

Análise da organização do trabalho nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica no Rio de Janeiro

I¹ Bruna Esteves Saporito, ² Denise Cavalcante de Barros, ³ Carolina Maria do Carmo Alonso, ⁴ Regina Ferro do Lago I

Resumo: A implantação dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF) fomentou estratégias de cuidados mais dialógicas e o acompanhamento de grupos populacionais que, historicamente, tinham pouco acesso à Atenção Primária à Saúde (APS). No município do Rio de Janeiro, oscilações na gestão federal e municipal implicaram redução ou eliminação dessas equipes. Para apreender os impactos desse cenário no cotidiano das equipes do NASF, esta pesquisa analisou documentos normativos e a percepção dos profissionais a respeito da organização do trabalho. Para tanto, realizou-se pesquisa qualitativa que utilizou coleta de dados, análise documental e entrevistas semiestruturadas com oito profissionais do NASF de uma região do Rio de Janeiro, entre agosto de 2019 e fevereiro de 2020. O tratamento dos dados baseou-se na análise de conteúdo. Os resultados expõem os impactos das mudanças nas diretrizes de organização e financiamento do NASF e abordam a percepção dos trabalhadores sobre o processo de trabalho. Assim, evidenciou-se que o NASF apresenta grande potencial de qualificação das ações e intervenções no contexto da APS, porém, a crescente precarização do trabalho sobrecarrega os trabalhadores e dificulta o alcance de seus objetivos originais.

► **Palavras-chave:** Trabalhadores de saúde. Estratégia Saúde da Família. Pesquisa qualitativa. Trabalho precário. NASF.

¹ Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro-RJ, Brasil (brunaes123@gmail.com).
ORCID: 0000-0001-5600-0059

² Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro-RJ, Brasil (barrosdc61@gmail.com).
ORCID: 0000-0001-5016-0844

³ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ, Brasil (carolina.alonso@medicina.ufrj.br).
ORCID: 0000-0003-4928-4465

⁴ Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro-RJ, Brasil (regina.ferro.lago@gmail.com).
ORCID: 0000-0002-5130-7411

Recebido em: 02/08/2021
Revisado em: 16/09/2021
Aprovado em: 27/09/2021

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312022320211.pt>

Introdução

A ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF), em decorrência do aumento das possibilidades e ofertas de cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS), tornou as necessidades de saúde da população mais visíveis, o que demandou a inserção de outras categorias profissionais nesse ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que é porta de entrada preferencial para o Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, em 2008 foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), cuja proposta inovadora foi implementada a partir de uma lógica de trabalho pioneira (BRASIL, 2010; 2014; MELO *et al.*, 2018). De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde (MS), as atividades do NASF são (BRASIL, 2014): realização de grupos, consultas, matriciamento e Educação Permanente em Saúde (EPS). Tais atividades se distribuem nos eixos técnico-pedagógico e clínico-assistencial.

A implantação do NASF possibilitou o desenho de estratégias de cuidados mais dialógicas na perspectiva de produção de autonomia, criação de vínculo, adesão, bem como a garantia do acompanhamento de grupos populacionais que, historicamente, tinham pouco acesso à APS (OTHERO; DALMASO, 2009; SILVA, 2012). Deste modo, verifica-se que o trabalho do NASF tem potência para democratizar a produção do cuidado, por ser uma modalidade que opera, predominantemente, por meio do compartilhamento de conhecimentos, além de apostar na transformação das práticas em saúde (BRASIL, 2010; SILVA, 2012).

Contudo, a implantação do NASF não se deu de forma linear, pois apresentou diversas realidades e experiências que se refletiram em uma miríade de dificuldades para a operacionalização de sua proposta inicial (MELO *et al.*, 2018). Estudos que investigaram o processo de trabalho do NASF apontaram os seguintes problemas relacionados à organização do trabalho de suas equipes: incompatibilidade de funcionamento das equipes de apoio com as equipes nucleares; avaliação do trabalho incompatível com a realidade do trabalho desenvolvido; uso de ferramentas de trabalho inovadoras, cuja operacionalização era difícil; o grande número de equipes de Saúde da Família (EqSF) a serem apoiadas pelo NASF; rotatividade de profissionais; grande demanda assistencial; e falta de retaguarda da rede de atenção à saúde (BARROS *et al.*, 2015; GONÇALVES *et al.*, 2015; LANCMAN *et al.*, 2013; MELO *et al.*, 2018).

Como pano de fundo, juntam-se a isso as oscilações políticas e de planejamento que geram tanto descontinuidade de projetos em curso quanto mudanças na

organização do trabalho ou na natureza das ações de atenção – que vão de encontro ao sentido e às crenças que os trabalhadores têm em relação ao desenvolvimento do seu trabalho (LANCMAN *et al.*, 2012). Em especial, trata-se das oscilações políticas atuais, nas quais se destacam mudanças normativas que dilapidaram parte das propostas previstas para o NASF, reduzindo assim o seu escopo de atuação e ameaçando a sua continuidade. A revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) publicada em 2017 (BRASIL, 2017), aumentou a abrangência do arranjo do NASF e englobou também equipes de Atenção Básica, passando então a denominar-se Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica.

Nesse enquadre, a centralidade da lógica do matriciamento foi subtraída, tendo em vista que a palavra “apoio” não aparece mais no nome da equipe e nas diretrizes do seu funcionamento que, até então, eram substancialmente embasadas neste referencial teórico metodológico (BARROS *et al.*, 2015; MELO *et al.*, 2018). Além disso, o novo modelo de financiamento APS, regulamentado pela Portaria 2.979 de 12 de novembro de 2019 (BRASIL, 2019), revoga os incentivos financeiros referentes ao NASF – o que pode reduzir as possibilidades de sobrevivência do trabalho dessas equipes.

No que diz respeito ao município do Rio de Janeiro, convém marcar que a implementação da ESF e do NASF foi tardia em comparação com outros municípios do país (SORANZ *et al.*, 2016). Além disso, trata-se de uma cidade onde há muitas comunidades com alta densidade populacional, territórios com diferentes realidades socioeconômicas que coexistem com o poder paralelo e a violência urbana (SOUZA *et al.*, 2011), o que aumenta a complexidade da atuação dos profissionais do NASF.

Em 2016, a Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV) do município mobilizou esforços para organizar o trabalho do NASF, definindo a agenda padrão e o modo de contratação dos profissionais como uma tentativa de melhorar o processo de trabalho. No entanto, a gestão municipal, iniciada em 2017, trouxe mudanças que imprimiram cores próprias ao cenário desenhado pelas novas normativas federais relacionadas à APS, implicando na demissão de profissionais do NASF – o que reduziu ou eliminou equipes na cidade. Diante do apresentado, a operação do NASF no Rio de Janeiro demonstra uma complexidade intrínseca, relacionada às peculiaridades dos territórios onde essas equipes atuam e, ainda, uma complexidade extrínseca, que é dada pela forma como a política municipal foi implementada. Para apreender os impactos do cenário, ora apresentado, no cotidiano laboral das equipes do NASF no Rio de Janeiro, esta pesquisa tem como

objetivo analisar documentos normativos e a percepção de trabalhadores do NASF de uma região dessa cidade sobre a organização do seu trabalho.

Método

Este artigo apresenta parte dos resultados da dissertação de mestrado “*O processo de trabalho na perspectiva dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no município do Rio de Janeiro*”, pesquisa qualitativa do tipo exploratória. Preliminarmente, foram identificados e analisados os documentos oficiais que estabelecem diretrizes relativas ao NASF, os quais apoiaram as análises do processo de trabalho, sobretudo no que diz respeito à comparação entre o trabalho preconizado e o real, conforme apresentado no quadro 1.

Quadro 1. Documentos relativos ao NASF

Documento	Ano de publicação	Apresentação
Cadernos de Atenção Básica n. 27	2010	Apresenta as Diretrizes do NASF
Cadernos de Atenção Básica n. 39	2014	Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano.
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (SMSRJ). Circular S/SUBPAV/SAP/CPNASF N°1/2016	2016	Apresenta diretrizes para operação do NASF na cidade do Rio de Janeiro.
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (SMSRJ). Ofício Circular SMS N.º 05/2016.	2016	Apresenta as Diretrizes de atuação do NASF e a Agenda Padrão. Define a contratação dos profissionais deve através das OS com apoio da Coordenadoria Geral de Atenção Primária
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (SMSRJ). Ofício Circular SMS n.º 004/2017. Indicadores para os núcleos de apoio à saúde da família (Nasf)	2017	Informa os novos parâmetros a serem considerados na Agenda Padrão do NASF e revoga os parâmetros estabelecidos na Agenda Padrão NASF pelo Ofício Circular n.º 05/2016.
Política Nacional de Atenção Básica.	2017	Estabelece as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, revisão das políticas anteriores (2006 e 2011)

continua...

Documento	Ano de publicação	Apresentação
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (SMSRJ). Atribuições do apoiador NASF.	2018	Apresenta as atribuições que visam auxiliar na atuação dos profissionais que exercem a função de Apoiador NASF Coordenadorias Gerais de Atenção Primária (CAP).

Fonte: elaboração própria.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado, realizadas entre agosto de 2019 e fevereiro de 2020, com profissionais do NASF, em suas unidades de saúde (US) de lotação. Os participantes incluídos eram da área programática 3.1, na região norte do município do Rio de Janeiro. Essa região é formada por 28 bairros de alta densidade populacional – segundo critérios do IBGE (2010) –, e baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (SORANZ *et al.*, 2016).

Para selecionar os participantes da pesquisa buscou-se incluir aleatoriamente um profissional de cada categoria (assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, educador físico), por equipe de NASF. Para tanto, foram contatadas nove equipes e apenas uma não pode participar devido à incompatibilidade de agendas. Em seguida procedeu-se ao contato com os profissionais do NASF por e-mail da equipe, cujos endereços foram solicitados à organização social que gere a área escolhida, para um primeiro contato com os profissionais.

Nesse e-mail foram fornecidas informações sobre a pesquisa, o objetivo e o motivo do contato. As equipes que aceitaram o convite indicaram o profissional que participaria e, a partir disso, foram então agendadas as entrevistas. Assim, o estudo contou com a participação de oito profissionais do NASF, um de cada equipe, sendo eles: três assistentes sociais, dois educadores físicos, um terapeuta ocupacional, um psicólogo e um fonoaudiólogo.

As entrevistas foram analisadas por meio da análise de conteúdo que, de acordo com Bardin (2011), compreende um conjunto de técnicas que permite descrever o conteúdo emitido em qualquer processo de comunicação falado ou escrito, com o objetivo de compreender seus sentidos e significados. Utilizou-se a modalidade temática. Bardin define tema como “a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (2011, p. 135), e que pode ser representado por uma palavra, uma frase ou um resumo.

Primeiramente, as gravações das entrevistas foram ouvidas e transcritas. Em seguida, foram identificadas as falas dos profissionais relacionadas às concepções e práticas do NASF, o que permitiu a produção de um segundo documento, denominado *corpus do texto*. Segundo Minayo (2013), o *corpus* é formado pelo contato exaustivo com o material da pesquisa, impregnando-se pelo seu conteúdo, permitindo uma nova organização do material de forma que se contemplem os aspectos contidos no roteiro da pesquisa e se consiga representar o universo pretendido.

Durante esse processo, partes dos relatos dos profissionais foram selecionadas por semelhança e diferenciação para a definição dos núcleos de sentido (BARDIN, 2011). Em seguida, estes foram agrupados e reagrupados, sucessivamente, de modo a evidenciar tendências ou subtemas internos. A partir daí, realizaram-se a seleção e ordenação final desses núcleos, dando origem às categorias analíticas que representaram os sentidos mais frequentes e relevantes nas falas dos profissionais, relacionados ao tema da pesquisa e seus objetivos. Foram encontradas cinco categorias: organização do trabalho; atividades realizadas; relação NASF e ESF; relação NASF e gestão; e relação NASF e rede de saúde. Este artigo se detém apenas sobre “organização do trabalho” e “atividades realizadas”.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/Fiocruz, sob o número do 12449319.4.0000.5240, e pelo CEP da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Resultados e Discussão

Os resultados desta pesquisa serão apresentados a partir de dois eixos. O primeiro trata dos impactos das mudanças nas diretrizes de organização e financiamento do NASF no funcionamento dessas equipes. O segundo eixo aborda a percepção dos trabalhadores do NASF sobre os reflexos desse cenário no seu processo de trabalho.

O NASF no cenário das mudanças das diretrizes de organização e financiamento da APS

No início da implantação do NASF havia 11 equipes atuando no território investigado. Em 2018, mudanças na gestão municipal do Rio de Janeiro determinaram demissões de várias categorias profissionais. Essa nova conjuntura acarretou na extinção de duas equipes completas do NASF e na redução do número de profissionais das demais equipes, como aponta o quadro 2, a seguir.

Quadro 2. Evolução da composição das equipes do NASF na região abrangida nesta pesquisa

Equipes NASF	Composição Anterior	Composição Atual	Situação
NASF 1	Assistente social, educador físico, fisioterapeuta, nutricionista, 2 psicólogos e terapeuta ocupacional	Assistente social, educador físico, fisioterapeuta, 2 psicólogos e terapeuta ocupacional	Ativo
NASF 2	Assistente social, educador físico, fisioterapeuta, 2 psicólogos e terapeuta ocupacional	Assistente social, 2 psicólogos e terapeuta ocupacional	Ativo
NASF 3	Assistente social, educador físico, 2 fisioterapeutas, nutricionista e 2 psicólogos.	Assistente social, educador físico, nutricionista e 2 psicólogos.	Ativo
NASF 4	Assistente social, educador físico, fisioterapeuta, nutricionista e 2 psicólogos	Assistente social, educador físico, fisioterapeuta e 1 psicólogo.	Ativo
NASF 5	Assistente social, educador físico, fisioterapeuta, nutricionista e 2 psicólogos.	Assistente social, 2 educadores físicos, fisioterapeuta, nutricionista e 1 psicólogo.	Ativo
NASF 6	Assistente social, educador físico, fisioterapeuta, nutricionista, 2 psicólogos e terapeuta ocupacional.	Assistente social, educador físico, psicólogo e terapeuta ocupacional.	Ativo
NASF 7	Assistente social, educador físico, fisioterapeuta, fonoaudióloga, nutricionista e 2 psicólogas.	Educador físico, fisioterapeuta, fonoaudióloga, nutricionista e 2 psicólogas.	Ativo
NASF 8	Assistente social, educador físico, fisioterapeuta, nutricionista e 2 psicólogos.	Assistente social, educador físico, fisioterapeuta e 1 psicólogo,	Ativo
NASF 9	Assistente Social, educador físico, fisioterapeuta, ginecologista, médico pneumologista, médico cardiologista, nutricionista, pediatra, psicólogo, psiquiatra	Educador Físico, fisioterapeuta, ginecologista, médico pneumologista, pediatra, psicólogo, psiquiatra	Ativo
NASF 10	Assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, 2 psicólogas	Não se aplica	Extinta
NASF 11	Assistente social, educador físico, fisioterapeuta, nutricionista, 3 psicólogos e terapeuta ocupacional	Não se aplica	Extinta

Fonte: Elaboração própria

Esse cenário ilustra a desarticulação do NASF no Rio de Janeiro como consequência das mudanças pautadas pela nova PNAB (BRASIL, 2017), assim como pela redução nos incentivos financeiros que sustentavam a contratação de profissionais para essas equipes. A redução dos efetivos do NASF também se refletiu no aumento proporcional do número de equipes nucleares da ESF matriciadas por NASF, implicando o descumprimento da recomendação do Ministério da Saúde, que delimita que cada equipe NASF Tipo 1 apoie de cinco a nove equipes nucleares. Ademais, mesmo esse parâmetro já pode ser considerado como excessivo, como indicam Moreira *et al.* (2020). O quadro 3 demonstra que cinco das nove equipes estão nessa condição.

Quadro 3. Equipes NASF por número de profissionais, de equipes e de US apoiadas

Equipe NASF (todas Tipo 1)	Número de profissionais NASF	Número de equipes apoiadas	Número de US apoiadas
1	6	14	2
2	3	13	1
3	5	10	2
4	4	8	2
5	6	12	2
6	4	8	2
7	7	11	1
8	4	9	2

Fonte: Elaboração própria.

A pesquisa verificou que o número de US matriciadas também aumentou. Isso coloca mais um desafio para realização do trabalho, pois a divisão entre US acarreta divergências nos critérios para seleção de qual unidade será contemplada com mais turnos de profissionais do NASF. Esse equacionamento deve ser definido segundo critérios relativos às necessidades do território. No entanto, tendo em vista que a região coberta por esta pesquisa é uma área populosa e de extrema vulnerabilidade social, é difícil eleger quais equipes ou US precisam de mais apoio. Além disso, também deve ser considerado que as equipes nucleares da ESF sofreram impactos das novas diretrizes da AB, como por exemplo, demissões, apresentando, portanto, graus variados de fragilidade.

O processo de trabalho do NASF

O processo de trabalho em saúde diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho, à prática dos trabalhadores e profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e ao consumo de serviços de saúde. Nesse processo está reproduzida toda dinâmica do trabalho humano. Questões atuais, referentes ao processo de trabalho em saúde, têm abordado as mudanças no mundo do trabalho e suas repercussões no setor: a incorporação tecnológica, o desemprego e a flexibilização e precarização do trabalho, são alguns exemplos (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2006).

Este eixo discutirá a percepção dos trabalhadores do NASF sobre o seu processo de trabalho no cenário delineado pelas novas normativas e as mudanças administrativas na Atenção Básica no município. A discussão se fará a partir de duas perspectivas: as atividades realizadas pelo NASF e os temas emergentes nas entrevistas que afetam o processo de trabalho em toda a sua extensão.

As atividades realizadas pelas equipes

Como mencionado na introdução, uma das atividades propostas ao NASF é a realização de grupos. De acordo com as diretrizes do MS (BRASIL, 2014), as atividades do NASF são a realização de grupos, consultas, matriciamento e Educação Permanente em Saúde (EPS), e distribuem-se nos eixos técnico-pedagógico e clínico-assistencial (figura 1).

Figura 1. Panorama das atividades realizadas pelas equipes do NASF



Fonte: Elaboração própria, com base em BRASIL, 2014³

As atividades de grupo são desenvolvidas no SUS, principalmente na APS, caracterizando as ações coletivas de caráter educativo que visam o aprendizado de diversas formas de viver e lidar com a doença ou com a mudança de hábitos.

Os profissionais do NASF, assim como preconizado em sua agenda padrão, possuem horários para grupos/atividades coletivas na unidade. Todas as equipes NASF abarcadas neste estudo destacaram o desenvolvimento de grupos na sua rotina de trabalho semanal. Todas realizavam pelo menos um grupo para cada área de atuação: alimentação saudável, atividade física, reabilitação e saúde mental

Apesar de o grupo ser uma atividade destacada na coleta de dados, foram observados alguns desafios. Geralmente, esses grupos são desenvolvidos apenas pelos profissionais do NASF, sem a participação das EqSF. À semelhança do que apontam outros estudos (IACABO; FURTADO, 2020), poucos profissionais das equipes mínimas foram citados como participantes dessas atividades, sendo o agente comunitário de saúde (ACS) o mais citado:

A gente teve a presença mais de ACS, é muito difícil, na minha experiência, participação de profissionais de nível superior nos grupos, médicos e enfermeiros, então, quando a gente conseguia estar presente um ACS, que tinha mais simpatia por aquele tema [...] (E1).

Frequentemente, o grupo desenvolvido pelo NASF é visto pelos outros profissionais da ESF como uma atividade que pertence exclusivamente à alçada da equipe de apoio. Geralmente, quando o grupo conta com a participação de outros profissionais, estes se tornam "parte da plateia" e "ajudantes", não contribuindo com a discussão e planejamento conjunto das ações. Isso sobrecarrega o NASF, além de denotar falta de integração entre as equipes de apoio e a equipe nuclear da ESF. Entretanto, as falas também evidenciam que os profissionais do NASF reconhecem que essa falta de integração decorre, em grande parte, da sobrecarga das EqSF.

[...] eu acho que toda essa demanda, toda a dificuldade de trabalho acaba deixando as pessoas menos dispostas a estarem nesses espaços e se tem alguém que acaba tocando, eles vão abandonando os espaços. Até o próprio NASF não tem conseguido manter seus grupos sozinhos [...] (E3).

Outras fragilidades relacionadas à realização de grupos tratadas nas entrevistas são: o uso dos grupos como meio para filtrar e organizar a demanda de atendimentos, a falta tanto de estrutura física para a realização das atividades quanto de formação que os qualifique para o manejo grupal.

A gente tem muitos grupos aqui, a TO faz vários grupos, de aurículo, meditação, terapia comunitária integrativa, arteterapia. Aí tem grupo de reabilitação da fisio, eu faço grupo também de respirador oral de gagueira. Eu acho que é a forma da gente tentar absorver a demanda, que é gigante, a gente tenta agrupar (E7).

O segundo grupo de atividades desempenhadas pelo NASF são consultas individuais específicas ou compartilhadas (BRASIL, 2014). A consulta compartilhada pode contar com a participação de pelo menos um profissional do NASF e um da equipe nuclear da ESF, podendo também ser compartilhado entre dois profissionais do NASF. Esse tipo de consulta é necessário na rotina de trabalho do NASF quando um usuário ou uma família necessita de acompanhamento especializado. Essa ferramenta contribui para a integralidade do cuidado, ampliando assim o olhar para discussão e manejo de cada caso (BRASIL, 2014).

Na visão dos participantes, a consulta compartilhada é considerada como uma ação que deveria acontecer mais frequentemente. Observa-se que eles apontam a falta de tempo das equipes nucleares como o principal entrave para a realização dessa atividade, conforme ilustra a verbalização a seguir:

Alguns profissionais têm uma agenda cheia, como médicos, enfermeiros [...]; e quando a gente agenda uma interconsulta a gente sabe, por exemplo, uma interconsulta com psicólogo, a gente sabe que a consulta demora um pouco, que a consulta vai além do habitual que o médico e o enfermeiro fazem, por exemplo (E1).

A pouca participação de profissionais da EqSF em grupos e atendimentos, juntamente com a equipe NASF, também foi observada por Iacabo e Furtado (2020). Como observam os autores, embora as práticas colaborativas contribuam para a ampliação de conhecimentos, qualifiquem os encaminhamentos e aumentem as ofertas em saúde, não são suficientes para garantir o aumento da integralidade do cuidado.

O apoio matricial é o terceiro grupo de atividades realizadas pelos profissionais do NASF. Esse arranjo pressupõe uma relação de retaguarda assistencial e de apoio educacional entre os profissionais de uma equipe da ESF e outra de especialistas (BARROS *et al.*, 2015; CAMPOS; DOMITTI, 2007). Entretanto, a relação de matriciamento requer, além do encontro de diferentes saberes, uma aproximação entre os profissionais, sem a qual não ocorre o trabalho clínico compartilhado (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O sujeito desse processo de matriciamento é o usuário, e o objeto de trabalho conjunto é o plano de cuidado individual (MENDES, 2010). O apoio matricial propõe uma lógica de trabalho horizontalizada, capaz de ampliar a capacidade

da equipe de referência de lidar com os casos mais emblemáticos, presentes nos territórios cada vez mais vulneráveis, assim tornando as equipes mais potentes e resolutivas no cuidado em saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Na perspectiva dos profissionais do NASF entrevistados, o matriciamento contribui com a integralidade do cuidado. Além disso, fortalece o conceito da clínica ampliada, uma das propostas da Atenção Básica.

Poder ampliar a visão sobre o paciente, sair da lógica médico-centrada para poder ver esse paciente como um todo, esse pra mim é o papel principal do NASF; poder mostrar pra essas equipes que esse paciente é mais do que uma dor no pé, é mais do que um sintoma de saúde mental (E2).

Logo, a partir desses depoimentos, atesta-se que, quando o NASF trabalha na lógica do apoio matricial, ele contribui para fortalecer um trabalho de acordo com os pressupostos do SUS e da APS. Os profissionais do NASF identificaram que a falta de clareza sobre a proposta do apoio matricial pode ser fonte de dificuldades, como ilustra o trecho a seguir:

Elas não entendem a necessidade de ter um matriciamento [...]. A gente percebe por que a gente solicita esses matriciamentos teriam que ter a presença do médico e enfermeiro e tem uma resistência: ah, mas eu estou com a agenda cheia, eu tenho um monte de coisas para fazer, vou perder meu tempo. A gente banca, mas muitas vezes a gente chega no matriciamento e quem está são os ACS (E7).

Essa questão foi discutida em Barros *et al.* (2015), cujo estudo apontou que o matriciamento não estava totalmente assimilado por alguns profissionais das EqSF, havendo relatos de que se sentiam fiscalizados ou consideravam que a demanda por apoio matricial expunha falhas ou incompetência no desenvolvimento do seu trabalho.

Além disso, com as mudanças nas diretrizes do NASF propostas na nova PNAB (BRASIL, 2017), o papel de matriciador deixou de ser priorizado pelas esferas de gestão, perdendo, portanto, a sua institucionalidade.

Tem havido um desmonte da atenção básica e acaba, eu acho, dificultando esse trabalho de matriciamento que nunca foi fácil. Quem trabalha há mais tempo que eu sabe que matriciar é um trabalho difícil, muito interessante, mas que o tempo todo precisa ser reafirmado, e com essa precarização e com desgaste profissional acho que a gente vai perdendo um pouco e acaba sendo levado pela demanda do dia a dia (E3).

O enfraquecimento gradativo da função do apoio matricial compromete, na perspectiva dos trabalhadores entrevistados, o que o NASF faz de mais nobre e complexo. O peso dessas mudanças apresenta impactos negativos no cotidiano

laboral dos profissionais do NASF e se refletem na fragilização da integralidade do cuidado (MELO *et al.*, 2018).

A quarta atividade típica do NASF é a Educação Permanente em Saúde (EPS) que se caracteriza pela construção coletiva dos processos de cuidado e de gestão em saúde, envolvendo diferentes atores. A operacionalização da EPS pode ocorrer por meio de reuniões de equipe, matriciamento, fóruns, rodas de conversa e, ainda, no próprio encontro com usuários (SANTOS LEITE; ROCHA, 2017).

Os participantes desta pesquisa identificaram dificuldades na promoção de ações de EPS. Os espaços coletivos ainda existentes nas US, como as reuniões técnicas ou reuniões gerais, acabam sendo atropelados por outras demandas, conforme exemplifica o depoimento abaixo. As "urgências" mencionadas referem-se à demissão de trabalhadores e atrasos no pagamento de salários.

Agora o pós-greve fica muito confuso, porque a gente pede espaço da reunião técnica, que geralmente é às quartas à tarde, mas são tantas coisas que atravessam que nunca sobra tempo, então, a educação permanente propriamente dita a gente não consegue. São várias urgências mandadas pelo nível central e que ocupam o tempo, cada semana é uma urgência e nunca se consegue conversar (E7).

Além disso, observou-se nos relatos que a realização de EPS depende de espaço físico e disponibilidade na agenda dos profissionais para participar dos encontros, como também apontam Mazza *et al.* (2020) e conforme explicita o trecho que segue:

Não existe um espaço oficial para a gente fazer um trabalho de educação permanente [...], essas ações assim para os profissionais da clínica sim são bem pontuais (E4).

Os depoimentos dos entrevistados evidenciam a tensão entre as atividades clínico-assistenciais (grupos e consultas) e as técnico-pedagógicas (matriciamento e educação permanente). Tesser (2017) e Vendruscolo *et al.* (2019) apontam a ênfase dada às atividades técnico-pedagógicas nas normativas oficiais e na literatura da Saúde Coletiva. Segundo os autores, isso induz a ambiguidades e superposições entre as equipes NASF e as EqSF, o que piora a pressão assistencial, diminui a resolubilidade da APS e enfraquece tanto a capacidade de atuação especializada das primeiras quanto a vocação generalista das segundas. Tesser (2017) propõe uma organização articulada das rotinas dessas equipes que valorize adequadamente o cuidado especializado prestado pelo NASF e permita superar a falsa dicotomia entre o suporte às EqSF e a atenção direta aos usuários.

Vendruscolo *et al.* (2019) avançam ao indicar que, ao assumir seu lugar no cuidado especializado e na articulação entre este e a APS, o NASF contribuiria de maneira efetiva para a integralidade e a resolubilidade da APS, com benefício para toda a RAS. Os achados do presente estudo corroboram a ideia de que o aprimoramento do papel do NASF pode aumentar sua contribuição para o sistema como também para a sua sustentabilidade no SUS, sobretudo em um momento de esvaziamento, como o atual.

Questões transversais que impactam a organização do trabalho

Muitas das questões que afetam o desenvolvimento das atividades do NASF também foram aludidas pelos participantes no contexto de outros aspectos. Esse fenômeno ocorreu por tais temas serem transversais a toda discussão sobre processo de trabalho. Por essa razão, alguns dos entraves identificados na condução das atividades voltarão a ser abordados nesta seção.

A importância das reuniões de equipe para os profissionais do NASF

A reunião de equipe do NASF foi citada como uma atividade chave para organização e planejamento do trabalho, discussão dos casos e acolhimento de demandas mais sensíveis das equipes, tais como: enfrentamento de situações de adoecimento e precarização do trabalho. Frente a isso, a diminuição da frequência dos encontros e a falta de garantia de espaço para sua realização foi apontada, pelos participantes desta pesquisa, como um ponto que fragiliza o trabalho coletivo do NASF, conforme expressam os excertos a seguir:

Enquanto equipe temos entendido que estamos funcionando de uma forma bem além daquilo que a gente gostaria, assim, a gente não consegue mais nem fazer reunião regular [...] acho que a equipe está muito fragmentada nesse sentido, cada um faz o seu e fica assim (E3).

O estudo realizado por Nascimento (2015) demonstrou que os espaços para estreitamento de vínculos e fortalecimento do trabalho coletivo são fundamentais para os profissionais do NASF. Outros estudos que investigaram a dimensão interprofissional do NASF corroboram com essas ideias, afirmando que é importante promover a integração entre os profissionais da equipe NASF, levando em consideração que a sua proposta de atuação tem como pressuposto a gestão das

equipes no contexto do apoio matricial. Esses autores referem, ainda, que a atuação de forma fragmentada pode ser um fator de desmotivação no trabalho (ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013; MATUDA *et al.*, 2015).

Os trabalhadores entrevistados também destacaram a importância de sua participação nas reuniões das equipes nucleares da ESF. No entanto, em alguns casos a presença do NASF ainda é vista como sinônimo de passar casos e marcar consulta para aproveitar o momento com os especialistas na reunião.

[...] a gente falava: “estamos aqui também para apoiar vocês no processo de trabalho”, mas havia resistência [de] quem chegava para reunião: “o NASF está aqui, então pega os casos NASF, [...] vamos aproveitar que está aqui para falar dos casos que a gente tem que compartilhar ou até passar para eles...” (E3).

Sobrecarga de trabalho

A demissão de profissionais e a redução de EqSF aumentou a sobrecarga de todos os trabalhadores da ESF. Tal quadro se configurou em uma nova realidade, na qual cada território adscrito passou a ter um maior número de usuários cadastrados. Isso, por sua vez, acabou sobrecarregando também as equipes do NASF que, frente a esse novo cenário, passaram a fazer atendimentos individuais sem a presença de profissionais das equipes nucleares de forma mais frequente.

Alta demanda acaba fazendo a gente meio que se acomodar, equipes de saúde da família têm uma demanda muito grande, as áreas cobertas são enormes, são muitos usuários à procura e acaba que a gente vai aceitando aquela demanda da equipe: “ah, atende aqui, não vou poder atender junto, minha agenda está apertada”, e aí a gente vai meio que sendo absorvido por isso (E3).

Ressalta-se que a agenda padrão das equipes NASF deve conter espaços programados para consultas conjuntas com as equipes nucleares. Porém, os profissionais entrevistados relataram que o aumento da demanda tem inviabilizado o planejamento dessas atividades pelo NASF:

Às vezes eles estão no atendimento, e chega um caso que precisa de um olhar, aí eles chamam a psicóloga que esteja, ou “ah você” vir rapidinho no consultório?”. Aí acaba sendo interconsulta ali, mas nada programado é o que acontece no momento (E5).

Nesse enquadre, os profissionais do NASF acabam absorvendo as demandas individuais pela falta de planejamento e de incompatibilidade das agendas, visto que o paciente aguarda a consulta.

Então, a gente até às vezes marca, só que aí chega na hora, na correria do dia a dia, não consegue ser conjunta, aí a gente acaba só o psicólogo, nutricionista ou eu, atendendo sozinha pela pessoa. O paciente chegou, vai fazer o que com o paciente? Vai deixá-lo ir embora? Não vai, aí você acaba atendendo né? (E5).

O aumento da frequência dos atendimentos realizados pelos profissionais do NASF tem os tornado referência para esses casos. Com o tempo, os profissionais do NASF são reconhecidos pelos os usuários, como “aquele que me atende”, sugerindo que a hipertrofia dos atendimentos individuais fragiliza o papel de apoiador do NASF. Embora já tenha sido apontado o problema da sobrevalorização do matriciamento (TESSER, 2017; VENDRUSCOLO *et al.*, 2019), cabe ressaltar que a questão aqui evidenciada está relacionada, principalmente, à escassez de trabalhadores frente ao número de usuários, tanto da EqSF quanto do NASF, ocasionada pelas demissões.

Foi também destacado pelos participantes que a grande rotatividade de profissionais das EqSF, principalmente dos médicos, traz dificuldades para a continuidade dos PTS construídos em conjunto com o NASF. Isso porque nem sempre um profissional que chega na ESF compreende a importância do trabalho da equipe de apoio.

Acontece uma rotatividade de profissionais considerável, isso faz com que a gente fique sempre falando disso, sentando para ver essa situação, e fazendo interconsultas, mas a gente tem sempre que estar potencializando, sempre reforçando essa importância (E6).

Além das questões operacionais, a diminuição do número de profissionais do NASF, que perdura desde 2018, também se expressa sob a forma de desmotivação, angústia e sentimento de desvalorização profissional:

Eles podiam entender que a gente precisa realmente de todas as categorias profissionais que são preconizadas, agora a gente perdeu assistente social (...) a gente não tem nutricionista. Quantos casos aparecem e a gente não tem o que dizer, porque não é a nossa especialidade, eu acho que se realmente fosse feito o que se diz lá no papel seria bem melhor (E7).

Violência e vulnerabilidades no território

A violência no território destacou-se na fala dos entrevistados como outro ponto transversal neste estudo. Os profissionais da ESF, em sua maioria, atuam em comunidades. Eles presenciam diariamente episódios de violência urbana relacionada, sobretudo, ao tráfico de drogas –, bem como acompanham populações onde predominam altos níveis de desemprego, baixa escolaridade e isolamento social.

Segundo a percepção dos entrevistados, a questão da violência interfere no cotidiano laboral dos profissionais, ocasionando cancelamentos de atividades programadas, desmotivação da equipe em planejar ações no território e a baixa adesão da comunidade em atividades coletivas, extramuros.

A questão do conflito no território né, o conflito armado é muito complicado, é...isso dificulta bastante o nosso trabalho, teve uma vez que, já tem uns anos, quando a unidade era dividida, eu articulei pra gente, eu programei com uma equipe da gente realizar 4 grupos de artesanato, todas as datas do grupo, teve conflito, ou seja, a gente não conseguiu (E1).

Percebe-se, portanto, que os profissionais sofrem pelas limitações de acesso aos usuários, pelos efeitos da violência na saúde e por vivenciarem a rotina de violência armada no trabalho. O planejamento das ações, prejudicado por divergências cotidianas e internas aos próprios profissionais, ainda precisa superar aquelas que são externas, e cujas soluções estão fora de seu alcance. O estudo realizado por Prata e colaboradores (2017) – na mesma região estudada nesta pesquisa – identificou que os trabalhadores sentem insegurança ao saírem de casa, dificuldades para dormir – principalmente após episódios de tensão como tiroteios –, e também descreveu casos de profissionais e pacientes que apresentavam sucessivos picos hipertensivos.

Considerações finais

O percurso desta pesquisa foi desafiador diante do cenário vivenciado no município pelos trabalhadores da saúde, atravessado por greve, demissões e drásticas mudanças na organização e na lógica operacional das equipes NASF. Tal quadro refletiu na extinção de duas equipes na região estudada, além da redução do efetivo das equipes que continuaram trabalhando.

Somam-se a esse quadro problemas já pautados em outros estudos sobre o trabalho do NASF no contexto nacional, que revelaram desafios relacionados à implementação das portarias que afetam sua organização e funcionamento e de documentos norteadores pouco definidos. A falta da contrapartida federal para o financiamento dos NASF torna sua criação excessivamente dependente da discricionariedade dos gestores municipais. Além disso, a extensão da atuação do NASF para unidades básicas tradicionais – que os tornou NASF-AB –, tende a favorecer a lógica ambulatorial em detrimento da Saúde da Família.

Tais normativas expressam também o distanciamento entre quem planeja e executa o trabalho. Quanto a isso, verificou-se, nesta pesquisa, que a fluidez nas

prescrições do trabalho do NASF é uma condição paradoxal, visto que, ao mesmo tempo em que deixam os trabalhadores dessas equipes mais vulneráveis às mudanças de políticas e de gestão, facilitam também a incorporação de ações mais adaptadas à realidade do território onde atuam. Entretanto, esse aspecto positivo pode ser anulado pela precarização geral do NASF e deveria ser alcançado por medidas que visassem sua autonomia e não sua degradação.

Portanto, apesar do NASF apresentar grande potencial para a qualificação das ações e intervenções no contexto da ESF, identifica-se a sobrecarga de trabalho dos profissionais das EqSF e do NASF diante dos retrocessos citados. Além de sua busca constante pela garantia do seu lugar enquanto matriciadores – o que culmina com a dificuldade de organizar o trabalho desses profissionais. Nesse sentido, o estudo evidencia a precarização do trabalho do NASF e os crescentes obstáculos que o impedem de alcançar seus objetivos originais.

Os achados desta pesquisa não pretendem esgotar o debate, mas fomentá-lo. Reconhece-se a necessidade de mais produções científicas que se debrucem sobre o trabalho do NASF, principalmente aqueles que se desenvolvem a partir do seu contexto real de trabalho e privilegiam o ponto de vista de seus atores. Por fim, espera-se que este estudo contribua para novas reflexões, formulações e transformações no processo de trabalho do NASF, com intuito de fortalecer a APS garantindo trabalho digno aos profissionais dos seus serviços.¹

Agradecimentos

Este artigo recebeu suporte financeiro do Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Saúde Pública-ENSP/FIOCRUZ e da VDPI/ENSP.

Referências

ARAÚJO, E. M. D.; GALIMBERTTI, P. A. A colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família. *Psicologia & Sociedade*, v. 25, n. 2, 461–468, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/vFKZFXT58XWLj6sdKXhDP3w/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 15 fev. 2020

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARROS, J. de O. *et al.* Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, 2847–2856, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5kgYHr6VbLbZtdL5nM55LFH/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 13 dez 2020.

BRASIL. *Diretrizes do NASF*: núcleo de apoio à saúde da família. Brasília: MS, 2010 (Cadernos de Atenção Básica, n. 27).

BRASIL. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família*: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. V. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014 (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

BRASIL. *Portaria n. 2.436*, de 21 de setembro de 2017. Brasília: MS, 2017.

BRASIL. *Portaria n. 2.979*, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: MS, 2019.

CAMPOS, G. W. C.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de saúde pública*, v. 23, n. 2, 399–407, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VkBG59Yh4g3t6n8ydjMRCQj/abstract/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 13 dez. 2020.

GONÇALVES, R. M. de A. Estudo do trabalho em núcleos de apoio à saúde da família (NASF). São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 40, n. 131, 59-74, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/mNVPBPGdkVY9GKnrH78Q5nf/?lang=pt>. Acesso em: 13 dez 2020.

IACABO, P.; FURTADO, J. P. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: análises estratégica e lógica. *Saúde em Debate*, v. 44, p. 666-677, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/VkMjBt8j8DsJywWMY7nrPqh/?lang=pt>. Acesso em: 29 ago 2021.

LANCMAN, S. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, v. 47, 968-975, 2013. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2013.v47n5/968-975/pt/>. Acesso em: 13 dez 2020.

LANCMAN, S. *O processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e seus efeitos na saúde mental dos trabalhadores*. Relatório Final. São Paulo: CNPq, 2012.

MATUDA, C. G. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, 2511–2521, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JmKzRwJ4gpgxPP9YnMTQtS/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 13 set 2020.

MAZZA, D. A. A. *et al.* Aspectos macro e micropolíticos na organização do trabalho no NASF: o que a produção científica revela? *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 30, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/HLXN4SjnmB6sbb9MpxQyywd/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 20 ago 2020.

MELO, E. A. *et al.* Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. *Saúde em Debate*, v. 42, 328–340, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2018.v42nsp1/328-340/>. Acesso em: 03 maio 2020.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & saúde coletiva*, v. 15, 2297–2305, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VRzN6vF5MRYdKGMBygksFwcl/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 03 maio 2020.

MOREIRA, D. C. et al. Avaliação do trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por usuários, segundo os atributos da atenção primária. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, p. e00031420, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2020.v36n12/e00031420/>. Acesso em: 20 ago 2020.

NASCIMENTO, D. D. G. do. *O cotidiano de trabalho no NASF: percepções de sofrimento e prazer na perspectiva da psicodinâmica do trabalho*. Universidade de São Paulo, 2015.

OTHERO, M. B.; DALMASO, A. S. W. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, n. 28, 177–188, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/GFc9MhkTzdrDPBVR8J4vxcn/?lang=pt>. Acesso em: 16 jul 2020.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. *Dicionário da educação profissional em saúde*, v. 2, 320–328, 2006.

PRATA, N. I. S. dos S. Saúde mental e atenção básica: território violência e o desafio das abordagens psicossociais. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 15, n. 1, 33–53, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/VhzsGKLRfM3MLWx594MJy3c/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 mar 2020.

SANTOS LEITE, L.; ROCHA, K. B. Educação Permanente em Saúde: Como e em que espaços se realiza na perspectiva dos profissionais de saúde de Porto Alegre. *Estudos de Psicologia*, v. 22, n. 2, 203–213, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2017000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 set. 2021. <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20170021>.

SILVA, J. P. *A inserção do nutricionista no Núcleo de Apoio à Saúde da Família no município do Rio de Janeiro*. Arca Fiocruz, 2012. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24502>. Acesso em: 16 jul 2020.

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, 1327–1338, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9ZwCk6XXyXtCZWcrgVgzM4w/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 jul 2020.

SOUZA, F. M. de. A Violência urbana e suas consequências em um centro de atenção psicossocial na zona norte do município do Rio de Janeiro. *Saúde e Sociedade*, v. 20, 363–376, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/mQvBgqWBJFjYZY5QkbpXT4H/?lang=pt&format=h.tml>. Acesso em: 20 ago 2020.

TESSER, C. D. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, p. 565-578, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/zBhWdfDtYq67F3874K6KY8F/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 01 set 2021.

VENDRUSCOLO, C. *et al.* Family health support center: an intersection between primary and secondary health care. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 28, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/hRmwHb8H73bBh9N6ybTr7qs/?lang=en>. Acesso em: 30 ago 2021.

Nota

¹ B. E. Saporito: concepção, análise de dados, redação e aprovação da versão final. D. C. de Barros e R. F. do Lago: análise de dados, redação e aprovação da versão final. C. M. do C. Alonso: redação e aprovação da versão final do artigo.

Abstract

Analysis of work organization in the Expanded Family Health and Primary Care Centers in Rio de Janeiro

The introduction of Extended Family and Primary Health Care Centers (*Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica*, NASFs) fostered care strategies involving greater dialogue and monitoring of population groups that in the past had little access to Primary Health Care. In the municipality of Rio de Janeiro, oscillations in federal and municipal management resulted in these teams' being reduced or eliminated. In order to grasp the impacts of this scenario on NASF teams from day to day, this study examined normative documents and the health workers' perceptions regarding the organization of their work. To that end, a qualitative inquiry was conducted by way of semi-structured interviews of NASF staff members in an area of Rio de Janeiro. Data were treated on the basis of content analysis. The results expressed the workers' perceptions of their work process and revealed the repercussions of the changes in guidelines for organizing and financing NASFs. It was shown that the NASFs offer strong potential for improving the quality of PHC measures and interventions. However, increasingly precarious working conditions overload the workers and make it harder to achieve their original goals.

► **Keywords:** NASF. Health personnel. Precarious employment. Family Health Strategy. Qualitative study.

