

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**Talita Abi Rios Timmermann**

**ENTRE A LEVEZA DOS DESENCONTROS E A SUTILEZA DOS  
DESENCANTOS: QUEM É DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA DIZ**

**Porto Alegre**

**2016**

**Talita Abi Rios Timmermann**

**ENTRE A LEVEZA DOS DESENCONTROS E A SUTILEZA DOS  
DESENCANTOS: QUEM É DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA DIZ**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cristianne Maria Famer Rocha

**Porto Alegre**

**2016**

### CIP - Catalogação na Publicação

Timmermann, Talita Abi Rios

Entre a leveza dos desencontros e a sutileza dos desencantos: quem é do Núcleo de Apoio à Saúde da Família diz / Talita Abi Rios Timmermann. -- 2016.  
94 f.

Orientadora: Cristianne Maria Famer Rocha.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS, 2016.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. 4. Saúde Coletiva. 5. Sistema Único de Saúde. I. Rocha, Cristianne Maria Famer, orient. II. Título.

## **Agradecimentos**

Ao Autor e Consumador da minha fé, meu Deus em quem confio e me permitiu chegar até aqui.

Aos meus pais, Fausto e Cecília, por acreditarem no meu potencial, aceitarem a minha escolha por uma mudança de vida e cidade, e por darem o suporte necessário.

Ao Rafael, que há mais de dez anos compartilha minhas ilusões e intenções, motivando e sendo meu exemplo de empenho, honestidade e sabedoria no meio acadêmico e na vida. Meu eterno namorado, minha gratidão pela paciência e coragem em dividir a vida comigo, por tudo o que já vivemos, e pelo que ainda vamos viver.

Aos meus irmãos, Tiago e André, e familiares dos lados Abi e Rios, pelo encorajamento e orgulho em dizer que finalmente nossa família terá um mestre que não é de obras. Em especial, agradeço as minhas tias Leka, Rose, Lígia, e Cleuzinha, por me acolherem como filha nos meses em que voltei para o Sul, e a minha prima Gabriela, por sempre me incitar a continuar nesse árduo caminho dos estudos.

Aos meus amigos, de perto e de longe, que respeitaram e compreenderam meus momentos de silêncio e distanciamento. Particularmente, sou grata a Andresa e toda família Ferreira, que me deram não apenas o acolhimento da amizade, mas um teto para morar, um prato de comida aos domingos, e o zelo pela minha vida. Obrigada a Mariá, por sempre me receber no divã e abdicar das próprias emoções pelas minhas, mesmo quando precisava falar e não apenas ouvir. Agradeço a Cassiane e família, por abrir as portas de casa para me receber, pela xícara de chá quentinha às 6h da manhã e pelas orações destinadas à mim. Aos meus amigos de tantos lugares, em particular da faculdade, Aline, Bruna e Valquíria; de Brasília, Frida, Kaliana, Lalinha e Carminha; de Araçatuba, Cristiane e Adriana; e de publicações e Lattes, César: obrigada pela torcida organizada e pelas palavras de ânimo. Agradeço a todos que me impulsionaram, com palavras, com preces, com gestos a cada momento dessa jornada.

Ao grupo de orientação, pelas contribuições desde os remotos rabiscos até a versão final, em especial a Rachel, companheira de turma, de sofrimentos e de conquistas nesse mundo hostil da academia. Gratidão aos colegas de mestrado, que auxiliaram na produção de novos saberes, em particular as da UPP de Construção de Projetos e Análise de Dados Qualitativos, Inaiara, Eliane, Vivian e Ana, pelo comprometimento e apoio mútuo a cada encontro.

À orientadora desse trabalho, Prof<sup>a</sup> Cristianne Maria Famer Rocha, pela ousadia em aceitar guiar uma desconhecida com um tema desconhecido, mas sempre disponível para ler, criticar e apontar novas possibilidades, não apenas para a ciência, mas para a vida.

Às professoras que compõem a banca, Izabella Barison Matos, Vera Lucia Pasini e Claunara Schilling Mendonça, pela disponibilidade e generosidade em contribuir com esta dissertação.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS e a CAPES, pela bolsa de estudos que me permitiu custear o período de imersão exclusiva para a pesquisa e para o Mestrado.

À todos que contribuíram para minha formação como sanitarista, como militante do SUS, como ser humano.

Minha gratidão!

“O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim: Esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta.

O que ela quer da gente é coragem.

O que Deus quer é ver a gente aprendendo a ser capaz de ficar alegre e mais alegre no meio da alegria, e ainda mais alegre no meio da tristeza!”

[Rosa, José Guimarães. Grande Sertão: Veredas, 1956]

## Resumo

**Introdução:** O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado em 2008, tem como objetivo ampliar a oferta de serviços, a resolutividade e a abrangência das ações no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), por meio de uma equipe multiprofissional que presta apoio para as equipes de Saúde da Família. Para orientar as ações do NASF, foram publicados dois Cadernos de Atenção Básica (CAB) – nº 27 e nº 39, em 2010 e 2014, respectivamente. Neles são apresentadas propostas de atuação por meio dez diferentes ferramentas tecnológicas: Apoio Matricial, Pactuação de Apoio, Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular, Projeto de Saúde no Território, Grupos, Genograma, Ecomapa, Atendimento Domiciliar Compartilhado e Atendimento Compartilhado. Um instrumento que permite conhecer as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores do NASF é a Comunidade de Práticas (CdP), um site do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, criado em 2013. A CdP possui um espaço em que disponibiliza relatos de experiências escritos por trabalhadores, gestores e outros atores que atuam na APS. **Objetivo:** Identificar quais têm sido as ações desenvolvidas pelos profissionais do NASF e se elas estão articuladas com as preconizações descritas nos documentos oficiais do Ministério da Saúde. **Metodologia:** Este estudo utilizou a técnica documental em Portarias, CABs, Manuais e Boletim, todos do Ministério da Saúde diretamente relacionado ao NASF. Além disso, foram coletados relatos de experiência da CdP que possuísssem o termo “NASF” no título e/ou corpo do texto, publicados entre 2013 e 30 de abril de 2015. Todos os relatos foram submetidos à leitura criteriosa e selecionados apenas os referentes ao NASF, escrito por trabalhadores e que descrevessem ações desenvolvidas por eles. Foram excluídos aqueles considerados incompletos. As publicações também foram analisadas de acordo com o conceito de experiência proposto por Larrosa (2002), ou seja, não apenas uma descrição do processo de trabalho ou ação desenvolvida, mas sim, associado a reflexão e os afetos gerados pelas tarefas realizadas. **Resultado:** Baseado nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, foi possível descrever a trajetória histórica do NASF, apresentando os marcos legais e as transições que ocorreram nesta estratégia de apoio. Posteriormente, foram identificados 361 relatos de experiência com o termo NASF. Destes, 230 serviram como base para o trabalho. Os relatos foram submetidos a análise quantitativa descritiva, identificando que 43,2% dos autores dos relatos desenvolvem ações diferentes das descritas nos CABs, como rodas de conversa, fóruns, oficinas e gincanas, seguidos de 37,2% que utilizam a ferramenta Grupos em seus cotidianos. Para análise qualitativa, utilizando o conceito de experiência de Larrosa (2002), foram analisados dez relatos de experiência, que resultaram em quatro conceitos-chave: Equipe e vínculos; O que é o NASF e a relação com a Equipe de Saúde da Família; Os desafios do território; o NASF e a Gestão. Observou-se que a realidade dos territórios descrita pelos profissionais do NASF não cabe nas proposições dos CABs, e que a formação para atuar no NASF tem ocorrido nos mais variados contextos e, principalmente, na prática. **Conclusão:** Diante de um contexto onde as atividades do NASF não caminham paralelamente com a construção e disponibilização de materiais teóricos como CABs e Portarias, a utilização da CdP permite uma aproximação com a realidade dos profissionais. A não-utilização das ferramentas tecnológicas indicadas para o NASF não significa que as atividades não têm sido realizadas no território, e sim que os trabalhadores têm desenvolvido novas ferramentas e possibilidades que se adequem a realidade onde estão inseridos.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

## Abstract

**Introduction:** Support Center for Family Health (NASF), created in 2008, aims to expand the supply of services, the resolution and the scope of actions in the context of Primary Health Care (APS), by a multidisciplinary team that provides support to the Family Health teams. To guide the actions of NASF were published two Primary Care books (CAB) – No. 27 and No. 39, in 2010 and 2014, respectively. In these, action proposals are presented through different technological tools: Matrix Support, Support Pact, Amplified Clinic, Singular Therapeutic Project, Territorial Health Project, Groups, Genogram, Ecomap, Shared Home Care and Shared Service. An instrument that allows learning about the developed activities by NASF workers is the Community of Practices (CdP), a website of the Department of Primary Care of the Ministry of Health, created in 2013. The CdP has a space that provides reports of experiences written by workers, managers and other members working in APS. **Goals:** Identifying which have been the actions developed by NASF professionals and if they are articulated with the recommendations described in Ministry of Health's official documents. **Methodology:** This study used the documentary technique in Directives, CABs, manuals and Bulletin, all from the Ministry of Health directly related to NASF. In addition, we have collected CdP experience reports possessing the term "NASF" in the title and/or the text, published between 2013 and April 30, 2015. All reports were submitted to careful reading and selected only the ones concerning NASF, written by workers and that described actions carried out by them. The ones considered incomplete were excluded. The publications were also analyzed according to the concept of experience proposed by Larrosa (2002), that is, not only a description of the work process or action developed, but rather, associated with reflection and affections generated by the tasks performed. **Results:** Based on official documents of the Ministry of Health, it was possible to describe the history of NASF, with the legal framework and the transitions that occurred in this support strategy. Later, 361 reports of experience with the term NASF were identified. Of these, 230 served as the basis for the work. The reports were submitted to descriptive quantitative analysis, identifying that 43.2% of the authors of the reports develop different actions described in the CABs, as conversation circles, forums, workshops and competitions, followed by 37.2% who use the Groups tool in their daily lives. For qualitative analysis, using Larrosa's (2002) concept of experience, were analyzed ten experience reports, which resulted in four key concepts: Team and bonds; What NASF is and the relationship with the Family Health Team; The challenges of the territory; NASF and Management. It was observed that the reality of the territories described by NASF professionals do not fit in the propositions of CABs, and that training to work in NASF has taken place in various contexts, and especially in practice. **Conclusion:** Facing a context where NASF activities do not move in parallel with the construction and delivery of theoretical material as CABs and Directives, the use of CdP allows an approach to the reality of the professionals. The non-use of technological tools suitable for NASF does not mean that the activities have not been carried out in the territory, but that workers have developed new tools and possibilities that fit the reality in which they live.

**Keywords:** Primary Health Care; Family Health Strategy; Support Center for Family Health.



## LISTA DE QUADROS E FIGURAS

<b>Quadro 1:</b> Vinculação do NASF às Equipes de Saúde da Família e sua composição profissional .....	25
<b>Quadro 2:</b> Ferramentas Tecnológicas apresentadas nos Cadernos de Atenção Básica .....	27
<b>Figura 1:</b> Site da CdP (Brasil, 2015c) .....	28
<b>Figura 2:</b> Site da CdP (Brasil, 2016e) .....	28
<b>Figura 3:</b> Site da CdP: busca de relatos de experiência com o termo NASF (Brasil, 2015d) .....	34
<b>Figura 4:</b> Percurso metodológico da dissertação .....	36
<b>ARTIGO 1 – (Des)Afinações do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: trajetória histórica de uma estratégia de apoio</b>	
<b>Quadro 1:</b> Vinculação do NASF às Equipes de Saúde da Família e sua composição profissional .....	45
<b>Quadro 2:</b> Ferramentas Tecnológicas apresentadas nos Cadernos de Atenção Básica nº 27 e nº 39 .....	48
<b>ARTIGO 2 – Ferramentas fora da caixa: o cotidiano das práticas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Brasil</b>	
<b>Quadro 1:</b> Vinculação do NASF às Equipes de Saúde da Família e sua composição profissional .....	56
<b>Quadro 2:</b> Ferramentas Tecnológicas propostas para o NASF .....	58

## LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

### **ARTIGO 1 – (Des)Afinações do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: trajetória histórica de uma estratégia de apoio**

**Gráfico 1:** Expansão das EqNASF implantadas e marcos legais no período de 2008-2015 ..... 49

### **ARTIGO 2 – Ferramentas fora da caixa: o cotidiano das práticas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Brasil**

**Gráfico 1:** Relatos de experiência e nº de equipes NASF ..... 61

**Tabela 1:** Ferramentas utilizadas pelos profissionais do NASF ..... 62

**Tabela 2:** Eixos temáticos dos relatos da CdP ..... 63

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AM – Apoio Matricial

AMAQ-NASF – Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica / Núcleo de Apoio à Saúde da Família

APS – Atenção Primária à Saúde

CAB – Caderno de Atenção Básica

CdP – Comunidade de Práticas

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DAB – Departamento de Atenção Básica

EaD – Educação a Distância

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

EqNASF – Equipe NASF

EqSF – Equipe de Saúde da Família

ESF – Estratégia de Saúde da Família

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PICs – Práticas Integrativas e Complementares

PMM – Programa Mais Médicos

PMAQ-AB – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PSE – Programa Saúde na Escola

PSF – Programa de Saúde da Família

PST – Projeto de Saúde no Território

PTS – Projeto Terapêutico Singular

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

## SUMÁRIO

<b>1. Para ler cantando</b> .....	12
<b>2. Um canto deste encanto e suas (des)harmonias</b> .....	16
2.1 A sinfonia .....	16
2.2 Uma nota .....	20
2.3 As partituras .....	24
<b>3. Entre ensaios e improvisos</b> .....	31
<b>4. Como reger estas partituras</b> .....	33
<b>5. A apresentação e o centro do palco</b> .....	37
5.1 (Des)Afinações do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: trajetória histórica de uma estratégia de apoio .....	38
5.2 Ferramentas fora da caixa: o cotidiano das práticas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Brasil .....	53
5.3 Quem é do Núcleo de Apoio à Saúde da Família diz .....	67
<b>6. Fechando as cortinas, apagando as luzes</b> .....	84
<b>Referências</b> .....	86
<b>Apêndices</b> .....	91
<b>Apêndice A:</b> Anais do 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva .....	91
<b>Apêndice B:</b> Anais da 22ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde .....	93

## 1. Para ler cantando

*Como poderei cantar as notas que contam sobre mim?  
Insira às palavras a melodia que lhe convir.*

Início minha trajetória com este samba de amor e ódio por mim composto. Talvez o começo da minha história mesmo tenha sido com as canções de ninar, na infância, mas agora, não vem ao caso. Meu percurso de inquietações e indagações vem atreladas ao meu amor por um espaço: a Atenção Primária à Saúde. Território que conheci durante a minha jornada na graduação em Fisioterapia, no estado de Mato Grosso do Sul.

Foi neste mesmo lugar onde conheci e me envolvi com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, ou simplesmente NASF, para os íntimos e conhecidos. Meu encontro com ele foi armado por uma cupido, minha orientadora de graduação à época. Então, desde o final de 2011, estou com ele envolvida. Envolvimento em pesquisas, em cursos de capacitação, e também no que, simplesmente, é dito a respeito dele.

Confesso que durante essa nossa relação, tenho visto ele crescer, e ser envolvido por mais pessoas... Pude ler textos, assistir vídeos, olhar fotografias, ouvir histórias sobre quem trabalha, quem estuda, quem pesquisa, quem gerencia o NASF. Fui afetada por muitos. Muitos relatos de trabalhadores:

*Não sei ao certo o que NASF deve fazer e não fazer, e não sei dizer não às ações que não são competências do NASF. Eu deveria saber mais sobre a atuação do NASF para ajudar a população, porque na verdade tanto os profissionais que atuam no NASF como os que não atuam, estão “perdidos”, não sabem o que fazer e para que serve.<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> Trecho extraído do relato de experiência “Dificuldades no processo de trabalho nos NASF do Mato Grosso do Sul: conhecer para mudar”, apresentado na IV Mostra de Atenção Básica sobre os desafios dos profissionais atuantes no NASF de Mato Grosso do Sul (Santos et al., 2014a).





Em meu trabalho de conclusão da graduação, pesquisei o NASF. Tentei ir fundo e entender o que os profissionais fisioterapeutas estavam fazendo no NASF do Mato Grosso do Sul. Acabei percebendo que mais do que os desafios da prática do cotidiano e o não saber o que fazer, faltava capacitação específica para eles. Então fui participar da capacitação<sup>2</sup>.

*Até hoje não tive nenhuma capacitação e pouca orientação, como é um projeto novo, não tem muito material. Iniciei o trabalho sem saber como ele realmente deveria funcionar. Precisaria ter um curso introdutório ao inserir os profissionais na Estratégia de Saúde da Família e no NASF, até porque durante o período de graduação o sistema único de saúde é pouco divulgado.<sup>1</sup>*



Aos meus ouvidos, o que mais soava desafinado era que eu, fisioterapeuta em formação, estava sendo preparada para ocupar exatamente estes espaços, para atuar com poucos recursos materiais e ser generalista, trabalhar com criatividade e abertura ao diálogo no trabalho em equipe. Sim, eu fui formada para ser Saúde da Família, não saúde do joelho desgastado, da coluna torta ou da massagem. Confesso ter um certo orgulho disso. Por outro lado, uma decepção por saber que as possibilidades do mundo real – o do campo de trabalho – são voltadas, prioritariamente, para quem olha apenas o joelho, a coluna, etc.

---

<sup>2</sup> Durante meus estudos sobre NASF, na graduação, foi criado, em conjunto entre a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e a Fiocruz Cerrado Pantanal, o Curso de Capacitação para Profissionais do NASF (2013), voltada para gestores e profissionais, com aproximadamente 200 participantes do Estado. Participei da capacitação de tutores e do Curso.



Mesmo não sendo trabalhadora do NASF ou da Estratégia de Saúde da Família, me permiti envolver e ter minhas próprias experiências no território, através do estágio curricular na Atenção Básica. Estava nas reuniões de equipe, vi um Projeto Terapêutico Singular ser construído, coloquei os pés na terra para fazer a visita domiciliar, também senti as pressões e tensões, e alguns prazeres que os que estão na ponta podem sentir.

*Lá estava o NASF, as enfermeiras das duas equipes, os residentes em obstetrícia, e nós, discutindo caso de forma conjunta! Eu fiquei comovida, porque não acreditava que essa mudança chegaria tão rápido, e que a “barreira” tão mencionada, havia sido quebrada. Valeu a pena esses dois meses de críticas com relação a postura do NASF, da ESF, e até de nós mesmas, para crescer e ver esse momento acontecer.<sup>3</sup>*



Mas não me satisfiz em sair da graduação e estagnar em alguma vaga para interessados na fragmentação do cuidado. O NASF continuou martelando na minha cabeça, algumas vezes me fazendo ficar exausta de ler e reler sobre ele, a ponto de deixá-lo na gaveta e tentar renegar um sentimento. Talvez precisasse de um tempo para que as minhas experiências fossem ressignificadas para mim. Agora chegou o tempo de recomeçar e contar o que quem é do NASF diz. Na teoria, um NASF tão leve e encantador e, na prática, podendo gerar desencantos e desencontros, que nem sempre possuem um aspecto negativo, mas passíveis de gerar um incomodo para permitir novas experiências.

Aqui estou, Talita Abi Rios, agora também com o sobrenome Timmermann, acupunturista e fisioterapeuta, filha, irmã, esposa, e amiga, no Mestrado em Saúde Coletiva, militante do SUS, ávida a contar algumas histórias, que somente quem está

---

<sup>3</sup> Trecho extraído do meu portfólio de estágio na Atenção Básica, em 24 julho de 2013 (Rios, 2013).





no NASF pode contar: suas experiências! Sejam elas de sucesso ou não, penetrada de barreiras e desafios, mas que merecem destaque e reconhecimento.

Finalizo e recomeço, cantando assim:

*Entre notas sustentadas que se demoraram em mim,  
Outras tantas, como um repente, passaram sem eu ouvir.*



## 2. Um canto desse encanto e suas (des)harmonias

Dentre as razões e paixões antes mencionadas, inicio um diálogo sobre Atenção Primária à Saúde (APS) e alguns outros arranjos que se formam nesta realidade, até chegar ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), objeto de estudo do presente trabalho.

Abro, então, as cortinas para uma apresentação, não apenas no sentido de mostrar, mas de um espetáculo composto por canções e artistas que se exibem e se ocultam durante essa mostra, mas que agrupados, formam uma sinfonia, hora leve e suave, hora desencantada e descontraída aos ouvidos de quem poderá ler, com a participação não apenas de músicos, mas de todos os elementos artísticos que nela desejarem surgir.



### 2.1 A sinfonia

A partir daqui, poderemos ler ouvindo um pouco das músicas e notas que preenchem esta forma de organização dos sistemas de saúde.

Começamos pelo que nos foi dito em 1978, na Declaração de Alma-Ata (OMS, 1977), na *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*, que amplia o conceito de saúde e passa a considerar a intersectorialidade, a importância de fatores econômicos e sociais como essenciais para que a saúde seja de alcance universal, inserindo aos cuidados em saúde os serviços de proteção, cura e reabilitação. Este documento internacional torna-se um marco e passa a influenciar as políticas de saúde no mundo. Na *Assembleia Mundial de Saúde*, no ano seguinte, a *Atenção Primária à Saúde* foi definida como:



Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (Starfield, 2002, p. 30-31)

Em seu livro sobre APS, Bárbara Starfield (2002) alerta para a fragmentação do cuidado e ampliação das especialidades, aumentando os custos e ameaçando a equidade. A APS, por sua vez, tem seu foco na saúde das pessoas e não nas suas enfermidades, incluindo o meio social e físico onde vivem. É na APS que está a principal porta de entrada no sistema de saúde, e ela é a responsável pelo acesso, atenção à prevenção, tratamento e reabilitação através do trabalho em equipe. Outra característica é a mudança da organização do trabalho de especialistas, médicos e consultórios individuais, para uma organização com clínico geral, grupos de outros profissionais e equipe (Starfield, 2002).

O Documento de Posicionamento da Organização Mundial da Saúde sobre a APS (OMS, 2008a) apresenta a necessidade de renovação da APS, uma vez que com o tempo, houve o surgimento de outros desafios epidemiológicos, detecção de pontos fracos e foram desenvolvidas novas ferramentas e conhecimentos sobre práticas. Além disso, ampliou-se o reconhecimento de que a APS possui uma capacidade importante no combate e redução das iniquidades em saúde e das causas geradoras de uma saúde precária.

Neste mesmo sentido e reforçando alguns aspectos presentes no documento de 2008, a Organização Mundial da Saúde (OMS) apresenta o Relatório Mundial da Saúde, intitulado “Atenção Primária – Agora mais do que nunca” (OMS, 2008b). O Relatório aponta que os países deveriam ordenar os sistemas de saúde a partir da APS, sendo, inclusive, uma das condições essenciais para o alcance dos Objetivos de



Desenvolvimento do Milênio (ODM)<sup>4</sup>, propostos no ano 2000, na Assembleia das Nações Unidas (OMS, 2008a; 2008b). Após um período de discussões, os ODM foram revistos e, em setembro de 2015, na Cúpula das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável, culminaram em dezessete Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que articulam os setores econômico, social e ambiental<sup>5</sup> (ONU, 2015).

Assim, um modelo de saúde baseado na APS possui valores de equidade e solidariedade, incluindo a cobertura e acesso universal, as ações intersetoriais, mecanismos de participação social, a ênfase na promoção da saúde e prevenção das doenças, a atenção integral, integrada e contínua, com a capacidade de responder as necessidades de saúde das pessoas (OMS, 2008a; Brasil, 2011).

No Brasil, o termo oficial utilizado pelo Ministério da Saúde foi, até 2011, *Atenção Básica (AB)*. Sua utilização é interpretada como uma reação ideológica ao Movimento da Reforma Sanitária e às agências internacionais de fomento (Melo, 2009). As expressões *Atenção Básica* e *Atenção Primária à Saúde* passaram a ser utilizadas indistintamente na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2011). Por outro lado, a OMS utiliza uma diferenciação entre os conceitos de *Atenção Primária à Saúde* e *Atenção Primária*, onde considera a *Atenção Primária à Saúde* uma estratégia de organização do sistema de atenção, e a *Atenção Primária* a porta de entrada ao sistema de saúde e de cuidados contínuos dos serviços de saúde, ou seja, uma parte da APS (OMS, 2008a). Por não ser o foco deste trabalho, utilizarei o termo

---

<sup>4</sup> Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) foram propostos na Declaração do Milênio, pela Organização das Nações Unidas (ONU), após Assembleia Geral realizada em Nova Iorque, no ano 2000. São eles: erradicar da pobreza extrema e a fome; alcançar a educação primária universal; promover a igualdade de gêneros e o empoderamento das mulheres; reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde materna; combater HIV/AIDS, malária e outras doenças; garantir sustentabilidade ambiental; desenvolver uma parceria global para o desenvolvimento (ONU, 2000).

<sup>5</sup> Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) pertencem ao documento “Transformando nosso mundo: a agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável”, contendo dezessete objetivos: Erradicação da pobreza; fome zero; boa saúde e bem-estar; educação de qualidade; igualdade de gênero; água limpa e saneamento; energia limpa e acessível; emprego digno e crescimento econômico; indústria inclusiva e infraestrutura resiliente; redução das desigualdades; cidades e comunidades sustentáveis; consumo e produção responsáveis; combate às alterações climáticas; uso sustentável dos oceanos; uso sustentável das florestas; sociedades pacíficas e inclusivas; e parcerias em prol das metas (ONU, 2015).



APS, por seu uso mais abrangente, para designar tanto a estratégia brasileira como as experiências internacionais.

As experiências brasileiras com APS têm seu ponto de partida oficial na década de 1990, através Programa de Agentes Comunitários (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), que nos anos 2000 passa a ser uma estratégia – Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Atualmente, a ESF é tida como a estratégia de expansão, qualificação e consolidação da APS no país, favorecendo a reorientação do processo de trabalho, ampliando a resolutividade e impacto na saúde das pessoas e coletividades (Brasil, 2011). Segundo dados do Departamento de Atenção Básica (DAB), pelo portal eletrônico do Ministério da Saúde (Brasil, 2016a), a cobertura populacional no país, através da ESF, era de 64,23% em abril de 2016.

A ESF tem nos escopos de suas ações um conjunto de diretrizes que incluem o trabalho em equipe, a promoção da saúde e a prevenção de doenças, o perfil de profissionais generalistas. Seu arranjo se dá pelas Equipes de Saúde da Família (EqSF), multiprofissionais, que no formato mínimo são compostas por: um médico generalista ou especialista em Saúde da Família/Família e Comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, um auxiliar ou técnico de enfermagem, e agentes comunitários de saúde (ACS)<sup>6</sup>. Ainda podem ser acrescentados os profissionais de Saúde Bucal: um cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, e um auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (Brasil, 2011). Em maio de 2016, o Ministério da Saúde publicou uma nova Portaria – nº 958, modificando as possibilidades de composição das equipes da APS, onde permitia a participação do agente comunitário de saúde **e/ou** técnico de enfermagem (Brasil, 2016b). No entanto, um mês após a publicação, a Portaria foi revogada pelo Ministro da Saúde (Brasil, 2016c), resultado, sobretudo, da mobilização dos ACS em todo país e entidades do setor saúde, como a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e

---

<sup>6</sup> De acordo com a PNAB, cada EqSF deve ser responsável por no máximo 4.000 pessoas, com média recomendada de 3.000 pessoas, e o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, tendo, no máximo, 750 pessoas por ACS e 12 ACS por EqSF (Brasil, 2011).



Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) (Brasil, 2016d; ENSP, 2016; CONASEMS, 2016).

Dentro da sinfonia APS, algumas notas – ações, programas e estratégias – têm sido acrescentadas e utilizadas para ampliação do acesso e aumento da resolutividade, ao longo dos anos, como, por exemplo, o Programa Saúde na Escola (PSE), a Academia da Saúde, os Consultórios na Rua, entre outros<sup>7</sup>.



## 2.2 Uma nota

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é uma das notas inseridas na APS brasileira, desde 2008, pela Portaria nº 154 (Brasil, 2008) e surge com o intuito de fortalecer e consolidar a APS ampliando a oferta e os serviços, a resolutividade e a abrangência das ações. Sua composição é multiprofissional – um coro de vozes diferenciadas, e proporciona um suporte qualificado de profissionais de categorias diferentes da composição mínima da EqSF. Esta mesma Portaria esclarece que o NASF, mesmo inserido na APS, não é uma porta de entrada ao sistema de saúde, mas que seus profissionais devem atuar em parceria e de maneira integrada e colaborativa – eu diria, em harmonia – com os profissionais da EqSF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios em que estão vinculados.

A criação do NASF nos moldes previstos em 2008, foi influenciada por duas propostas que eram discutidas no Ministério da Saúde nos anos 2000: as “Equipes em transição para Saúde da Família”, que pretendiam ampliar a rede com maior

---

<sup>7</sup> O site do DAB apresenta 21 ações, programas e estratégias para APS brasileira. O PSE é uma política intersetorial entre Saúde e Educação, voltada para estudantes de todas as faixas etárias pertencentes a educação pública no Brasil, para promoção de saúde e educação integral. A Academia da Saúde existe desde 2011, com a implantação de polos com equipamentos, estrutura e profissionais qualificados para ações de promoção da saúde e produção do cuidado. O Consultório na Rua visa ampliar o acesso da população de rua, através da atenção integral à saúde, por equipes que atuam de forma itinerante, em período diurno/noturno (Brasil, 2016a).



número de unidades e categorias profissionais, e as “Equipes Matriciais”, com objetivo de prestar matriciamento para situações de saúde mental, reabilitação, atividades físicas, e práticas integrativas e complementares (PICs) (Castro e Fausto, 2012).

Até abril de 2016, tínhamos 4.341 equipes NASF (EqNASF) implantadas<sup>8</sup> pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2016a), distribuídas segundo as três modalidades existentes: 2.470 EqNASF 1, 857 EqNASF 2, e 1.014 EqNASF 3. Cabe informar também que, desde fevereiro de 2015, não foram efetuados novos credenciamentos pelo Ministério da Saúde para nenhuma modalidade de EqNASF, e ao que parece, esta tendência será mantida ao longo de 2016 (Brasil, 2016a). Aponto que nos últimos três anos houve grandes investimentos do Ministério da Saúde para a ampliação do número de médicos presentes na Atenção Básica, por meio do Programa Mais Médicos (PMM)<sup>9</sup>, especialmente em 2015, onde houve a expansão do Programa (Brasil, 2015a). As três modalidades do NASF são definidas por Portarias específicas que estipulam os parâmetros para vinculação com as EqSF, a carga horária de trabalho e o valor de repasse financeiro. As Portarias e os parâmetros de vinculação serão melhores descritos posteriormente, na subseção 2.3 *Partituras*.

A nota do NASF soa baseada no modelo de gestão do trabalho chamado de Apoio Matricial (AM), na construção dialógica e compartilhada de projetos e intervenções. O AM é uma proposição de um novo arranjo organizacional, apresentada por Gastão Wagner (1999). Neste modelo, é pressuposta uma oferta de serviço mais específico e especializado, permitindo a valorização das profissões da saúde e seus saberes, por meio da responsabilidade compartilhada entre diferentes profissionais de uma equipe na elaboração de projetos terapêuticos (Campos, 1999).

---

<sup>8</sup> Para fins de gestão, o Ministério de Saúde caracteriza as EqNASF de três diferentes formas: equipes credenciadas, equipes cadastradas e equipes implantadas. As equipes credenciadas são aquelas cuja proposta foi apresentada pelo gestor municipal e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite; As equipes cadastradas são aquelas onde o gestor municipal cadastra os profissionais do NASF no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); e equipes implantadas, que são aquelas aptas a receber os incentivos financeiros do Ministério da Saúde, devidamente credenciada e cadastrada (BRASIL, 2011b).

<sup>9</sup> O Programa Mais Médicos, criado por meio de uma medida provisória e posteriormente convertida em Lei, ambas no ano de 2013, visa uma melhor distribuição de médicos para regiões onde há escassez ou ausência destes profissionais. Compete ao Ministério da Saúde e Educação o custeio da bolsa-formação aos médicos participantes, cujo valor, em janeiro de 2015, era de R\$ 10.513,01 (Brasil, 2015a)



Como *apoiadores*, os profissionais da EqNASF não são, prioritariamente, aqueles que estão diretamente ligados por uma relação cotidiana aos usuários da APS, mas prestando apoio à EqSF. Na prática, o AM ocorre através de uma retaguarda assistencial especializada e de suporte técnico-pedagógico, com trocas de saberes e fazeres dos conhecimentos de campo e de núcleo<sup>10</sup>, dentro das necessidades identificadas e levantadas pela equipe de referência, a EqSF (Santos e Batiston, 2013; Brasil, 2010). Assim, por meio da gestão conjunta dos desafios encontrados pelas equipes, sejam eles de caso-clínico ou do território, EqSF e EqNASF devem fazer a tomada de decisões sobre as abordagens a serem utilizadas, visando o aumento da resolutividade das ações e a qualificação da APS.

Não existe, até o momento, uma quantidade expressiva de publicações sobre o NASF, mas as experiências locais no Brasil encontradas em bases de dados retratam vivências específicas em algumas cidades, tais como, sobre a inserção do NASF nos municípios (Andrade *et al.*, 2012; Sampaio *et al.*, 2013), experiência de curso e capacitação (Silva *et al.*, 2012), referente à atuação de algumas categorias profissionais (Bonfim *et al.*, 2012; Souza, 2013; Lancman e Barros, 2011; Rios *et al.*, 2016), da integração do ensino com o serviço (Oliveira *et al.*, 2012; Formiga e Ribeiro, 2012), e sobre qualidade de vida dos profissionais que trabalham no NASF (Leite, Nascimento e Oliveira, 2014; Nascimento, 2015).

Alguns estudos mais amplos e não restritos às experiências municipais, pretendem esclarecer o papel do NASF (Lima, 2013; Nascimento e Oliveira, 2010), e uma revisão sobre o NASF e Apoio Matricial (Pasquim e Arruda, 2013). Há também um livro publicado em 2016, direcionado aos trabalhadores do NASF e suas práticas cotidianas (Santos, Kodjaoglanian e Ferrari, 2016),

Mundialmente, encontramos relatos que abordam a inserção de especialistas na APS (Zepeda, 2013; Santos *et al.*, 2014b), mas não é possível afirmar que estas experiências são similares ao que é realizado pelo NASF no Brasil. Especialmente, se considerarmos as características do sistema de saúde brasileiro que se diferencia de

---

<sup>10</sup> O conceito de campo e núcleo de saberes foi proposto por Campos (2000), onde o núcleo estabelece a demarcação de um saber e prática profissional, e o saber de campo não possui limites precisos e servem de apoio entre as diferentes profissões.





outros países, ou por estas experiências falarem de cuidados domiciliares aos pacientes de alta complexidade, atividade não prevista pelo NASF no Brasil.

Zepeda (2013) utilizou como estratégia de busca em bases de dados, a respeito da integração assistencial entre atenção primária e especializada, os conceitos de *collaborative care* (atenção colaborativa ou cuidados colaborativos) e *shared care* (atenção compartilhada ou cuidados compartilhados) para identificar experiências similares ao NASF em outros países. Nos seus achados, encontrou as atividades colaborativas diretas entre clínicos e especialistas, pactuação de diretrizes de atenção entre profissionais, apoio organizacional à integração de serviços, estratégias de gestão de casos, estratégias de melhorias e comunicação entre profissionais, definição e/ou revisão de papéis profissionais no cuidado compartilhado. Neste sentido, o NASF pode ser considerado inovador pelo seu nome e modelo de gestão do trabalho – o Apoio Matricial, pois são nomenclaturas nacionais, mas quando a busca se faz com conceitos similares, é possível identificar que existem experiências análogas na Austrália, Estados Unidos, Reino Unido, Canadá, China, Irlanda, Noruega e Holanda, ainda que não idênticas ao conjunto de atividades desempenhadas pelo NASF (Zepeda, 2013).

Portanto, diante da luz central do palco, está o NASF, que ainda não é tão popular nos textos científicos, e que se apresenta, na maioria das vezes, limitado aos resultados de experiências locais e para categorias profissionais específicas, mas que, desde que iniciou sua carreira, apresentou-se em inúmeras cidades brasileiras, e foi aderido por elas, com a expansão de equipes e municípios que aceitaram esta proposta de apoio nos últimos anos. Eis um terreno a ser explorado, desvendado e apresentado ao público.



### 2.3 As partituras

Desde sua criação, o NASF foi orientado por Portarias específicas que detalham e/ou modificam aspectos de vinculação às EqSF, repasses financeiros, categorias profissionais que podem compor o NASF, classificação entre NASF tipo 1, 2 e 3, e carga horária de trabalho. As Portarias, serão aqui consideradas como partituras que compõem a sinfonia, e mesmo que estejam falando sobre a mesma nota – NASF, apresentam algumas diferenças, ao que comparo às oitavas acima ou oitavas abaixo, tornando-as mais agudas ou mais graves, e não melhores ou piores no decorrer da apresentação.

Após a Portaria de criação (Brasil, 2008), a Portaria nº 2.488 – Política de Atenção Básica (Brasil, 2011), inclui o NASF em sua redação, e amplia a vinculação do NASF às Equipes de Atenção Básica, às Academias da Saúde, e à possibilidade de atuar em outras redes, como no Sistema Único de Assistência Social (SUAS). A Portaria que cria o NASF tipo 3, nº 3.124, é apresentada em dezembro de 2012, possibilitando aos municípios, que tem apenas uma ou duas EqSF, contar com o NASF em suas ações (Brasil, 2012).

Outras Portarias que se referem ao NASF são: a Portaria nº 256/2013, que estabelece o cadastramento das equipes NASF ao Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e a inclusão do profissional sanitarista e do profissional de educação física de licenciatura ou bacharelado (Brasil, 2013a); a Portaria nº 548/2013, que define os valores de repasse mensal, pelo Piso da Atenção Básica Variável, a cada modalidade do NASF, distribuído da seguinte forma: R\$ 20.000,00 para o NASF 1, R\$ 12.000,00 para o NASF 2, e R\$ 8.000,00 para o NASF 3 (Brasil, 2013b); e a Portaria nº 562/2013, que define o valor do incentivo financeiro do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) a cada modalidade de NASF (Brasil, 2013c).

De maneira geral, as Portarias que orientam o NASF, atualmente, são as de nº 2.488/2011 (Brasil, 2011) e a de nº 3.124/2012 (Brasil, 2012), com as especificações de vinculação às EqSF e os diferentes profissionais que compõem esse coro (Quadro 1).



**Quadro 1:** Vinculação do NASF às Equipes de Saúde da Família e sua composição profissional.

<b>Modalidade EqNASF</b>	<b>Vinculação a EqSF e carga horária de trabalho</b>	<b>Profissionais que compõe a equipe (comum a todos)</b>
<b>NASF 1</b>	Um NASF para 5 até 9 EqSF, com somatório de carga horária dos profissionais mínima de 200h/semanais	<ul style="list-style-type: none"><li>b Médico Psiquiatra</li><li>b Médico Geriatra</li><li>b Médico Internista</li><li>b Ginecologista/Obstetra</li><li>b Médico Pediatra</li><li>b Médico Homeopata</li><li>b Médico Acupunturista</li><li>b Médico do Trabalho</li><li>b Médico Veterinário</li><li>b Sanitarista</li><li>b Fisioterapeuta</li><li>b Terapeuta Ocupacional</li><li>b Fonoaudiólogo</li><li>b Psicólogo</li><li>b Nutricionista</li><li>b Assistente Social</li><li>b Farmacêutico</li><li>b Arte-Educador</li><li>b Profissional de Educação Física</li></ul>
<b>NASF 2</b>	Um NASF para 3 a 4 EqSF, com somatório de carga horária dos profissionais mínima de 120h/semanais	
<b>NASF 3</b>	Um NASF para 1 a 2 EqSF, com somatório de carga horária dos profissionais mínima de 80h/semanais.	

**Fonte:** Sistematização da autora (2016)

Estas Portarias que regem o NASF, publicadas de 2008 a 2013, nos dizem, numa leitura breve, que modificar foi preciso, quando observamos que houve alterações do número de EqSF vinculadas a cada EqNASF, ou pela ampliação de categorias profissionais a serem inseridas na EqNASF, ou pela criação de uma possibilidade de inclusão do NASF em municípios de pequeno porte, por exemplo.

Atualmente, além das Portarias, existem outras publicações específicas que servem para orientação e apoio às EqNASF e à gestão: os Cadernos de Atenção Básica (CAB) nº 27 e nº 39, intitulados “Diretrizes do NASF” e “Ferramentas para Gestão e o Trabalho Cotidiano”, respectivamente (Brasil, 2010a; Brasil, 2014), o Manual com o “Projeto de Oficina de Qualificação do NASF: intensificando as ações de redução da mortalidade infantil” (Brasil, 2010b), o documento de “Autoavaliação para Melhoria



do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica” específico para o NASF (AMAQ-NASF) (Brasil, 2013d), e o Boletim do NASF (Brasil, 2015b).

No presente trabalho, daremos ênfase aos CABs, que serão também considerados como partituras, por se tratarem de textos-base para que a nota NASF seja executada harmoniosamente na APS. Nestes CABs é possível encontrar respaldo teórico para atividades e ações a serem desenvolvidas na prática junto às EqSF, o que os difere das outras publicações, que tratam de um curso de capacitação para os profissionais do NASF, um material de autoavaliação para as equipes e um boletim informativo sobre NASF.

Os CABs constituem uma ação didático-pedagógica para orientar o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, diante de temáticas específicas do cotidiano da prática e do cuidado, e sobre políticas e estratégias encontradas na APS. Estas publicações são disponibilizadas aos trabalhadores e gestores no formato impresso, mas também estão disponíveis na Biblioteca Virtual do Portal da Saúde, no site do DAB, e são de acesso livre aos interessados. Até o momento, existem 40 cadernos disponíveis *online*.

Da mesma forma que as Portarias, nos CABs voltados ao NASF, datados de 2010 (CAB nº 27) e de 2014 (CAB nº 39), algumas modificações também podem ser constatadas, desde a aparência, a linguagem utilizada, as possibilidades de execução do trabalho, entre outras. No primeiro lançamento, considerando que as atividades desenvolvidas pelo NASF ainda eram recentes, de apenas dois anos, o caderno continha orientações de ações centradas, prioritariamente, nas políticas existentes, e dispendo de cinco ferramentas tecnológicas: a Pactuação de Apoio, a Clínica Ampliada, o Apoio Matricial (AM), o Projeto Terapêutico Singular (PTS), e o Projeto de Saúde no Território (PST) (Brasil, 2010). O CAB nº 27 define que as ferramentas tecnológicas auxiliam na organização e desenvolvimento do processo de trabalho do NASF (Brasil, 2010), e estão brevemente descritas no Quadro 2.

Em 2014, após seis anos de criação do NASF, da ampliação considerável do número de EqNASF credenciadas junto ao Ministério da Saúde e da identificação de práticas realizadas em diversos municípios, há uma ampliação das possibilidades de ações, como Grupos, Genograma, Ecomapa, Atendimento Domiciliar Compartilhado



e Atendimento Compartilhado (Brasil, 2014), também apresentadas no Quadro 2. Outra característica que pode ser encontrada no CAB nº 39 é a presença de *links* para acesso a materiais de apoio, relatos na Comunidade de Práticas (CdP), que explorarei mais adiante, e fomento à participação e compartilhamento das vivências por meio de relatos de experiências.

**Quadro 2:** Ferramentas Tecnológicas apresentadas nos Cadernos de Atenção Básica

CAB nº 27		♪	CAB nº 39	
<b>Apoio Matricial</b>	<p>Suporte assistencial</p> <p>Suporte técnico-pedagógico</p>		<b>Grupos</b>	<p>Práticas de cuidado em grupo com função de educação em saúde, empoderamento e responsabilização</p>
<b>Pactuação de Apoio</b>	<p>Avaliação do território</p> <p>Pactuação do processo de trabalho e metas</p>		<b>Genograma</b>	<p>Organização de dados referentes à família e seus processos relacionais</p>
<b>Clínica Ampliada</b>	<p>Compreensão ampliada do processo saúde-doença, construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas e suporte para profissionais de saúde</p>		<b>Ecomapa</b>	<p>Mapeamento de redes, apoios sociais e ligações da família com a comunidade.</p>
<b>PTS</b>	<p>Proposta de condutas e terapêuticas articuladas, para sujeito individual ou coletivo, em equipe</p>		<b>Atendimento Domiciliar Compartilhado</b>	<p>Ampliação do campo de prática, como um recurso diagnóstico e terapêutico.</p>
<b>PST</b>	<p>Proposta de ações efetivas na produção da saúde em um território</p>		<b>Atendimento Compartilhado</b>	<p>Atendimento de paciente ou família entre a EqSF e EqNASF.</p>

Fonte: Sistematização da autora (2016)



Mas até que ponto a partitura diz o que deve acontecer na prática, ou até que ponto a prática apresenta-se igual ou diferente da partitura? Será que os CABs podem falar sobre as experiências e orientar como elas devem ser executadas e acontecer no território?

Seguindo a apresentação das partituras, um elemento que aparece no CAB nº39 é a CdP. Ela é um *site* da Atenção Básica, criado em 2013, e que reúne trabalhadores, gestores e interessados no SUS em um espaço virtual, através de uma plataforma *online*, disponível para encontros, troca de informações, experiências do cotidiano do trabalho e aprendizado mútuo. Possui aproximadamente trinta mil pessoas cadastradas, e dispõe de ambientes virtuais diversificados (Brasil, 2015c). Uma das ferramentas são as comunidades voltadas a interesses específicos de seus participantes, como por exemplo, Saúde Bucal ou Alimentação e Nutrição, onde podem ser trocadas informações sobre os temas. Também possui o *Blog Amostrado*, que contém atualizações semanais, tutoriais, indicação de artigos e um espaço que oferece cursos disponíveis aos membros da CdP.

A CdP é um ambiente virtual dinâmico, e é possível observar constantes modificações de *layout*, e atualização de conteúdos, porém os itens principais mantêm-se os mesmos: comunidades, relatos e cursos. A seguir é possível visualizar a aparência do site em 2015, e uma nova versão, apresentada em 2016.



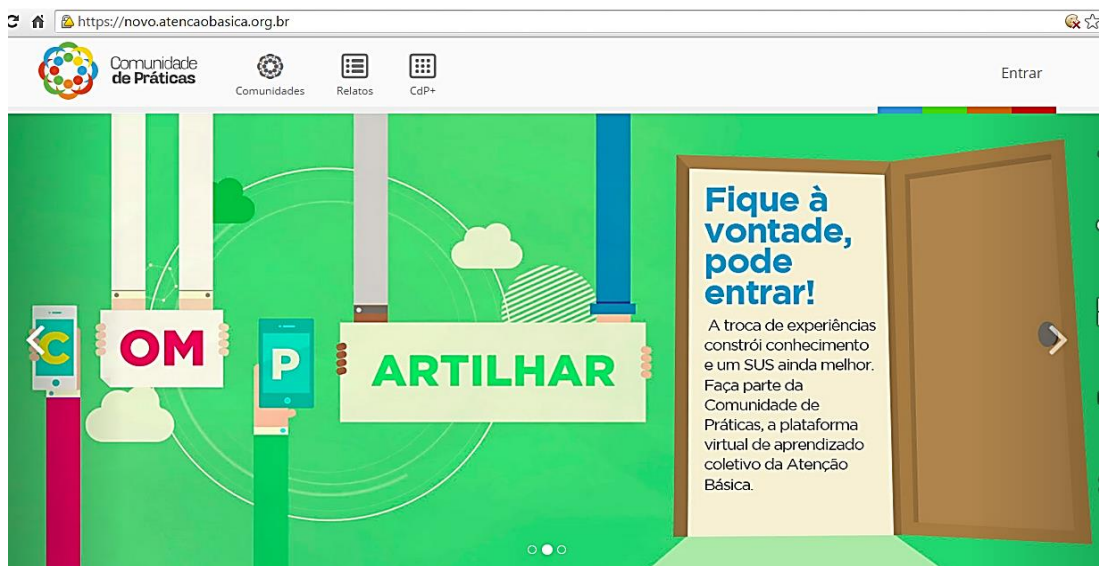


Figura 1: Site da CdP (Brasil, 2015c)



Figura 2: Site da CdP (Brasil, 2016e)

Este ambiente virtual foi utilizado de maneira maciça para inscrição dos trabalhos para a *IV Mostra de Atenção Básica*, que ocorreu em 2014, em Brasília. Além de permitir que os trabalhos fossem apresentados no formato de relatos de experiência, foi possível também mostrar as práticas do cotidiano do trabalho através

de fotos e vídeos. Atualmente, a CdP mantém todos os relatos que foram apresentados na *IV Mostra*, possibilita que novos relatos sejam acrescentados pelos usuários cadastrados, e dispõe todos eles de maneira pública, para cadastrados e não cadastrados na plataforma, e permite conhecer as atividades que são desenvolvidas na APS. Os relatos são distribuídos em categorias<sup>11</sup>, escolhida pelo autor no momento de inserção do relato.

Neste espaço há também relatos sobre o NASF, que podem ser encontrados através da ferramenta de busca disponível no site. A dinâmica da apresentação das experiências traz, na forma de perguntas e respostas, aquilo que cada autor pode dizer sobre o que vive no cotidiano, seja trabalhador, gestor ou demais atores envolvidos neste cenário. Alguns exemplos de perguntas são: “Sobre qual experiência você quer contar?”, “Que desafios foram encontrados para o seu desenvolvimento?”, “Pensando no que você descreveu sobre sua experiência, o que mais ainda pode ser feito?”. Assim, os autores dos mais diferentes lugares, ganham voz e fazem ecoar suas práticas, expondo os desafios e os improvisos do dia a dia, além de experiências bem sucedidas. Talvez seja interessante ouvir um pouco mais essas vozes, e esta é a minha intenção aqui.

Em uma leitura ainda simples de quais são as partituras que a nota NASF se expõem, umas partituras compostas pela gestão, as das Portarias e dos CABs, e dos relatos de experiência existentes da CdP, ecoadas pelos trabalhadores, partimos para próxima cena, que possui um pouco de drama e apreensão.



---

<sup>11</sup> No site da CdP, nos relatos de experiência, as categorias disponíveis são: Equidade e Populações Específicas; Práticas de Vigilância em Saúde; Tecnologias de Informação na Saúde e Cibercultura; Apoio Matricial; Humanização no Sistema Único de Saúde; Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde; Redes de Atenção à Saúde e Gestão do Cuidado; Intersetorialidade e Promoção da Saúde; Controle Social e Participação Política; e Monitoramento e Avaliação em Saúde (Brasil, 2015c).





### 3. Entre ensaios e improvisos

Como podemos ver e ler – e numa tentativa de escuta ainda distante, mesmo que seja apenas dos ensaios e afinações – temos algumas partituras que dizem sobre quais linhas a nota deve ser tocada. Com certeza o tempo de afinação, o ensaio e a preparação são importantes, uma vez que fundamentam o que irá ocorrer quando as cortinas se abrirem. Em outras palavras, não podemos desconsiderar as Portarias e os cadernos específicos que falam sobre o NASF – o NASF-ensaio – e que orientam as práticas, embasam as ações que podem ser feitas, a quem o NASF pode se vincular, como executar as ações, entre outras.

Mas temos também a apresentação, o palco, as luzes acesas e as cortinas abertas para a vida e o grande público, o grande dia ou apenas mais um, que permite improvisos, algumas vezes é composta de escorregões e desafinações, ou simplesmente (e para alguns, maravilhosamente) a perfeição da música tocada exclusivamente como as partituras previam. Falo então da realidade, do território, do trabalho e das experiências que se adquirem com ele – o NASF-apresentação. É nesta hora que existe a ansiedade da estreia ou a autoconfiança de quem ensaiou, a ousadia de quem quer improvisar ou, simplesmente, o sentir do público que modifica os rumos e as cenas de algo que seria apenas mais uma apresentação, em mais um dia.

É com os elementos que foram apresentados e ditos/descritos, com a testa franzida, como quem esqueceu o início da letra da próxima música que será tocada, que então pergunto:

- ♪ Até onde o NASF-ensaio e o NASF-apresentação se relacionam?
- ♪ E se há uma relação, como ela é?
- ♪ O que as partituras dizem?
- ♪ E o que os artistas optam por tocar nas suas apresentações?
- ♪ Quais são os improvisos que não aparecem nas partituras?
- ♪ O que cabe no CAB?



Dizer quais são minhas questões, em uma racionalidade científica, fez emergir em mim as memórias do desafio que encarei na desconstrução do meu saber. Até pouco tempo não lembrava que possuía asas, pois a academia e a lógica produtivista da ciência me obrigou a podá-las e me adequar a um padrão nada livre. Talvez a maneira como expus minhas indagações tenha sido a maneira mais fácil de expressar minhas curiosidades e questionamentos sobre essa performance musical. Mas numa tentativa limitada de tradução, digo que, com base nas informações prestadas anteriormente, trago como questões de pesquisa:

- ♪ O que dizem (ou não) os documentos oficiais sobre o NASF ?
- ♪ Quais modificações ocorreram nestes documentos?
- ♪ E que dizem (ou não) as experiências apresentadas na CdP sobre o NASF?
- ♪ O que cabe (ou não) entre a teoria – Portarias e CABs, e os relatos de experiência da CdP?

Daqui para frente, pretendo transformar meus questionamentos em uma nova composição, não em música e notas, mas em letra, sobre as sutilezas e levezas, sobre os encantos e desencontros que encontrarei nas partituras (e para além delas). E, com a liberdade da composição, não pretendo dar respostas objetivas, mas discorrer meu olhar sobre o assunto.



## 4. Como reger estas partituras

Neste momento, inicio a fase em que a sinfonia ainda não está organizada, e passo a agrupar notas de maneira que apresentem acordes agradáveis, e, na medida do possível, eliminar os tantos ruídos aos ouvidos de quem lê.

Inicialmente, apresento os elementos que compuseram a análise – as partituras:

- ♪ Portarias referentes ao NASF: nº 154/2008, nº 2.488/2011, nº 3.124/2012, nº 256/2013, nº 548/2013, e nº 562/2013;
- ♪ Cadernos de Atenção Básica: nº 27 e nº 39;
- ♪ Manual “Projeto de Oficina de Qualificação do NASF: intensificando as ações de redução da mortalidade infantil”; AMAQ-NASF, e o Boletim do NASF;
- ♪ Relatos de Experiência disponíveis na CdP sobre o NASF.

Minha opção pelas Portarias limita-se aos anos de 2008 a 2013, pois abrangem todas as recomendações legais sobre o NASF, desde a sua criação até o momento. A utilização de todas as publicações sobre NASF, pelo Ministério da Saúde, permitem a formação de um escopo teórico para uma melhor compreensão dessa estratégia de apoio. A escolha pelos CABs, especificamente, é por considerar que os cadernos contêm orientações para a prática do trabalho dos profissionais e gestores da APS, enfatizando a proposição de ferramentas tecnológicas para execução do apoio pelo NASF à EqSF.

Estes materiais me permitiram compor um acervo para a análise, devido sua relevância, dado que são documentos institucionais e também por serem as bases para o estabelecimento do NASF no Brasil. Pela apreciação das “fontes de papel” foi possível compreender as significações e como elas são distribuídas, ou seja, entender o que está por trás das palavras e são tidas através das mensagens dos documentos (Gil, 1999; Minayo, 2008).



Os relatos de experiência da CdP foram localizados com a utilização da ferramenta de busca disponível no *site*, através do termo “NASF”, onde foram exibidos todos os relatos que incluíssem a palavra NASF, no título ou no corpo do texto (Figura 3). Optei por essa maneira para busca dos relatos, considerando que as dez categorias existentes para classificação dos relatos são passíveis de atuação do NASF.

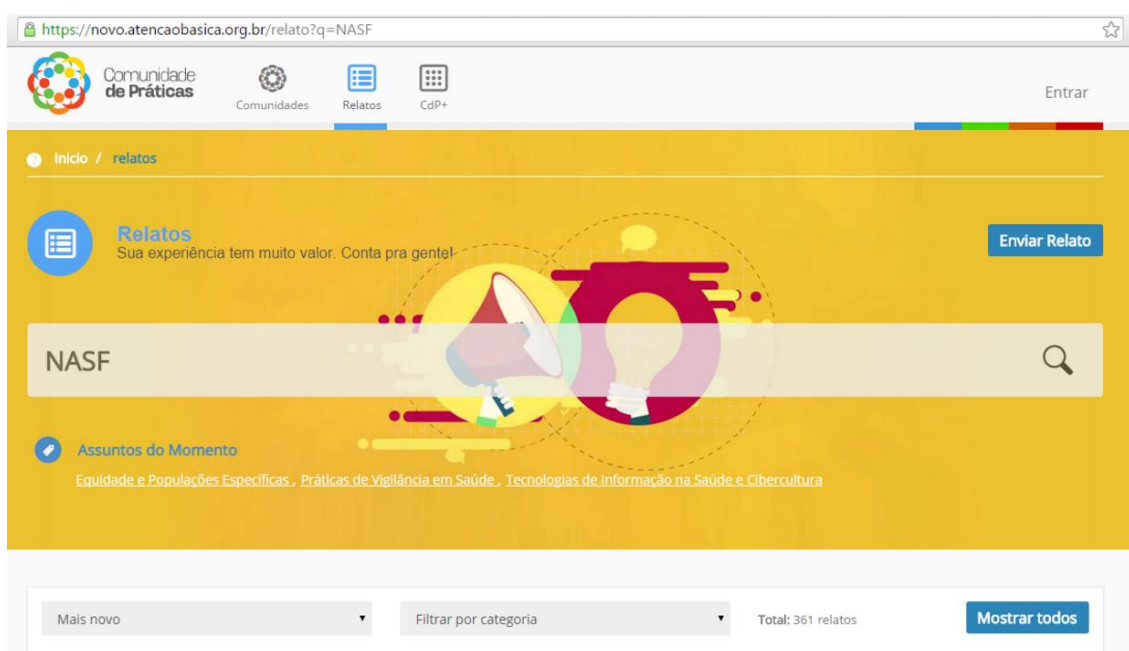


Figura 3: Site da CdP: busca de relatos de experiência com o termo NASF (Brasil, 2015d)

Para filtrar quais relatos estavam diretamente relacionados ao interesse dessa pesquisa, utilizei como critérios:

- ♪ O período de inserção do relato entre 2013 e 30 de abril de 2015. Como a CdP propõe a inserção em fluxo contínuo de novas experiências, considerei importante determinar uma data limite para os relatos analisados;

- ♪ Após leitura criteriosa de todos os relatos localizados a partir do termo “NASF”, foram selecionados os relatos de trabalhadores do NASF e com a descrição das ações promovidas por eles;
- ♪ Foram excluídos relatos incompletos, ou seja, aqueles cujo texto era composto apenas por um parágrafo, não respondendo as perguntas existentes no link dos relatos de experiência (Como, por exemplo: “Sobre qual experiência você quer contar?”, “Que desafios foram encontrados para o seu desenvolvimento?”, “Pensando no que você descreveu sobre sua experiência, o que mais ainda pode ser feito?”);
- ♪ Os relatos selecionados pelos critérios anteriores também foram analisados de acordo com o conceito de “experiência” proposto por Larrosa (2002), e que explico a seguir.

Para Larrosa (2002), a experiência é diferente da informação sobre alguma coisa; a experiência se torna reduzida pelo excesso de opinião, especialmente as opiniões sobre as informações; a experiência é rara pela falta de tempo, onde a velocidade provoca falta de silêncio e de memória; e também, a experiência é diferente da experiência de trabalho.

O olhar para os relatos de experiência da CdP se deu no intuito de extrair o que é possível encontrar sobre a experiência que se torna um território de passagem – a superfície sensível para que a prática do cotidiano aconteça e produza afetos, marcas e vestígios, que toca e leva à reflexão (Larossa, 2002), não apenas a descrição específica e detalhada de alguma atividade desenvolvida pelos profissionais do NASF. Assim, foram selecionados os relatos que abordassem não apenas um descritivo técnico de ações ou fossem meramente informativos, mas que trouxessem atrelado à prática, componentes de reflexão e afeto por parte de seus autores.

Desta maneira, o NASF foi visualizado como um espaço para os acontecimentos, incluindo a paixão, o prazer e a felicidade, mas também a dor e o sofrimento, e trouxe ao centro do palco “quem é do NASF diz”.

Posterior à identificação e análise das experiências associado ao que nos dizem as Portarias e CABs, efetuou-se uma reflexão sobre o diálogo que existe entre

essas partituras – Portarias e CAB, e quão harmoniosa está a composição – Portarias, CAB e Relatos de Experiência da CdP. A partir de uma abordagem qualitativa, foi possível trazer o que há “das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, e sentem e pensam” (Minayo, 2010, p.57).

Para uma melhor compreensão do percurso metodológico desenvolvido nesta dissertação, a Figura 4 apresenta a trajetória para coleta dos dados utilizados, critérios de inclusão e exclusão, até chegar nos resultados, que serão apresentados no formato de artigos científicos no capítulo a seguir.

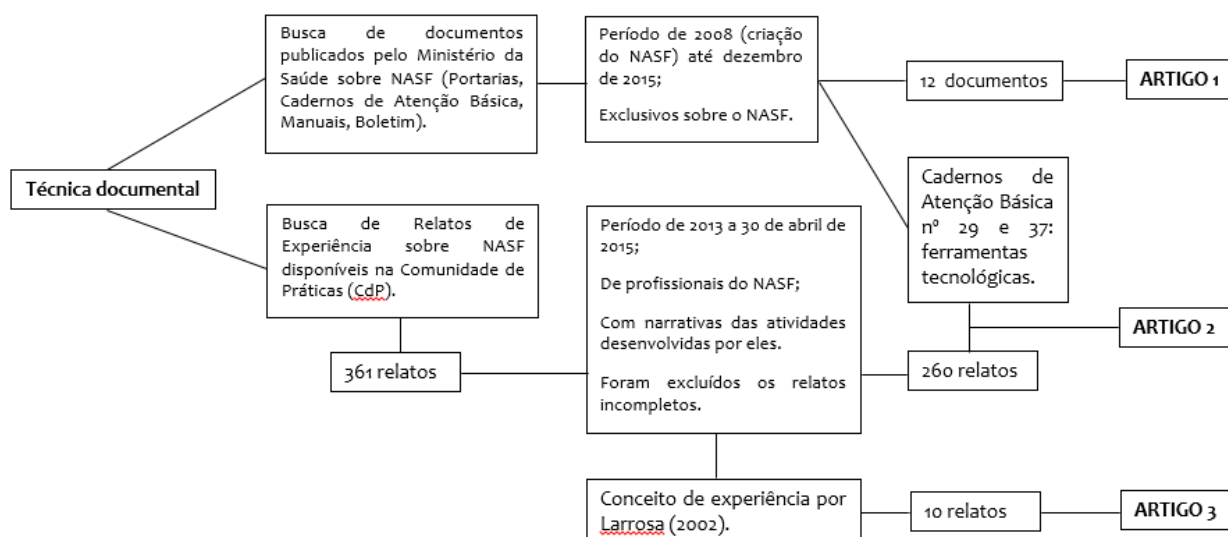
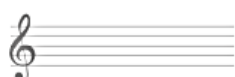


Figura 4: Percurso metodológico da dissertação.

Ressalto que o trabalho não teve a pretensão de afinar ou desafinar na busca de uma harmonia perfeita entre o que preconiza o Ministério da Saúde e o que é relatado na CdP sobre as ações nas práticas do cotidiano dos profissionais do NASF, mas refletir sobre as modificações legais que ocorreram, sobre como tem se dado as experiências no território, e sobre qual a relação entre elas.



## 5. A apresentação e o centro do palco

Este capítulo traz ao centro do palco as apresentações e atuações dos trabalhadores do NASF, para além dos roteiros/*scripts* escritos pelo Ministério da Saúde. O intuito é expor as práticas cotidianas identificadas a partir dos relatos de experiência existentes na CdP.

Foram localizados 361 relatos a partir do termo NASF, porém, 131 não eram experiências do NASF ou foram considerados incompletos. Os 230 relatos restantes foram utilizados para constituir os resultados dessa Dissertação.

As partituras foram organizadas, compondo acordes harmônicos, ou seja, resultados, que serão apresentados a seguir, no formato de artigos científicos. Neste sentido, compus três artigos para retratar quais as performances que foram visualizadas no centro do palco.

O primeiro artigo “(Des)Afinações do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: trajetória histórica de uma estratégia de apoio” narra desde as inspirações e o contexto da criação do NASF, seguindo pelas publicações legais do Ministério da Saúde, e a expansão do número de EqNASF em todo o país, entre os anos de 2008 e 2015.

Em sequência, é apresentado o segundo artigo, intitulado “Ferramentas fora da caixa: o cotidiano das práticas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Brasil”, que traz, de forma quantitativa descritiva, os achados nos relatos de experiência da CdP, por regiões brasileiras, utilização de ferramentas tecnológicas, e a identificação dos eixos temáticos dos relatos.

Por fim, o artigo “Quem é do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, diz”, que utiliza dados qualitativos, permeado de discursos dos próprios autores dos relatos de experiência, e que constituíram categorias que exibem a realidade dos profissionais do NASF para além da utilização de ferramentas tecnológicas e preconizações do Ministério da Saúde.

Além da formulação dos três artigos oriundos da minha pesquisa sobre o NASF, dois trabalhos foram apresentados em eventos científicos. O primeiro,



contendo resultados preliminares, foi apresentado na modalidade oral no 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, no ano de 2015. Em 2016, foi apresentado na 22ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde, na modalidade *Walk Poster*, uma análise das ações desenvolvidas pelo NASF no eixo de Promoção da Saúde e Intersetorialidade. Ambos foram publicados nos Anais dos eventos e estão inseridos nos apêndices desta dissertação.



### **5.1 (Des)Afinações do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: trajetória histórica de uma estratégia de apoio**

Apresento as partituras, ou publicações do Ministério da Saúde, que orientam a criação, implantação e as ações a serem desenvolvidas pelas EqNASF, composto de Portarias, CABs, Manuais e Boletim. No presente artigo foi elaborado um roteiro contando a história do NASF, desde as inspirações que deram origem a essa estratégia de apoio, até as modificações e transformações que ela recebeu ao longo do tempo. As partituras são apresentadas juntamente com a expansão numérica do NASF em um período de sete anos.

O intuito em elaborar um artigo narrando a história do NASF, com base documental, se deu, principalmente, pela ausência de publicações que explicitem as origens do NASF. Esse estudo também foi organizado com a pretensão de colocar de maneira clara, sucinta e acessível, os marcos legais desde a criação até o ano de 2015, tornando essas informações organizadas e acessíveis em uma única publicação.





## **(Des)Afinações do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: trajetória histórica da estratégia de apoio**

*Support Center for Family Health's (de)tuning: historical path of the support strategy*

**Resumo:** O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado em 2008, visa apoiar as equipes de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da ampliação de ações e embasados na proposição de Apoio Matricial (AM). O objetivo desse estudo é narrar a história do NASF, entre os anos de 2008-2015, através de documentos oficiais do Ministério da Saúde, apresentando as modificações que ocorreram nessa estratégia de apoio. Identificou-se que, diante da expansão de 982,5% de equipes NASF, readequações foram necessárias no período de sete anos. Além do mais, a referência de AM para gestão do trabalho descrita nos documentos ainda é limitada diante das várias possibilidades de atuação do NASF.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

**Abstract:** The Support Center for Family Health (NASF), created in 2008, aims to support the Primary Health Care (APS) teams of workers, through broadening the actions and based on the Matricial Support (AM) proposition. This study's goal is to tell NASF's story, between the years of 2008-2015, using Brazilian Department of Health's official documents, showing the modifications which happened in this support strategy. It was identified that due to the expansion of 982.5% of NASF teams, readjustments were required in the period of seven years. Moreover, AM reference to labor management in the documents is still limited before the various NASF's possibilities of action.

**Keywords:** Primary Health Care; Family Health Strategy; Support Center for Family Health.

Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho.



## **(Em)Cena**

Trazemos à cena a Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira, que iremos narrar e exibir aos expectadores, ouvintes, leitores, viventes, curiosos, atores e todos os que desejarem imergir nesta apresentação. Este é um cenário em constante transformação e é sobre ele que pretendemos discorrer, especialmente acerca dos roteiros que contam sobre os Núcleos de Apoios à Saúde da Família (NASF).

Para entender a cena, é preciso saber que as experiências brasileiras de APS no Sistema Único de Saúde (SUS) têm seu marco inicial na década de 1990, através do Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família que, nos anos 2000, passa a ser denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF). No Brasil, a expressão oficial utilizada pelo Ministério da Saúde para designar a APS é Atenção Básica (AB) e sua utilização é interpretada como uma reação ideológica do Movimento da Reforma Sanitária à influência das agências internacionais de fomento, já que a APS, tal como se propagava no mundo e era financiada por certos organismos internacionais, era considerada incompatível aos princípios de universalidade e integralidade propostos pelo SUS (MELO, 2009; CASTRO e FAUSTO, 2012). As expressões *Atenção Básica* e *Atenção Primária à Saúde* passaram a consideradas equivalentes em 2011, na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2011a). Por não ser o foco deste trabalho, utilizaremos o termo APS aqui, por considerar seu uso mais abrangente e designar tanto a estratégia brasileira como as experiências internacionais.

O principal papel na consolidação da APS no Brasil é desempenhado pela ESF. Ela é o atual meio para expansão e qualificação, e que visa favorecer a reorientação do processo de trabalho, a ampliação do acesso e da resolutividade dos problemas de saúde das pessoas e das coletividades (BRASIL, 2011a). As ações da ESF possuem diretrizes que incluem o trabalho em equipe, a promoção da saúde e prevenção de doenças, perfil de profissionais generalistas e é realizado pelas Equipes de Saúde da Família (EqSF), compostas minimamente pelos seguintes atores: um médico generalista, um enfermeiro generalista, um auxiliar ou técnico em enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Podem ainda fazer parte da Equipe os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista, e auxiliar/técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2011a).



## Primeiro Ato

Dentre as inclusões de ações, programas e estratégias no cenário da APS, temos o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado em 2008, pela Portaria nº 154 (BRASIL, 2008). Ele surge no intuito de fortalecer e consolidar a APS, ampliando a oferta de serviços, a resolutividade e a abrangência das ações, com a incorporação de atores de categorias profissionais para além daqueles previstos na EqSF. A criação do NASF é considerada um ato de enfrentamento de conhecidos desafios, como garantir a resolução de problemas de saúde, a efetividade das ações e a reafirmação da prioridade da ESF na APS (CASTRO e MACHADO, 2012).

A inspiração para o NASF baseou-se em outras duas proposições discutidas no Ministério da Saúde nos anos 2000: as de “Equipes em transição para a Estratégia Saúde da Família”, que tinham por objetivo induzir o processo de transição para a ESF, através de uma rede com um grande número de unidades e com profissionais de diferentes especialidades; e, as “Equipes Matriciais” para temas como saúde mental, reabilitação, atividades físicas e práticas complementares (CASTRO e FAUSTO, 2012). A inserção de diferentes categorias profissionais à APS – originalmente Núcleo de Saúde Integral – estavam em pauta desde 2004, como tema de debate nas agendas da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde (CASTRO e FAUSTO, 2012).

Atualmente temos o NASF composto por atores em uma equipe multiprofissional, com intuito de proporcionar um suporte qualificado, por profissionais com formações diferentes da composição mínima da EqSF, e que devem trabalhar em parceria, de maneira integrada e colaborativa com os profissionais que estão na ESF (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2008). A operacionalização dos núcleos se dá por meio de modalidades – NASF 1, NASF 2, NASF 3 – e que diferem entre si com relação ao número de EqSF que estão vinculados, ao repasse financeiro do governo federal, e número de profissionais que compõem a equipe de trabalho do NASF (EqNASF) (BRASIL, 2011a).

No ano de 2015 o NASF contava com 4.276 equipes implantadas no país (BRASIL, 2015a). Para fins de gestão, o Ministério da Saúde distingue entre EqNASF credenciadas, cadastradas e implantadas. Equipe credenciada é aquela cuja proposta foi apresentada pelo gestor municipal e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite; Equipe cadastrada é aquela onde o gestor municipal



cadastra os profissionais do NASF no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; e Equipe implantada é aquela apta a receber os incentivos financeiros do Ministério da Saúde, devidamente credenciada e cadastrada (BRASIL, 2011b).

O NASF, no entanto, não é considerado uma das portas de entrada ao sistema de saúde (BRASIL, 2008; BRASIL, 2011a). Seu modelo de gestão de trabalho é baseado no Apoio Matricial (AM), por meio de uma construção dialógica e compartilhada de projetos e intervenções. O AM é uma proposição de arranjo organizacional que pressupõe uma oferta de serviço mais específico e especializado, permitindo a valorização das profissões da saúde e seus saberes, por meio da responsabilidade compartilhada entre diferentes profissionais de uma equipe na elaboração de projetos terapêuticos (CAMPOS, 1999).

No NASF, o AM é desempenhado por seus profissionais através de uma retaguarda assistencial especializada e de suporte técnico-pedagógico, com trocas de saberes e fazeres dos conhecimentos de campo e de núcleo<sup>12</sup>, dentro das necessidades identificadas e levantadas pela equipe de referência, a EqSF (SANTOS e BATISTON, 2013; BRASIL, 2010a). Assim, por meio da gestão conjunta dos desafios encontrados pelas equipes, sejam eles casos clínicos ou do território, EqSF e EqNASF devem fazer a tomada de decisões sobre as abordagens a serem utilizadas, visando o aumento da resolutividade das ações e a qualificação da APS.

Talvez por ser uma política pública recente, as publicações sobre o NASF, disponíveis em bases de dados, resumem-se a experiências locais no Brasil, relatando experiências pontuais e individuais em alguns municípios e/ou sobre a atuação de categorias profissionais específicas. Mundialmente, é possível encontrar relatos sobre a inserção de especialistas na APS (ZEPEDA, 2013; SANTOS *et al.*, 2014), mas não se pode afirmar que estas experiências sejam similares ao que é realizado pelo NASF no Brasil – especialmente se considerarmos as características particulares dos sistemas nacionais de saúde – ou por estas experiências serem referentes aos cuidados domiciliares de pacientes de alta complexidade, atividade não prevista pelo NASF.

Neste texto, pretendemos resgatar a trajetória histórica do NASF a partir de sua criação, por meio de documentos produzidos pelo Ministério da Saúde no período de 2008-2015, incluindo portarias, cadernos e manuais diretamente relacionados ao tema.

---

<sup>12</sup> O conceito de campo e núcleo de saberes foi proposto por Campos (2000), onde o núcleo estabelece a demarcação de um saber e prática profissional, e o saber de campo não possui limites precisos e serve de apoio entre as diferentes profissões (CAMPOS, 2000).



Nossa intenção, ao fazermos este resgate histórico, é mostrarmos como esta estratégia de apoio foi se consolidando com suas continuidades e rupturas, com suas buscas por harmonias e as desafinações que emergiram ou foram encontradas no percurso trilhado por esta política pública.

### **Roteiros e (Des)Afinações**

Existem, atualmente, seis portarias publicadas (BRASIL, 2008; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2012; BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b; BRASIL, 2013c) e vigentes referentes ao NASF, e uma portaria revogada (BRASIL, 2010b). Além destas, há também outras cinco publicações (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2010c; BRASIL, 2014; BRASIL, 2013d; BRASIL, 2015b) oficiais do Ministério da Saúde com orientações sobre as práticas das ações para gestores e profissionais das EqNASF, que tomaremos aqui como roteiros que almejam dirigir o “NASF”. É interessante observarmos a trajetória dessa estratégia de apoio às EqSF, através das portarias existentes, considerando também as modificações que ocorreram ao longo do tempo, que aqui chamamos de (des)afinações, pois não pretendemos fazer apontamentos na busca de uma harmonia perfeita, mas apresentar as modificações legais que ocorreram na história do NASF.

O documento inicial é a Portaria nº 154/2008, que cria o NASF, com o objetivo de ampliar a oferta e serviços das ações na APS, a resolubilidade e prestar apoio à ESF (BRASIL, 2008). Nessa Portaria, foi preconizada a composição das equipes por profissionais de diferentes categorias e áreas de conhecimento, podendo ser classificadas entre duas modalidades: NASF 1 e NASF 2. O que caracterizava a diferenciação entre estas modalidades era a carga horária de trabalho, o número de profissionais vinculados à EqNASF, o número de EqSF vinculadas ao NASF, e o valor de repasse financeiro. Nela, estava prevista a possibilidade de composição com treze categorias profissionais: Médico Acupunturista, Assistente Social, Professor de Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Ginecologista, Médico Homeopata, Nutricionista, Médico Pediatra, Psicólogo, Médico Psiquiatra e Terapeuta Ocupacional (BRASIL, 2008).

No entanto, a criação do NASF não é o marco da inserção de categorias profissionais à APS, para além das profissões previstas na EqSF. A reivindicação da



atuação de outras categorias na APS já ocorria anteriormente, motivada pela preocupação com a atenção integral e também em função dos interesses corporativistas (CASTRO e MACHADO, 2012). O NASF, então, favoreceu a ampliação de diferentes profissionais na APS, inclusive, por meio do financiamento previsto na Portaria, oriundo de repasse federal.

Posteriormente, o NASF foi retomado na PNAB, publicada no ano de 2011, pela Portaria 2.488 (BRASIL, 2011a). Na Política é reforçado o modelo de gestão de trabalho pelo AM, e também possibilita que a EqNASF vincule-se às Academias da Saúde e Equipes de Atenção Básica para Populações Específicas, como o Consultório na Rua e Equipes Ribeirinhas e Fluviais, e a atuação em outras redes, como no Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Outra modificação apresentada na PNAB refere-se à redução do número de EqSF que cada EqNASF pode apoiar, reduzindo a vinculação máxima de vinte para quinze EqSF para o NASF 1 (BRASIL, 2011a).

No ano de 2012, através da Portaria 3.124, foi criada a modalidade 3 do NASF (BRASIL, 2012). Essa modalidade passa a permitir a presença do NASF em municípios de pequeno porte, pois vincula a equipe a apenas uma ou duas EqSF. A vinculação das EqNASF 1 e 2 também foi reduzida, permitindo ao NASF 1 apoiar entre cinco e nove EqSF, e o NASF 2, três ou quatro EqSF.

Cabe ressaltar que o NASF 3 já havia sido criado no ano de 2010, pela Portaria nº 2.843 (BRASIL, 2010b), que foi revogada na íntegra pela PNAB (BRASIL, 2011a). À época, o NASF 3 era direcionado para ações de atenção integral à saúde mental, prioritariamente para usuários de crack, álcool e outras drogas. A publicação dessa Portaria fazia parte de uma série de documentos e editais, lançados pelo Ministério da Saúde, nos meses de setembro e outubro de 2010, que priorizavam a atenção integral para os usuários de crack, álcool e outras drogas baseados no cenário epidemiológico do país (CONASEMS, 2015).

Em 2013, a Portaria nº 256 incluiu o profissional sanitário e o profissional licenciado ou bacharel de educação física na composição das EqNASF (BRASIL, 2013a). Também estabeleceu o cadastramento das EqNASF no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e a inclusão do Serviço de Apoio à Saúde da Família na Tabela de Serviços Especializados (BRASIL, 2013a). O cadastro do NASF no SCNES e a manutenção dos dados atualizados são funções necessárias para que haja o repasse de recursos de implantação e custeio da EqNASF nos municípios.



No mesmo ano, ainda, foram publicadas outras duas portarias: Portaria nº 548, que definiu os valores de repasse mensal pelo Piso da Atenção Básica Variável, que especificou a distribuição da seguinte forma: NASF 1 – R\$ 20.000,00, NASF 2 – R\$ 12.000,00, e NASF 3 – R\$ 8.000,00 (BRASIL, 2013b); e a Portaria nº 562, que definiu o valor do incentivo financeiro do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para cada modalidade de NASF, sendo NASF 1 – R\$ 5.000,00, NASF 2 – 3.000,00, e NASF 3 – R\$ 2.000,00 (BRASIL, 2013c).

Estes documentos que orientam o NASF e suas ações, publicados entre os anos de 2008 e 2013, nos dizem, numa leitura breve, que modificações foram necessárias na medida em que houve uma expansão do NASF em todo país. Se considerarmos, por exemplo, a redução do número de EqSF vinculadas a cada EqNASF, a ampliação de categorias profissionais inseridas na EqNASF ou ainda a criação de uma nova modalidade que permitiu a inclusão do NASF em municípios pequenos, identificamos que, ao longo do tempo, foram necessários movimentos harmônicos, mas também algumas (des)afinações. Assim, para facilitar a compreensão das informações acima, considerando as várias alterações ocorridas nas EqNASF, apresentamos o formato atual no Quadro 1.

**Quadro 1:** Vinculação do NASF às Equipes de Saúde da Família e sua composição profissional.

<b>Modalidade EqNASF</b>	<b>Vinculação à EqSF e carga horária de trabalho</b>	<b>Profissionais que podem compor a equipe (comum a todas as modalidades)</b>
<b>NASF 1</b>	Um NASF para 5 até 9 EqSF, com somatório de carga horária dos profissionais mínima de 200h/semanais R\$ 20.000,00	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Médico Psiquiatra</li> <li>▪ Médico Geriatra</li> <li>▪ Médico Internista</li> <li>▪ Ginecologista/Obstetra</li> <li>▪ Médico Pediatra</li> <li>▪ Médico Homeopata</li> <li>▪ Médico Acupunturista</li> </ul>
<b>NASF 2</b>	Um NASF para 3 a 4 EqSF, com somatório de carga horária dos profissionais mínima de 120h/semanais R\$ 12.000,00	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Médico do Trabalho</li> <li>▪ Médico Veterinário</li> <li>▪ Sanitarista</li> <li>▪ Fisioterapeuta</li> <li>▪ Terapeuta Ocupacional</li> <li>▪ Fonoaudiólogo</li> <li>▪ Psicólogo</li> <li>▪ Nutricionista</li> </ul>
<b>NASF 3</b>	Um NASF para 1 a 2 EqSF, com somatório de carga horária dos profissionais mínima de 80h/semanais. R\$ 8.000,00	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assistente Social</li> <li>▪ Farmacêutico</li> <li>▪ Arte-Educador</li> <li>▪ Profissional de Educação Física</li> </ul>

**Fonte:** elaboração própria das autoras (2016).





Além dos documentos já citados, há também outras cinco publicações do Ministério da Saúde direcionadas especificamente para o NASF, sendo dois Cadernos de Atenção Básica (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2014), um Manual (BRASIL, 2010c), um material de autoavaliação (BRASIL, 2013d) e um Boletim Informativo (BRASIL, 2015b).

Duas publicações foram apresentadas no ano de 2010. A primeira – Caderno de Atenção Básica (CAB) nº 27<sup>13</sup> – aborda as Diretrizes do NASF e traz orientações para as ações da equipe (BRASIL, 2010a). Esse Caderno é considerado uma importante publicação por ser o primeiro texto institucional, após a Portaria de criação, específico sobre o NASF. Nesse CAB foram apresentadas orientações para as práticas que eram voltadas, prioritariamente, às políticas existentes, e também propostas as cinco ferramentas tecnológicas<sup>14</sup> para auxiliar na organização e no desenvolvimento do processo de trabalho do NASF: a Pactuação do Apoio, a Clínica Ampliada, o Apoio Matricial, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Projeto de Saúde no Território (Quadro 2). Durante quatro anos, este CAB foi o único instrumento teórico para orientar as práticas dos profissionais do NASF.

Outra publicação do ano de 2010 é o Manual sobre o “Projeto de Oficina de Qualificação do NASF: intensificando as ações de redução da mortalidade infantil” (BRASIL, 2010c). Esta publicação foi apresentada em resposta a uma das prioridades do Ministério da Saúde naquele ano: reduzir a mortalidade infantil na região Nordeste e na Amazônia Legal, e também um reconhecimento do Departamento de Atenção Básica (DAB) sobre a necessidade de um método formativo para qualificação das EqNASF (BRASIL, 2010c). O Manual propôs a realização de oficinas estaduais para discutir o processo de trabalho das EqNASF, capacitar para a redução da mortalidade infantil, e ocorreu em alguns estados, como Ceará e Mato Grosso (ESP-CE, 2015; MATO GROSSO, 2015).

---

<sup>13</sup> Os CABs constituem uma ação didático-pedagógica com orientações sobre o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, diante de temáticas específicas. A pretensão é que estas publicações sejam disponibilizadas aos trabalhadores e gestores no formato impresso, porém elas também estão disponíveis na Biblioteca Virtual do Portal da Saúde, no *site* do Departamento de Atenção Básica, de livre acesso a todos interessados<sup>24</sup> (BRASIL, 2016).

<sup>14</sup> Nomenclatura utilizada no CAB nº 27 para designar as estratégias utilizadas pela EqNASF para organizar e desenvolver o processo de trabalho (BRASIL, 2010a).





Posteriormente, em 2013, foi publicado o documento intitulado “Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica” direcionado especificamente para o NASF, o AMAQ-NASF (BRASIL, 2013d). A formulação de um instrumento de autoavaliação específico para as EqNASF surgiu com a intenção de fortalecer o PMAQ, supondo a melhoria e garantia da qualidade da APS, como uma das prioridades do Ministério da Saúde. O AMAQ-NASF é a ferramenta recomendada para a autoavaliação, por conter um conjunto de padrões de qualidade dos processos de trabalho e das ações do NASF (BRASIL, 2013d). Sua estrutura aponta para a necessidade da avaliação dos âmbitos da gestão e da organização do processo de trabalho e da atenção integral à saúde, e foi elaborado, conforme o próprio AMAQ-NASF menciona, com base nas orientações/definições disponíveis no CAB nº 27, na PNAB, e no CAB nº 39, que naquele período ainda se encontrava em elaboração e não havia sido publicado (BRASIL, 2013d).

A publicação mais recente para orientação das práticas das EqNASF é o CAB nº 39, intitulado “Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para gestão e para o trabalho cotidiano” (BRASIL, 2014). Neste CAB, podemos identificar algumas modificações em relação ao CAB nº 27, como a linguagem utilizada de forma mais coloquial, a apresentação de casos possíveis de acontecer no território, entre outras. Em consonância com o apresentado no CAB nº 27, o CAB nº 39 é uma tentativa de pensar o cotidiano do trabalho, e apresenta algumas estratégias que podem ser utilizadas no território da Atenção Básica, com sugestões e possibilidades para a atuação dos profissionais (BRASIL, 2014). Nesse Caderno foram apresentadas outras ferramentas tecnológicas, como a formação de Grupos, formulação de Genograma, Ecomapas, realização de Atendimento Domiciliar Compartilhado e Atendimento Compartilhado (ver Quadro 2).



CAB nº 27		CAB nº 39	
<b>Apoio Matricial</b>	<p>Suporte assistencial</p> <p>Suporte técnico-pedagógico</p>	<b>Grupos</b>	Práticas de cuidado em grupo com função de educação em saúde, empoderamento e responsabilização
<b>Pactuação de Apoio</b>	<p>Avaliação do território</p> <p>Pactuação do processo de trabalho e metas</p>	<b>Genograma</b>	Organização de dados referentes à família e seus processos relacionais
<b>Clínica Ampliada</b>	<p>Compreensão ampliada do processo saúde-doença,</p> <p>construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas e</p> <p>suporte para profissionais de saúde</p>	<b>Ecomapa</b>	Mapeamento de redes, apoios sociais e ligações da família com a comunidade.
<b>PTS</b>	Proposta de condutas e terapêuticas articuladas, para sujeito individual ou coletivo, em equipe	<b>Atendimento Domiciliar Compartilhado</b>	Ampliação do campo de prática, como um recurso diagnóstico e terapêutico.
<b>PST</b>	Proposta de ações efetivas na produção da saúde em um território-	<b>Atendimento Compartilhado</b>	Atendimento de paciente ou família entre a EqSF e eNASF.

Fonte: elaboração própria das autoras (2016).

Por fim, em 2015, foi publicado o Boletim do NASF, um informativo que apresenta um panorama nacional do NASF, alguns dados do PMAQ (2º ciclo), informações das EqNASF no e-SUS AB<sup>15</sup>, notícias e novidades (BRASIL, 2015b). Uma informação apresentada nesta edição (única) do Boletim é o resultado de um questionário aplicado às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) a respeito do NASF. Alguns resultados exibem as dificuldades percebidas pelas SES, como o desconhecimento ou o não

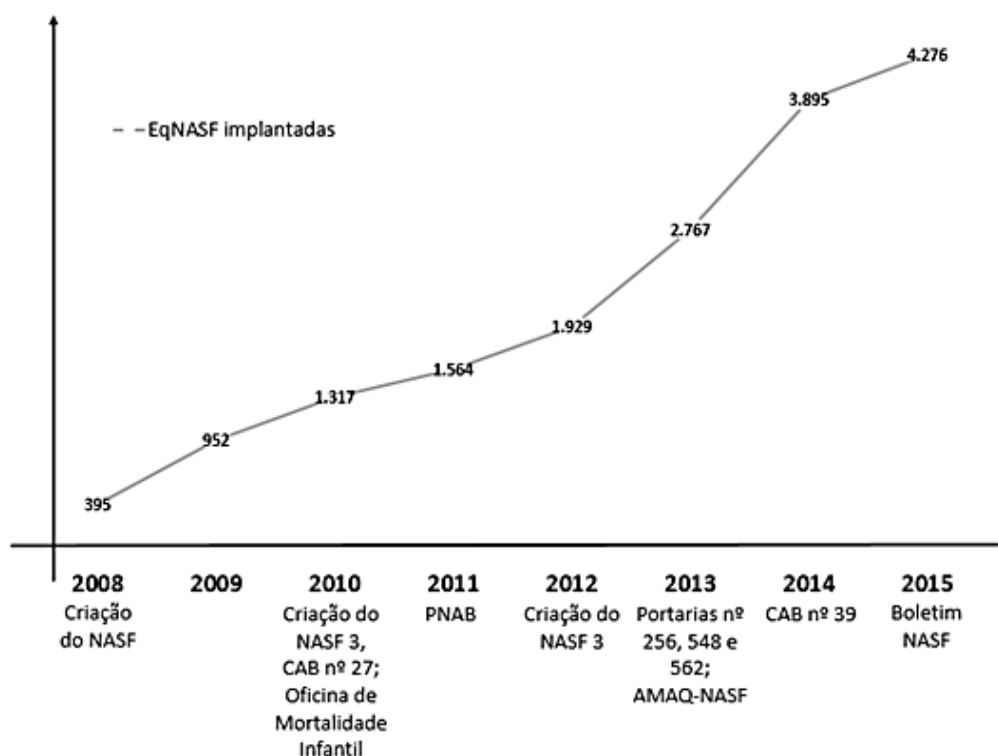
<sup>15</sup> e-SUS AB é uma ferramenta do Ministério da Saúde para reestruturar as informações da APS brasileira, através de um sistema eletrônico de informatização do SUS (BRASIL, 2016a).



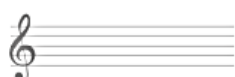
cumprimento dos objetivos e diretrizes do NASF pelos gestores municipais (61,54%), pelos trabalhadores das EqSF e da própria EqNASF (50%). Estes dados reforçam a necessidade de capacitação e fomento para participação em seminários, oficinas e cursos. O Boletim também anunciou o “I Encontro Nacional de Equipes do NASF” e a “2ª Edição do Curso NASF”, ambos com realização prevista para o ano de 2016, que poderão vir ao encontro das necessidades identificadas pelas SES (BRASIL, 2015b).

Uma importante consideração para entendermos o NASF como estratégia de apoio, mesmo sendo, em sentido temporal, algo recente, e diante das sucessivas transformações legais, teve uma expansão considerável (982,53%), durante os sete anos de existência (Gráfico 1). Além do aspecto numérico de equipes – 4.276 no ano de 2015, falamos também da inserção de dezenove categorias profissionais na Atenção Básica e das múltiplas possibilidades de atuação por meio do Apoio Matricial aos demais trabalhadores da APS e aos usuários.

Gráfico 1: Expansão das EqNASF implantadas e marcos legais no período 2008-2015.



Fonte: elaboração própria das autoras (2016).



Apesar de todo este crescimento e das potencialidades que esta política de apoio representa, uma das características identificadas nos documentos analisados refere-se ao modelo de gestão de trabalho proposto para NASF. Os documentos do Ministério da Saúde apontam para a estratégia de atuação do NASF através do AM, especificamente, porém, diante do leque de possibilidades da dinâmica do NASF, podemos constatar que o AM é apenas uma, dentre tantas possibilidades de apoio existentes. Alguns autores já apontam para outras formas de apoio, tais como: o apoio à gestão, o apoio institucional, o apoio gerencial-administrativo, o apoio político-institucional, o apoio técnico-pedagógico, o apoio técnico assistencial e o apoio político-comunitário (MOURA e LUZIO, 2014; SAMPAIO *et al.*, 2012; SAMPAIO *et al.*, 2013), o que, de certa forma, pode indicar uma limitação das publicações oficiais à definição das práticas e da atuação do NASF rotineiramente.

### **(Em)Cerrando sem fechar as cortinas**

Conhecer a história e trajetória do NASF, a partir dos marcos legais analisados, é relevante para compreendermos as modificações que ocorreram e as possibilidades de propostas que certamente surgirão, ainda mais se considerarmos a expansão em relação ao número de equipes ao longo de sete anos em todo território nacional. Podemos verificar que o NASF surgiu no cenário brasileiro como uma estratégia para consolidação da ESF e da APS e, desde sua criação, vem passando por transformações, reformulações e adaptações com vistas ao alcance dos objetivos propostos.

Certamente é necessário ampliar as pesquisas referentes ao NASF, incluindo a expansão da concepção de apoio que é desenvolvido pelas EqNASF em seus cenários de trabalho. Além disso, é imprescindível o desenvolvimento de estudos que abordem as práticas e as produções no cotidiano dos serviços, com a articulação dos documentos oficiais, das atuações *in loco* e das experiências dos profissionais.



## Referências

- BRASIL. **Departamento de Atenção Básica**. Biblioteca. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php>>. Acesso em: 12 fev. 2016.
- BRASIL. **Departamento de Atenção Básica**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/>>. Acesso em: 2 dez. 2015a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica / AMAQ-NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Boletim 01 Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Outubro de 2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Oficina de Qualificação do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a Passo das Ações do Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.
- BRASIL. Portaria nº 154, de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html)>. Acesso em: 13 ago. 2014.
- BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011a. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 5 jan. 2015.
- BRASIL. Portaria nº 2.843, de 20 de setembro de 2010b. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF 3 com prioridade para atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas**. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2843\\_20\\_09\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2843_20_09_2010.html)>. Acesso em: 15 ago. 2015.
- BRASIL. Portaria nº 256, de março de 2013a. **Estabelece novas regras para o cadastramento das equipes que farão partes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0256\\_11\\_03\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0256_11_03_2013.html)>. Acesso em: 13 ago. 2014.
- BRASIL. Portaria nº 3.124, de dezembro de 2012. **Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124\\_28\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html)>. Acesso em: 13 ago. 2014.
- BRASIL. Portaria nº 548, de abril de 2013b. **Define o valor de financiamento para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidade 1, 2 e 3**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0548\\_04\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0548_04_04_2013.html)>. Acesso em: 13 ago. 2014.



BRASIL. Portaria nº 562, de abril de 2013c. **Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0562\\_04\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0562_04_04_2013.html)>. Acesso em: 13 ago. 2014.

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol.4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, G.W.S. Saúde Pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CASTRO, ALB.; FAUSTO, M.C.R. A Política Brasileira de Atenção Primária à Saúde. In: MACHADO, C.V.; BAPTISTA, T.W.F.; LIMA, L.D. (Orgs.). **Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. p. 173-96.

CASTRO, A.L.B.; MACHADO, C.V. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. **Physis Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 22, n. 2, p. 477-506, 2012.

CONASEMS. **Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde** [internet]. Portal CONASEMS. 2010 Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/index.php/comunicacao/ultimas-noticias/82-ms-lanca-portarias-que-priorizam-o-enfretamento-ao-crack-e-outras-drogas>>. Acesso em: 21 nov. 2015.

ESP-CE. **Escola de Saúde Pública do Ceará**. Notícias. Disponível em: <[http://www.esp.ce.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1048:oficinas-preparam-nasf-para-reducao-da-mortalidade-infantil](http://www.esp.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1048:oficinas-preparam-nasf-para-reducao-da-mortalidade-infantil)>. Acesso em: 24 mar. 2016.

MATO GROSSO. **Governo do Estado de Mato Grosso**. Notícia. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/noticia/2787>>. Acesso em: 24 mar. 2016.

MELO, R.J. **Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica à Saúde: os discursos ideopolíticos do Ministério da Saúde**. 2009. Dissertação (Mestrado em Política Social). Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.

MOURA, R.H.; LUZIO, C.A. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. **Interface**, v. 18, supl. 1, p. 957-970, Botucatu, 2014.

SAMPAIO, J.; MARTINIANO, C.S.; ROCHA, A.M.O.; SOUZA NETO, A.A.; SOBRINHO, G.D.O.; MARCOLINO, E.C.; MAGALHÃES, F.C.; SOUZA, F.F. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Refletindo sobre as acepções emergentes da prática. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.17, n.1, p.47-54, 2013.

SAMPAIO, J.; SOUSA, C.S.M.; MARCOLINO, E.C.; MAGALHÃES, F.C.; SOUZA, F.F.; ROCHA, A.M.O.; SOUZA NETO, A.A.; SOBRINHO, G.D.O. O NASF como dispositivo da Gestão: Limites e Possibilidades. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 3, p. 317-324, 2012.

SANTOS, M.L.M.; MEDEIROS, A.A.; BATISTON, A.P.; PONTES, E.R.J.C.; FERRARI, F.P.; FERNANDES, J.; RIOS, T.A; MUZILI, N.A. Competências e atribuições do fisioterapeuta na Atenção Primária à Saúde. **Fisioterapia Brasil**, vol.15, n. 1, p.69-76, jan-fev, 2014

SANTOS, M.L.M.; BATISTON, A.P. O Sistema Único de Saúde e suas Bases Legais. **Capacitação de Profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do Mato Grosso do Sul: Módulo 1**. Campo Grande: Fiocruz Mato Grosso do Sul/UFMS, 2013.

ZEPEDA, J.E.S. **Construção de modelo de avaliação da integração dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na Atenção Primária**. 2013. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.



## 5.2 Ferramentas fora da caixa: o cotidiano das práticas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Brasil

Após conhecer a história do NASF, exibo, a seguir, numa descrição quantitativa, quais têm sido as apresentações dos profissionais no dia-a-dia, e como elas têm seguido as propostas das partituras. Tendo como base as ferramentas tecnológicas do NASF foi possível identificar quais notas têm sido mais tocadas, e quais sequer podem ser ouvidas nas práticas cotidianas das EqNASF. A intenção, além de responder o objetivo central desta dissertação – de identificar a relação entre teoria e prática – é também o de conhecer quem são os autores dos relatos de experiência da CdP e quais práticas tem permeado suas realidades.

Os documentos que compuseram esse artigo foram as publicações oficiais do Ministério da Saúde, em especial os CABs, por serem os textos que contém orientações específicas para as atividades a serem desempenhadas pelos trabalhadores do NASF, e os relatos de experiência da CdP.



## **Ferramentas fora da caixa: cotidiano das práticas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Brasil**

*Tools outside the toolbox: the day by day of the Support Center for Family Health practices in Brazil*

**Resumo:** Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados em 2008, com objetivo de fortalecer a Atenção Básica (AB) e ampliar as possibilidades neste nível de atenção. Para orientar as práticas dos profissionais que compõem as Equipes NASF (EqNASF), dois Cadernos de Atenção Básica (CAB) foram publicados, indicando ferramentas tecnológicas à serem utilizadas. Uma forma de conhecer as vivências das EqNASF é a Comunidade de Práticas (CdP), que possui diversos relatos de experiência sobre AB. Neste estudo, propomos a identificação das ferramentas tecnológicas utilizadas pelos profissionais do NASF através dos relatos de experiência disponíveis na CdP, articulando com as proposições de atuação previstas nos CABs. Os relatos de experiência denotam que as práticas das EqNASF, em sua maioria (43,4%), não utilizam as ferramentas tecnológicas indicadas pelo Ministério da Saúde, seguido pela realização de grupos (37,3%). No entanto, as práticas do NASF apontam para um movimento criativo, com novas possibilidades, conhecimentos e ação que emergem das dinâmicas do território, em diferentes regiões brasileiras.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

**Abstract:** The Support Centers for Family Health (NASF) we created in 2008, in order to strengthen the primary health care (PHC) and expand the possibilities at this level of attention. To guide the practices of professionals who make up NASF teams (EqNASF), two Primary Care books (CAB) were published, indicating technological tools to be used. One way to know the experiences of EqNASF is the Community of Practice (CdP), which has several experience reports about PHC. In this study, we propose to identify the technological tools used by NASF professionals through experience reports available to CdP, coordinating with the performance of proposals set out in CABs. The experience reports denote that the practices of EqNASF, most (43.4%) do not use the technological tools specified by the Ministry of Health, followed by the realization of groups (37.3%). However, NASF practices point to a creative movement, with new possibilities, knowledge and action that suit the dynamics of the territory in different Brazilian regions.

**Keywords:** Primary Health Care; Family Health Strategy; Support Center for Family Health.





## A caixa e as ferramentas

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados em 2008, como uma proposta para o enfrentamento à alguns desafios, como fortalecer a Atenção Básica (AB) como porta de entrada ao sistema de saúde, e ampliar as possibilidades e os serviços ofertados neste nível de atenção (Castro e Machado, 2012). Desta forma, o NASF surge com o objetivo de apoiar as Equipes de Saúde da Família (EqSF), através da expansão e qualificação das ações, reforçando as práticas da AB no Brasil (Brasil, 2008).

Para propiciar o aumento de possibilidades no escopo das ações da AB, o NASF é formado por uma equipe multiprofissional, composta por categorias profissionais diferentes daquelas quem compõem a equipe mínima para EqSF, como médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, agente comunitários de saúde, cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal (Brasil, 2008; Brasil, 2011). A atuação das equipes do NASF (EqNASF) deve ocorrer em parceria, articulada e colaborativa com as EqSF (Brasil 2008; Brasil 2010), e é baseada no conceito de Apoio Matricial (AM), que pressupõe a responsabilidade compartilhada entre os diferentes profissionais na elaboração de projetos terapêuticos, e a valorização dos diferentes saberes de cada profissão, possibilitando uma oferta de serviços mais específico e especializado (Campos, 1999; Brasil, 2010).

Como *apoiadores*, os profissionais da EqNASF não são, prioritariamente, os que possuem uma relação direta com os usuários da AB, mas são uma referência para a EqSF. Na prática, o AM ocorre através de uma retaguarda assistencial especializada e de suporte técnico-pedagógico, com trocas de saberes e fazeres dos conhecimentos de campo e de núcleo, dentro das necessidades identificadas e levantadas pela equipe de referência, a EqSF (Santos e Batiston, 2013; Brasil, 2010).

Atualmente, o NASF é classificado em três diferentes modalidades – NASF 1, NASF 2, NASF 3 – cujas diferenças se referem ao número de EqSF que cada EqNASF está vinculada, ao número de profissionais que compõe a EqNASF, e ao valor de repasse financeiro do governo federal (Brasil, 2011; Brasil 2012). Referente às categorias profissionais, a composição da equipe pode dispor de dezenove diferentes modalidades, que devem ser escolhidas de acordo com as necessidades do território. As modalidades das EqNASF e suas peculiaridades podem ser melhor visualizadas no Quadro 1.



**Quadro 1:** Vinculação do NASF às Equipes de Saúde da Família e sua composição profissional.

Modalidade	Vinculação à EqSF e carga horária de trabalho	Profissionais que podem compor a equipe (comum a todas as modalidades)
NASF 1	Um NASF para 5 até 9 EqSF, com somatório de carga horária dos profissionais mínima de 200h/semanais	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Médico Psiquiatra</li> <li>▪ Médico Geriatra</li> <li>▪ Médico Internista</li> <li>▪ Ginecologista/Obstetra</li> <li>▪ Médico Pediatra</li> <li>▪ Médico Homeopata</li> <li>▪ Médico Acupunturista</li> <li>▪ Médico do Trabalho</li> <li>▪ Médico Veterinário</li> <li>▪ Sanitarista</li> <li>▪ Fisioterapeuta</li> <li>▪ Terapeuta Ocupacional</li> <li>▪ Fonoaudiólogo</li> <li>▪ Psicólogo</li> <li>▪ Nutricionista</li> <li>▪ Assistente Social</li> <li>▪ Farmacêutico</li> <li>▪ Arte-Educador</li> <li>▪ Profissional de Educação Física</li> </ul>
NASF 2	Um NASF para 3 a 4 EqSF, com somatório de carga horária dos profissionais mínima de 120h/semanais	
NASF 3	Um NASF para 1 a 2 EqSF, com somatório de carga horária dos profissionais mínima de 80h/semanais.	

Fonte: elaboração própria das autoras (2016)

Para fundamentar as diretrizes e orientar as ações dos profissionais do NASF, foram publicados dois Cadernos de Atenção Básica (CAB), em 2010 e 2014, respectivamente (Brasil, 2010; Brasil, 2014). Os CABs são um recurso didático-pedagógico para orientar profissionais da Atenção Básica para ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, com a pretensão de ser disponibilizado aos gestores e trabalhadores em versão impressa, e que estão disponíveis *online* na Biblioteca Virtual do Portal da Saúde, de acesso público e livre a todos interessados (Brasil, 2016). Em nosso estudo, utilizaremos os CABs, sobretudo, por se tratar das duas publicações governamentais que especificam atividades que podem ser desenvolvidas pelos profissionais do NASF.

O CAB nº 27 aborda as Diretrizes do NASF e é um referencial teórico para direcionar e orientar as práticas da EqNASF (Brasil, 2010). Nesta publicação foram evidenciadas possibilidades de atuação na saúde mental, saúde integral ao idoso, à



mulher, e à criança e adolescente, alimentação e nutrição, assistência farmacêutica, participação social, práticas integrativas e complementares, práticas corporais e atividade física. Uma informação fundamental foi a apresentação das cinco ferramentas tecnológicas<sup>16</sup> para auxiliar na organização e no processo de trabalho do NASF, a saber, a Pactuação do Apoio, a Clínica Ampliada, o Apoio Matricial, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Projeto de Saúde no Território. Estas cinco ferramentas são apresentadas detalhadamente, com uma espécie de passo-a-passo para execução, e com a fundamentação teórica de cada uma delas (Brasil, 2010) (ver Quadro 2).

No Caderno mais recente, o CAB nº 39, intitulado “Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para gestão e para o trabalho cotidiano”, há uma intenção de apresentar e esclarecer a operacionalização do NASF, descrevendo novamente as diretrizes, o processo de implantação, as possibilidades de atuação em rede e a necessidade de avaliar as atividades desenvolvidas (Brasil, 2014). Nessa publicação, novas ferramentas são mencionadas, visando a prática do AM pelo NASF, como o trabalho com grupos, o PTS, o genograma, o ecomapa, o atendimento domiciliar compartilhado e o atendimento compartilhado (Quadro 2). É importante apontar que, em 2010, data da publicação do CAB nº 27, o NASF tinha apenas dois anos de criação, e este manual técnico foi o único embasamento das práticas até 2014, ano em que foi publicado o CAB nº 39, que trouxe novas sugestões e estratégias para as ações dos profissionais.

Existem outras publicações exclusivas para o NASF, como o Manual sobre o “Projeto de Oficina de Qualificação do NASF: intensificando as ações de redução da mortalidade infantil” (Brasil, 2010b), o documento de “Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica direcionado especificamente para o NASF” – AMAQ-NASF (Brasil, 2013), e o “Boletim do NASF” (Brasil, 2015a), porém nenhum deles tem intenção específica de capacitar e orientar para a atuação das EqNASF para as práticas do cotidiano, e por não serem o objetivo deste trabalho, não serão detalhados aqui.

---

<sup>16</sup> Nomenclatura utilizada no CAB nº 29 acerca das possíveis estratégias de trabalho a serem desenvolvidas pelas EqNASF.



**Quadro 2:** Ferramentas Tecnológicas propostas para o NASF.

	<b>Ferramenta Tecnológica</b>	<b>Atividade Desenvolvida</b>
<b>CAB n° 27</b>	<b>Apoio Matricial</b>	Suporte assistencial e Suporte técnico pedagógico.
	<b>Pactuação de Apoio</b>	Avaliação do território, pactuação do processo de trabalho e definição de metas.
	<b>Clínica Ampliada</b>	Compreensão ampliada do processo saúde-doença, construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas, e suporte para profissionais de saúde.
	<b>Projeto Terapêutico Singular</b>	Proposta em equipe de condutas e terapêuticas articuladas, para sujeito individual ou coletivo.
	<b>Projeto Saúde no Território</b>	Proposta de ações efetivas na produção da saúde em um território
<b>CAB n° 39</b>	<b>Grupos</b>	Práticas de cuidado em grupo com função de educação em saúde, empoderamento e corresponsabilização.
	<b>Genograma</b>	Organização de dados referentes à família e os seus processos relacionais.
	<b>Ecomapa</b>	Mapeamento de redes, apoios sociais e ligações da família com a comunidade.
	<b>Atendimento Domiciliar Compartilhado</b>	Ampliação do campo de prática, como um recurso diagnóstico e terapêutico.
	<b>Atendimento Compartilhado</b>	Atendimento de paciente ou família entre a EqSF e EqNASF.

Fonte: Sistematização das autoras (2016)

A necessidade de estudos de âmbito nacional sobre as experiências do NASF é importante, se considerarmos que, até o momento, não há uma quantidade expressiva de publicações sobre o tema. Os estudos identificados em bases de dados, referem-se, resumidamente, a experiências específicas como a inserção do NASF em alguns municípios (Andrade *et al.*, 2012; Sampaio *et al.*, 2013), a atuação de algumas categorias profissionais (Bonfim *et al.*, 2012; Souza, *et al.*, 2013; Lancman e Barros, 2011), e sobre qualidade de vida dos profissionais que trabalham no NASF (Leite; Nascimento; Oliveira, 2014). Alguns estudos mais amplos e não restritos às experiências municipais, pretendem



esclarecer o papel do NASF (Lima, 2013; Nascimento e Oliveira, 2010), sobre o NASF e Apoio Matricial (Pasquim e Arruda, 2013).

Ainda com ênfase nas práticas e ações prestadas no âmbito da AB, temos a Comunidade de Práticas (CdP), um *site* do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, criado em 2013. Este *site* reúne trabalhadores, gestores e interessados no SUS em um ambiente virtual, através de uma plataforma online, disponível para encontros, troca de informações, experiências do cotidiano do trabalho e aprendizado mútuo. Tem aproximadamente trinta mil pessoas cadastradas, e dispõe de ambientes virtuais diversificados com cursos, relatos de experiência e comunidades para debate de temas específicos (Brasil, 2015b). A CdP mantém estes relatos de experiência públicos, e permite que novos relatos sejam acrescentados livremente, disponibilizando o acesso para usuários cadastrados e não cadastrados na plataforma, e permitindo conhecer as atividades que são desenvolvidas na AB, incluindo as experiências sobre o NASF.

Compreendemos que é relevante conhecer as ações desenvolvidas e ampliar o entendimento sobre as práticas dos profissionais do NASF, especialmente, se considerarmos a expansão dessa estratégia desde sua criação, e que em abril de 2016 já haviam 4.341 EqNASF implantadas em todo Brasil. Neste sentido, pretendemos analisar quais ferramentas tecnológicas previstas nos CABs tem sido utilizadas pelas EqNASF, a partir dos Relatos de Experiência disponíveis na CdP, o que nos permite abarcar as atuações em todo território nacional.

## **A operacionalização**

Para realização deste trabalho, foi utilizado como referencial metodológico a técnica documental que, segundo Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009), tem como base a utilização de documentos que ainda não receberam nenhum tratamento científico. Assim, utilizamos os Cadernos de Atenção Básica nº 27 e nº 39, e os Relatos de Experiência disponíveis no *site* da Comunidade de Práticas do Departamento de Atenção Básica. Os relatos foram localizados através da ferramenta de busca, utilizando o termo “NASF”,



que resultou em todos os relatos que incluíam a palavra NASF no título e/ou no corpo do texto.

Após a localização dos relatos, para filtrar os dados, foi realizada leitura criteriosa e selecionados os relatos inseridos entre 2013 e 30 de abril de 2015; cujo texto fosse escrito por trabalhadores do NASF; e explanassem ações desenvolvidas por eles no cotidiano do trabalho. Foram excluídos relatos incompletos, ou seja, os que se limitavam a apenas um parágrafo de texto e/ou não possibilitasse compreender, em profundidade, a experiência descrita.

Posteriormente, os relatos foram submetidos a uma análise quantitativa descritiva, detalhando acerca das regiões brasileiras de origem, as ferramentas tecnológicas do NASF utilizadas e descritas no texto, e os eixos temáticos que os autores classificaram suas experiências ao submeter o texto no *site*.

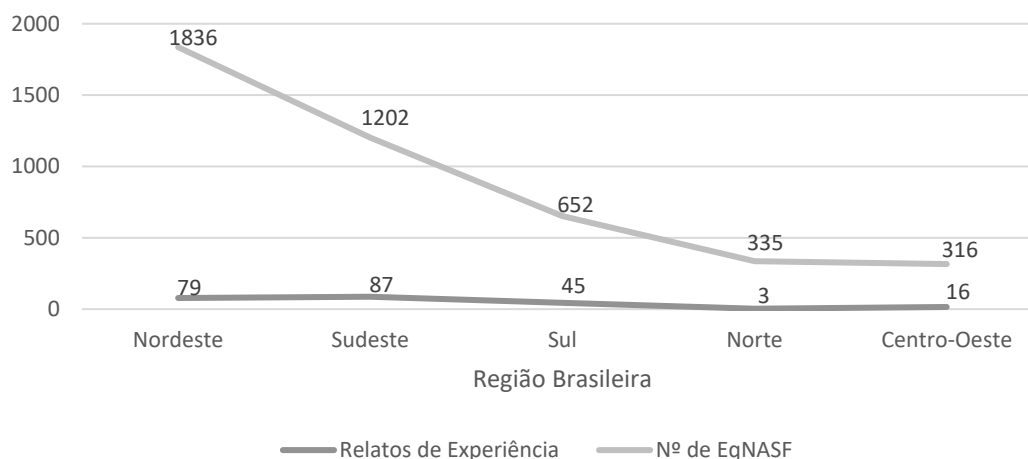
### **As ferramentas e as práticas cotidianas**

As atividades desenvolvidas pelas EqNASF são a estratégia para fortalecer a AB e ampliar os serviços e a resolubilidade neste nível de complexidade. Buscando identificar quais são as práticas divulgadas através da CdP, é possível visualizar o que tem sido realizado em todo Brasil, pelos profissionais do NASF em diferentes regiões.

Inicialmente, foram localizados 361 relatos com o termo “NASF”, porém, após a aplicação dos filtros, restaram 230 textos, que foram analisados neste trabalho e possuem representação de todas as regiões brasileiras. Caracterizamos no Gráfico 1 as regiões brasileiras de autoria dos relatos de experiência e o número de EqNASF implantadas até abril de 2016. A maior quantidade de relatos publicados é de profissionais da região Sudeste (37,8%) e região Nordeste (34,3%), que são também as regiões com maior número de EqNASF. Em seguida apresentam-se as regiões Sul (19,5%), Centro-Oeste (6,9%) e Norte (1,3%), com menor número de relatos e também de EqNASF implantadas (Gráfico 1).



**Gráfico 1:** Relatos de experiência e nº de equipes NASF



Com base no referencial teórico sobre NASF, é sabido que as ferramentas tecnológicas preconizadas pelo Ministério da Saúde e explicitadas nos CABs são consideradas as orientadoras para as práticas a serem desempenhadas pelas EqNASF. Identificamos, em nosso trabalho, que algumas ferramentas são mais utilizadas, como os Grupos (37,3%) e o Apoio Matricial (7,8%), enquanto outras não são citadas nos relatos, tais como a Pactuação de Apoio, o Genograma e o Ecomapa (ver Tabela 1).

Destacamos que através dos Relatos de Experiência, foi verificado que 43,4% das ações dos profissionais não se referem a nenhuma das ferramentas descritas nos documentos oficiais (Tabela 1). Nossos achados mostram que as experiências são permeadas de singularidades como rodas de conversa, fóruns, oficinas, gincanas, participação no PMAQ, stands em feiras de rua ou locais públicos na comunidade, cursos, comemorações e eventos em datas específicas, Programa Saúde na Escola, elaboração de cartilhas e boletins, atuação na Academia da Saúde, Teatro, Gestão, divulgação do NASF em redes sociais, formação de time de futebol e equipe de ciclismo, entre outras.



**Tabela 1:** Ferramentas utilizadas pelos profissionais do NASF.

<b>Ferramentas utilizadas</b>	<b>%</b>	<b>n=</b>
Outra ferramenta não descrita nos CABs	43,4	100
Grupos	37,3	86
Apoio Matricial	7,70	18
Mais de uma ferramenta	6	14
Atendimento Domiciliar Compartilhado	2,6	6
Clínica Ampliada	0,8	2
PTS	0,8	2
PST	0,4	1
Atendimento Compartilhado	0,4	1
Pactuação de Apoio	0	0
Genograma	0	0
Ecomapa	0	0

Fonte: Sistematização das autoras (2016)

A atuação do NASF mostra uma imensa potencialidade dentro das múltiplas realidades e singularidades encontradas na AB no território nacional. Oliveira e Quevedo (2016) abordam sobre a importância do cuidado integral pelos profissionais do NASF, por meio da exploração do território, das relações e da comunidade, o que, certamente, pode ocorrer de forma variada diante de cada realidade encontrada pelas EqNASF. Mesmo que os CABs preconizem e ofertem possibilidades para as práticas do NASF, fica evidente que a implantação e atuação do NASF, de fato, acontece em um trabalho vivo em ato, permitindo inventar novos processos e ou possibilidades até então não exploradas (Merhy, 2007).

Podemos dizer que o preconizado pelo Ministério da Saúde, por meio dos CABs, constitui um arcabouço de ferramentas que, muitas vezes, ficam guardadas em uma caixa. Merhy (2007) aponta que a caixa de ferramentas é constituída de trabalhos mortos, ou seja, os instrumentos e que, aqui, são como as ferramentas tecnológicas teorizadas nos CABs. As ferramentas tecnológicas podem ser inutilizadas por falta de domínio do profissional em manuseá-las, ou porque o trabalhador possui e/ou desenvolve outras ferramentas para suas práticas. Ao olhar as práticas das EqNASF, observamos que a maioria das ferramentas utilizadas pelos profissionais não são as sugeridas e descritas nos





CABs. Todavia, os profissionais estão encontrando estratégias para responder às necessidades dos territórios de maneira criativa e diferenciada.

Outro aspecto entre as proposições do Ministério da Saúde e o NASF pode ser identificado quando observamos que 53,9% dos Relatos de Experiência submetidos na CdP não classificaram suas experiências em nenhum dos eixos temáticos disponíveis (Ver Tabela 2).

**Tabela 2:** Eixos temáticos dos relatos da CdP.

<b>Eixos Temáticos</b>	<b>%</b>	<b>n=</b>
Indisponível	53,9	124
Intersetorialidade e Promoção da Saúde	30	69
Humanização no SUS	6,0	14
Redes de Atenção à Saúde e Gestão do Cuidado	5,2	12
Gestão do Trabalho e Educação Permanente	1,7	4
Monitoramento e Avaliação em Saúde	1,7	4
Práticas de Vigilância em Saúde	0,8	2
Apoio Matricial	0,4	1

Fonte: Sistematização das autoras (2016)

As resgatar os objetivos do NASF, de ampliar e fortalecer a AB, compreendemos que os Relatos de Experiência dos trabalhadores da EqNASF poderiam ser contemplados em qualquer um dos eixos previstos na CdP. Contudo, os autores optaram por não colocá-los em nenhuma categoria, o que nos leva a uma reflexão de quão pouco ou nada harmonioso é o diálogo entre o que é fundamentado teoricamente pelo Ministério da Saúde, e o que ocorre na realidade dos trabalhadores das EqNASF. Assim, é possível perceber a falta de articulação entre teorias e práticas, e que há a necessidade de identificar quais têm sido as ações realizadas pelos profissionais do NASF e como elas podem dialogar, de fato, com os documentos oficiais.

O estudo de Nascimento (2015) mostra que, justamente pelo NASF ser uma proposta recente e passar por constantes modificações, permite uma pluralidade de intervenções, e estímulo à liberdade criativa e autonomia, o que proporciona prazer aos trabalhadores pertencentes à equipe. Essa dinâmica das práticas do NASF parece não



acompanhar o ritmo das publicações institucionais e gera um distanciamento entre expectativas (ferramentas) e realidade (práticas do cotidiano).

Estas práticas se assemelham ao conceito de Educação Permanente em Movimento, que enfatiza a produção de novos conhecimentos no dia-a-dia, de maneira coletiva, e, conseqüentemente, novas possibilidades de ações que influenciam o cuidado nas práticas de saúde (Merhy, 2013). Assim, podemos observar que as EqNASF têm criado e/ou utilizado ferramentas que diferem das proposições do Ministério da Saúde, ampliando, no entanto, a produção de novas possibilidades, novos conhecimentos e novas ações, que se adequam aos variados cenários existentes no Brasil.

### **Ajustar as ferramentas**

Ao identificar quais ferramentas tecnológicas tem sido utilizadas pelas EqNASF de todo Brasil, representadas pelos relatos de experiência da CdP, foi possível constatar a lacuna existente entre o que é preconizado pelo Ministério da Saúde e o que é executado pelos trabalhadores no cotidiano das práticas. No entanto, a não-utilização das ferramentas tecnológicas não significa que ações do NASF não estejam sendo realizadas no intuito de fortalecer a AB e ampliar a oferta de serviços neste âmbito.

A dinâmica dos territórios, as singularidades de cada equipe em cada região do país, as diferentes necessidades e possibilidades, entre outros, parece despertar nos profissionais das EqNASF a autonomia para utilizar ferramentas diferentes, novas, criativas e que se adequem às realidades.

Compreendemos que é necessário ampliar os estudos sobre o NASF, por se tratar de uma temática recente, com variadas possibilidades a serem pesquisadas e analisadas. Além do mais, é imprescindível olhar para além de experiências pontuais e locais para entender como tem ocorrido a implantação do NASF e quais experiências tem emergido das práticas dessa estratégia de apoio.



## Referências

ANDRADE, L.M.B.; QUANDT, F.L.; CAMPOS, D.A.; DELZIOVO, C.R.; COELHO, E.B.S.; MORETTI-PIRES, R.O. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Sau. & Transf. Soc.** Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 18-31, 2012.

BONFIM, M.R.; COSTA, J.L.R.; MONTEIRO, H.L. Ações da Educação Física na saúde coletiva brasileira: expectativas *versus* evidências. **Rev Bras Ativ Fis e Saúde.** Pelotas/RS, v. 17, n. 3, p. 167-173, 2012.

BRASIL. **Comunidade de Práticas.** Disponível em: <<https://novo.atencaobasica.org.br/>>. Acesso em: 17 mar. 2015b.

BRASIL. **Departamento de Atenção Básica.** Biblioteca. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php>>. Acesso em: 12 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica / AMAQ-NASF.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Boletim 01 Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Outubro de 2015.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Portaria nº 154, de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.** Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html)>. Acesso em: 13 ago. 2014.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica.** Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 5 jan. 2015.

BRASIL. Portaria nº 3.124, de dezembro de 2012. **Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.** Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124\\_28\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html)>. Acesso em: 13 ago. 2014.

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol.4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CASTRO, A.L.B.; MACHADO, C.V. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. **Physis Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 22, n. 2, p. 477-506, 2012.

LANCMAN, S.; BARROS, J.O. Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 3, p. 263-269, set/dez, 2011.



LEITE, D.F.; NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Qualidade de Vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 507-525, 2014.

LIMA, F.L.C. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família e alguns dos seus desafios. **Revista Saúde e Desenvolvimento**. Vol. 3, n. 2, p.118-133, jan-jun, 2013.

MERHY, E.E. **Educação Permanente em Movimento – Uma política de reconhecimento e cooperação, construindo encontros no cotidiano das práticas de saúde**. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-outras-ofertas/artigos/ep-uma-politica-de-reconhecimento-e-cooperacao-construindo-encontros-no-cotidiano-das-praticas-de-saude>>. Acesso em: 30 mar. 2016.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, Rosana (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

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

NASCIMENTO, D.D.G. **O cotidiano de trabalho no NASF: percepções de sofrimento e prazer na perspectiva da psicodinâmica do trabalho**. 2015. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo.

OLIVEIRA, F.R.; QUEVEDO, M.P. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a construção das Redes de Atenção à Saúde. In: SANTOS, M.L.; KODJAOGLANIAN, V.L.; FERRARI, F.P. (Orgs.). **O NASF em cena: tecnologias e ferramentas de trabalho no cotidiano das equipes**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016.

PASQUIM, H.M.; ARRUDA, M.S.B. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: revisão narrativa sobre o apoio matricial na Atenção Básica. **Corpus et Scientia**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 34-44, jul/dez, 2013.

SAMPAIO, J.; MARTINIANO, C.S.; ROCHA, A.M.O.; SOUZA NETO, A.A.; SOBRINHO, G.D.O.; MARCOLINO, E.C.; MAGALHÃES, F.C.; SOUZA, F.F. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Refletindo sobre as acepções emergentes da prática. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.17, n.1, p.47-54, 2013.

SANTOS, M.L.M.; BATISTON, A.P. O Sistema Único de Saúde e suas Bases Legais. **Capacitação de Profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do Mato Grosso do Sul: Módulo 1**. Campo Grande: Fiocruz Mato Grosso do Sul/UFMS, 2013.

SÁ-SILVA, J.R.; ALMEIDA, C.D.; GUINDANI, J.F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História e Ciências Sociais**, v. 1, n. 1, p. 1-15, 2009.

SOUZA, M.C.; BOMFIM, A.S.; SOUZA, J.N.; BATISTA, T.F. Fisioterapia e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: conhecimentos, ferramentas e desafios. **O mundo da saúde**, São Paulo, vol.37, n.2, p.176-184, 2013.



### 5.3 Quem é do Núcleo de Apoio à Saúde da Família diz

Diante da exposição numérica de quais ferramentas tecnológicas os profissionais das EqNASF, ou melhor, da constatação que as práticas são permeadas de outras possibilidades para além do que é preconizado pelo Ministério da Saúde, apresentamos a seguir quais são os principais temas abordados nos Relatos de Experiência da CdP.

A intenção nesse terceiro artigo é enfatizar o que é dito pelos trabalhadores do NASF sobre seus cotidianos e práticas por meio dos relatos disponíveis na CdP, e que dificilmente podem ser teorizadas em publicações institucionais. Finalizo os achados da pesquisa dessa dissertação com uma abordagem qualitativa, apresentando o que ouvi de quem é o do NASF.



## Quem é do Núcleo de Apoio à Saúde da Família diz

*Whoever is from Support Center for Family Health says*

Resultado de dissertação de mestrado

**Resumo:** O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado com o objetivo de ampliar a oferta e as ações no âmbito da Atenção Básica (AB), por meio do apoio às equipes de Saúde da Família. Para orientar as práticas dos profissionais que atuam no NASF, duas publicações foram propostas pelo Ministério da Saúde (MS): os Cadernos de Atenção Básica, nº 27 e nº 39. Para conhecer as práticas desenvolvidas pelas equipes NASF (EqNASF), foi criada uma ferramenta *online* que permite acesso a relatos de experiência escritos pelos próprios trabalhadores: a Comunidade de Práticas (CdP). O objetivo deste estudo foi identificar quais os principais temas abordados nos relatos de experiência da CdP sobre o NASF, utilizando o referencial de experiência proposto por Larrosa (2002), que a considera além da informação do trabalho, algo que gera reflexão e afeto. Foram identificados dez relatos, de quatro diferentes regiões brasileiras, gerando cinco categorias: Equipe e vínculos; O que é o NASF e a relação com a EqSF; Os desafios do território; O NASF e a gestão. Os resultados apontam que as normativas do MS possuem um aporte teórico limitado diante das inúmeras possibilidades e peculiaridades vivenciadas pelas EqNASF em todo Brasil.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

**Abstract:** The Support Center for Family Health (NASF) was created in order to expand the supply and the actions in the scope of the Primary Care Health (PCH), through support the Family Health teams. To guide the practices of professionals working in NASF, two publications were proposed by the Ministry of Health (MS): The Primary Care books, No. 27 and No. 39. To know the practices developed by NASF teams (EqNASF), an online tool that allows access to experience reports written by the workers was created: the Community of Practice (CdP). The goal of this study was to identify the main issues addressed in the experience reports of the CdP about NASF, using the experience of reference proposed by Larrosa (2002), who considers it not just the job information, but something that generates reflection and affection. Ten reports were identified from four different Brazilian regions, generating five categories: Team and bonds; What NASF is and the relationship with EqSF; The challenges of the territory; NASF and management. The results show that the MS regulations have a limited theoretical framework on the numerous possibilities and peculiarities experienced by EqNASF throughout Brazil.

**Keywords:** Primary Health Care; Family Health Strategy; Support Center for Family Health



## Introdução

Para ampliar a abrangência e a oferta de ações na Atenção Básica (AB), em 2008 o Ministério da Saúde (MS) brasileiro criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Brasil, 2008). Por meio de equipes multiprofissionais, o NASF presta apoio às Equipes de Saúde da Família (EqSF), devendo atuar de maneira integrada e colaborativa (Brasil, 2008; Brasil, 2011). O modelo de gestão do trabalho utilizado é Apoio Matricial (AM), que propõe a responsabilidade compartilhada entre os diferentes profissionais na elaboração de projetos terapêuticos, com a valorização dos saberes de cada categoria profissional que compõe a equipe (Campos, 1999). O NASF não é considerado uma porta de entrada para o sistema de saúde, mas amplia as possibilidades e serviços na AB, ofertando um serviço mais específico e especializado (Brasil, 2010). Assim sendo, os profissionais que participam das Equipes do NASF (EqNASF) atuam como apoiadores e como referência para a EqSF.

O NASF é classificado em três diferentes modalidades, a saber, NASF 1, NASF 2, e NASF 3. Uma das principais diferenciações refere-se ao número de EqSF vinculadas para cada EqNASF. Atualmente, de acordo com os documentos do Ministério da Saúde, é permitido ao NASF 1 vincular-se de cinco a nove EqSF, o NASF 2 de três a quatro EqSF, e o NASF 3, a uma ou duas EqSF (Brasil, 2011; Brasil, 2012). As EqNASF podem ser formadas por dezenove diferentes categorias profissionais, de acordo com as necessidades identificadas nos territórios de abrangência das ações da AB. Podem compor a EqNASF: médico psiquiatra, médico geriatra, médico internista, médico ginecologista/obstetra, médico pediatra, médico homeopata, médico acupunturista, médico do trabalho, médico veterinário, sanitarista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, assistente social, farmacêutico, arte-educador, e profissional de educação física (Brasil 2011; Brasil, 2013).

De modo específico, para orientar as práticas e embasar as ações dessa variedade de categorias profissionais que adentraram na AB por meio do NASF, o MS publicou em 2010 e 2014 dois Cadernos de Atenção Básica (CAB), nº 27 e nº 39, respectivamente (Brasil, 2010; Brasil, 2014). Em ambas as publicações é possível identificar apontamentos para atuação das EqNASF, denominadas Ferramentas Tecnológicas, que são estratégias para organizar e desenvolver o processo de trabalho. Além das Ferramentas Tecnológicas,



os CABs apresentam o embasamento teórico da lógica do Apoio Matricial, e como constituir o NASF em cada município (Brasil, 2010; Brasil, 2014).

O CAB nº 27 tem como especificidade o fato de ser uma publicação mais teórica, apresentando cada Ferramenta Tecnológica como um passo-a-passo de possibilidade de atuação (Brasil, 2010a). Ressaltamos que, no ano de 2010, o NASF possuía apenas dois anos de criação, e, portanto, ainda não tinha um número expressivo de EqNASF implantadas – 1.317 (Brasil, 2015a), assim como experiências mais pontuais em todo território nacional. Já a publicação do CAB nº 39 chegou diante de uma realidade de 3.895 EqNASF implantadas (Brasil, 2015a). Utiliza uma linguagem mais coloquial e menos técnica, empregando exemplos plausíveis e mais próximos dos contextos identificados na AB, incluindo, até mesmo, experiências reais de EqNASF (Brasil, 2014).

As produções teóricas sobre as práticas das EqNASF distribuídas em todo Brasil, na literatura científica, ainda são escassas. Em buscas por estudos em bases de dados sobre o NASF, podemos facilmente localizar publicações referentes às categorias profissionais específicas, e não como experiência de equipe (Bonfim *et al.*, 2012; Souza, 2013; Lancmam e Barros, 2011; Rios *et al.*, 2016). Além destes manuscritos, experiências mais abrangentes são identificadas em publicações sobre curso de capacitação (Silva *et al.*, 2012); qualidade de vida dos profissionais do NASF (Leite; Nascimento; Oliveira, 2015), ou esclarecimentos sobre o papel do NASF (Lima, 2013; Nascimento e Oliveira, 2010), e sobre o NASF e Apoio Matricial (Pasquim e Arruda, 2013).

Além de utilizar base de dados de publicações científicas, uma possibilidade para conhecer as vivências das EqNASF é a Comunidade de Práticas (CdP) da Atenção Básica do MS. Esta comunidade é um *site* criado em 2013, no intuito de reunir trabalhadores, gestores e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta plataforma *online* são disponibilizadas comunidades para o debate de temas de interesse dos participantes cadastrados, cursos diversificados, e relatos de experiência, escritos por diversos atores que participam da AB (Brasil, 2015b). Os relatos de experiência são disponíveis e de acesso livre para qualquer pessoa que acessar a CdP e, nesta gama de apresentações, é possível localizar as mais variadas experiências sobre o NASF.

Em nosso trabalho, pretendemos analisar os relatos de experiência acerca do NASF, disponibilizados na CdP, no intuito de identificar quais tem sido as vivências dos profissionais do NASF em todo Brasil e o que esses trabalhadores têm dito sobre seus cotidianos e práticas.





## Metodologia

Para realização deste estudo, foram analisados os relatos de experiência disponíveis no *site* da CdP do Departamento de Atenção Básica do MS do Brasil, através do referencial metodológico da técnica documental, que é empregada a documentos que não receberam nenhum tratamento analítico (Sá-Silva; Almeida; Guindani, 2009). A identificação dos relatos se deu através da ferramenta de busca disponível no ambiente virtual, a partir do termo “NASF”, apresentando, assim, todas as experiências que continham a palavra NASF no título e/ou no corpo do texto.

Todos os dados foram submetidos à leitura criteriosa e selecionados aqueles inseridos entre 2013 e 30 de abril de 2015, cujo texto fosse de autoria de trabalhadores do NASF, explanando ações desenvolvidas por eles. Por fim, que descrevesse experiências conforme o proposto por Larrosa (2002), que a considera como algo que produz afeto e reflexão, não limitando-se a informações e, puramente, a experiência de trabalho. Assim, não foram considerados como experiência os relatos que abordavam apenas o descritivo das ações desenvolvidas pela EqNASF e/ou que possuísem apenas um caráter informativo, mas sim aqueles que apresentavam reflexões e afeto por parte dos autores sobre o trabalho/ação desenvolvido. Também foram excluídos relatos incompletos, ou seja, que possuíam apenas um parágrafo e/ou não completavam as categorias preexistentes na CdP<sup>17</sup>.

Com os relatos selecionados foi realizada uma análise qualitativa, através da identificação dos aspectos relevantes, ou seja, os conceitos-chave de cada texto, e que, posteriormente, foram agrupados e categorizados (Sá-Silva; Almeida; Guindani, 2009).

## Resultados e discussão

---

<sup>17</sup> A CdP possui um formato de submissão de relatos que preconiza respostas às seguintes perguntas: “Sobre qual experiência você quer contar?”, “Que desafios foram encontrados para o seu desenvolvimento?”, “Pensando no que você descreveu sobre sua experiência, o que mais ainda pode ser feito?”.



A princípio, foram localizados 361 relatos com o termo “NASF”, porém 131 foram excluídos por não se tratar de experiências do NASF ou o texto estar incompleto. Dos 230 restantes, serviram como base no presente trabalho apenas dez relatos, por contemplarem os critérios de inclusão.

Os dez relatos selecionados abordam experiências ocorridas em quatro regiões brasileiras: Sudeste (6), Nordeste (2), Norte (1) e Sul (1), possibilitando uma amostra de múltiplas realidades e contextos do território brasileiro.

A partir da análise das experiências, foi possível categorizar quatro conceitos-chave: Equipe e vínculos; O que é o NASF e a relação com a EqSF; Os desafios do território; o NASF e a Gestão. Cada relato pode conter um ou mais conceito-chave. A apresentação das categorias utiliza frases da obra literária *Grande Sertão: Veredas*, de João Guimarães Rosa (1956), por ter sido uma das manifestações literárias publicada em um dos relatos de experiência da CdP, e também como tentativa de, criativamente, representar a riqueza expressa em cada um dos relatos estudados.

### **Equipe e vínculos: “É junto dos bão que a gente fica mió”**

A constituição do NASF como equipe, a criação dos vínculos com as EqSF e com a comunidade/usuários e as relações entre eles foram identificadas em seis relatos de experiência. Essa categoria apresenta aspectos das interações do cotidiano, a importância do diálogo e da formação de laços entre os diferentes atores da AB, ou seja, do uso das tecnologias leves – a tecnologia das relações (Merhy, 2006).

Nas publicações do MS, a formação das equipes NASF deve ser definida pelos gestores municipais, pelas Estratégias de Saúde da Família (ESF) e pelos usuários, dentro das necessidades do território, seguindo a elaboração de um projeto de implantação (Brasil, 2010; Brasil, 2014), mas na prática “*como se formam equipes? Essa pergunta com certeza é um dos maiores desafios para os trabalhadores de saúde*” [R5]. Para os autores das experiências, há um momento em que “*O NASF deixa de ser apenas uma forma de contratação de profissionais para ser um jeito de trabalhar*” e passa a constituir-se “*como EQUIPE de fato*” [R5].

Essa transição entre teoria e prática se dá, em especial, diante das interações entre os sujeitos, no campo da micropolítica do trabalho, nos encontros, nas relações, entre interesses e subjetividades (Oliveira Neto, 2011). Assim, o diálogo emerge dos próprios



autores-trabalhadores como potente estratégia para implantação e fortalecimento do NASF como equipe nos mais variados territórios:

*O cotidiano vem demonstrando que o DIÁLOGO PERMANENTE é estratégia indispensável para organização da rede local e apoio mútuo entre as EqSF, EqNASF e serviços especializados [R1]; A medida que nos encontramos, mais estreitamos a nossa relação [R2].*

O estudo de Ellery, Pontes e Loiola (2013) mostra como o diálogo entre os diferentes profissionais presentes na ESF é uma estratégia para lidar com crises e conflitos, o que corrobora as falas encontradas nos relatos de experiência.

A consolidação do vínculo também apresenta-se como um desafio para os profissionais do NASF, quando questionam e ponderam sobre:

*Qual o espaço que se dá para as discussões e reflexões conjuntas? As reuniões de equipes de 1 ou 2 horas semanais (no máximo)?! E junto à população? [R10]; Os principais desafios que enfrentamos diz respeito a lógica que rege, ainda predominantemente, o trabalho em saúde... Garantir espaços de diálogo na agenda, potencializar esses momentos de encontro, construir vínculos solidários [R1].*

Propiciar espaços dialógicos é de suma importância para estreitar as relações entre equipes e usuários. Feuerwerker (2014) discorre sobre a produção de relações entre trabalhador e usuário, por meio da escuta, possibilitando captar a singularidade, a construção de vínculos e de confiança. O mesmo sentido também pode ser atribuído às relações entre as equipes – EqSF e EqNASF.

O processo de relações pode ser um desafio, porém “alimentar essa relação é um trabalho contínuo e deve ser feito dia-a-dia, corpo-a-corpo” [R4]. O CAB nº 39 apresenta a criação de espaços, como as rodas de conversa, o matriciamento, as reuniões de equipe, os fóruns temáticos, e até ações do cotidiano, por exemplo, os atendimentos conjuntos, como estratégia de sensibilização para inserção do NASF (Brasil, 2014). Dessa forma, o



uso das tecnologias leves, àquelas das relações, do encontro, do trabalho vivo em ato (Merhy, 2006) são importantes para consolidação do NASF como equipe. Afinal, tal como nos diz Guimarães Rosa (1956), é junto que ficamos melhores.

### **O que é o NASF e a relação com a EqSF: “A gente vive, eu acho, é mesmo para se desiludir e desmisturar”**

Compreender o que é o NASF, quais ações competem a ele e a articulação entre EqNASF e EqSF compõe essa categoria, identificada em cinco relatos. O primeiro capítulo do CAB nº 39, inicia com uma pergunta: “Mas o que é NASF, então?” (Brasil, 2014) e, diante dos relatos de experiência, esta pergunta ainda se faz presente no cotidiano dos trabalhadores do NASF.

Diversos questionamentos foram identificados nos escritos dos trabalhadores, e incluem aspectos como os encaminhamentos para especialidades, o atendimento individual e ambulatorial, e a formulação de uma agenda compartilhada. Ao que parece nos relatos, a chegada de uma EqNASF nem sempre responde às expectativas da EqSF:

*A percepção das 3 equipes era de “como alguém pode nos ajudar se eu não posso mais encaminhar?”, “então quer dizer que vocês não vão mais nos ajudar?”, “por que eu preciso atender junto com o profissional do NASF?”, “ele não pode atender sozinho?”*  
[R2].

Uma das possibilidades para suprir essa fase, além do diálogo, discutido na categoria anterior, é a necessidade de evitar a hierarquização, o especialismo e a fragmentação, buscando uma abordagem interdisciplinar, e agregando os conhecimentos entre os diferentes profissionais (Silva *et al.*, 2012).

Além das expectativas não atendidas, há também o desconhecimento sobre quais práticas devem ser realizadas pela EqNASF e quais são as responsabilidades de cada equipe na ESF:

*A população e os profissionais da equipe base não entendem porque o psicólogo do NASF não pode fazer acompanhamento*



*individual já que não conseguem ser encaminhados/encaminhar. Ainda mais porque entendem que têm psicólogos “sobrando”, “fazendo nada” na clínica da família – o apelido “carinhoso” do NASF é: Não Atende a Sua Família... Trabalho em grupo é enrolação e apoio matricial é “preguiça de trabalhar” [R6].*

Certamente, este ainda é um dos grandes entraves identificados para consolidação do NASF em todo Brasil. A barreira da falta de articulação e entrosamento entre EqNASF e EqSF também foi identificada em um estudo, apontando a resistência, falta de aceitação e rejeição como empecilhos para execução de atividades e projetos (Santos *et al.*, 2014).

Diante das provocações encontradas, além da complexidade em lidar com diferentes pontos de vista sobre uma mesma estratégia, o conhecimento sobre as formas de atuação do NASF como apoiador das EqSF é importante para superação deste entrave:

*Os conflitos sempre irão existir, mas temos em mente que são parte do processo e precisamos muitas vezes intermediar, e isso não significa resolver ou fugir. Podendo sempre se reinventar [R5].*

Portanto, no dia a dia, as equipes do NASF vivem para “desiludir” e “desmisturar” as ideias, por vezes errôneas, sobre as atividades a serem desempenhadas por eles em conjunto com as EqSF.

### **Os desafios do território: “O que ela [vida] quer da gente é coragem”**

A realidade em que se deparam os trabalhadores do NASF é permeada por alguns obstáculos e desafios, como a violência existente nos territórios de abrangência das equipes, a infraestrutura precária e espaços físicos limitados dos ambientes de trabalho, os diferentes públicos, tudo isso, aliado a uma formação não direcionada para atuar na AB. Em cinco relatos são narradas as barreiras existentes nos caminhos trilhados pelos profissionais que compõem a EqNASF.

O reconhecimento do território é uma das ações iniciais a ser desenvolvida pela EqNASF para ampliar as possibilidades de atuação e adequar as necessidades existentes



(Brasil, 2014) e, parece não ser apenas uma recomendação do MS, mas uma prática: “Assim que chegamos, a nossa primeira tarefa foi de reconhecimento do território” [R4]. No entanto, nem sempre esse reconhecimento ocorre em um ambiente favorável ou ideal e, até mesmo, previsível nos materiais de aporte teórico sobre NASF:

*Chegamos no território e depois de alguns minutos a calma se transforma em pânico. São helicópteros sobrevoando e tiros picotando ao nosso redor... Em outro momento, não há água nem luz na unidade mas a demanda é grande e persistente [R4]; Constituídos [os adolescentes] em um local em que as leis são distorcidas, os arranjos sociais silenciam a dor da perda, impedem o luto... [R7].*

As limitações existentes e os diferentes episódios que podem ocorrer nas comunidades abarcadas pelo NASF influenciam no desenvolvimento de atividades, na valorização e na qualidade de vida dos profissionais (Leite; Nascimento; Oliveira, 2014). Assim, por mais que haja uma recomendação oficial acerca do reconhecimento e utilização dos espaços existentes nos territórios, na realidade, nem sempre ela será conforme as proposições dos CABs.

Há também a diversidade entre públicos e ambientes que as EqNASF abrangem. A partir dos relatos, podemos ver o deslocamento do NASF para além das paredes das unidades e os diferentes grupos de indivíduos:

*[...] em uma visita ao centro de juventude, nos é dito que os jovens buscam aquele espaço “ou para fugir de algo (família, por exemplo), ou por tédio” [R7];*

*[...] são grupos de bate-papo com homens “de todo tipo” em bares, ao redor de mesas de bilhar [R10];*

*[...] fazer ações dentro das oficinas [de costura] onde as pessoas [bolivianos] estavam trabalhando [R9].*

Estas experiências são apresentadas como positivas e enriquecedoras para a EqNASF. Pagani e Nascimento (2016) discorrem sobre as possibilidades do NASF no



cotidiano da saúde, incluindo o desafio de executar a clínica ampliada diariamente, o que provoca a reorganização dos processos de trabalho. Dessa forma, mesmo diante dos entraves diagnosticados nos espaços das unidades, o ato de conhecer o território, utilizar os equipamentos disponíveis (sejam eles públicos ou privados, como centro de juventude, bares e oficinas de costura), e o contato com diferentes públicos, ampliam o escopo das ações do NASF, uma das razões de sua criação.

Além dos desafios de infraestrutura e do território, a formação para AB ainda é uma das barreiras que impedem a apropriação do NASF,

*[...] considerando que os profissionais convocados para compor a equipe do NASF, não tinham experiência em atuar na Atenção Primária e em equipe, trazendo uma visão restrita do modelo de atenção [R8].*

Muitos profissionais que compõem as EqNASF ainda são formados na lógica do modelo biomédico, com cuidado fragmentado e especializado, e distantes da realidade do SUS (Nascimento; Oliveira, 2010), o que acaba por fragilizar e reduzir as possibilidades das práticas oferecidas à população.

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz, tem proporcionado aos profissionais do NASF cursos de capacitação, na modalidade de Educação a Distância (EaD), no intuito de aprimorar as práticas do AM na AB, lógica que rege a atuação do NASF. A oferta de capacitação específica para os trabalhadores do NASF são, comprovadamente, uma estratégia para ampliar a utilização das ferramentas tecnológicas no cotidiano (Rios *et al.*, 2016). A possibilidade de capacitações próprias para o NASF, nesse caso, seriam um recurso pontual, porém ainda é necessário manter e ampliar o debate sobre as formações em saúde de acordo com as demandas e os princípios do SUS.

## **O NASF e a Gestão: “Viver é etcétera”**

Outros temas foram abordados em cinco relatos, e dada sua relevância, foram agrupados como uma categoria, e serão apresentados a seguir.



A gestão é uma das barreiras que emerge nos relatos, “*o primeiro e grande desafio da implantação do NASF [Nordeste] foi uma sucessiva mudança de gestão!*” [R3], mas também pode ser apontada como um estímulo, “*uma nova gestão com características que incentivam a maior participação e autonomia das equipes nos seus processos de trabalho*” [R5]. A articulação com a gestão é rapidamente abordada no CAB nº 27, mencionando a necessidade da pactuação de apoio sobre os processos de trabalho e as metas entre gestores e equipes (Brasil, 2010), mas não é possível dimensionar como as mudanças de gestão no âmbito municipal interferem, seja no processo de implantação, como aqui identificado, ou no processo de trabalho do NASF.

As metas e processos de trabalho das EqNASF também é referida nos relatos:

*Acostumei-me, infelizmente, a ver diariamente muitos casos sendo tratados como linha de produção em série de ‘resolução’ de problemas...pra comprovar a todos que o direito de atendimento ao cidadão estava sendo garantido* [R10];

*A alta cobrança de metas e sobrecarrega as equipes e dificulta o trabalho do matriciador... O tempo aqui é um luxo* [R4].

O estudo de Leite; Nascimento e Oliveira (2014) identificou que a inserção em um ambiente adoecedor, como os territórios mencionados anteriormente, e a carga horária dos profissionais do NASF são elementos que influenciam na qualidade de vida, porém não existe menção sobre o processo de trabalho e as cobranças existentes por parte da gestão, que foram mencionados nos relatos.

Por fim, a ausência de materiais institucionais que embasem a atuação do NASF é referida em um relato: “*Durante o processo de implantação do NASF [Norte], um dos maiores desafios foi a ausência de normas e procedimentos específicos para atuação da equipe na AB*” [R8]. O desconhecimento das possibilidades e a escassez de literatura sobre o tema pode ser um fator limitador para as práticas dos profissionais do NASF. Por mais que existam materiais científicos, como artigos, dissertações e teses, as publicações direcionadas aos trabalhadores limitam-se às normativas do Ministério da Saúde (CABs e portarias), e, mais recentemente, a um livro voltado para o cotidiano das equipes (Santos; Kodjaoglanian; Ferrari, 2016).





Apesar das dificuldades e barreiras descritas pelos profissionais do NASF, ao mesmo tempo em que o processo de trabalho apresenta-se como desafiador, aspectos positivos também são relatados:

*Quando muito tínhamos o apoio da gerência. Mas tudo valeu muito a pena e deixou boas marcas! [R10];*

*Nós somos melhores pelo que podemos fazer juntos! [R3];*

*A sensação é de que estamos preparando um terreno muito fértil que pode vir a dar excelentes frutos [R4].*

Para Nascimento (2015), os trabalhadores relatam prazer por possuir uma identificação com a proposta do NASF, pela aprendizagem que ocorre na troca de saberes entre as diferentes categorias profissionais, pelo reconhecimento do trabalho desenvolvido, e também pela dinâmica do processo de trabalho que permite autonomia e liberdade criativa. Dessa maneira, apesar de muitas limitações relatadas pelos profissionais do NASF, eles também escrevem sobre a satisfação nas ações desenvolvidas, e nutrem a crença de que o trabalho que desenvolvem causa impacto positivo para EqSF e para os usuários da ESF.

## **Conclusão**

A identificação dos conceitos-chave abordados nos relatos de experiência possibilitou ampliar a discussão acerca do cotidiano vivenciado pelos trabalhadores do NASF. É necessário viabilizar a troca de experiências entre os profissionais, seja pela CdP ou por publicações científicas, sendo este, um processo relevante para consolidação no NASF em todo território nacional, que permitirá, assim, a construção e ampliação de possibilidades e o reconhecimento entre equipes e vivências.

Diante das experiências que compuseram este trabalho, podemos constatar que a formação para o trabalho no NASF tem ocorrido nos mais variados contextos e cotidianos, e, principalmente, na prática. As publicações e normativas do Ministério da Saúde fazem apontamentos teóricos que contribuem para compreensão do NASF e suas



possibilidades de atuação, porém são ainda muito limitados diante dos desafios, das singularidades e das sutilezas identificadas em cada território onde as EqNASF estão vinculadas.



## Referências

- BONFIM, M.R.; COSTA, J.L.R.; MONTEIRO, H.L. Ações da Educação Física na saúde coletiva brasileira: expectativas *versus* evidências. **Rev Bras Ativ Fis e Saúde**. Pelotas/RS, v. 17, n. 3, p. 167-173, 2012.
- BRASIL. **Comunidade de Práticas**. Disponível em: <<https://novo.atencaobasica.org.br/>>. Acesso em: 17 mar. 2015b.
- BRASIL. **Departamento de Atenção Básica**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/>>. Acesso em: 2 dez. 2015a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Portaria nº 154, de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html)>. Acesso em: 13 ago. 2014.
- BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 5 jan. 2015.
- BRASIL. Portaria nº 256, de março de 2013. **Estabelece novas regras para o cadastramento das equipes que farão partes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0256\\_11\\_03\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0256_11_03_2013.html)>. Acesso em: 13 ago. 2014.
- BRASIL. Portaria nº 3.124, de dezembro de 2012. **Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124\\_28\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html)>. Acesso em: 13 ago. 2014.
- CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol.4, n. 2, p. 393-403, 1999.
- ELLERY, A.E.L.; PONTES, R.J.S.; LOIOLA, F.A. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.415-437, 2013.
- FEUERWERKER, L.C.M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.
- LANCMAN, S.; BARROS, J.O. Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 3, p. 263-269, set/dez, 2011.



LARROSA, B.J.. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. **Revista Brasileira da Educação**, jan/fev/mar/abr, n. 19, 2002.

LEITE, D.F.; NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Qualidade de Vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 507-525, 2014.

LIMA, F.L.C. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família e alguns dos seus desafios. **Revista Saúde e Desenvolvimento**. Vol. 3, n. 2, p.118-133, jan-jun, 2013.

MERHY, E.E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E.E; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M., RIMOLI, J.; FRANCO, T.B.; BUENO, W.S. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

NASCIMENTO, D.D.G. **O cotidiano de trabalho no NASF: percepções de sofrimento e prazer na perspectiva da psicodinâmica do trabalho**. 2015. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo.

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

OLIVEIRA NETO, F.S. Micropolítica do trabalho na Estratégia de Saúde da Família: quem cuida também precisa de cuidados?. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, Florianópolis, v.6, n.21, p.239-248, 2011.

PAGANI, R.; NASCIMENTO, D.D.G. Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: criar e recriar as possibilidades do seu fazer no cotidiano da saúde. In: SANTOS, M.L.; KODJAOGLANIAN, V.L.; FERRARI, F.P. (Orgs.). **O NASF em cena: tecnologias e ferramentas de trabalho no cotidiano das equipes**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016.

PASQUIM, H.M.; ARRUDA, M.S.B. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: revisão narrativa sobre o apoio matricial na Atenção Básica. **Corpus et Scientia**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 34-44, jul/dez, 2013.

RIOS, T.A.; FERNANDES, J.M.; SANCHES, V.S.; SANTOS, M.L.M. NASF's tools and practices in health oh physical therapists. **Revista Fisioterapia em Movimento**. No prelo.

ROSA, J.G. **Grande Sertão: Veredas**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 2005.

SANTOS, M.L.; KODJAOGLANIAN, V.L.; FERRARI, F.P. (Orgs.). **O NASF em cena: tecnologias e ferramentas de trabalho no cotidiano das equipes**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016.

SANTOS, M.L.M.; FERRARI, F.P.; KODJAOGLANIAN, V.L.; RIOS, T.A. Dificuldades no processo de trabalho nos NASF do Mato Grosso do Sul: conhecer para mudar. In: IV MOSTRA DE ATENÇÃO BÁSICA, 2014, Brasília. **Relatos de experiência**. Disponível em: <<https://novo.atencaobasica.org.br/relato/1545>>. Acesso em: 16 dez. 2014.

SÁ-SILVA, J.R.; ALMEIDA, C.D.; GUINDANI, J.F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História e Ciências Sociais**, v. 1, n. 1, p. 1-15, 2009.

SILVA, A.T.C.; AGUIAR, M.E.; WINCK, K.; RODRIGUES, K.G.W.; SATO, M.E.; GRISI, S.J.F.; BRENTANI, A.; RIOS, I.C. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão



dos profissionais da Atenção Primária do municípios de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.28, n.11, p.2076-2084, nov, 2012.



## 6. Fechando as cortinas, apagando as luzes

Abordar a temática do NASF em uma dissertação, muito mais do que um anseio pessoal, mostrou-se uma necessidade diante dos desencontros identificados entre o que é preconizado pelo Ministério da Saúde e o que ocorre na prática dos trabalhadores das EqNASF. Diferentemente das demais publicações científicas encontradas, a opção em utilizar, para análise, os relatos de experiência disponíveis na CdP permitiu reconhecer e publicitar o que dizem os profissionais do NASF espalhados por todo Brasil.

Ao tornar clara e acessível a história do NASF, desde suas origens e todos os marcos legais, desejo contribuir para a compreensão de leitores que se aproximam desse tema, e além disso, colaborar com profissionais e gestores que atuam cotidianamente com/no NASF, consolidar os conhecimentos e expandir as possibilidades de ações para as práticas desenvolvidas no território.

Como aqui apresentado, as modificações legais que ocorreram durante os anos de existência do NASF, mostram que as readequações foram necessárias. Certamente, outras propostas ainda surgirão, porém, sinalizo para que as experiências desenvolvidas pelos trabalhadores devam ser consideradas nestas proposições.

Em um contexto onde as habilidades desenvolvidas pelas EqNASF e suas estratégias para consolidar a APS não caminham paralelamente com a construção e distribuição de materiais teóricos, sejam eles de cunho pedagógico, como os CABs, ou reguladores, como as Portarias, a utilização da CdP permite uma aproximação, não apenas entre autores de experiências, mas institucional, através do Ministério da Saúde.

No entanto, não basta apenas dispor de uma ferramenta *online* e pública para atrair os trabalhadores e suas histórias em um espaço específico da CdP. Acredito ser fundamental identificar o que é dito pelos profissionais da EqNASF, quais as necessidades apresentadas por eles, e quais sentidos eles têm atribuído ao que compreendem sobre as possibilidades de atuação como equipe.



Os resultados que descrevi aqui não sugerem que, na prática, sejam audíveis apenas desarmonias e desafinações. O que analisei e descrevi é a opção por não fazer uso exclusivamente das partituras oferecidas pelo Ministério da Saúde. Grande parte das EqNASF tem composto suas próprias letras e músicas, realizados suas apresentações em variados palcos, fazendo uso não apenas das partituras, mas de qualquer tipo de arte que lhe convir.

Este trabalho não vem permeado do anseio em dizer quais são as melhores opções e escolhas que devem ser tomadas no cotidiano e nas práticas dos trabalhadores do NASF, e sim, de trazer à luz do palco o compartilhamento das experiências e das possibilidades, que quem é do NASF diz.

Assim, fecho as cortinas e apago as luzes reconhecendo que a formação para atuar no NASF tem ocorrido na prática, com improvisos e uma dinâmica única em cada equipe, diante das mais sutis e singulares realidades existentes no Brasil, e que, certamente, cada ator, neste caso, cada trabalhador, emprega ao seu papel de apoiador as características e desenvolturas próprias, que jamais caberão ser descritas em um CAB.

*“E quando as luzes se apagam a vida, então, se revela.*

*Nem sempre se ouvem os aplausos, mas sempre a cortina se fecha”*

*Música: Último Ato (Hélio Sodré, 2010)*



## Referências

ANDRADE, Lucas Melo Biondi de; QUANDT, Fábio Luiz; CAMPOS, Dalvan Antônio de; DELZIOVO, Carmem Regina; COELHO, Elza Berger Salema; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Sau. & Transf. Soc.** Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 18-31, 2012.

BONFIM, Mariana Rotta; COSTA, José Luiz Riani; MONTEIRO, Henrique Luiz. Ações da Educação Física na saúde coletiva brasileira: expectativas versus evidências. **Rev Bras Ativ Fis e Saúde.** Pelotas/RS, v. 17, n. 3, p. 167-173, 2012.

BRASIL. **Câmara dos Deputados.** Agentes Comunitários de Saúde pedem revogação de portaria que desobriga municípios de contratá-los. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/TRABALHO-E-PREVIDENCIA/508879-AGENTES-DE-SAUDE-PEDEM-REVOGACAO-DE-PORTARIA-QUE-DESOBRIGA-MUNICIPIOS-DE-CONTRATA-LOS.html>>. Acesso em: 13 jun. 2016c.

BRASIL. **Comunidade de Práticas.** Disponível em: <<https://novo.atencaobasica.org.br/>>. Acesso em: 17 mar. 2015c.

BRASIL. **Comunidade de Práticas.** Disponível em: <<https://novo.atencaobasica.org.br/>>. Acesso em: 6 jun. 2016d.

BRASIL. **Comunidade de Práticas.** Disponível em: <<https://novo.atencaobasica.org.br/relato?q=NASF>>. Acesso em: 15 jun. 2015d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. **Programa Mais Médicos – dois anos:** mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. **Departamento de Atenção Básica.** Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/>>. Acesso em: 5 mai. 2016a.

BRASIL. **Departamento de Atenção Básica.** Suspensas Portarias que flexibilizavam contratação de ACS. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/24051-suspensas-portarias-que-flexibilizavam-contratacao-de-ac>>. Acesso em: 13 jun. 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF:** Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1:** Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

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





BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica / AMAQ-NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Boletim 01 Núcleo de Apoio à Saúde da Família** – Outubro de 2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a Passo das Ações do Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Portaria nº 154, de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html)>. Acesso em: 13 ago. 2014.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 5 jan. 2015.

BRASIL. Portaria nº 256, de março de 2013a. **Estabelece novas regras para o cadastramento das equipes que farão partes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0256\\_11\\_03\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0256_11_03_2013.html)>. Acesso em: 13 ago. 2014.

BRASIL. Portaria nº 3.124, de dezembro de 2012. **Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124\\_28\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html)>. Acesso em: 13 ago. 2014.

BRASIL. Portaria nº 548, de abril de 2013b. **Define o valor de financiamento para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidade 1, 2 e 3**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0548\\_04\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0548_04_04_2013.html)>. Acesso em: 13 ago. 2014.

BRASIL. Portaria nº 562, de abril de 2013c. **Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0562\\_04\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0562_04_04_2013.html)>. Acesso em: 13 ago. 2014.

BRASIL. Portaria nº 958, de maio de 2016. **Amplia as possibilidades de composição das Equipes de Atenção Básica**. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/conass-informa-n-95-publicada-a-portaria-gm-n-959-que-define-o-valor-do-incentivo-de-custeio-referente-ao-acrescimo-de-profissionais-na-equipe-multiprofissional-saude-da-familia/>>. Acesso em: 19 mai. 2016a.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa Campos. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol.4, n. 2, p. 393-403, 1999.



CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde Pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CASTRO, Ana Luiza Barros de; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. A Política Brasileira de Atenção Primária à Saúde. In: MACHADO, Cristini Vieira; BAPTISTA, Tatiane Vargas de Faria; LIMA, Luciana Dias de (Orgs.). **Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. p. 173-96.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Nota contra a insubsistência das Portarias 958 e 959**. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/servicos/todas-noticias/45-ultimas/4621-nota-contra-insubsistencia-das-portarias-958-e-959>>. Acesso em: 13 jun. 2016.

ENSP. Escola Nacional de Saúde Pública. **Carta de repúdio às Portarias GM/MS 958 e 959/2016**. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/39669>>. Acesso em: 13 jun. 2016.

FORMIGA, Nicéia Fernandes Barbosa; RIBEIRO, Kátia Suely Queiroz Silva. Inserção do Fisioterapeuta na Atenção Básica: uma analogia entre experiências acadêmicas e a proposta do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, vol. 16, n. 2, p. 113-122, 2012.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

LANCMAN, Selma; BARROS, Juliana de Oliveira. Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 3, p. 263-269, set/dez, 2011.

LARROSA Bondía, Jorge. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. **Revista Brasileira da Educação**, jan/fev/mar/abr, n. 19, 2002.

LEITE, Denise Fernandes; NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.24, n.2, p.507-525, Rio de Janeiro, 2014.

LIMA, Freeda Lee Corso de. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família e alguns dos seus desafios. **Revista Saúde e Desenvolvimento**. Vol. 3, n. 2, p.118-133, jan-jun, 2013.

MELO, Rutinéia Jacob. **Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica à Saúde: os discursos ideopolíticos do Ministério da Saúde**. 2009. Dissertação (Mestrado em Política Social). Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa avaliativa em saúde**. 11ª ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Reflexões sobre as competências dos profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O mundo da saúde**, v. 34, n. 1, p. 92-96, São Paulo, 2010.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves. **O cotidiano de trabalho no NASF: percepções de sofrimento e prazer na perspectiva da psicodinâmica do trabalho**. 2015. Tese (Doutorado).



Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo.

OLIVEIRA, Inajara Carla; ROCHA, Renata Mancopes; CUTOLO, Luiz Roberto Agea. Algumas palavras sobre o NASF: relatando uma experiência acadêmica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, vol.36, n.4, p.574-580, 2012.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Declaração de Alma-Ata**. Genebra, 1978.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial de Saúde 2008: Atenção Primária em Saúde agora mais do que nunca**. Genebra: OMS, 2008b.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)**. Genebra: OMS, 2008a.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Declaração do Milênio**. Nova Iorque: ONU, 2000.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Nova Iorque: ONU, 2015.

PASQUIM, Heitor Martins; ARRUDA, Marcel Segalla Bueno. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: revisão narrativa sobre o apoio matricial na Atenção Básica. **Corpus et Scientia**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 34-44, jul/dez, 2013.

RIOS, Talita Abi. **Portfólio de Estágio na Atenção Básica – Cohab**. 2013. Trabalho para avaliação de estágio supervisionado em território de prática I. Graduação em Fisioterapia. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande. Julho de 2013. [não publicado].

RIOS, Talita Abi; FERNANDES, Janainy Magalhães; SANCHES, Vinicius Santos; SANTOS, Mara Lisiane de Moraes. NASF's tools and practices in health oh physical therapists. **Revista Fisioterapia em Movimento**. No prelo.

ROSA, J.G. **Grande Sertão: Veredas**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 2005.

SAMPAIO, Juliana; MARTINIANO, Cláudia Santos; ROCHA, Aline Maria de Oliveira; SOUZA NETO, Antonio Alves de; SOBRINHO, Gilberto Diniz de Oliveira; MARCOLINO, Emanuella de Castro; MAGALHÃES, Fernanda Carla; SOUZA, Fernanda Ferreira. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Refletindo sobre as acepções emergentes da prática. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 1, p. 47-54, 2013.

SANTOS, Mara Lisiane de Moraes dos; MEDEIROS, Arthur de Almeida; BATISTON, Adriane Pires; PONTES, Elenir Rose Jardim Cury; FERRARI, Fernando Pierette; FERNANDES, Janainy; RIOS, Talita Abi; MUZILI, Nayara de Araújo. Competências e atribuições do fisioterapeuta na Atenção Primária à Saúde. **Fisioterapia Brasil**, vol. 15, n. 1, p. 69-76, jan-fev, 2014b.

SANTOS, Mara Lisiane de Moraes; BATISTON, Adriane Pires. O Sistema Único de Saúde e suas Bases Legais. **Capacitação de Profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do Mato Grosso do Sul: Módulo 1**. Campo Grande: Fiocruz Mato Grosso do Sul/UFMS, 2013.



SANTOS, Mara Lisiane de Moraes; FERRARI, Fernando Pierete; KODJAOGLANIAN, Vera Lúcia; RIOS, Talita Abi. Dificuldades no processo de trabalho nos NASF do Mato Grosso do Sul: conhecer para mudar. In: IV MOSTRA DE ATENÇÃO BÁSICA, 2014, Brasília. **Relatos de experiência**. Disponível em: <<https://novo.atencaoBasica.org.br/relato/1545>>. Acesso em: 16 dez. 2014a.

SANTOS, Mara Lisiane; KODJAOGLANIAN, Vera Lúcia; FERRARI, Fernando Pierette (Orgs.). **O NASF em cena: tecnologias e ferramentas de trabalho no cotidiano das equipes**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016.

SILVA, Andréa Tenório Correia da; AGUIAR, Márcia Emami de; WINCK, Kelly; RODRIGUES, Karen Gonzaga Walter; SATO, Mariana Eri; GRISI, Sandra Josefina Ferraz Ellero; BRENTANI, Alexandra; RIOS, Izabel Cristina. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do municípios de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.28, n.11, p.2076-2084, nov, 2012.

SOUZA, Márcio Costa de; BOMFIM, Aline Santana; SOUZA, Jairose Nascimento; BATISTA, Túlio Franco. Fisioterapia e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: conhecimentos, ferramentas e desafios. **O mundo da saúde**, São Paulo, vol.37, n.2, p.176-184, 2013.

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

ZEPEDA, Jorge Ernesto Sergio. **Construção de modelo de avaliação da integração dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na Atenção Primária**. 2013. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.



## APÊNDICES

**Apêndice A:** Anais do 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva

Anais do 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva

ISBN: 978-85-85740-06-1

### **NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA E OS RELATOS DE EXPERIÊNCIA NA COMUNIDADE DE PRÁTICAS DA ATENÇÃO BÁSICA: INOVAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE?**

TALITA ABI RIOS<sup>(1)</sup>; PAULA LOPES GOMIDE HAUBRICH<sup>(1)</sup>; CRISTIANNE MARIA FAMER ROCHA<sup>(1)</sup>; MARCIA FERNANDA DE MELLO MENDES<sup>(1)</sup>; RACHEL COHEN<sup>(1)</sup>

<sup>1</sup> - UFRGS

**Apresentação/introdução:** O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) tem o objetivo de aumentar a resolutividade e abrangência da Atenção Básica, embasadas na prática do Apoio Matricial às equipes de Atenção Básica de maneira assistencial e técnico-pedagógica. Desde sua criação, modificações têm ocorrido, abordando aspectos de vinculação às equipes, financiamento, categorias profissionais, entre outras.

**Objetivos:** Analisar se há inovações nas práticas de saúde entre o que preconizam as publicações e documentos do Ministério da Saúde relativos ao NASF e os relatos de experiência da Comunidade de Práticas da Atenção Básica (CdP).

**Metodologia:** Para realização deste estudo, foi efetuada uma análise documental das Portarias específicas do NASF e dos Cadernos de Atenção Básica (CAB) nº 27 e nº 39. Os relatos de experiência da CdP foram descritos e



analisados por meio de Análise de Discurso. Posteriormente, foram identificadas se as práticas presentes nos relatos de experiência revelam o que está preconizado nos documentos, possíveis novidades e os desafios existem para além da teoria.

**Resultados:** As Portarias específicas do NASF evidenciam que foi necessário alterar parâmetros de vinculação às equipes de Atenção Básica, para tornar a prática do Apoio Matricial mais viável, além do acréscimo de categorias profissionais, o que amplia a possibilidade de ações. Os 821 relatos que fazem menção ao NASF, na Comunidade de Práticas, demonstram que a adoção das ferramentas tecnológicas nas práticas cotidianas tem seguido o que preconizam as portarias e os CAB nº 27 e nº 39.

**Conclusões/Considerações:** É possível considerar que o NASF é uma política recente, passando por processos de transformação e adaptação necessários para viabilização de suas ações na Atenção Básica, e torna-se relevante conhecer as práticas em saúde no cotidiano dos territórios e as práticas inovadoras de saúde ao NASF associadas.

Modalidade de aprovação: **Comunicação Oral Curta**

Eixo temático: **Relato de Pesquisa**

Disponível em:

<[http://www.saudecoletiva.org.br/anais/index\\_int.php?id\\_trabalho=3988&ano=&ev=#menuanais](http://www.saudecoletiva.org.br/anais/index_int.php?id_trabalho=3988&ano=&ev=#menuanais)>



## **NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA, INTERSETORIALIDADE E PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Talita Abi Rios; Rachel Cohen; Liara Saldanha Brites; Camila L. Mallmann; Malviluci Campos Pereira; Mariana da Rosa Martins; Jose Camilo Botero Suaza; Cristianne Maria Famer Rocha

Brasil

**Introdução:** O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é uma proposta do Ministério da Saúde para apoiar e abranger os escopos das ações das Equipes de Atenção Básica (EAB) no território, composto por profissionais de diferentes categorias, para além da composição da EAB. Sua atuação se dá com base no Apoio Matricial e pode ser desenvolvida através de discussão de casos, do Projeto Terapêutico Singular, de ações intersetoriais, de ações de prevenção de doenças e da promoção da saúde, entre outros. Um espaço onde é possível localizar e conhecer as experiências da Atenção Básica, incluindo o NASF, é a Comunidade de Práticas (CdP). Trata-se de uma plataforma online, que reúne trabalhadores, gestores e interessados no SUS, para encontros, trocas de informações, cursos, etc. Através dos Relatos de Experiência disponíveis na CdP, objetivou-se conhecer as áreas de concentração das ações do NASF na Atenção Básica. **Metodologia:** Foram coletados todos os Relatos de Experiências localizados pelo descritor “NASF” disponíveis na CdP no período de 01/01/2013 a 10/06/2015. Os relatos foram analisados de acordo com a categoria classificada pelo autor do relato, cujas opções são: Apoio Matricial, Gestão do Trabalho, Humanização no SUS, Intersetorialidade e Promoção da Saúde, Monitoramento e Avaliação em Saúde, Práticas de Vigilância em Saúde, Redes de Atenção à Saúde e Gestão do Cuidado. **Resultados:** Os Relatos de Experiência sobre NASF totalizam 361, destes, 154 foram excluídos, por não possuírem categoria classificada pelo autor. Os 207 relatos restantes foram analisados e estão distribuídos nos 7 eixos da seguinte forma: 54,4% Intersetorialidade e Promoção da Saúde; 14,9% Redes de Atenção à Saúde e



Gestão do Cuidado; 13,5% Gestão do Trabalho; 7,7% Humanização no SUS; 5,3% Monitoramento e Avaliação em Saúde; 2,4% Apoio Matricial; 1,4% Práticas de Vigilância em Saúde. **Conclusão:** Os achados mostram que as ações do NASF descritas na CdP são expressivamente voltadas para Intersetorialidade e Promoção da Saúde, indo ao encontro das orientações do Ministério da Saúde que preconiza estes dois temas como prioritários para as ações desenvolvidas pelo NASF. Portanto, evidencia-se que o NASF é uma estratégia potencial para abordagens voltadas para esse tema na Atenção Básica.

**Modalidade:** Pôster Walk

Anais da 22ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 25, supl.1, p. 643.

