

Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica: formação e atuação em saúde

Expanded family health center and basic care: health training and performance

Vinícius Vieira Benvindo

Graduado em Nutrição
Departamento de Nutrição - Universidade
Federal de Juiz de Fora - Campus Governador
Valadares
E-mail: viniciusvieira.nutricao@gmail.com
ORCID: 0000-0002-0866-742X

E-mail: lelia.capua@ufjf.br
ORCID: 0000-0002-2651-7572

Nizia Araújo Vieira Almeida

Mestre em Ciência da Nutrição
Departamento de Nutrição - Universidade
Federal de Juiz de Fora - Campus Governador
Valadares
E-mail: nizia.almeida@ufjf.br
ORCID: 0000-0001-8817-757X

Lélia Cápuia Nunes

Mestre em Saúde Coletiva
Departamento de Medicina - Universidade
Federal de Juiz de Fora - Campus Governador
Valadares

Resumo

Objetivo: Caracterizar o perfil de formação e atuação, o conhecimento sobre as diretrizes e a rotina de planejamento dos profissionais integrantes das equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) de um município do leste de Minas Gerais. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal, no qual foi aplicado um questionário estruturado a todos os profissionais dos NASF-AB do município, com questões referentes à formação, atuação, conhecimento das diretrizes e planejamento do NASF-AB. **Resultados:** A maioria dos profissionais era mulher (88,2%), com idade entre 30 e 39 anos (50,0%) e graduação em Nutrição (20,6%) e Psicologia (20,6%). O ingresso no programa ocorreu principalmente por análise de currículo (47,1%). Metade dos profissionais não teve experiência profissional em Saúde Pública prévia ao ingresso no programa e 52,9% desses informaram não terem participado de curso anterior a sua atuação. A diretriz do NASF-AB mais referida foi a relacionada à Promoção à Saúde (82,4%) e as menos citadas foram a Educação Permanente em Saúde (14,7%) e o Controle Social (17,6%). Metade dos profissionais relatou integração satisfatória entre as equipes do NASF-AB e da Estratégia de Saúde da Família e a maioria soube dizer como ocorriam as ações desenvolvidas (61,7%). Foi identificado conhecimento sobre os instrumentos necessários para o planejamento por 53,0% dos participantes e informada ausência da participação da população assistida no planejamento de saúde por 56,0% dos entrevistados. **Conclusões:** Os profissionais foram conhecedores das ações desenvolvidas no NASF-AB e apresentaram integração satisfatória entre as equipes. Foram identificadas lacunas no

processo formativo para atuação no NASF-AB, bem como na realização de ações de educação permanente e na participação da população no planejamento em saúde.

Palavras-chave: Atenção Básica; Saúde da Família; Saúde Pública; Educação Profissional em Saúde Pública.

Abstract

Objective: To characterize the training and performance profile, the knowledge about the guidelines and the planning routine of the professionals who are part of the teams of the Extended Centers for Family Health and Primary Care (ENFH-BA) in the city of eastern of Minas Gerais. **Methods:** A cross-sectional study was carried out, a structured questionnaire was not conducted for all ENFH-BA professionals in the municipality, questions regarding training, performance, knowledge of the ENFH-BA guidelines and planning. **Results:** Most professionals were women (88.2%), aged between 30 and 39 years old (50.0%) and graduated in Nutrition (20.6%) and Psychology (20.6%), in Health Institutions. Private Higher Education (94.1%). Entry into the program occurs mainly through curriculum analysis (47.1%). Half of the professionals had no professional experience in Public Health prior to joining the program and 52.9% reported that they had not participated in a course prior to their work. The ENFH-BA guidelines most related by professionals were related to Health Promotion (82.4%) and Interdisciplinarity (73.5%) and the least cited were Permanent Health Education (14.7%) and the Social Control (17.6%). Half of the professionals reported satisfactory integration between the ENFH-BA and the Family Health Strategy teams and most knew how to say how the actions developed (61.7%) occurred. Knowledge was identified about public instruments for planning by 53.0% of the participants and informed absence of the participation of the assisted population in health planning by 56.0% of the interviewees. **Conclusions:** The professionals were aware of the actions developed at ENFH-BA and satisfactory dissipation between the teams. Gaps were identified in the training process for acting in the ENFH-BA, as well as in carrying out permanent education actions and in the participation of the population in health planning.

Keywords: Primary Health Care; Family Health; Public Health; Professional Education in Public Health.

Introdução

O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) foi instituído pela Portaria do Ministério da Saúde nº 154, de 24 de janeiro de 2008, e constitui-se em um arranjo multiprofissional e interdisciplinar somado às equipes da Atenção Básica (AB), oferecendo suporte clínico, sanitário e pedagógico^{1,2}.

A partir da reformulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2017, o NASF foi renomeado como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), na perspectiva de ampliar a capacidade de resposta aos principais problemas de saúde da população no cenário da AB e contextos envolvidos^{1,2}.

A Portaria nº 3.124/2012 do Ministério da Saúde estabelece três modalidades de NASF-AB: o NASF-AB 1, que deve estar vinculado a no mínimo 5 e no máximo 9 equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF); o NASF-AB 2, que deve estar vinculado a no mínimo 3 e no máximo 4 equipes e o tipo 3, que deve estar vinculado a 1 ou 2 equipes³. Podem compor as equipes do NASF as profissões: assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médicos acupunturista, homeopata, ginecologista/obstetra, psiquiatra, geriatra, internista (clínica médica), pediatra e/ou

do trabalho; médico veterinário; profissional com formação em arte e educação (arte educador); e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas².

De acordo com informações do Departamento de Atenção Básica, até dezembro de 2019, estavam cadastradas 5759 equipes de NASF-AB: 3445 do tipo 1, 1052 do tipo 2 e 1262 do tipo 3. O estado de Minas Gerais possuía 948 equipes: 475 do tipo 1, 217 do tipo 2 e 256 do tipo 3. Destas, 11 equipes do tipo 1 estavam cadastradas em Governador Valadares⁴. No ano de 2016 havia 8 equipes do tipo 1 cadastradas no município⁵.

O NASF-AB busca contrapor-se à lógica dos modelos convencionais de prestação de cuidados por meio de uma política audaciosa, que rompe com o modelo fragmentado e visa a construção de redes de atenção e cuidado, colaborando para o alcance da integralidade do cuidado dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS)⁶. Os profissionais buscam estratégias para lidarem com a realidade e inserem-se em práticas colaborativas no campo da Saúde Coletiva, com ênfase no compartilhamento de saberes entre a própria equipe e as de Saúde da Família (SF), desvinculando-se das formações tradicionais em saúde⁷.

A partir desses objetivos, o NASF-AB assume a responsabilidade de uma atuação baseada em nove diretrizes na Atenção à Saúde: “a Interdisciplinaridade, a Intersetorialidade, a Educação Popular, a Territorialidade, a Integralidade, o Controle Social, a Educação Permanente em Saúde, a Promoção da Saúde e a Humanização”⁸. As atividades profissionais estabelecem-se a partir de problemas, demandas e necessidades de saúde de pessoas e grupos sociais em seus territórios, bem como das dificuldades dos profissionais das equipes AB-SF em suas análises e manejos. Essas ações materializam-se por meio do compartilhamento de saberes, práticas e gestão do cuidado em rede, tendo no apoio matricial seu principal referencial teórico-metodológico⁹.

Diante da importância do NASF-AB no contexto do fortalecimento do SUS, este estudo teve como objetivo caracterizar o perfil de formação e atuação, o conhecimento e a rotina de planejamento dos profissionais integrantes das equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica de um município do leste de Minas Gerais.

Métodos

Desenho do estudo e tamanho amostral

Tratou-se de um estudo transversal exploratório. O procedimento metodológico foi um levantamento, tipo de pesquisa caracterizada pela interrogação direta das pessoas cujo comportamento deseja-se conhecer e que consiste na solicitação de informações a um grupo significativo de pessoas acerca do problema estudado¹⁰.

O levantamento foi realizado em 2016 no município de Governador Valadares, Minas Gerais, com profissionais integrantes das 8 equipes do NASF-AB tipo 1, que apoiavam 40 equipes de Saúde da Família, da zona urbana e rural. Compunham as equipes os profissionais: Assistente Social, Educador Físico, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Nutricionista e Psicólogo.

O critério de inclusão adotado foi ser profissional da equipe NASF-AB do município e o de exclusão foi a ausência de resposta a três contatos telefônicos subsequentes. A amostragem foi por conveniência e abrangeu todos os profissionais atuantes nos NASF-AB.

Variáveis, fonte de dados e vieses

A coleta de dados foi realizada em sala reservada no próprio local de trabalho, por meio da aplicação de um questionário semi-estruturado, composto por:

- questões socioeconômicas e profissionais abertas (idade sem estratificação, estado civil e profissão) e fechadas (gênero);
- questões abertas e fechadas relacionadas à formação em saúde acadêmica e profissionalizante (universidade de formação, tipo de instituição de formação, tempo de formação, experiência acadêmica em Saúde Pública além de estágio curricular, experiência profissional em Saúde Pública, preparação na graduação para atuar no NASF-AB, presença de especialização, realização de educação permanente);
- questões abertas relacionadas à atuação profissional (forma de ingresso no programa, tempo de atuação, dedicação diária e presença de outro vínculo empregatício);
- questões abertas referentes à rotina de planejamento em saúde pelas equipes do NASF-AB e ao conhecimento das diretrizes que norteiam o programa.

Para minimizar o risco de viés de informação os pesquisadores foram treinados previamente à aplicação do questionário.

Análise e interpretação dos dados

Foi realizada análise descritiva dos dados quantitativos, por meio da obtenção de frequências absolutas e relativas, médias e desvio-padrão, que originaram gráficos e tabelas para apresentação e compreensão dos resultados. As informações foram construídas por meio do *software Excel 2013*.

A análise das questões a respeito do conhecimento das diretrizes do NASF-AB foi realizada a partir da leitura exaustiva das respostas dos participantes e posterior agrupamento por tema. Os temas foram definidos conforme as diretrizes que norteiam e organizam o programa: Interdisciplinaridade, Intersetorialidade, Educação Popular, Territorialidade, Integralidade, Controle Social, Educação Permanente em Saúde, Promoção da Saúde e a Humanização⁸.

Questões éticas

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora e aprovado sob o número de protocolo 1.527.339.

Os participantes do estudo foram contatados inicialmente por telefone, a fim de serem convidados para participarem da pesquisa. A entrevista ocorreu somente após a leitura, o esclarecimento de dúvidas e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Dos 41 profissionais contatados, 7 não participaram por ausência de retorno a três ligações subsequentes ou por recusa, totalizando 34 participantes do estudo (82,9%).

Os resultados foram organizados em temas de acordo com os blocos e questões do questionário: 1) Perfil dos profissionais, formação e atuação em saúde dos profissionais; 2) Conhecimento sobre o NASF-AB; e 3) Planejamento em saúde.

Perfil, formação e atuação em saúde dos profissionais

A maioria dos profissionais era mulher (88,2%), estava na faixa etária de 30 a 39 anos (50,0%), era formado em Instituições de Ensino Superior privadas (94,1%), nos cursos de nutrição (20,6%), psicologia (20,6%) ou assistência social (17,6%). Entre as especializações concluídas/em andamento (88%), 40% foram na área de Saúde Coletiva (Tabela 1).

O tempo médio entre a conclusão da graduação e a realização do estudo foi de 9 anos (DP= $\pm 4,7$ anos). O período de atuação na área de Saúde Coletiva entre os profissionais com experiência prévia foi de 5,2 anos (DP= $\pm 18,5$ anos), em média, e a experiência ocorreu nas ESFs, na Secretaria Municipal de Saúde e nos demais níveis de atenção (secundário e terciário).

Metade dos profissionais relatou ausência de experiências acadêmicas em Saúde Coletiva além do Estágio Curricular, na graduação (Figura 1). Entre os que informaram ter experiência, as citadas foram estágio extracurricular (24%), projetos de extensão e/ou pesquisa (15%) e outras, como prestação de serviços operacionais, ambulatórios, conselhos locais e voluntariado/projetos sociais nas unidades (12%).

A forma de ingresso mais prevalente no programa foi análise de currículo (47,1%), seguida de entrevista (33,4%) e indicação (22,2%) e transferência/ remanejamento (22,2%). Apenas 47,1% dos entrevistados participaram de treinamentos/capacitações preparatórios para atuação no NASF-AB, que foram ministrados pela gestão municipal, com carga horária média de 32 horas. Os demais 52,9% relataram não terem participado de curso prévio.

Conhecimento dos profissionais acerca do programa

A Tabela 2 apresenta o conhecimento dos profissionais das diretrizes que orientam a atuação no programa. As diretrizes mais presentes nas respostas foram a Promoção da Saúde (82,4%), Interdisciplinaridade (73,5%) e Territorialidade (58,8%), e as de menor ocorrência foram a Educação Permanente em Saúde (14,7%) e o Controle Social (17,6%). Todas as nove diretrizes foram citadas.

Planejamento em saúde pelas equipes do NASF e da ESF

Quanto à integração entre as equipes do NASF-AB e da ESF nas áreas de abrangência, a maioria dos participantes relatou ser satisfatória (50%) ou parcialmente satisfatória (47%). A respeito das ações desenvolvidas entre os integrantes das equipes da ESF, 61,7% souberam dizer como ocorria essa integração (Tabela 3). Todos os profissionais elencaram ações realizadas como apoio à equipe SF, como grupos de autocuidado e de saúde mental, atendimento compartilhado, palestras, capacitações e/ou oficinas, eventos externos e Educação Popular em Saúde.

Entre os profissionais entrevistados, 53% (n=18) conheciam os instrumentos necessários na orientação do planejamento, como Projeto Terapêutico Singular (PTS), prontuários dos pacientes, reuniões e cadernos de matriciamento, por registros em atas. Expressiva parcela dos entrevistados (76,5%) apontou ações que são desenvolvidas entre os próprios profissionais integrantes da equipe do NASF-AB e que são contempladas nas diretrizes do programa, como reuniões de equipe, visitas domiciliares, PTS, sala de espera, capacitações, atendimentos compartilhados e reuniões com o Conselho Local de Saúde.

A ausência da participação da população assistida no planejamento em saúde a ser implementado pelas equipes foi informada por 56% dos profissionais.

Discussão

Os profissionais integrantes dos NASF-AB do município de Governador Valadares eram em sua maioria mulheres, com idade entre 30 e 39 anos, com tempo médio de nove anos de formação e graduação em nutrição, psicologia ou assistência social. Metade dos profissionais não vivenciou experiências acadêmicas em Saúde Pública além do estágio curricular obrigatório e não teve experiência prévia na área e a grande maioria ingressou no NASF-AB por meio de análise de currículo ou entrevista. Dentre todo o conhecimento sobre o programa e suas diretrizes, os profissionais de saúde conheciam menos sobre a Educação Permanente e Controle Social e mais da metade não participaram de curso anterior a sua inserção no NASF-AB. A integração com as equipes de SF e o conhecimento sobre as ações do programa foram satisfatórias. Foi informada ausência da população assistida no planejamento em saúde pela maior parcela dos entrevistados.

A predominância de mulheres foi encontrada também por estudos realizados na cidade de São Paulo^{11,12}, no subdistrito de Guaianases (zona leste de São Paulo)¹³ e em um estudo multicêntrico em todas as regiões do país¹⁴. Em 2010, as mulheres foram responsáveis 74% das ocupações como trabalho principal, na área de saúde humana e serviços sociais¹⁵, evidenciando a feminização do setor. Isso pode ser decorrente da maior escolaridade das mulheres, que representaram 58% das pessoas com nível superior completo¹⁶ e da construção sócio-histórica da inserção da mulher no mercado de trabalho, ocorrida a partir de ocupações advindas de seu papel desempenhado na família, como as relacionadas ao trabalho doméstico, saúde e educação¹⁷.

Quanto à composição dos profissionais que integram a equipe do NASF-AB, a Portaria nº 2.436/17 estabelece que a escolha dos profissionais ocorre a critério do gestor municipal, tendo como base as necessidades locais e a disponibilidade de profissionais no mercado². Estudos evidenciaram maior predomínio nas equipes de profissionais das áreas de Fisioterapia, Nutrição e Psicologia^{13,18,19}, resultados semelhantes ao do presente estudo. A presença mais frequente de profissionais de Nutrição pode ser justificada pelo cenário epidemiológico brasileiro de transição nutricional, que remonta a um grande avanço da obesidade, devido a grandes alterações nos padrões de consumo alimentar, caracterizadas por aumento do consumo de alimentos ultraprocessados e redução do consumo de alimentos in natura e pela prevalente inatividade física^{20,21}. De igual modo percebe-se uma elevação de problemas de saúde mental entre os brasileiros, especialmente entre mulheres, desempregados, em pessoas com baixa escolaridade e com baixa renda²², enfatizando a importância de elencar para composição do NASF-AB profissionais desta área.

A maior prevalência de adultos jovens pode ter ocorrido devido a presença de profissionais com relativo pouco tempo de formação. Em um estudo de caso envolvendo o NASF e equipes de SF de um município baiano, a maior parte dos sujeitos tinham idade entre 28 e 39 anos e mediana de 5 anos de formação²³. Isso pode indicar que alguns profissionais, por terem sido formados antes da criação do programa, não tiveram o NASF-AB como conteúdo na graduação.

Um déficit na formação e capacitação dos profissionais de saúde para o NASF-AB pode culminar em uma visão fragmentada do cuidado, implicando diretamente na qualidade da assistência prestada, seja individual ou coletiva⁶. Camelo e Angerami²⁴ constataram que o perfil dos profissionais formados não é adequado para uma perspectiva na atenção integral à saúde e execução de práticas a eles competentes, o que faz com que, em geral, eles se sintam inseguros para atuação profissional.

O NASF-AB demanda dos profissionais uma formação e qualificação nos cuidados básicos e também no desenvolvimento de habilidades que visem potencializar a reorganização das práticas em saúde e o fortalecimento da AB, além de exigir do profissional aptidão para atuar de forma interdisciplinar e intersetorial, rompendo a fragmentação de conhecimentos²⁵. Para superação das iniquidades em saúde, os princípios da interprofissionalidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade, com foco

na garantia da integralidade do cuidado e na centralidade de usuários/ pacientes, familiares e comunidade em todo o processo de cuidado em saúde, precisam orientar os projetos pedagógicos dos cursos da área da saúde²⁶. O processo formativo necessita ser repensado, uma vez que deve ser configurado à demanda atual e urgente, atendendo às necessidades de saúde da população e dos serviços, sendo capaz de contribuir para a consolidação dos Sistemas de Saúde e eficácia da AB²⁷. Essas reflexões vão de encontro à relevância de ampliarem-se as oportunidades de experiências na área de Saúde Coletiva na graduação, para além do estágio curricular.

A inserção predominante dos profissionais no NASF-AB por meio de análise de currículo foi relatada por estudos realizados em Campina Grande (Paraíba)²⁸, um município do Sul do Brasil²⁹ e um estudo multicêntrico²⁵. Contratações de profissionais no programa como as verificadas nesta pesquisa, podem produzir precarização do trabalho e vulnerabilidade nas equipes e nos profissionais, o que pode provocar o não posicionamento frente às responsabilidades inerentes ao trabalho²⁸. Na definição da forma de contrato dos profissionais do NASF-AB fica a critério do município a avaliação de suas possibilidades em fazer concurso ou processo seletivo público, buscando sempre a construção de vínculos trabalhistas e a redução da rotatividade de profissionais³⁰. Sobre o vínculo profissional, Ribeiro *et al.*²⁸ observou ser temporário, à medida que os profissionais são trocados conforme o mandato político no município.

Mais da metade dos profissionais não foram preparados previamente para atuarem no NASF e a Educação Permanente foi a diretriz menos citada. Em estudo realizado em um município no Sul do Brasil sobre a experiência de farmacêuticos na construção do processo de trabalho no NASF, foi narrado que não houve capacitação formal para os profissionais que ingressaram no NASF posteriormente ao seu período de construção²⁹. A educação permanente, compreendida como ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho, realizadas com referência à necessidade de saúde, a reorganização da gestão e a ampliação da relação da formação com o controle social em saúde e com objetivo de transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho³¹, poderia apoiar a atuação dos profissionais do NASF, garantindo melhores resultados na saúde. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde atribui como responsabilidades do município formular e promover a gestão da educação permanente em saúde, criando estruturas de coordenação e execução da política de formação e desenvolvimento, quando for o caso³².

Os profissionais do NASF-AB apresentaram conhecimento geral das diretrizes do programa. O embasamento do trabalho nessas diretrizes faz-se imprescindível para nortear a ação dos profissionais que trabalham na AB, com vistas ao aumento da capacidade de cuidado e do manejo das situações de cada território adscrito³⁰. Avalia-se como fator positivo o resultado demonstrado neste estudo de conhecimento da integração e relação satisfatória entre as equipes do NASF-AB e SF. A efetividade das ações do NASF-AB é dependente de uma relação de parceria que se estabelece com a equipe da ESF⁸, visto que um trabalho interprofissional, com integração de saberes e colaboração entre os trabalhadores da AB, impacta diretamente em todo o processo e potencializa a atuação profissional³².

Foi demonstrado pouco conhecimento do Controle Social enquanto diretriz do programa e a ausência da participação da população no planejamento de saúde foi informada pela maioria dos profissionais. Estabelece-se como essencial ao desenvolvimento do NASF-AB a participação social, que está ligada ao fortalecimento dos espaços sociais e comunitários e objetiva a gestão participativa nos processos de saúde, tornando a população protagonista na partilha do poder e na construção da rede integrada de saúde, em que está inserida³⁰. Mângia e Lancman³⁴ ressaltam que o controle social constitui-se como importante mecanismo para que a população atue no

planejamento de questões de bem-estar geral, além de permitir sua interação com as diversas instâncias do poder público e das Redes de Atenção à Saúde.

Apesar dos importantes achados encontrados, pode citar-se como limitação do estudo a realização da investigação em uma amostra local, o que impossibilita a generalização dos achados. Porém, os resultados foram representativos dos NASF-AB do município, tendo grande relevância para as ações de saúde e o desenvolvimento local, e fornecem subsídios para compreender o contexto de atuação dos profissionais e direcionar ações para aperfeiçoar a prática nos NASF-AB e suas inter-relações e portanto, aumentar a resolutividade no atendimento das necessidades sociais e de saúde da população.

Conclusões

O NASF-AB foi composto predominantemente por profissionais mulheres, jovens, com pouco tempo de formação e, portanto, de atuação em serviço. Os profissionais conheciam as diretrizes do programa e possuíam uma boa integração com as Equipes de Saúde da Família do território.

Foram demonstradas lacunas no preparo prévio e no vínculo de trabalho dos profissionais que compõem o NASF, assim como nas vivências em Saúde Coletiva no processo formativo da graduação, no conhecimento do Controle Social e da Educação Permanente como diretrizes do Programa e na participação da população assistida no planejamento das ações de saúde.

Para superar as questões levantadas, torna-se necessário rever a formação em saúde, com ampliação dos espaços de experimentação em Saúde Coletiva, expandir e manter as ações de educação permanente que contemplem desde a prévia inserção do profissional à integralidade da vivência no cotidiano do trabalho no NASF-AB, tornar os vínculos de trabalho seguros e fortalecer a participação popular e controle social no planejamento e nos Conselhos de Saúde.

Essas ações pressupõem o compromisso e apoio da gestão, vontade política, a ampliação da integração ensino-serviço-comunidade, a valorização do trabalho em saúde e o fortalecimento de processos de tomada de decisões participativos.

Agradecimentos

À nossa querida Nizia Araújo Vieira Almeida (*in memoriam*), reconhecida por sua atuação profissional no município e na defesa do SUS e da formação em saúde de qualidade. Agradecemos por ter engrandecido nossas existências em sua passagem nesse plano.

Referências

1. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Orientações para implantação dos NASF - Republicada em 04 de março, 2008. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 22 set. 2017, Seção 1, nº183, p. 68.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria Nº 3.124 de 28 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2012.

4. Ministério da Saúde (Brasil). Departamento de Atenção Básica [base de dados na Internet]. Histórico quantitativo de base de equipes e serviços custeados. 2019. Disponível em:<<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoPagamentoEsf.xhtml>>. Acesso em 27 nov.2020.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Departamento de Atenção Básica [base de dados na Internet]. Histórico quantitativo de base de equipes e serviços custeados. 2016. Disponível em:<<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoPagamentoEsf.xhtml>>. Acesso em 27 nov.2020.
6. Anjos KF, Meira SS, Ferraz CEO, Vilela ABA, Boery RNSO, Sena ELS. Perpectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quando às práticas em saúde. *Saúde em Debate*. 2013; 37(99).
7. Santos ER, Lanza LMB. O Matriciamento no NASF: interpretações sobre o trabalho do Assistente Social. *Argumentum*. 2014 jul/dez. 6 (2):233-46.
8. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 164 p.
9. Melo EA (Org.). Caderno do curso: Apoio Matricial na Atenção Básica, com ênfase nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): aperfeiçoamento. / organizado por Eduardo Alves Melo e Luciana Alves Pereira. 2014; 172 p.
10. Gil, AC. Como elaborar Projetos de Pesquisa. Editora Atlas S.A; 6ed, 2017.
11. Leite DF, Nascimento DDG, Oliveira MAC. Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. *Physis*. 2014; 24(2):507-25.
12. Gonçalves RMA, Lancman S, Szelwar LI, Cordone NG, Barros JO. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saud Ocupac*. 2015, 40(131):59-74.
13. Bonaldi AP, Ribeiro MD. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: as ações de promoção da saúde no cenário da Estratégia de Saúde da Família. *Rev de APS*. 2014; 17(2):195-203.
14. Shimizu HE, Fragelli TBO. Competências profissionais essenciais para o trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev Bras Educ Med*. 2016; 40(2):216-25.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). IBGE. Censo Demográfico 2010. Trabalho. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?edicao=9752&t=resultados>>. Acesso 19 nov 2020.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).Censo Demográfico 2010. Educação e deslocamento. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?edicao=9752&t=resultados>>. Acesso 19 nov 2020.
17. Wermelinger M, Machado MH, Tavares MFL, Oliveira ES, Moysés NMN. A força de trabalho do setor de saúde no Brasil: focalizando a feminização. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*. 2010; 45:54-70.

18. Costa MML. Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): contextualização de sua implantação na atenção básica à saúde no Brasil [monografia]. Brasília, Universidade Nacional de Brasília, 2013.
19. Martinez JFN, Silva MS, Silva AM. O Núcleo de Apoio à Saúde da família em Goiânia (GO): percepções dos profissionais e gestores. *Saúde debate*. 2016; 40(110):95-106.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Brasileira de Orçamentos Familiares 2017-2018. Análise do Consumo Alimentar Pessoal no Brasil. Rio de Janeiro, 2020.
21. Kac, G; Velasquez-Melendez, G. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, p. 4-5, 2003.
22. Gonçalves GA, Mari JJ, Bower P, Gask L, Dowrick C, Tófoli LF, Campos M, Portugal FB, Ballester D, Fortes S. Estudo multicêntrico brasileiro sobre transtornos mentais comuns na atenção primária: prevalência e fatores sociodemográficos relacionados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(3):623-632, mar, 2014.
23. Souza TS. NASF: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS?[dissertação] Bahia: UFBA, 2015.
24. Camelo SHH, Angerami ELS. Formação de recursos humanos para a estratégia de saúde da família. *Cien, Cuidado e Saúde*. 2008; 7(1).
25. Oliveira IC, Rocha RM, Cutolo LR. Algumas palavras sobre o NASF: Relatando uma Experiência Acadêmica. *Rev Bras de Ed Méd*. 2012; 36(4):574-80.
26. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 569, de 8 de dezembro de 2017. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2017, p. 85-90.
27. Martiniano CS, Sampaio J, Magalhães FC, Souza FF, Marcolino EC, Rocha AMO. Avaliação do processo de implantação das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Rev Enferm UFPE*. 2015; 7(1):53-61.
28. Ribeiro HMCB, Lamy ZC, Coimbra LC, Rocha LJLF, Aquino DMC, Coutinho NPS, Costa LFA. Representações sociais de profissionais de Núcleos de Apoio à Saúde da Família sobre interdisciplinaridade. *Trab Edu Saúde*. 2015; 13(2):97-115.
29. Nakamura CA, Leite SN. A construção do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: a experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.21, n.5, p.1565-1572, 2016.
30. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático : gestão do trabalho e da educação na saúde / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – 2. ed., 2. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 44 p.

- ³². Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências.
- ³³. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O mundo da Saúde*, São Paulo. 2010, 34(1):92-6.
- ³⁴. Mângia EF, Lancman S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. *Rev Ter Ocup Univ*. 2008; 19(2).

Apêndice

Tabela 1 – Características socioeconômicas, de formação e atuação em saúde de profissionais integrantes do NASF-AB, Governador Valadares, Minas Gerais, 2016.

	n	%
Sexo		
Feminino	30	88,2
Masculino	4	11,8
Faixa etária		
20 a 29 anos	5	14,7
30 a 39 anos	17	50,0
40 a 49 anos	7	20,6
50 e mais anos	5	14,7
Estado Civil		
Solteiro	14	41,2
Casado	15	44,1
Divorciado	4	11,8
Viúvo	1	2,9
Profissão		
Assistente Social	6	17,6
Educador Físico	5	14,7
Farmacêuticos	4	11,8
Fisioterapeutas	5	14,7

Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica: formação e atuação em saúde

Nutricionista	7	20,6
Psicólogo	7	20,6
Graduação		
Universidade/ Faculdade Privada	32	94,1
Universidade/ Faculdade Pública	2	5,9
Especialização		
Concluída/ Em andamento	30	88
Não possui	4	12
Experiência profissional prévia em Saúde Coletiva		
Sem experiência prévia	17	50
Com experiência prévia	17	50

Figura 1 – Experiências acadêmicas em Saúde Coletiva, além do Estágio Curricular de profissionais do NASF-AB, Governador Valadares, Minas Gerais, 2016.

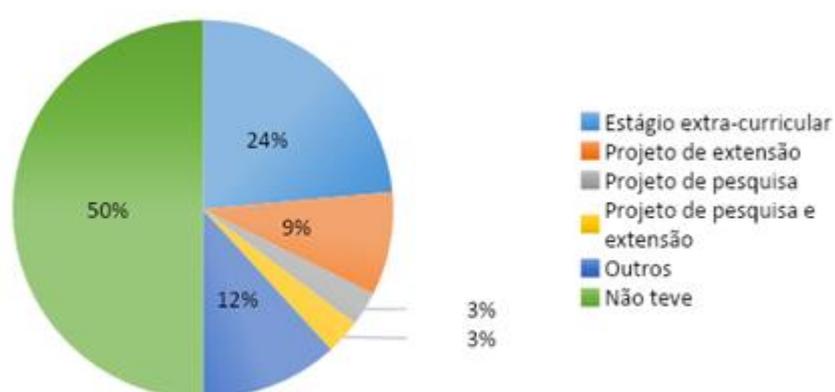


Tabela 2 – Conhecimento das diretrizes do programa pelos profissionais do NASF-AB, Governador Valadares, Minas Gerais, 2016.

	n	%
Promoção da Saúde	28	82,4
Interdisciplinaridade	25	73,5
Territorialização	20	58,8
Humanização	16	47,1
Educação Popular em Saúde	14	41,2
Intersetorialidade	7	20,6
Controle Social	6	17,6
Educação Permanente em Saúde	5	14,7

Tabela 3 – Planejamento em Saúde pelos profissionais do NASF-AB em conjunto com a equipe da ESF, Governador Valadares, Minas Gerais, 2016.

	n	%
Integração entre NASF-AB e ESF		
Satisfatória	17	50
Parcialmente satisfatória	16	47
Insatisfatória	1	3
Ações desenvolvidas entre as equipes		
Souber dizer como ocorre	21	61,7
Não soube dizer como ocorre	13	38,3
Participação da população no planejamento		
Afirma existir participação da população	15	44
Afirma não existir participação da população	19	56

Submissão: 11/08/2020

Aceite: 25/11/2021