, no contexto de pandemia da COVID-19, o que você pode me relatar sobre sua saúde mental?
4. Quanto ao quantitativo de equipes ESF acompanhadas pelo NASF que você trabalha, quais são os desafios e a potencialidades neste processo de trabalho?
5. Ocorreram mudanças em seu processo de trabalho no NASF após a pandemia da COVID-19? Quais?
6. Houve capacitação/formação/curso destinados ao NASF perante a pandemia da COVID-19? Você participou de alguma? Quais?
7. Como ocorreu o retorno das suas atividades laborais no NASF após a COVID-19? O que pode me contar sobre isto?
8. Como tem sido a convivência/relação com os seus colegas/gestão de trabalho, durante o processo de pandemia da COVID-19?
9. Pensando no futuro das políticas públicas em saúde, quais são as suas perspectivas para a APS e para o NASF?