



O que dizem os usuário(a)s do Núcleo Ampliado de Saúde da Família sobre sua atuação clínica, pedagógica e sanitária: uma revisão integrativa

What the users of Núcleo Ampliado de Saúde da Família say about its clinical, pedagogical and health performance: an integrative review

Raquel Ferreira de Almeida

Psicóloga; Residente em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Feira de Santana, UEFS, Feira de Santana, BA, Brasil;

E-mail: raquel.alle1996@gmail.com; ORCID: 0000-0003-4733-6647

Gleice de Oliveira Cordeiro

Psicóloga; Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana, UEFS, professora Assistente na UEFS, Feira de Santana, BA, Brasil;

E-mail: gocordeiro@uefs.br; ORCID: 0000-0003-0273-5126

Resumo: Este estudo sistematizou artigos que descreveram a perspectiva de usuário(a)s do Sistema Único de Saúde sobre o trabalho clínico, pedagógico e sanitário desenvolvido pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Foi realizada uma revisão integrativa de artigos científicos com recorte temporal de 2009 a 2021. Buscas ocorreram nas bases de dados CAPES, BVS e SciELO. Após aplicação de critérios de inclusão e exclusão, nove artigos foram identificados para a análise temática que resultou em cinco núcleos de sentido: identificação da política do NASF; acesso e ampliação da assistência em saúde; autonomia e qualidade de vida; desafios para a integralidade da atenção; e fragilidades na implementação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família. Os estudos recuperados sinalizaram que, apesar de usuário(a)s não reconhecerem nominalmente o Núcleo Ampliado de Saúde da Família, existe ciência das categorias profissionais atuantes neste dispositivo. Há relatos de alcance das mais variadas atividades multiprofissionais, além da identificação do aumento da autonomia e qualidade de vida, e, ainda, o reconhecimento de algumas nuances que são impeditivas para a implementação plena da política e as fragilidades que se interpõem. Dessa forma, o(a)s usuário(a)s percebem os benefícios e os desafios dessa atuação no território onde vivem, devendo ser implicados no processo de fortalecimento e garantia de continuidade da política, principalmente num cenário de desfinanciamento deste dispositivo.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Equipe multiprofissional; Controle social.

Abstract: This study systematized articles that describe the perspective of users of the Unified Health System on the clinical, pedagogical and health work developed by the Expanded Nucleus of Family Health. An integrative review of scientific articles was carried out with a time frame from 2009 to 2021. Searches carried out in the CAPES, VHL and SciELO databases. Application of analysis of inclusion and exclusion criteria, new articles were identified for thematic identification: after the analysis of five cores of inclusion of meaning access to health care; autonomy and quality of life; challenges for comprehensiveness of care; es in the implementation of the NASF. The studies retrieved signaled that, although the users do not nominally recognize the NASF, there is recognition of the professional categories working in this device. There is scope for reaching the most varied

multidisciplinary activities, in addition to the identification of increased autonomy and quality of life, and also the recognition of some nuances that are impediments to a full implementation of the policy and the suggestions that are interposed. In this way, the user perceives the benefits and challenges of this action in living, and should be involved in the process of strengthening and guaranteeing the continuity of the policy, especially in a scenario of underfunding.

Keywords: Primary Health Care; Multiprofessional team; Social control.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza a participação da sociedade civil na sua gestão, sendo regulamentada pela Lei nº 8.142/90.¹ Essa atuação acontece a partir das instâncias colegiadas de conselhos distritais ou conselhos locais de saúde, que pressupõe uma descentralização e vinculação às unidades de saúde.² Outras formas são as participações em pesquisas e ouvidorias, que possibilitam aos/às usuário(a)s manifestarem queixas, denúncias, necessidades e sugestões.³ Entretanto, mesmo com estes canais abertos para a participação popular, há um desconhecimento da população quanto aos seus direitos. Para Soratto, Witt, Faria,⁴ a informação é poder, e seu compartilhamento gera a democratização dos serviços de saúde.

Sobre a participação dos sujeitos na qualificação dos serviços em saúde, destaca-se que a Atenção Básica (AB) tem papel fundamental por sua operação próxima da realidade do(a)s usuário(a)s. Essa atuação acontece pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), que assume um conjunto de ações de saúde realizadas por equipes multiprofissionais, com responsabilidade sanitária dirigida à população em território definido.⁵ Como forma de aumentar a resolutividade da AB foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) a partir da Portaria GM nº 154/2008.⁶ O NASF ainda passou a ser chamado de Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (eNASF-AB).⁷

Destaca-se que a eNASF-AB embora vinculada à ESF, não previa seu funcionamento como porta de entrada do sistema de saúde, pois privilegia ações integradas para dar suporte clínico, sanitário e pedagógico à AB.⁵ Suporte clínico, como, por exemplo, atendimento individual, compartilhado e interconsulta; suporte sanitário – auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde no território – e suporte pedagógico, como, educação permanente, ações de prevenção e promoção da saúde, entre outras atividades, às equipes de saúde da família e aos/às usuário(a)s do SUS.⁵

Após a implantação do programa Previne Brasil (Portaria nº 2.979/2019), a Atenção Básica passou para um novo modelo de financiamento, assim, o repasse de recursos aos municípios começou a considerar o número de usuário(s) cadastrado(a)s nas equipes de saúde e o desempenho destas.⁸ Já o NASF, de forma específica, foi cortado da rede de programas que recebiam incentivos federais,

sendo delegado aos municípios o seu financiamento, o que acaba por restringir e impossibilitar sua atuação em diversas localidades pelo Brasil, já que o repasse de recursos do município deve privilegiar a equipe mínima da ESF.⁹

Diante da ameaça à sua permanência, se faz necessário o fortalecimento da política do NASF, apresentando as evidências de seu trabalho, suas fragilidades e potencialidades. Estudos evidenciaram que apesar dos desafios territoriais de implantação e de efetivação da política nos termos de suas diretrizes, o NASF enquanto dispositivo da atenção primária tem potencial transformador na AB, configurando-se como um novo modo de produzir saúde.¹⁰⁻¹³

Nesse sentido, estudos de revisão sobre o NASF têm analisado artigos que tratam da atividade profissional, como visto na revisão narrativa de Vendruscolo, Hermes, Corrêa¹⁴, que analisa a atuação do NASF na APS e discute sobre seus desdobramentos em território nacional. Já Correia, Goulart, Furtado¹⁵ discorrem sobre a avaliabilidade do NASF com base na literatura e nos documentos do Ministério da Saúde. E ainda Sales *et al.*¹⁶ que constroem uma revisão narrativa/crítica sobre a importância do NASF-AB focada nas especialidades de saúde existentes no dispositivo. Arce, Teixeira¹⁷ também fizeram um percurso similar aos demais ao desenvolver uma revisão de literatura que sintetiza as atividades desempenhadas por profissionais do NASF.

Tais revisões demonstram que, até o presente momento, grande parte das pesquisas atentaram à escuta da prática de profissionais do NASF e análise de documentos públicos. Portanto, ao identificar as dificuldades enfrentadas pelo NASF neste contexto político-social e entendendo a revisão integrativa como meio para estimular a efetivação de práticas e políticas públicas, bem como o valor do controle social como uma das esferas que atua na formulação de estratégias e execução da política do SUS, este artigo busca sistematizar estudos sobre a perspectiva de usuário(a)s do SUS quanto ao trabalho clínico, sanitário e pedagógico, que é produzido no Núcleo Ampliado de Saúde da Família.

Metodologia

Realizou-se uma revisão integrativa cujo marco inicial foi o ano seguinte à criação do NASF, que ocorreu em 2008. A questão norteadora da pesquisa foi: Qual a percepção do(a)s usuário(a)s do SUS sobre a atuação clínica, pedagógica e sanitária do NASF? E para sua formulação, foi considerada o mnemônico do acrônimo PICO/PICo (Participantes, Fenômeno de Interesse e Contexto), do inglês *Participants, Phenomenon of Interest and Context*, baseado nas recomendações do *JBI Manual for Evidence Synthesis*, para síntese de evidências.¹⁸

Analisaram-se somente artigos publicados em português. Não foram recuperadas teses, livros ou dissertações. Descartaram-se artigos que avaliavam a vida do(a)s usuário(a)s e não o serviço em si

e aqueles que analisaram somente a atuação de uma classe profissional e não a atuação interdisciplinar/multidisciplinar. O mesmo ocorreu com os artigos que analisavam a percepção apenas sobre a Equipe de Saúde da Família e não do NASF.

Realizou-se a investigação nas bases de dados, para artigos completos, publicados nos periódicos Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), além de artigos identificados nas referências das publicações recrutadas nessas bases. A estratégia de busca se deu virtualmente com os termos “NASF AND USUÁRIOS” OR “NASF AND PERCEPÇÃO”, combinados com os operadores booleanos AND e OR.

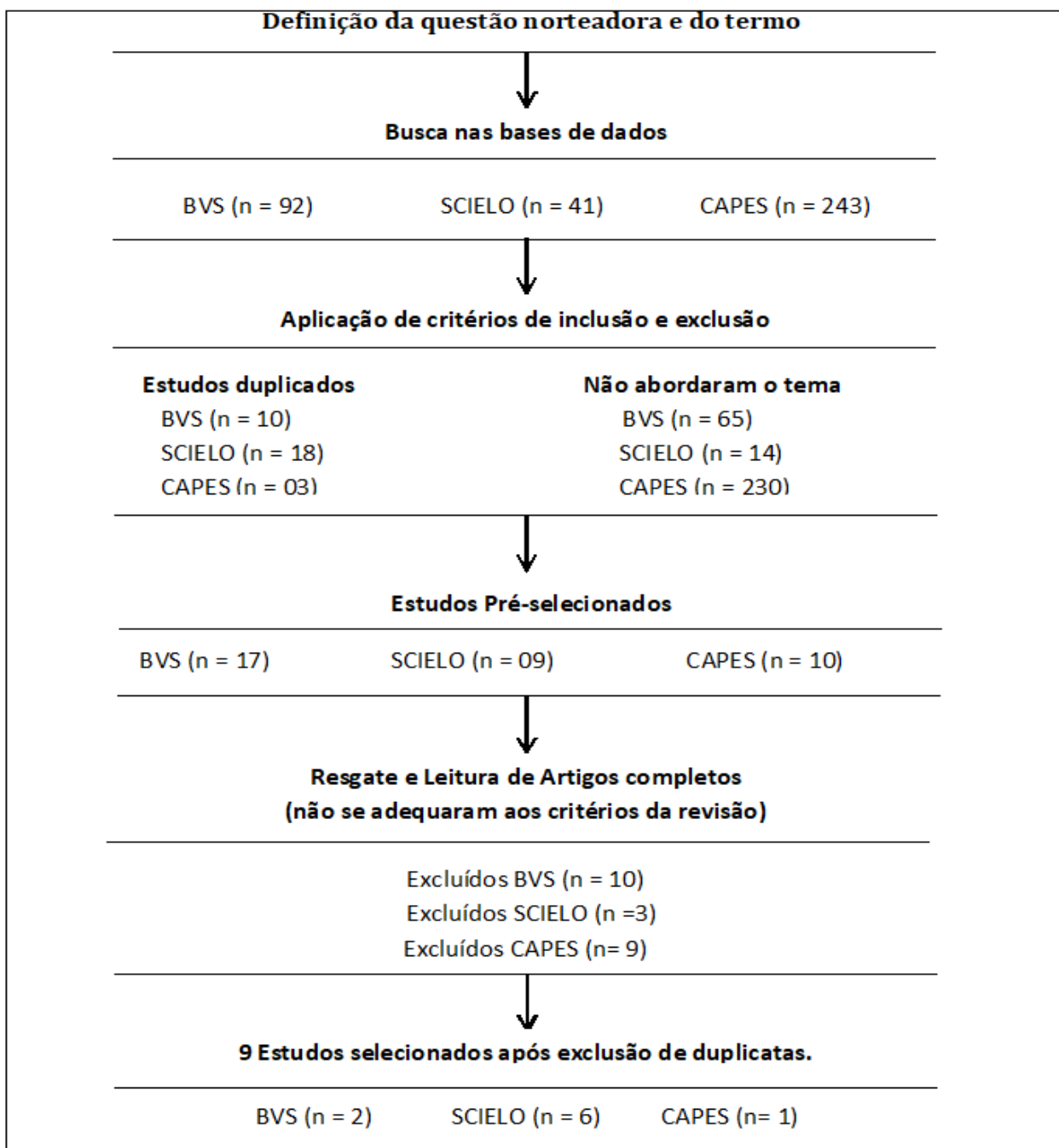
Para escolha desses termos levou-se em conta a mudança de nomenclatura do NASF, já que passou de “Núcleo de Apoio de Saúde da Família” para “Núcleo Ampliado de Saúde da Família”, na época da busca. Portanto, incluiu-se os dois termos, já que o NASF é uma política pública brasileira bem específica e ainda não faz parte dos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS), algo que já foi evidenciado por Maffisoni *et al.*¹⁹ e Orué *et al.*²⁰

Durante o processo de pesquisa foram identificados 376 estudos nas bases de dados CAPES, BVS e SCIELO. Os estudos foram filtrados por título, resumo e texto completo e, após a exclusão das duplicatas, foi obtida uma amostra final de nove artigos para a revisão, como ilustrado na Figura 1, um diagrama de recuperação de artigos.

A categorização dos estudos selecionados se deu a partir da extração dos dados relevantes à pesquisa de cada artigo selecionado, a partir da criação de uma ficha que continha: título, autor(a), revista, ano de publicação, detalhamento metodológico, amostra, resultados, discussão e conclusões, baseada em Souza, Silva, Carvalho.²¹ Tal ficha possibilitou a construção da Quadro 1, a organização foi facilitada pelo *Mendeley*, para limpeza da base e checagem de duplicatas.

Para a interpretação dos resultados foi conduzida a análise temática dos artigos, que segundo Minayo²² consiste em descobrir os núcleos de sentido que constituem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objeto analítico visado. A análise temática desdobra-se em três etapas: a pré-análise, tratando-se de leitura flutuante que subsidiou a categorização dos dados; a exploração do material, a partir de uma leitura exaustiva dos artigos completos selecionados, que deram origem aos núcleos de sentido; o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, através de agregação e discussão do material encontrado. Também foram utilizadas pesquisas de revisão sobre o NASF e documentos oficiais para embasar a discussão.

Figura 1. Fluxograma dos estudos selecionados para a revisão integrativa



Fonte: Elaborado pelas autoras

A fim de compreender o que dizem o(a)s usuário(a)s sobre a atuação do NASF no território, definiram-se os núcleos de sentido identificados a partir do que o(a)s usuário(a)s entenderam de sua atuação, logo *a posterior* a leitura exhaustiva dos artigos, ou seja emergiram dos próprios estudos recuperados.¹⁵ Os cinco núcleos de sentidos foram: 1. Identificação da política do NASF por parte do(a) usuário(a)s; 2. Acesso e ampliação da assistência em saúde; 3. Autonomia e qualidade de vida; 4. Desafios para integralidade da atenção; e 5. Fragilidades na implementação do NASF.

Quadro 1. Características gerais dos estudos revisados

1º autor(a) (ano)	Revista/Qualis	Local/desenho/amostra	Objetivo
Souza (2013)	Saúde Debate/B2	Minas Gerais/ Exploratória descritiva qualitativa / Entrevista semiestruturada com 12 usuárias.	Identificar a visão do(a) usuário(a) a respeito da atuação do NASF
Nóbrega (2016)	Ciência Plural/B4	Macaíba (RN) / Exploratória descritiva qualitativa/ Questionário semiestruturado e observação sistemática não participante com 200 usuário(a)s.	Avaliar o nível de satisfação de usuário(a)s sobre NASF e sua atuação em relação à contribuição nas Unidades de Saúde da Família em Macaíba (RN)
Aciole (2017)	Saúde debate/B2	São Paulo (SP) / Exploratória descritiva, qualitativa/ Grupo focal com 6 usuário(a)s	Explorar a percepção de usuário(a)s e profissionais da Estratégia de Saúde da Família sobre o NASF.
Araújo Neto (2018)	PHYSIS/B1	Sobral (CE) / Estudo avaliativo; abordagem qualitativa / Com 27 Stakeholders: gestore(a)s (6); profissionais do Nasf (6); profissionais da ESF (6) usuário(a)s assistido(a)s pelo NASF (9)	Analisar os aspectos restritivos ao princípio da integralidade no NASF.
Lima (2018)	Saúde debate/B2	Natal (RN) / Descritivo abordagem qualitativa / Três grupos focais com um total de 31 pessoas idosas	Compreender a percepção de idoso(a)s sobre a atenção à saúde promovida por profissionais da ESF e do NASF para o enfrentamento de suas necessidades.
Fernandes (2019)	PHYSIS/B1	Governador Valadares (MG) / qualitativa, de caráter exploratório / Entrevista semiestruturada com 27 usuário(a)s	Conhecer a percepção de usuário(a)s da ESF em relação às práticas grupais desenvolvidas pelo NASF.
Moreira (2020)	Cadernos de saúde pública/A1	Vitória da Conquista, Guanambi, Brumado, Poções, Barra do Choça e Belo Campo (BA) / Estudo de avaliação qualitativa do tipo casos múltiplos, com níveis de análise imbricado/ Entrevistas semiestruturadas com 44 usuário(a)s	Avaliar o trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica, na perspectiva de usuário(a)s, a partir dos atributos da APS abrangente.
Silva (2020)	Saúde debate/B2	Recife (PE) /Pesquisa avaliativa qualitativa, Triáde Contexto-Mecanismo-Padrão de Resultado (CMR) da avaliação realista/Grupos focais com os profissionais da ESF e usuário(a)s; entrevistas semiestruturadas com os gestore(a)s.	Avaliar o desenvolvimento de uma equipe do NASF da cidade do Recife (PE).
Barros (2020)	Research, Society and Development/B4	Cabedelo (PB) / Exploratória descritiva, qualitativa / Entrevistado(a)s 21 usuário(a)s.	Investigar as condições de saúde de usuário(a)s com deficiência física, que são assistidos pelo NASF-AB.

Fonte: Elaborado pelas autoras

Resultados e Discussão

Identificação da política do NASF

Em cinco dos nove artigos analisados, o(a)s usuário(a)s demonstraram desconhecimento quanto à sigla NASF e seu respectivo significado.²³⁻²⁷ Na pesquisa de Souza *et al.*,²⁷ o(a)s usuário(a)s desvincularam as ações do NASF das ofertas do SUS, e na de Fernandes, Souza, Rodrigues²⁵ atribuíram as atividades desenvolvidas pelo NASF a órgãos públicos ou categorias profissionais específicas.

Então, apesar do desconhecimento quanto à nomenclatura e à política, parte dos estudos relata que o(a)s usuário(a)s reconhecem as categorias profissionais que compõem a equipe e as atividades do NASF, sendo que o desconhecimento não o(a)s impedem de acessar esta política pública.²³⁻²⁷ Souza *et al.*²⁷ afirmaram ainda que, após os esclarecimentos para as entrevistadas do que era o NASF, estas demonstraram surpresa e apresentaram uma avaliação positiva da política. Por conseguinte, Aciole, Oliveira²³ apontaram que, mesmo com a participação nas atividades, tal desconhecimento compromete a articulação em caso de desmonte da política de saúde, em consonância com Fernandes, Souza, Rodrigues²⁵ que defenderam que o desconhecimento da política pelo(a)s usuários(as) compromete o reconhecimento do dispositivo como potência para integralidade e resolutividade da AB.

Algumas explicações podem ser levantadas para tal desconhecimento, como, por exemplo, a própria formatação da política. O NASF-AB foi constituído como retaguarda especializada, não sendo porta de entrada à Atenção Básica, já que foi pensado como proposta de apoio e ampliação das equipes da AB. Além de não possuir uma unidade física independente e, por isso, necessita da interlocução da Equipe da Atenção Básica para interconsultas ou atendimentos individuais e coletivos.⁵ Portanto, é pressuposta uma atuação de corresponsabilização, integração e interdisciplinaridade.^{14,28}

Ainda que o NASF não seja uma porta de entrada para o sistema público de saúde, o nível de consciência sobre este dispositivo por parte do(a)s usuário(a)s tende a contribuir para seu fortalecimento e compreensão dos cenários de ameaça do seu desmonte, devendo, dessa forma, ser discutido com urgência, principalmente frente aos cortes orçamentários que o NASF vem sofrendo com o Previne Brasil.⁸ Há de se repensar a possibilidade de divulgação do programa para reconhecimento do(a)s usuário(a)s, pois não há como defender uma política que não se conhece.

Para Soratto, Witt, Faria,⁴ a desinformação pode ser apontada como um relevante impeditivo para o desempenho pleno da cidadania. O desconhecimento da população com relação aos seus direitos e às ações realizadas pelo SUS pode levar à falta de fiscalização e de mobilização por melhorias nos serviços, dificultando o controle sobre as ações do estado e as decisões sobre as políticas públicas.²⁹ Portanto, considerar a educação popular quanto ao papel do NASF e o seu potencial na produção do cuidado pode se tornar um importante artifício em favor de sua defesa e manutenção das políticas públicas e suas dimensões para favorecer a cidadania e a Justiça Social.²⁶

Acesso e ampliação da assistência em saúde

Os estudos analisados evidenciam que os(as) usuários(as) reconhecem a ampliação das ações e serviços no território a partir das atividades multiprofissionais de nutricionistas, fisioterapeutas,

médico(a)s especialistas, terapeutas ocupacionais, psicólogo(a)s, fonoaudiólogo(a)s, profissionais de educação física e assistentes sociais, que normalmente compõem o NASF.

Algumas atividades realizadas por este(a)s profissionais também foram identificadas a partir dos relatos de participação do(a)s usuário(a)s, são elas: atividades de grupo, atendimentos individuais, atividades de educação em saúde, grupos terapêuticos e visitas domiciliares.^{23-27,30-33}

O NASF assume com a Equipe de Saúde da Família a responsabilidade sanitária sobre a população a ela vinculada, sendo que o aumento do escopo e do acesso às ofertas dos serviços de saúde da AB no território é um dos propósitos da implantação dessa política.^{28,34} O estudo de Nóbrega *et al.*³⁰ sinalizou que o(a)s usuário(a)s relataram facilidade de acesso às ações do NASF e adesão por não precisarem mais se deslocar ao centro da cidade para serem assistido(a)s em suas demandas.

No artigo de Barros *et al.*,²⁴ que abordou pessoas com deficiência, foi constatada uma percepção positiva da atuação do NASF pautada na inclusão desse(a)s usuário(a)s no acesso às visitas domiciliares, apontado como aspecto facilitador para acesso à Atenção Básica. Achado similar foi descrito por Moreira *et al.*,³¹ de que o(a)s usuário(a)s com restrições de mobilidade passaram a acessar a AB.

Na pesquisa de Silva, Silva, Oliveira²⁶, o(a)s usuário(a)s reconheceram a importância das atividades de profissionais do NASF e demonstraram confiança em suas práticas. Souza *et al.*²⁷ e Moreira *et al.*³¹ também relataram o reconhecimento do(a)s usuário(a)s quanto ao acesso às ações do NASF na comunidade, serviços que antes estavam apenas disponíveis na atenção secundária e nos serviços privados. O acesso no território mitiga também questões financeiras para o(a)s usuário(a)s, que antes eram impedido(a)s de acessar essas ações no sistema público por causa de gastos quanto ao deslocamento ou era inviável pelo custo no setor privado.³¹

Autonomia e qualidade de vida

A percepção quanto à melhoria da qualidade de vida a partir das práticas multiprofissionais e atividades propostas pelo NASF também foi identificada. No estudo de Aciole, Oliveira,²³ de Souza *et al.*,²⁷ e de Nóbrega *et al.*³⁰ o(a)s usuário(a)s perceberam a importância da atuação multidisciplinar e relataram melhorias na qualidade de vida com a participação nas atividades prestadas, o que parece ter colaborado para a percepção de bem-estar de parte da comunidade.

Fernandes, Souza, Rodrigues²⁵ explicitaram que através das atividades de grupo, o(a)s usuário(a)s relataram diminuição de dores físicas e de uso de medicamentos, havendo também percepção subjetiva do(a)s mesmo(a)s quanto à melhoria em sua saúde e bem-estar. Além disso, há relatos de novos relacionamentos sociais e criação de vínculos afetivos durante as práticas. Em Moreira

et al.,³¹ o(a)s usuário(a)s destacaram melhorias na saúde com a participação nos grupos educativos e terapêuticos, além de benefícios relacionados à interação comunitária, maior disposição e remissão na agudização de condições crônicas.

Souza *et al.*²⁷ e Moreira *et al.*,³¹ por exemplo, evidenciam que as atividades nas comunidades conferiram aos/às usuário(a)s elevação da consciência sanitária e transformações de hábitos de vida e há a sugestão de maior predisposição do(a)s usuário(a)s ao autocuidado. Fernandes, Souza, Rodrigues²⁵ trouxeram relatos do(a)s participantes quanto à modificação de atitudes e ao desenvolvimento da autonomia no cuidado em saúde. Silva, Silva, Oliveira²⁶ identificaram em seu estudo que o NASF avaliado potencializou a corresponsabilização do(a)s usuário(a)s com seus cuidados de saúde, mudanças nas práticas alimentares e exercícios físicos.

Os dados sistematizados apontam que, de certa forma, o dispositivo viabiliza a continuidade do cuidado e integralidade da atenção por meio da autonomia e qualidade de vida relatados pelo(a)s usuário(a)s, demonstrando a capacidade do NASF de promover um cuidado longitudinal preconizado pela AB.²⁸

Desafios para integralidade da atenção

Ao avaliar o trabalho do NASF a partir da visão do(a)s usuário(a)s, Moreira *et al.*³¹ relataram que houve maior abrangência no escopo da AB com evidência para as atividades grupais. Segundo seus achados, as atividades coletivas foram as que mais se expressaram, como exemplo, destacam-se os grupos educativos, terapêuticos e de atividade física, além disso, ampliaram-se também as visitas domiciliares. Já os atendimentos clínicos não aumentaram em equivalência, o que acaba por gerar relatos de insatisfação por parte do(a)s usuário(a)s quanto às suas necessidades de atenção e atendimento individual.³¹

Segundo Moreira *et al.*,³¹ as expectativas do(a)s usuário(a)s participantes quanto ao que esperam desse(a)s profissionais e o que é ofertado favorece o desenvolvimento de frustração e descrédito das atividades, além de gerar mais encaminhamentos para as redes de saúde e certo nível de fragmentação da atenção. Importante salientar que, tal expectativa pode estar vinculada ao aprendizado do modelo assistencial biomédico e à carência de serviços especializados na rede pública. Todavia, Silva, Silva, Oliveira²⁶ identificaram uma lógica contrária, ou seja, um aumento de atendimentos clínicos, já que a quantidade de atividades individuais oferecidas foi maior em detrimento das atividades coletivas, o que pode conferir ao NASF a reprodução da lógica ambulatorial.

Nascimento, Oliveira³⁵ e Fragelli, Shimizu³⁶ afirmam que o fazer do(a) profissional do NASF na atenção básica deve se voltar para ações integradas, na tentativa de romper com as relações

profissionais ainda hierarquizadas, na direção da corresponsabilização perante as necessidades de saúde do território. As práticas profissionais do NASF, portanto, perpassam por esse entrave quanto ao que diz a política, ao que esperam o(a)s gestore(a)s e o(a)s profissionais da ESF e às expectativas do(a)s usuário(a)s, e, atualmente, o entrave do desfinanciamento do dispositivo e os novos indicadores de financiamento da Atenção Básica.⁸

Notam-se, assim, pelos relatos, diferentes tipos de atuação profissional do NASF-AB, algumas mais clínico-assistenciais e outras voltadas para práticas coletivo-promocionais. Mazza *et al.*,³⁷ em sua revisão de literatura sobre os aspectos macro e micropolíticos na organização do trabalho no NASF, evidenciam que as atividades deste(a)s profissionais deveriam ser direcionadas de acordo com as necessidades do território, o que demonstra a dificuldade de padronização de sua atuação. Assim, mesmo com as normativas ministeriais para operacionalização do trabalho do NASF, a prática aponta que as equipes atuam de formas diferentes.³⁷

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, o NASF-AB deve contribuir para a integralidade do cuidado aos/(a) usuário(a)s, por meio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários, realizando os mais variados tipos de atuação.⁵ Dito isso, percebe-se que a integralidade é um aspecto amplo e complexo e continua sendo um desafio para a atenção básica.³³

Fragilidades na implementação do NASF

O trabalho de Araújo Neto *et al.*³³ discute os aspectos restritivos para uma atuação mais resolutiva do NASF a partir da ótica do(a)s usuário(a)s, que expõem a fragilidade do vínculo com o(a)s profissionais por causa da quantidade de territórios a que uma equipe NASF é vinculada. Outro ponto levantado foi a alta rotatividade de profissionais e as deficiências do apoio logístico, como falta de material para o trabalho, ausência de espaço para as práticas e a dificuldade de locomoção do(a)s profissionais para áreas rurais.

Essas questões também foram identificadas por Nóbrega *et al.*,³⁰ Moreira *et al.*³¹ e Lima *et al.*,³² quando o(a)s usuário(a)s sugeriram mais atividades ofertadas e ampliação das equipes NASF. Já em Aciole, Oliveira²³ e em Souza *et al.*,²⁷ o(a)s usuário(a) sinalizaram a necessidade de maior divulgação das atividades propostas pelo NASF para participação mais efetiva da comunidade. Além de questões relacionadas a grupos específicos, como evidenciado por Barros *et al.*²⁴, na inclusão de pessoas com deficiência sobre a necessidade de aprimorar o acesso e o conhecimento deste(a)s sobre a proposta e a organização do NASF. O mesmo pode ser visto no trabalho de Lima *et al.*³² com a pessoa idosa com a necessidade de atenção específica do NASF para suas demandas.

As demandas do(a)s usuário(a)s são muitas e, considerando a responsabilidade da Atenção Básica em supri-las em 80%, conforme a OPAS³⁸ e Starfield³⁹, as funções clínica, pedagógica e sanitária do NASF abrange um leque de atribuições complexas. Mas por vezes limitadas por questões políticas, de gestão, de financiamento, de logística ou pela falta de diretrizes mais evidentes, além da necessidade de um maior quantitativo de profissionais e até mesmo por falta de capacitação profissional tanto da equipe de SF quanto do NASF para o trabalho conjunto.^{15,40} Tais questões também foram expostas na revisão de Mazza *et al.*³⁷ ao tratar sobre dificuldades relacionadas à infraestrutura.

A partir da sistematização dos dados dessa pesquisa é possível verificar como o(a) usuário(a) é capaz de identificar suas necessidades e apontar quais fragilidades dificultam a efetivação plena da política. Nesse sentido, percebe-se a necessidade de fortalecimento da política como dispositivo para ampliar e potencializar o escopo da Atenção Básica para trazer melhorias de saúde à população no seu território. Além disso, um controle social fortalecido possibilita a luta pela garantia de melhorias na qualidade dos serviços ofertados. Para isso, também é necessária a discussão e a compreensão de todos os sujeitos quanto ao que é o dispositivo NASF e qual seu papel na Atenção Básica.

Portanto, os dados dessa revisão sinalizam melhoria do acesso às práticas multiprofissionais, melhoria na qualidade de vida e desenvolvimento da autonomia no cuidado à saúde a partir da atuação do NASF na comunidade, evidenciam o quão potente e inovador para a Atenção Básica é a política e demonstram sua importância para os territórios em que atuam, sendo importante para efetivar práticas de saúde.

Considerações finais

Retomando à questão norteadora desta pesquisa: qual a percepção do(a)s usuário(a)s do SUS sobre a atuação clínica, pedagógica e sanitária do NASF? Verificou-se que o NASF tem sido um dispositivo que facilita o acesso e amplia o escopo de atividades dos serviços de saúde antes escassos na atenção básica, tanto assistência a nível individual quanto coletivo. Há relatos de que as atividades propostas têm contribuído para o desenvolvimento da autonomia e qualidade de vida a partir da atuação multiprofissional no território. Constata-se também insatisfação quanto às reduzidas atividades clínicas/individuais em alguns territórios e às necessidades de encaminhamentos, além da identificação por parte do(a)s usuário(a)s quanto às deficiências existentes para plena efetivação na atenção prestada pelo NASF.

É importante destacar que a atuação do NASF é identificada pelo(a)s usuário(a)s, principalmente por parte das atividades clínicas e pedagógicas realizadas pelo(a)s profissionais que o compõem. O que não quer dizer que não exista a realização das atividades sanitárias, mas que tais

atividades são mais difíceis de serem identificadas pela população. Constatou-se, além disso, a necessidade de divulgação do dispositivo NASF para que o(a)s usuário(a)s possam legitimar esta atuação e possam reivindicar sua continuidade e financiamento; já que o(a)s usuário(a)s, embora acessem a política, não reconhecem a sua sigla e sua potencialidade enquanto dispositivo de uma política pública.

Ademais, pode-se notar que há um trabalho do NASF reconhecido pela população, mesmo que por identificação da atuação multiprofissional ou uniprofissional. Quanto às fragilidades aqui elencadas pelo(a)s usuário(a)s, é de se levar em conta a gestão dos serviços de saúde e o sucateamento da atenção primária. Deve-se considerar, também, que os artigos aqui revisados registram vivências e realidades diferentes, sendo um recorte de alguns locais no Nordeste e Sudeste do país, portanto, não podem ser estendidas a todo território nacional. Os dados são qualitativos e por isso não mensuram de fato o quão o NASF potencializa o acesso à saúde para a população.

Quanto às limitações desta revisão, houve uma restrição no resgate da literatura, pois há uma série de produções nas quais o(a)s usuário(a)s avaliaram categorias profissionais específicas, embora essa não seja a proposta inicial do NASF. Não se rastreou a literatura cinzenta, que poderia ampliar os núcleos de sentido encontrados. Esta revisão recuperou somente pesquisas qualitativas, que permite uma percepção mais subjetiva, sendo importante analisar futuramente os indicadores de saúde e de oferta de serviços após implementação do NASF e a comparação do impacto do Previner Brasil no NASF, já que esta Portaria tem inviabilizado a manutenção desse dispositivo em vários municípios brasileiros.

Atualmente com a Portaria Gm/Ms Nº 635/ 2023 o NASF passou a ser instituído como Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde - eMulti.⁴¹ O Previner Brasil continua em vigor, porém, com essa portaria, há a criação de um incentivo financeiro federal específico para implantação, custeio e desempenho das eMulti nos municípios credenciados. Tal remodelamento do programa parece ampliar e fortalecer o acesso às equipes multiprofissionais nos municípios brasileiros, apesar de manter uma lógica por desempenho, assim como o Previner Brasil. Portanto, se faz necessário continuar acompanhando os desdobramentos e impactos desta portaria no dia-a-dia dos(as) usuário(a)s do SUS, e que esses efeitos sejam passíveis de serem avaliados por indicadores, mas também pela percepção dos mesmos.

Referências

1. Brasil. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1990.

2. Gomes JFF, Orfão NH. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. *Saude Debate*. 2021 [citado em 25 nov. 2021];45(131):1199-213. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/sdeb/2021.v45n131/1199-1213/pt>.
3. Brasil. Carta dos direitos dos usuários da saúde, 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
4. Soratto J, Witt RR, Faria EM. Participação popular e controle social em saúde. *Physis*. 2010 [citado em 25 nov. 2021];20(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000400009>.
5. Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 2017.
6. Brasil. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Diário Oficial da União*. 2008.
7. Brasil. Portaria nº 99, de 7 de fevereiro de 2020. Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). *Diário Oficial da União*. 2020.
8. Brasil. Portaria nº 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, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União*. 2019.
9. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. National primary health care policy: Where are we headed to? *Cienc Saude Colet*. 2020[citado em 25 nov. 2021];25(4):1475–82. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>.
10. Volponi PRR, Garanhani ML, Carvalho BG. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades como dispositivo de mudança na Atenção Básica em Saúde. *Saude Debate*. 2015[citado em 25 nov. 2021];39:221-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00221.pdf>.
11. Macedo MAV, Ximenes-Guimarães JM, Coelho-Sampaio JJ, Pereira-Morais AP, Carneiro C. Análise do processo de trabalho no núcleo de apoio à saúde da família em município do nordeste brasileiro. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2016 [citado em 25 nov. 2021];15(30). Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/545/54546742013.pdf>.
12. Panizzi M, Lacerda TL, Natal S, Franco TB. Reestruturação produtiva na saúde: atuação e desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Saúde Debate*. 2017[citado em 25 nov. 2021];41(112):155-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n112/0103-1104-sdeb-41-112-0155.pdf>.
13. Vendruscolo C, Metelski FK, Maffissoni AL, Tesser CD, Trindade LL. Características e atuação dos profissionais dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. *Rev Esc Enferm USP*. 2020 [citado em 25 nov. 2021];54:1–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018033003554>.
14. Vendruscolo C, Hermes J, Corrêa P. Consolidação do NASF na Atenção Primária à saúde: uma revisão da literatura. *Inova Saúde*. 2020[citado em 25 nov. 2021];10(2):61. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18616/inova.v10i2.5210>.
15. Correia PCI, Goulart PM, Furtado JP. A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Saúde em Debate*. 2017[citado em 25 nov. 2021];41:345–59. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S25>.
16. Sales WB, Oliveira ASC, Pereira LEA, França JGM, Marcelino MC, Gerônimo CAS, et al. A importância da equipe NASF/AB - encontros e multidisciplinariedade: uma revisão narrativa / crítica. *Rev Eletr Acervo Saude*. 2020[citado em 25 nov. 2021];(48):1–7. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e3256.2020>.
17. Arce VAR, Teixeira CF. Atividades desenvolvidas por profissionais de Núcleos de Apoio à Saúde da Família: revisão da literatura. *Trab Educ Saude*. 2018 [citado em 25 nov. 2021];16(3):1443–64. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00158>.
18. Aromataris E, Munn Z. *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI; 2020 [citado em 25 nov. 2021]. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>.

19. Maffissoni AL, Silva KJ, Vendrusculo C, Trindade LL, Metelski FK. Função matriciadora dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. *Saude Debate*. 2018[citado em 25 nov. 2021];42(119):1012–23. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811918>.
20. Orué AL, Souza AS, Ferla AA, Nascimento DDG, Santos MLM. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: revisão integrativa da literatura. *Saude Redes*. 2018[citado em 25 nov. 2021];4(3):159–77. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n3p159-177>.
21. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010[citado em 25 nov. 2021];8(1):102-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>.
22. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2014.
23. Aciole GG, Oliveira DKS. Percepções de usuários e profissionais da saúde da família sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Saude Debate*. 2017[citado em 25 nov. 2021];41(115):1090–101. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711508>.
24. Barros HMF, Lucena EMF, Lemos NP, Sabino RSB, Lucena RNLS. Percepção dos usuários com deficiência física assistidos pelo NASF-AB acerca de suas condições de saúde. *Res Soc Developm*. 2020[citado em 25 nov. 2021];9(10):e209108170. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/8170/7315/117280>.
25. Fernandes ETP, Souza MNL, Rodrigues SM. Práticas de grupo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: perspectiva do usuário. *Physis*. 2019[citado em 25 nov. 2021];29(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290115>.
26. Silva JWSB, Silva JC, Oliveira SRA. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: reflexão do seu desenvolvimento através da avaliação realista. *Saude Debate*. 2020[citado em 25 nov. 2021];44(124):32–46. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012402>.
27. Souza LDF, Chacur EP, Rabelo MRG, Silva LAM, Vilela WV. Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: percepção do usuário. *Saude Debate*. 2013[citado em 25 nov. 2021];37(97). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/pf5D6cHjYNWKZSypNNYMHnf/abstract/?lang=pt#>.
28. Souza TT, Calvo MCM. Avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família com foco na integração às equipes apoiadas. *Rev Saude Publica*. 2018[citado em 25 nov. 2021];52. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000122>.
29. Rolim LB, Cruz RSBL, Sampaio KJAJ. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saude Debate*. 2013[citado em 25 nov. 2021];37(96):139–47, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dNgCW9WdJjx7VHV7xWkhSHq/?lang=pt>.
30. Nóbrega JSM, Azevedo ABF, Faria BS, Figueiredo OMC, Saraiva VNP, Medeiros MRS, et al. Avaliação da satisfação dos usuários em relação às ações do núcleo de apoio à saúde da família num município brasileiro de médio porte. *Rev Cienc Plural*. 2016[citado em 25 nov. 2021];2(1). Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/10041>.
31. Moreira DC, Bispo Junior JP, Nery AA, Cardoso JP. Avaliação do trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por usuários, segundo os atributos da atenção primária. *Cad Saude Publica*. 2020[citado em 25 nov. 2021];36(12). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00031420>.
32. Lima RRT, Costa MV, Vilar RLA, Castro JL, Lima KC. Identificando necessidades e possíveis soluções: com a palavra, pessoas idosas na Atenção Primária à Saúde. *Saude Debate*. 2018[citado em 25 nov. 2021];42(119):977–89. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811915>.
33. Araújo Neto JD, Albuquerque IMN, Lira GV, Bosi MLM. Aspectos restritivos à integralidade nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: o olhar dos stakeholders. *Physis: Rev Saude Colet*. 2018 [citado em 25 nov. 2021];28(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280417>.

34. Brasil. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. v. 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Cadernos de Atenção Básica, n. 39. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
35. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Mundo Saude. 2010 [citado em 25 nov. 2021];34(1)92-6. Disponível em: <https://doi.org/10.15343/0104-7809.201019296>.
36. Fragelli TBO, Shimizu HE. Competências profissionais para o trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Rev APS. 2014;17(3):334-44.
37. Mazza DAA, Carvalho BG, Carvalho MN, Mendonça FF. Aspectos macro e micropolíticos na organização do trabalho no NASF: o que a produção científica revela? Physis: Rev Saude Colet. 2020[citado em 25 nov. 2021];30(4):1–27. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300405>.
38. Organização Pan-Americana de Saúde. Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, 1978 [citado em 25 nov. 2021]; Alma Ata-URSS. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf.
39. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
40. Santos WTM, Mandelbaum BPH. Entre o potencial e o precário: a inserção in (tensa) de profissionais da psicologia nos NASF. Barbarói. 2016[citado em 25 nov. 2021];(48):168-84. Disponível em: <https://doi.org/10.17058/barbaroi.v0i48.9028>.
41. Brasil. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União. 2023.

Como citar: de Almeida RF, Cordeiro GO. O que dizem os usuário(a)s do Núcleo Ampliado de Saúde da Família sobre sua atuação clínica, pedagógica e sanitária: uma revisão integrativa. **Rev Saude Redes.** 2023;9(3):3780. doi: 10.18310/2446-4813.2023v9n3.3780.

Submissão: 26/04/2022

Aceite: 11/08/2023