

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

Mauricio Pereira de Mattos

**Apoio Matricial e a pandemia de Covid-19:**  
o processo de trabalho do Núcleo Ampliado de Saúde da Família de Maricá

Rio de Janeiro

2022

Mauricio Pereira de Mattos

**Apoio Matricial e a pandemia de Covid-19:**  
o processo de trabalho do Núcleo Ampliado de Saúde da Família de Maricá

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Adriana Coser Gutiérrez

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Matrix Support and the Covid-19 Pandemic: the work process of the Expanded Family Health Center in Maricá.

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

M444a      Mattos, Mauricio Pereira de.  
                Apoio Matricial e a pandemia de Covid-19: o processo de trabalho do Núcleo Ampliado de Saúde da Família de Maricá / Mauricio Pereira de Mattos. -- 2022.  
                168 f. : il. color. ; graf. ; mapas ; tab.  
  
                Orientadora: Adriana Coser Gutiérrez.  
                Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.  
  
                1. Covid-19. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Política de Saúde. 4. Estratégia Saúde da Família. 5. Núcleo Ampliado de Saúde da Família. 6. Apoio Matricial. I. Título.

CDD – 23.ed. – 616.2

Mauricio Pereira de Mattos

**Apoio Matricial e a pandemia de Covid-19:**

o processo de trabalho do Núcleo Ampliado de Saúde da Família de Maricá

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 11 de março de 2022.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos  
Universidade Estadual de Campinas

Prof. Dr. Willer Baumgarten Marcondes  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Adriana Coser Gutiérrez (Orientadora)  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública

Rio de Janeiro

2022

Dedico esta pesquisa a todas as trabalhadoras e trabalhadores da saúde que vêm enfrentando a pandemia de Covid-19 com muita responsabilidade, profissionalismo e determinação.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à professora Dra. Adriana Coser Gutiérrez que me orientou ao longo de todo o mestrado com muito respeito, confiança e apoio, e que possibilitou a realização dessa pesquisa de uma maneira tão suave, mesmo no meio do turbilhão da pandemia de Covid-19 e das diversas outras atividades que desenvolvi nesses 02 anos de formação.

Agradeço às gestoras Angélica Duarte da Silva, Kátia Regina de Oliveira Rios Pereira Santos e Shirley Ribeiro dos Santos Linhares por consentirem a flexibilização nos vínculos de trabalho, o que permitiu que esse mestrado profissional fosse realizado.

A todas as trabalhadoras e trabalhadores do NASF de Maricá, profissionais que contribuem diariamente para o aumento da resolutividade da Estratégia Saúde da Família, e que possibilitaram a realização desta pesquisa científica.

Agradeço aos meus pais, Maria de Nazareth Mendes de Mattos (*in memoriam*) e Miguel Pereira de Mattos, que sempre me deram condições e incentivo para os estudos, e a minha amada filha, Alice Turino de Mattos, por ter me colocado no rumo certo.

Agradeço a minha companheira de vida, a querida Carolina Neiva de Medeiros, que foi muito paciente e cuidadosa durante o processo de formação e escrita do mestrado.

Agradeço à psicóloga Maria Cristina de Paula Lopes por ter me incentivado a realizar a seleção do mestrado, além de ter sido a minha “informante-chave” do estudo.

Agradeço às companheiras e companheiros de Maricá por contribuírem de diversas maneiras com este estudo, especialmente Ancelmo Cardoso e Wallace Cunha, Anne Marques e Vânia Lopes, e aos residentes Marcio Martins e Sterfanni Silva.

Agradeço às professoras e professores da ENSP que, apesar da pandemia terrível, não deixaram a turma perder o foco no mestrado, mesmo com todos os desafios do ensino remoto. Sem dúvida, as aulas também serviram como uma retomada de fôlego semanal, dando mais força para o enfrentamento da pandemia. Um agradecimento especial aos professores Raphael Guimarães e Willer Marcondes pelas trocas sobre a metodologia utilizada.

Agradeço aos colegas da 4ª turma do mestrado profissional em Atenção Primária à Saúde, com ênfase na Estratégia de Saúde da Família, pelas discussões realizadas remotamente pela tela do Zoom, especialmente à Camila Batista e Patrícia Trápaga pelas contribuições no “pré-teste” do websurvey, e Monique França, com quem pude dividir minhas (nossas) angústias em relação ao processo de formação.

*Períodos de convulsão são sempre os mais difíceis de viver, mas é neles também que a vida grita mais alto e desperta aqueles que ainda não sucumbiram integralmente à condição de zumbis [...].*

ROLNIK, 2018, p. 25.

## RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo analisar o processo de trabalho do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) do município de Maricá/RJ, na pandemia de SARS-CoV-2. Busca-se identificar e compreender como os diferentes modos de operar do apoio matricial foram organizados no contexto da pandemia, a partir das inúmeras mudanças engendradas nas práticas de trabalho dos profissionais de saúde. Trata-se de uma Pesquisa Qualitativa, com uso de técnicas de levantamento de informações primárias – 32 websurveys respondidos pelos especialistas e 03 entrevistas semiestruturadas feitas com gestores e ex-gestores da equipe – associadas às fontes de dados de base secundárias e revisão de 18 documentos públicos. A Hermenêutica Dialética (MINAYO, 2006) é o método de análise utilizado, cujas lentes teóricas são o conceito do apoio matricial formulado por Gastão Campos (2015), e o referencial histórico normativo do NASF. Os resultados mostram que durante a pandemia, o NASF de Maricá não interrompeu a maior parte de suas atividades, mas precisou adaptar suas práticas, com destaque para: aumento do uso de ferramentas tecnológicas de comunicação instantânea, especialmente com as equipes apoiadas e em menor escala com usuários; criação de espaços de acolhimento e escuta aos profissionais das equipes mínimas para discutir aspectos relacionados à saúde do trabalhador; produção de material informativo sobre a Covid-19, voltado para equipes apoiadas e usuários; apoio na campanha de vacinação. Além disso, os resultados mostram o cenário de expansão do NASF de Maricá nos 2 últimos anos, seguindo na contramão do contexto nacional. Nos 14 anos de existência do NASF é possível observar mudanças de orientação do Ministério da Saúde em relação ao conceito do apoio matricial, onde inicialmente privilegiava-se intervenções ancoradas na dimensão técnico-pedagógica, e com o tempo, as ações clínico assistenciais passaram a ser incentivadas. A pesquisa demonstra ainda os efeitos do Programa Previne Brasil sobre o NASF, que se materializou na redução de 379 equipes nos anos de 2020 e 2021. Soma-se a este cenário os agravos decorrentes da Covid-19, que pode reposicionar as intervenções e a importância do NASF no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Núcleo Ampliado de Saúde da Família; Apoio Matricial; Covid-19; Atenção Primária à Saúde; Políticas de Saúde.



## ABSTRACT

This research aims to analyze the work process of the Expanded Family Health Center (NASF) in Maricá/RJ, in the scenario of SARS-CoV-2 pandemic. It seeks to identify and understand how the different ways of operating matrix support were organized in the context of the pandemic, based on the numerous changes engendered in health professional's work practices. This is a Qualitative Research, using primary information collection techniques - 32 websurveys answered by experts and 03 semi-structured interviews with managers and former managers of the team - associated with secondary data sources and reviews of 18 public documents. The method of analysis is Dialectical Hermeneutics (MINAYO, 2006), whose theoretical lenses are the concept of matrix support formulated by Gastão Campos (2015) and the normative historical framework of the NASF. The results show that during the pandemic the NASF of Maricá did not interrupt most of its activities, but had to adapt its practices with emphasis on: increased use of technological tools for instant communication, especially with supported teams and, on a smaller scale, with users; creation of spaces dedicated to welcoming and listening to the professionals of the minimum teams and discuss aspects related to workers' health; production of informative material on Covid-19 directed to teams and users and support in the vaccination campaign. In addition, the results show the expansion scenario of the NASF in Maricá in the last 2 years, going against the national context. In 14 years of NASF's existence, it is possible to observe changes in the Ministry of Health's orientations regarding the concept of matrix support, where initially interventions based on technical-pedagogical dimension were privileged and, over time, clinical assistance actions became encouraged. The research also demonstrates the effects of the Previner Brasil Program on NASF, which materialized in the reduction of 379 teams in the years 2020 and 2021. Added to this context there are the damages of Covid-19, which can relocate interventions and reposition NASF's importance in the Unified Health System.

Keywords: Expanded Family Health Center; Matrix Support; Covid-19; Primary Health Care; Health Policy.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 01 –	Percurso histórico-normativo de construção do NASF.....	31
Quadro 02 –	Documentos analisados.....	32
Quadro 03 –	Comparativo entre as tipologias de NASF1, NASF 2, NASF3 e NASF-AP.....	64
Quadro 04 –	Síntese da construção histórico-normativa do NASF.....	66
Quadro 05 –	Consolidado da amostra do websurvey.....	79
Quadro 06 –	Objetivos específicos e estratégias utilizadas.....	83
Quadro 07 –	Matriz de análise conceitual.....	84
Quadro 08 –	Categorias de análise.....	85
Quadro 09 –	Equipamentos e programas de saúde da Prefeitura de Maricá.....	93
Quadro 10 –	Composição do NASF de Maricá em julho de 2021.....	105
Quadro 11 –	Subdistritos e equipes NASF.....	106
Quadro 12 –	Linha do tempo do NASF de Maricá.....	110
Quadro 13 –	Padrão de agravos relacionados à pandemia de Covid-19.....	115
Quadro 14 –	Síntese do websurvey.....	118
Quadro 15 –	Matriz de análise conceitual revisada.....	135
Gráfico 01 –	Equipes NASF entre os anos de 2008 e 2021 no Brasil.....	70
Gráfico 02 –	Equipes NASF no SCNES nos anos de 2020 e 2021.....	72
Figura 01 –	Distribuição das equipes NASF pelos distritos.....	108

## LISTA DE TABELAS

Tabela 01 -	Equipes cadastradas durante o período de 2008 a 2011.....	49
Tabela 02 -	Equipes cadastradas durante o período de 2012 a 2015.....	56
Tabela 03 -	Equipes cadastradas durante o período de 2016 a 2018.....	59
Tabela 04 -	Equipes cadastradas durante o período de 2019 a 2021.....	65
Tabela 05 -	Os períodos históricos-normativos e as eNASF.....	69
Tabela 06 -	Equipes NASF cadastradas durante os anos de 2020 e 2021.....	71
Tabela 07 -	Processo de expansão da ESF e do NASF em Maricá – 2009 a 2021.....	108
Tabela 08 -	Profissionais que buscam apoio do NASF.....	116
Tabela 09 -	Profissionais que realizam interconsulta com o NASF.....	116

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitários de Saúde
ADAPS	Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BIRD	Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento
CAB	Cadernos de Atenção Básica
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil
CDT	Centro de Diagnóstico e Tratamento
CEP/ENSP	Comitê de Ética e Pesquisa da ENSP
CEO	Centro Especialidades Odontológicas
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
eAB	Equipe de Atenção Básica
eAP	Equipe de Atenção Primária
eCnaR	Equipe de Consultório na Rua
eNASF	Equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família
eNASF-AB	Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
eMAP	Equipe Multiprofissional de Atenção Psicossocial
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
eSB/SF	Equipe de Saúde Bucal de Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NAPICS	Núcleo Assistencial de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

NASF-AP	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária
NSI	Núcleo de Saúde Integral
OSS	Organização Social de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMB	Programa Médicos pelo Brasil
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PREFAPS	Programa de Financiamento da Atenção Primária à Saúde do Estado do Rio de Janeiro
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PST	Projeto de Saúde no Território
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RT	Residências Terapêuticas
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SES/RJ	Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	18
2	<b>O REFERENCIAL NORMATIVO DO NASF</b> .....	31
2.1	O 1º PERÍODO – 2000 A 2007: MOVIMENTOS ANTECEDENTES.....	34
2.1.1	<b>Um pouco mais sobre o NAISF, a primeira tentativa de implementar uma equipe multiprofissional na Atenção Básica</b> .....	36
2.2	2º PERÍODO – 2008 A 2011: AS DIRETRIZES DO APOIO.....	38
2.2.1	<b>A portaria nº 154</b> .....	38
2.2.2	<b>O Cadernos de Atenção Básica nº 27</b> .....	41
2.2.3	<b>O NASF 3 e a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas</b> .....	46
2.2.4	<b>A 1ª revisão da Política Nacional de Atenção Básica e o NASF</b> .....	47
2.3	3º PERÍODO – 2012 A 2015: A UNIVERSALIZAÇÃO DO NASF.....	49
2.3.1	<b>As portarias 978/2012, 3.124/2012, 458/2013 e 562/2013</b> .....	50
2.3.2	<b>O Cadernos de Atenção Básica nº 39</b> .....	54
2.4	4º PERÍODO – 2016 A 2018: A AMPLIAÇÃO DO APOIO.....	56
2.4.1	<b>O NASF e a estimulação precoce</b> .....	57
2.4.2	<b>A segunda revisão da PNAB e a ampliação do NASF</b> .....	58
2.5	5º PERÍODO – 2019 A 2021: O DESMONTE DO NASF?.....	60
2.5.1	<b>O Programa Previne Brasil, a portaria 3.222/2019 e o fim da indução ao NASF</b> .....	60
2.5.2	<b>O Programa de Financiamento da Atenção Primária à Saúde do Estado do Rio de Janeiro – PREFAPS</b> .....	62
2.5.3	<b>NASF-AP, o NASF da Atenção Primária</b> .....	64
2.6	<b>SÍNTESE DA CONSTRUÇÃO HISTÓRICO-NORMATIVA DO NASF E O CENÁRIO DAS EQUIPES CADASTRADAS NO BRASIL</b> .....	66
2.6.1	<b>O Previne Brasil e o NASF</b> .....	71
3	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	74
3.1	OBJETIVOS DA PESQUISA.....	74
3.1.1	<b>Objetivo geral</b> .....	74
3.1.2	<b>Objetivos específicos</b> .....	74
3.2	O MÉTODO DA PESQUISA.....	74
3.3	RECURSOS METODOLÓGICOS QUE FORAM UTILIZADOS.....	75
3.3.1	<b>Análise documental</b> .....	75
3.3.2	<b>Análise de base de dados secundários</b> .....	76
3.3.3	<b>Esquentando o campo da pesquisa</b> .....	77
3.3.4	<b>Websurvey</b> .....	79
3.3.5	<b>Entrevista semiestruturada</b> .....	81
3.4	A HERMENÊUTICA DIALÉTICA COMO MÉTODO DE ANÁLISE.....	81
3.4.1	<b>Matriz de análise conceitual e as categorias de análise</b> .....	83
3.5	LIMITES E DESAFIOS DA PESQUISA.....	85
3.6	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	86
4	<b>RESULTADOS</b> .....	88
4.1	MARICÁ, O CAMPO DA PESQUISA.....	88
4.1.1	<b>As respostas do município no enfrentamento à pandemia</b> .....	90
4.1.2	<b>A Rede de Atenção à Saúde do município</b> .....	91

4.2	O HISTÓRICO DO NASF DE MARICÁ.....	93
4.2.1	<b>A utilização das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) como ferramentas tecnológicas de cuidado.....</b>	95
4.2.2	<b>A perda do prazo para a implantação das 3ª equipes NASF e o início do processo de expansão da ESF.....</b>	100
4.2.3	<b>A entrada da OSS na APS do município, a pandemia de SARS-CoV-2 e o novo NASF de Maricá.....</b>	103
4.3	O PROCESSO DE TRABALHO DO NASF DE MARICÁ NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19.....	112
4.3.1	<b>Detalhamento dos resultados do websurvey.....</b>	112
4.4	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	119
4.4.1	<b>Perfil profissional dos membros do NASF.....</b>	119
4.4.2	<b>Relação interprofissional.....</b>	121
4.4.3	<b>Processos de trabalho na pandemia de Covid-19.....</b>	126
4.4.4	<b>Padrão de agravos na pandemia.....</b>	130
4.4.5	<b>A gestão e o NASF.....</b>	133
4.5	REVISÃO DA MATRIZ DE ANÁLISE CONCEITUAL.....	135
5	<b>CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	138
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	143
	<b>APÊNDICE A - WEBSURVEY: TÉCNICOS DO NASF.....</b>	153
	<b>APÊNDICE B - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....</b>	161
	<b>APÊNDICE C - CARTA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL.....</b>	162
	<b>APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	163
	<b>ANEXO A - INDICADOR DE PRODUÇÃO E DESEMPENHO NASF 2016.....</b>	165
	<b>ANEXO B - ACOMPANHAMENTO DE PTS.....</b>	168

## MOTIVAÇÕES E JUSTIFICATIVAS

Nos últimos 10 anos de serviço público como psicólogo, ao menos uma inquietação tem me acompanhado: o que se espera de uma equipe de apoio? O incômodo a essa pergunta apareceu inicialmente no ano de 2010, ao ser lotado na Secretaria Municipal de Educação da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, no Núcleo Interdisciplinar de Apoio às Unidades Escolares – uma equipe de apoio à escola composta por assistentes sociais, professores (as) e psicólogos (as). Essa inquietação ganha outra dimensão e contorno em janeiro de 2015, quando sou integrado ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)<sup>1</sup> da Prefeitura Municipal de Maricá/ RJ – cidade da região metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro, que fica a 60 km de distância da capital.

Na educação, muitas vezes espera-se por intervenções centradas exclusivamente no aluno, e na saúde, mesmo na Atenção Primária, os pedidos também demandam abordagens individualizadas. Frequentemente é assim, ao menos para um profissional de saúde mental. Por diversas ocasiões pude observar o descontentamento dos apoiados em relação aos modos de funcionamento dos apoiadores, como se houvesse um descompasso entre a dança e a música que é tocada. Em outras palavras, como se o apoio ofertado não fosse condizente, segundo a visão do apoiado, com os problemas apresentados.

Neste estudo, pretendo refletir sobre a operacionalização do apoio no âmbito das políticas do Sistema Único de Saúde (SUS), deixando o campo da educação para outro momento. Especificamente, discutir o processo de trabalho do NASF de Maricá e seu dispositivo organizador, o apoio matricial (CAMPOS e DOMITTI, 2007). Mas de onde se pretende pesquisar, de que lugar essa experiência vai ser observada, analisada e descrita?

O início do Mestrado Profissional na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) em março de 2020, coincidiu com dois outros eventos que mudaram o caminhar desta pesquisa: a chegada com maior força do SARS- CoV-2 no Estado do Rio de Janeiro e o início da prestação de ações e serviços de uma Organização Social de Saúde (OSS) na Atenção Primária à Saúde (APS) de Maricá<sup>2</sup>. De maneiras distintas, a pandemia e a OSS provocaram

---

<sup>1</sup> Ao longo dos anos, a nomenclatura do NASF mudou em 02 momentos. Este estudo utilizará a sigla mais comum – NASF –, quando esta não estiver associada a um contexto ou explicação específica. Na análise documental serão respeitadas as alterações dos nomes e das siglas, como forma de ilustrar e acompanhar essas modificações.

<sup>2</sup> A APS de Maricá é dividida em 04 distritos sanitários – Sede, Ponta Negra, Inoã e Itaipuaçu – e atualmente conta com 54 equipes de Saúde da Família (eSF). O NASF se organiza em 06 equipes que acompanham todas as equipes eSF do município, além de uma equipe de Consultório na Rua (eCnar) e outra de Saúde Indígena.



alguns deslocamentos: as aulas passaram a ser virtuais; minha atuação não seria mais como um especialista do NASF, e sim na área técnica da prefeitura responsável por acompanhar o trabalho do NASF desenvolvido pela OSS; o campo da pesquisa foi afetado por uma pandemia, onde uma das medidas de proteção mais recomendadas é o distanciamento social.

Em relação à primeira mudança, acabou sendo um pouco frustrante ter que frequentar a ENSP pela “janela do Zoom”, trocar o espaço de sonhos da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e seu castelo mouro, por uma cadeira desconfortável e uma tela fria de computador. Não ter a interação e discussões que os encontros presenciais podem proporcionar, trouxe outra experiência para esse momento de formação profissional.

A OSS que assumiu a gestão das ações da APS iniciou suas atividades no mês de março de 2020, junto ao aumento dos casos de Covid-19 na cidade. Os servidores estatutários foram chamados pela Coordenação de Atenção Primária, alguns puderam continuar em seus antigos postos de trabalho, outros foram transferidos. No meu caso, em junho fui convidado a acompanhar o NASF via Secretaria Municipal de Saúde (SMS), equipe de trabalho na qual atuava desde 2015.

O dia a dia foi construindo uma forma de acompanhamento do trabalho, entretanto sem uma orientação clara dada pela SMS sobre quais seriam as fronteiras entre prefeitura e OSS, e sem a formalização em Diário Oficial – referência técnica, coordenador de equipe, apoiador institucional? – que por fim foi definido como área técnica. Sobre esse tipo de parceria público-privado, Vanessa Silva et al. (2016, p.1374) afirmam não haver “um modelo único de parceria com OSS, mas sim diferentes modalidades originadas da combinação entre as normas institucionais, as singularidades socioeconômicas, o grau de desenvolvimento institucional e as determinações do jogo político local”.

A inserção no NASF vinha produzindo algumas inquietações em relação ao modo singular de operar do apoio matricial (CAMPOS, 2015), o que motivou o ingresso no curso de Mestrado para o aprofundamento dessas questões. Entretanto, se antes o tema seria pesquisado a partir do lugar de um técnico da “ponta”, estar nesta nova posição impôs outro modo de atuação, e conseqüentemente outra forma de relação com o campo profissional, que também era o da pesquisa. A dupla implicação (BAREMBLITT, 2002) ao campo, gestor - pesquisador, permitiu analisar os processos de trabalho ao mesmo tempo em que acompanhava e apoiava a equipe. Com isso, ambos os processos puderam dialogar e se retroalimentar, o trabalho subsidiando as investigações da pesquisa e os resultados obtidos alimentando processos reflexivos e propositivos.

A pandemia de Covid-19 imprimiu mudanças importantes de reorientação no SUS. Inicialmente, os esforços e recursos voltaram-se para o atendimento dos casos graves e para o aumento do número de leitos hospitalares. Em quase todos os estados brasileiros, hospitais de campanha foram construídos e desmobilizados após o 1º pico da pandemia, visto que são estruturas caras de serem mantidas. A Atenção Primária foi negligenciada nesse primeiro momento, apesar de sua potência para enfrentamento à pandemia. Precisou reorganizar sua porta de entrada, adaptando e criando novos protocolos de atendimentos e de acompanhamento aos territórios (BARRA et al., 2020; GIOVANELLA et al., 2020a). Com a fase da imunização, a APS voltou a ganhar destaque pela sua expertise e tradição nas campanhas vacinais dos municípios.

O NASF também precisou se adaptar. Os modos de operar do apoio matricial, cujas formas de intervenções são baseadas na interação com outros profissionais e usuários - preferencialmente em grupo -, foram sendo adequados frente a um contexto nunca antes vivenciado. As demandas decorrentes do impacto da pandemia sobre a vida das pessoas chegaram na APS, convocando a ESF e os especialistas do NASF para outros desafios.

Porém, a falta de coordenação nacional e a fragilidade das respostas dada pelo Governo Federal e Ministério da Saúde (MS), levou ao descontrole da doença no Brasil, com o consequente colapso do SUS no 1º trimestre de 2021 (FIOCRUZ, 2021). Ao final de 2021, 619.109 mil mortes foram contabilizadas desde o início da pandemia, com 22.285.373 casos confirmados.

Frente às mudanças engendradas pelo SARS-CoV-2, entende-se que os questionamentos que esta pesquisa tem a intenção de responder são marcados pelo contexto sócio-histórico da pandemia, e que por isso não poderia se furtar a incluí-la como um dos elementos analisadores. Compreender as atuais práticas de trabalho de uma equipe envolve discuti-las atravessadas e modificadas pelo advento da Covid-19.

Outro aspecto importante para esta reflexão está relacionado às legislações e diretrizes que orientam o NASF. Desde a portaria nº 154/2008 (BRASIL, 2008) até as últimas normatizações que estabeleceram novos modos de financiamento (BRASIL, 2019b, 2019d), percebe-se diferentes movimentos que vão dando conformidade ao processo de trabalho do NASF. Movimentos que precisam ser postos em análise, visto que fazem parte do contexto em que as práticas de cuidado em saúde acontecem, vivas em ato (MERHY, 2014), trazendo reflexos para o modelo de cuidado assistencial da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Como justificativas, entende-se que este estudo será o 1º trabalho dedicado a pesquisar o NASF de Maricá, uma cidade de médio porte do Estado do Rio de Janeiro que está em processo de expansão da APS. Além do ineditismo de tal investigação, o cenário adverso e peculiar da pandemia o torna ainda mais relevante, em função da necessidade de produção de conhecimento sobre o maior problema sanitário enfrentado pelo SUS. O que precisou mudar, o que foi adaptado ou abolido, o que vai ser incorporado? Em que pese os diversos estudos já realizados sobre o apoio matricial, pouco se conhece sobre essas intervenções nesse contexto.

Pesquisar e acompanhar tecnicamente uma equipe é uma experiência privilegiada, que possibilita a correlação entre teoria e prática no Mestrado Profissional. A dupla vinculação permite trazer as discussões contemporâneas da Saúde Coletiva sobre os pressupostos que embasam o trabalho, refletindo junto aos trabalhadores do NASF acerca dos novos modos de operar do apoio matricial.

## 1 INTRODUÇÃO

Na experiência de saúde pública brasileira, as políticas de organização do SUS apontam para a centralidade da APS. A última revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 (BRASIL, 2017), apesar de muitas críticas às modificações feitas (ALMEIDA et al., 2018; De SETA et al., 2020; MELO et al., 2018; MENDES e CARNUT, 2018; MOROSINI et al., 2018), reafirmou que o ordenamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) é de responsabilidade da APS. O texto também reforçou o papel da ESF como forma prioritária de organização da atenção à saúde, contudo trouxe outro arranjo organizacional passível de financiamento - a equipe de Atenção Básica (eAB)<sup>3</sup>.

A referida PNAB também evidencia a importância do NASF como uma equipe da Atenção Básica. Entretanto, ela traz algumas modificações, como a mudança do nome da equipe, com a troca da palavra apoio pelo adjetivo ampliado. Ao longo dos 14 anos de criação do NASF, foi possível acompanhar deslocamentos em seu ordenamento jurídico-normativo, que serão discutidos nesta pesquisa no Capítulo 02. E desde o ano de 2019 especificamente, observam-se alterações sensíveis em portarias editadas pelo Governo Federal do Presidente Jair Bolsonaro (BRASIL, 2019b, 2019d). Em função do contexto da pandemia e da maneira em que estão sendo efetivadas, essas últimas mudanças podem colocar em risco a continuidade dessas equipes.

O NASF foi criado no ano de 2008 com o objetivo de aumentar a capacidade resolutiva da ESF, ampliando o cuidado ofertado aos usuários dos territórios adscritos (BRASIL, 2010). Se organiza como uma equipe interprofissional<sup>4</sup> que executa ações de retaguarda especializada,

---

<sup>3</sup> A despeito dos inúmeros desafios enfrentados na organização de todo o sistema, muitos avanços foram observados nesses 30 anos de SUS, especialmente na expansão da cobertura aos cidadãos brasileiros (CECÍLIO e REIS, 2018; PAIM, 2018). Porém, o atual contexto da política nacional traz diversas ameaças para a manutenção das muitas conquistas e direitos sociais, como é o caso do SUS (MASSUDA, 2020), sendo importante a vigilância sobre os impactos que essas modificações vêm acarretando para o campo da Saúde Coletiva.

<sup>4</sup> Marina Peduzzi et al. (2013) definem a relação interprofissional como aquela que é estabelecida entre profissionais de saúde, em equipe, por meio da integração e articulação de suas práticas profissionais. Numa relação interprofissional há interação no processo de trabalho e troca de conhecimento entre áreas distintas, produzindo intervenções menos fragmentadas e mais resolutivas. Diferente de uma atuação multiprofissional, onde há pouca, e por vezes nenhuma interação entre aqueles que participam do cuidado em saúde, a interprofissionalidade “possibilita evitar omissões ou duplicações de cuidados, evitar esperas e adiamentos desnecessários, ampliar e melhorar a comunicação entre os profissionais, bem como o reconhecimento das contribuições específicas de cada área e de suas fronteiras sobrepostas, com a flexibilização dos papéis profissionais” (PEDUZZI et al., 2013, p. 978). Ao longo dessa dissertação ambos os conceitos serão utilizados, a interprofissionalidade especialmente quando relacionada às práticas do NASF, já que o apoio matricial intenciona a construção de processos de trabalho cogерidos e democráticos. Os autores salientam ainda a diferença entre interdisciplinaridade / multidisciplinaridade - que se referem a área do conhecimento e das disciplinas - e interprofissionalidade / multiprofissionalidade, que estão relacionadas ao campo das práticas e intervenções profissionais.

apoiando as equipes que são vinculadas. Através da metodologia do apoio matricial, os especialistas ofertam às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e seus usuários, apoio técnico-pedagógico e apoio clínico-assistencial (CAMPOS e DOMITTI, 2007). A maneira com que as equipes da Saúde da Família (eSF) e do NASF vão compondo seus trabalhos vai engendrar diferentes arranjos e configurações da função apoio, com efeitos na produção do cuidado em saúde.

### **Os modos de operar do apoio matricial**

O apoio matricial deriva da práxis de Gastão Wagner de Sousa Campos, médico, sanitarista, professor, gestor e militante da Saúde Coletiva. Tem origem no Método Paideia, conceito desenvolvido a partir das experimentações feitas no município de Campinas/SP no início da década de 1990 (CAMPOS, 2015). O método serviu de base para a formulação do modo de organização e funcionamento entre as equipes de referência - eSF - e as equipes de apoio - NASF - no SUS.

“A metodologia de Formação e de Apoio Paideia objetiva aumentar a capacidade de compreensão e de intervenção das pessoas sobre o contexto, sobre os outros e sobre si mesmas, contribuindo para instituir processos de construção de sociedade com grau crescente de democracia e bem-estar social” (CAMPOS et al., 2013, p. 15).

O apoio matricial propõe um novo modo de organização da gestão do processo de trabalho e da clínica, que procura superar a lógica de cuidado baseada na racionalidade gerencial hegemônica, que na saúde produz um cuidado fragmentado e médico centrado (CAMPOS, 2015). A partir da relação mais próxima entre os especialistas do NASF e a ESF, intenciona-se romper com as velhas formas de encaminhamento das fichas de referência e contrarreferência. Com isso, estabelecer o cuidado de forma compartilhada, em equipe, numa relação dialógica e horizontal, baseada na colaboração e comunicação entre saberes distintos, objetivando a não fragmentação do cuidado. E assim, construir novos modos de relação interprofissional, organizadas a partir das necessidades de saúde de usuários e coletivos.

O encaminhamento, na lógica do apoio matricial, é mais que “passar o caso” ou “marcar na agenda para atendimento”. Ele deve ser visto como o momento em que ambas as equipes vão começar a traçar, caso a situação demande, um plano comum de intervenção. O plano comum e colaborativo pode se desdobrar, por exemplo, numa ação coletiva de educação em saúde no território, ou em atividade pedagógica entre equipes. Pode engendrar uma discussão mais profunda que envolva toda a UBS, e não só aquela equipe que pediu o apoio. Pode ainda

se realizar na abordagem direta ao usuário de uma consulta compartilhada, ou mesmo numa visita domiciliar, para conhecer melhor contextos familiares.

Esse plano é permeado por zonas de conhecimento comuns e por outras particulares, que se encontram e se mesclam no cotidiano das práticas. Pela complexidade das situações que chegam à APS, o trabalho em equipe é pensado como uma forma de ampliar as possibilidades de intervenção interdisciplinar, combinando essas duas dimensões do fazer profissional. Em equipe, diferentes áreas do conhecimento podem se interpenetrar, compartilhar conhecimentos e produzir outros modos de intervenção. Essas duas zonas são conceituadas de “campo” e “núcleo”, que

“[...] permitem distinguir os saberes e práticas peculiares a cada profissão, dos saberes, práticas e responsabilidades comuns a todos os profissionais de saúde. No núcleo haveria uma aglutinação de conhecimentos e práticas, conformando as identidades profissionais e determinados padrões de compromisso com a produção de saúde [...]. Já o *campo* seria um espaço de interseção entre os saberes, em que haveria uma sobreposição dos limites entre cada especialidade e cada prática, e onde todo profissional de saúde deveria atuar, independente de sua categoria ou formação” (CAMPOS et al., 2013. p. 67-68, grifo do autor).

A participação de outras categorias profissionais na APS permitiu às UBS ofertarem mais serviços de saúde e serem mais resolutivas para os territórios, qualificando o acesso de usuários aos serviços. A partir da criação do NASF, muitas das situações que seriam encaminhadas para a rede assistencial agora podem ser resolvidas na própria ESF. As que precisam ser reguladas para outros pontos RAS, podem ser avaliadas e articuladas pelos especialistas disponíveis nas equipes na própria unidade. A circulação pelos territórios adscritos e seu caráter de equipe volante possibilita que as equipes NASF (eNASF) se aproximem dos outros trabalhadores que fazem parte dos equipamentos e serviços da rede, facilitando a comunicação e a construção de redes quentes. Estabelecer fluxos operacionais, uma das funções da equipe de apoio, é uma das formas de desburocratizar e qualificar o percurso terapêutico dos usuários acompanhados, evitando encaminhamentos desnecessários (BRASIL, 2014).

O contato direto do NASF com usuários e coletivos, em abordagens individuais ou conjuntas com outros profissionais, integra a dimensão clínico-assistencial do apoio matricial. Os atendimentos individuais, quando articulados a projetos terapêuticos construídos em equipe, diminuem a possibilidade de fragmentação do cuidado. O momento da devolutiva para a eSF faz parte da estratégia de compartilhamento e de continuidade da assistência, e não se resume somente às informações que são inseridas no prontuário.

Intenciona-se que a dimensão pedagógica transversalize as intervenções do NASF, e que ela esteja presente em diversos momentos de atuação. Através do compartilhamento de

saberes e práticas, discussão de casos, de temas e de atividades conjuntas entre eNASF e eSF é possível ampliar o escopo de atuação da ESF, disparando, ao mesmo tempo, processos educativos e assistenciais. As abordagens coletivas e grupais com usuários também funcionam como um potente dispositivo pedagógico e de cuidado. Com isso, reverberar em mais ações de saúde, ampliando o conhecimento e as formas de agir das equipes, usuários, famílias e comunidade sobre os desafios vivenciados no cotidiano.

Existem inúmeras formas de se propor intervenções balizadas pelo método do apoio matricial, direcionadas à equipes, usuários e coletivos. Cada contexto vai imprimir uma forma específica de interação entre os profissionais, e conseqüentemente de atuação, que podem ser mais próximas ou distantes do que é prescrito nos preceitos legais.

É possível circunscrever, portanto, o apoio matricial e suas diferentes formas de atuação como uma ação voltada para fomentar maiores graus de autonomia, por meio do aumento da capacidade de análise e intervenção dos sujeitos sobre seus processos de trabalho e de vida. Não só apoiar, mas, sobretudo, impulsionar e ampliar a capacidade de agir dos trabalhadores apoiados e usuários (CAMPOS, 2013). Uma prática que se produz a partir das situações singulares e dos encontros, efetivadas na micropolítica (DELEUZE e GUATTARI, 2012).

O campo da produção do cuidado é composto por diferentes forças, e o dia a dia das UBS têm demonstrado que o trabalho efetivamente realizado é atravessado e permeado também por embates e desencontros. Charles Tesser (2016) afirma que existem duas reduções comuns nas funções do NASF. Uns defendem a assistência direta aos usuários, outros dão maior importância ao apoio técnico-pedagógico, como se essas duas atividades não pudessem e deveriam ser articuladas para um mesmo propósito. A disputa entre qual dimensão do apoio é mais importante e deve sobressair no dia a dia do trabalho das equipes, é resultado de equívocos, tanto dos defensores da Saúde Coletiva, que tem uma predileção pelas ações pedagógicas, quanto das eSF, que demandam cuidados assistenciais diretos aos cadastrados. Para o autor, colocar as duas dimensões em campos distintos reduz as possibilidades de atuação dos profissionais, além de contradizer os preceitos do apoio matricial.

José Bispo Junior e Diane Moreira (2018) também evidenciaram duas forças disputando o direcionamento da função apoio. De um lado, os profissionais do NASF que defendem as ações coletivas, de outro, a equipe da ESF que tem preferência por atendimentos individuais. Esses dois entendimentos do modo de operar do NASF dificultam o compartilhamento do cuidado, assim como a pactuação de ações conjuntas e a efetivação do apoio matricial, implicando em diversas fragilidades nas dimensões do apoio. Além disso, “os profissionais dos

núcleos não se sentem apoiados pela eSFs nas atividades coletivas e grupais, por sua vez as eSFs não se percebem apoiadas na retaguarda especializada” (Ibidem, p. 690).

Em estudo qualitativo que resgata a experiência de implementação do NASF na cidade de Campinas/SP, Cristiane Castro et al. (2018) também descrevem dificuldades de entrosamento e de implantação de projetos de trabalho, principalmente devido a incompreensões sobre o matriciamento e o modo de funcionamento do NASF pelas equipes apoiadas. Eles relatam que uma das eSF pesquisadas não entendia a importância da discussão de um caso antes dele ser agendado para atendimento individual especializado, repetindo-se o modelo de atendimento ambulatorial. Dificuldades de compatibilização entre as agendas também atravessavam os processos, e muitas vezes impediam a execução de atividades compartilhadas. Nas equipes onde as práticas de cuidado estavam centradas no modelo médico hegemônico, foi observado maior resistência em realizar ações conjuntas. Também ressaltam que nas eSF que já organizavam seus processos de trabalho “com base na co-gestão de saberes, poderes e afetos, as atividades desenvolvidas junto com a equipe NASF aconteceram conforme acordos realizados, de maneira interativa, valorizando o ‘fazer com’, e não o ‘fazer pelo outro’” (Ibidem, p. 1124).

Ana Paula Klein e Ana d’Oliveira (2017) apontam outros descompassos entre o matriciamento e a assistência específica. As autoras evidenciaram uma dificuldade de algumas equipes em efetivar o cuidado compartilhado, por não entenderem os atendimentos individuais como um dos componentes do apoio matricial. ESF e NASF agem como se estivessem disputando um “cabo de força”. Na disputa, quem vai ser responsável pelo cuidado ao usuário.

“A possibilidade de intervenção específica de um técnico é vista por muitos psicólogos como descaracterização da proposta do apoio matricial e, portanto, rejeitada [...]. Ora a ESF “ganha”, ao conseguir uma consulta específica a ser feita pelo NASF, ora o NASF “ganha”, ao conseguir que a ESF se responsabilize por uma intervenção que estava sendo demandada a ele” (KLEIN e d’OLIVEIRA, 2017, p. 06).

A falta de encontros sistemáticos que garantam momentos de diálogo é apontada pela pesquisadora Ana Perrella (2017) como um dos maiores entraves para a instauração de ações compartilhadas. Esses espaços de escuta e reflexão são fundamentais para produzir trocas de trabalho e também para desfazer insatisfações e decepções entre os trabalhadores, sendo a reunião de equipe o espaço privilegiado para fomentar discussões sobre o modo de organização e funcionamento do NASF.



### **A formação de coletivos como potencializador do processo de trabalho em saúde**

O NASF aposta no trabalho em equipe, fundamentado na cogestão e na interprofissionalidade. A cogestão é um modo de organização das práticas baseado na horizontalidade de poder, e na instauração de espaços coletivos de análise e de intervenção sobre determinada realidade. Ela faz uma crítica aos modelos baseados na racionalidade gerencial hegemônica, que diferencia os que planejam dos que executam determinadas ações, a serviço do ganho de produtividade (CAMPOS, 2015). Para Emerson Merhy (2014), na produção do cuidado em saúde a separação entre o pensar e o agir se torna um paradoxo, pois a qualidade deste tipo de trabalho está diretamente relacionada à autonomia dos profissionais envolvidos – e em grande medida também dos usuários –, seja na atuação individual ou organizados em equipes.

Operar no coletivo de forma horizontal não é uma tarefa simples, como pôde ser observado anteriormente, e muito são os desafios das interações entre as equipes de trabalho. Além disso, há uma especificidade no que esta pesquisa está analisando, já que se trata do processo de trabalho em saúde, aqui definido, segundo Marina Peduzzi e Lília Schraiber (2008), como uma prática social de profissionais e trabalhadores da saúde que atuam na produção e consumo de serviços de saúde. Fruto da realização humana, esses processos são permeados por contradições e interesses diversos, que por vezes desafiam as racionalidades técnicas e políticas vigentes. São atravessados por relações de poder, que se direcionam para a manutenção do instituído ou que tomam outros sentidos e caminhos, irrompendo processos instituintes (BAREMBLITT, 2002).

Para além das diretrizes institucionais e normas operacionais, que procuram padronizar os diferentes modos de produzir saúde, o processo de trabalho em saúde acontece na micropolítica dos encontros de sujeitos concretos, vivo em ato (MERHY, 2014). Sujeitos trabalhadores que são atravessados por determinações sócio históricas que dão conformidade a desejos, interesses, crenças e valores, e aos modos de pensar, sentir e agir.

Ao discutir o trabalho em equipe, Peduzzi (2001, 2007) afirma que na área da saúde as equipes de trabalho ganharam expressão a partir das necessidades de racionalização dos custos dos serviços frente ao aumento da demanda por essas ações e, sobretudo, para responder ao paradigma biopsicossocial do cuidado em saúde. Pensar o usuário em sua complexidade e singularidade, de forma ampliada, prescinde uma organização dos serviços que privilegie diferentes conhecimentos e formações profissionais, distintos olhares e ações coordenadas.

### O trabalho em equipe multiprofissional é definido

“[...] como uma modalidade de trabalho coletivo que é construído por meio da relação recíproca, de mão dupla, entre as múltiplas intervenções técnicas e profissionais de diferentes áreas, configurando, através da comunicação, a articulação das ações e a cooperação” (PEDUZZI et al., 2008, p. 423).

A autora identifica duas tipologias de equipe multiprofissional, a equipe integração e a equipe agrupamento. A equipe integração tem como características a articulação de projetos e intervenções comuns, além da interação coordenada entre seus membros. Na de 2º tipo – equipe agrupamento – as ações são fragmentadas, há a justaposição de intervenções e pouca articulação entre os profissionais<sup>5</sup>. Quanto maior ou menor a abertura do campo de diálogo entre os membros das equipes, suas práticas produzirão, respectivamente, trabalhos mais compartilhados e cooperativos ou com pouca conexão e inter-relação. Peduzzi (2001, p. 106) pondera que

“[...] em ambas [as equipes], no entanto, estão presentes as diferenças técnicas dos trabalhos especializados e a desigualdade de valor atribuído a esses distintos trabalhos, operando a passagem da especialidade técnica para a hierarquia de trabalhos, o que torna a recomposição e a integração diversas do somatório técnico. Também, em ambas, estão presentes tensões entre as diversas concepções e os exercícios de autonomia técnica, bem como entre as concepções quanto a independências dos trabalhos especializados ou a sua complementaridade objetiva”.

Juarez Furtado (2007, p. 248) aponta algumas questões importantes para o debate sobre o trabalho em equipe. Para o autor, “a medida que aumenta o grau de colaboração profissional, decresce a autonomia individual, uma vez que a condução de planos terapêuticos passa a ser negociada entre os seus integrantes, o que pode ser particularmente difícil para alguns sujeitos”. Outro fator que produz resistência à integração está relacionado a duas forças que operam nesse campo. Uma força - baseada no que o autor denomina de lógica profissional - é ancorada na necessidade de garantia de mais espaços no mercado de trabalho, no controle sobre o saber do outro e no aumento da autonomia própria. Do outro lado, a força que impele a lógica da colaboração, direcionada ao compartilhamento de experiências e de modos de agir. “Esse aumento de colaboração profissional expande a troca na tomada de decisões clínicas e a integralidade dos cuidados, permitindo o aumento de autonomia da equipe como um todo frente aos problemas por ela enfrentados” (Ibidem).

---

<sup>5</sup> Pode-se observar que Peduzzi utiliza o conceito multiprofissional para identificar dois modos de operar distintos de equipe, uma com práticas mais articuladas – equipe integração –, a outra mais fragmentada – equipe agrupamento. Fazendo-se um paralelo com a conceituação trazida pela mesma autora e colaboradores em artigo citado anteriormente nesta dissertação, é possível relacionar a equipe integração com uma prática de trabalho interprofissional, assim com a equipe agrupamento com uma atuação mais voltada ao funcionamento multiprofissional (PEDUZZI et al., 2013), ainda que esses autores não façam essa analogia.

Compreender que os pontos discutidos por Peduzzi e Furtado são partes integrantes do trabalho em equipe, e que por serem inerentes ao processo precisam ser debatidos nos grupos, pode contribuir para a formação de equipes mais integradas. Questões como relações de poder, diferenças técnicas, o exercício de autonomia e o trabalho compartilhado, o grau de comunicação e ruído no interior das equipes, são alguns dos temas que a gestão pode propor como ponto de pauta nas reuniões de equipe. Falar, ouvir, produzir dispositivos para fazer a fala circular nos encontros, “criar espaços de conversa e escuta, colocar o trabalho em análise para recolher os efeitos produzidos sobre os envolvidos; é preciso tensionar os a priori e criar situações que favoreçam a abertura para os desafios que as singularidades nos impõem” (MERHY et al., 2019, p. 74).

### **O apoio institucional, o apoio matricial e a função apoio**

O Apoio Paideia também originou outra forma de suporte - o apoio institucional. O apoio institucional visa deflagrar processos de cogestão e mudanças na capacidade de análise e intervenção dos trabalhadores organizados em coletivos, concomitantemente com a reprodução da própria instituição (CAMPOS, 2015). Apoiar e também impulsionar, dar um empurrão para que haja movimento e mudança.

Apoio institucional e matricial podem ser compreendidos como modalidades da “função apoio”. Gustavo Oliveira (2011), baseado no autor anteriormente citado, afirma que a finalidade da função apoio é o de reposicionar as relações de poder entre gestores, equipes e usuários para aumentar o coeficiente de autonomia dos sujeitos envolvidos no cuidado à saúde.

Ao longo da construção do SUS, iniciativas foram feitas pelo MS na tentativa de superação dos inúmeros desafios deste sistema, algumas oriundas do Método Paideia. O apoio institucional foi uma dessas estratégias, utilizadas a partir do ano de 2003. Inicialmente, foi empregado em processos de qualificação do SUS – como a Política Nacional de Humanização (PNH) e as ações de Apoio Integrado do Departamento de Apoio à Descentralização. E num segundo momento, em 2011, com o Núcleo Gestor do Apoio Institucional Integrado (MOURA e LUZIO, 2014; PEREIRA JUNIOR, 2013).

Mônica Oliveira e Gastão Campos (2015, p. 236) pontuam que “o núcleo do apoio matricial se refere à clínica e o do apoio institucional, à gestão. Isso não retira a clínica e a saúde coletiva da responsabilidade do apoio institucional, e tampouco elimina a política e a gestão do apoio matricial”. Os autores também advertem que o simples uso dos conceitos “apoio” e “apoiador” não garantem, por si só, a instauração de relações de trabalho mais democráticas ou

participativas, e que a banalização de seu uso pode trazer um esvaziamento tanto da proposta da função apoio, como do “objetivo pretendido pelo autor em sua formulação” (Ibidem, p. 230). A interação entre esses sujeitos, engendradas no espaço relacional do cuidado, podem favorecer a produção de uma clínica ampliada e compartilhada ou serem atravessadas por práticas contrárias ao apoio.

Sendo uma das funções do trabalho da gestão, o apoio institucional pode ser materializado em espaços de formação e educação permanente aos trabalhadores, que fomentem e produzam reflexões sobre as práticas de cuidado e de trabalho. O desafio é promover esses espaços em estruturas burocratizadas e verticais, muito comuns em serviços públicos geridos por OSS.

### **A pandemia de Covid-19 no Brasil e o NASF**

A partir do anúncio de pandemia global feito pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11 de março de 2020, tudo mudou. A Covid-19, uma doença contagiosa que pode evoluir para uma síndrome respiratória aguda grave e levar a óbito, fez com que o SUS precisasse repensar suas práticas e prioridades. Protocolos, fluxos operacionais e outros arranjos passaram a ser adaptados e reescritos para uma nova realidade. Além disso, a pandemia trouxe uma sobrecarga e pressão aos trabalhadores da saúde, profissionais mais expostos entre todos os outros agentes responsáveis pelo combate a doença.

No Brasil, assim como na maior parte do mundo, inicialmente a rede hospitalar ganhou importância central no enfrentamento à pandemia. O grande número de infectados acabou por produzir muitos casos da doença cuja gravidade leva a necessidade de internação, por vezes em leitos de terapia intensiva. Entretanto, a capacidade instalada da maioria dos estados brasileiros não conseguiu dar conta das demandas por leitos hospitalares na chamada 2ª onda (FIOCRUZ, 2021), como já havia sido vivenciado no município de Manaus, em 2020.

Todavia, é possível reconhecer que a APS possui um papel fundamental no enfrentamento e controle da pandemia, ainda que essa importância não tenha sido valorizada num primeiro momento. A capilaridade da ESF possibilita que as equipes façam o acolhimento, a avaliação e o acompanhamento de casos suspeitos e dos confirmados, que não apresentem gravidade. A atuação de base territorial da ESF permite a realização de ações de vigilância em saúde, cuidados assistências, apoio aos mais vulneráveis, além das intervenções rotineiras das UBS, adaptadas para o novo contexto (GIOVANELLA et al., 2020a). Dentre as atividades que estão no escopo da ESF e que contribuem neste enfrentamento, destacam-se: estabelecer um

canal de comunicação com os serviços de urgência e emergência para compartilhar informações sobre usuários adscritos que procuraram atendimento, com o objetivo de acompanhá-los quando retornarem as suas residências; rastrear os usuários que tiveram contato direto com pessoas infectadas; apoiar os usuários e familiares que cumprem o período de isolamento social; promover campanhas de esclarecimento aos territórios via redes sociais; articular com os serviços da Assistência Social e outros recursos comunitários da rede do entorno para dar suporte aos mais vulneráveis; realizar a imunização da população.

Entende-se que a atuação dos profissionais especialistas do NASF, um dos componentes que integra a rede da APS, se torna estratégica neste cenário. A participação de assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, educadores físicos e outros profissionais, em conjunto com as eSF, amplia a capacidade de resposta das unidades de saúde frente às novas e antigas demandas geradas pela pandemia. E em função desse cenário, muitas atividades foram adaptadas em relação a novos protocolos, outras estão sendo incorporadas. Alguns direcionamentos foram adotados por equipes NASF, tais como: tele atendimento para garantir o cuidado dos usuários; tele monitoramento dos casos suspeitos ou confirmados; produção e divulgação de material educativo impresso e digital com informações relevantes sobre a doença; realização de *lives* em redes sociais com atividades de saúde para serem realizadas remotamente; criação de novos fluxos de atendimentos, no sentido de dar mais segurança aos usuários e profissionais e de manter as atividades de rotina; apoio às estratégias de testagem rápidas nos territórios; atividades pedagógicas com as eSF; escuta e suporte emocional às equipes apoiadas; suporte para o recebimento do Auxílio Emergencial e outros benefícios sociais (COSTA et al., 2020; OLIVEIRA et al., 2020; REDE APS, 2020).

Não foi encontrado documento oficial do MS com recomendações para o desenvolvimento do trabalho do NASF durante a pandemia, como feito em 2016 na emergência do zika vírus (BRASIL, 2016b). Porém, a Secretaria de Estado de Saúde/RJ (SES/RJ) publicou a nota técnica “Orientações quanto à atuação do NASF-AB no contexto de pandemia de Covid-19” no final do mês de junho de 2020 (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2020). A nota técnica ressalta a importância das intervenções do NASF que, “para além de suas linhas de atuação clínico-assistencial e técnico-pedagógica, pode apontar para a construção de processos de cuidado dentro da própria equipe e o estabelecimento de uma aliança entre as equipes de saúde e seus respectivos territórios de atuação” (Ibidem, p. 1).

O documento lista recomendações gerais para todos os técnicos, sugere ações específicas para alguns núcleos profissionais, ressalta a importância do uso de equipamento de

proteção individual e traz apontamentos sobre o registro da produção. Dentre ações gerais, destacam-se: acolhimento e triagem de usuários com sintomas de infecção pelo novo coronavírus, bem como o monitoramento dos familiares; identificação de recursos e fragilidades do território para o enfrentamento à pandemia, e mobilização das redes de apoio; intervenções pedagógicas aos usuários e de orientação a equipamentos e estabelecimentos comerciais do território; elaboração de material educativo, com atividades práticas de saúde que podem ser realizada nas residências; acompanhamento dos grupos vulneráveis e de mais risco em função de situações específicas de saúde, e/ou de maior vulnerabilidade social; monitoramento e acompanhamento de usuários que já passaram pelo processo de hospitalização; suporte aos outros profissionais da equipe e ações de saúde do trabalhador, na tentativa de diminuição do impacto do excesso de demanda de trabalho; manter a articulação com os pontos de atenção da rede, para os casos que precisem de ações de outros equipamentos assistenciais; e suspensão dos atendimentos coletivos, com a substituição por atividades remotas, quando possível.

Como sugestões de atividades a serem realizadas pelos núcleos profissionais, a nota técnica propõe as seguintes atividades:

“1. *Profissional de educação física*: utilizar os recursos digitais e mídias sociais para a produção de materiais a fim de orientar e estimular os usuários à realização de práticas corporais e atividades físicas que possam ser realizadas no ambiente domiciliar, em família, orientando com relação à segurança; 2. *Nutricionista*: orientação aos usuários sobre uma alimentação adequada e saudável em tempos de pandemia, principalmente àqueles portadores de condições crônicas; 3. *Assistente Social*: apoio aos usuários em situação de vulnerabilidade; auxílio aos usuários no acesso aos benefícios sociais; 4. *Farmacêutico*: orientações quanto ao uso racional de medicamentos em tempos de pandemia; 5. *Psicólogo*: apoio psicoterapêutico a usuários decorrente de distúrbios provocados pelo isolamento, desemprego, medo e outros; monitoramento de situações de violência domiciliar, autoprovoada, interpessoal e outras; 6. *Sanitarista*: avaliação e monitoramento da situação de saúde local, especialmente no que tange à incidência e prevalência por Covid-19; planejamento de ações considerando a situação de saúde e as condições do território; 7. *Fisioterapeuta*: orientação aos usuários com quadros suspeitos de Covid-19 quanto à prática de exercícios respiratórios com objetivo de manutenção ou melhoria da função respiratória e identificação precoce dos sinais de agravamento do quadro; orientação aos usuários com condições crônicas sobre estratégias para manutenção das atividades de vida diária com execução independente” (Ibidem, p. 05, grifo nosso).

A nota técnica preenche uma lacuna importante deixada pela falta de orientação federal para o processo de trabalho do NASF, com destaque para as sugestões específicas dos núcleos profissionais. Esta iniciativa ganhou mais relevância pois o Governo Federal não produziu materiais orientadores para o NASF, como os Cadernos de Atenção Básica n<sup>os</sup> 21 e 39 ou o que foi editado em 2016, no enfrentamento ao zika vírus (BRASIL, 2009, 2014, 2016). Pelo contrário, algumas mudanças que vêm sendo impostas pelo MS indicam a tentativa de

descontinuidade da proposta do NASF, como o fim de incentivo federal específico, revogação dos parâmetros mínimos estipulados para o credenciamento das equipes e a possibilidade de fomento de outros arranjos de equipes multiprofissionais para a Atenção Primária (BRASIL, 2019b, 2019d).

O início da pandemia trouxe a necessidade da adoção de medidas para a redução da transmissibilidade e para o manejo da doença. Com a continuidade da emergência sanitária, e o grande número de pessoas acometidas pela Covid-19 em diferentes graus, outras questões são colocadas no debate. Existe uma agenda de necessidades de saúde aberta, de certa maneira imprevisível, e essas ações de cuidado para mitigar os agravos decorrentes da pandemia vão precisar da mobilização e dos esforços de todos os diferentes níveis de atenção, sobretudo da APS. Algumas dessas intervenções já foram identificadas, muitas serão acompanhadas pelas ESF e podem fazer parte do rol das ações de apoio dos profissionais do NASF, como nos seguintes casos: sequelas deixadas pela doença, como perda de paladar e de olfato, dificuldade de respiração e locomoção, problemas cognitivos, lesões provocadas pela terapia intensiva; questões de saúde mental como depressão, transtorno de ansiedade, somatização, apoio às situações de luto; empobrecimento da população atendida e insegurança alimentar; aumento do uso e abuso de álcool e outras drogas e dos casos de violência intrafamiliar; distúrbios alimentares; advento da 3ª onda, provocada pelo interrupção dos acompanhamentos dos usuários com doenças crônicas (CAMPOS et al., 2020; MENDES, 2020).

A falta de coordenação e comando único do MS contribuiu negativamente no enfrentamento à pandemia, refletindo no número de infectados, no tempo de duração da pandemia e no número de óbitos (GIOVANELLA et al., 2020c). Ao não assumir o gerenciamento da crise, o Governo Federal deixou as ações de planejamento a cargo dos 26 estados, do Distrito Federal e dos 5570 municípios. Com tantos entes responsáveis pelo planejamento, sem uma direção nacional que promova a integração, foi possível verificar tomadas de decisões conflitantes. Por exemplo, um prefeito decretou o fechamento total do comércio em sua cidade enquanto o município vizinho e próximo não tomou tal medida.

Tampouco foram desenvolvidas campanhas pelo MS de conscientização da população sobre a importância do uso de máscaras e da necessidade do distanciamento social, ou mesmo da importância em se vacinar. Houve a demora na implantação de medidas de apoio à economia e ao emprego, o que ocasionou o aumento do desemprego e o recrudescimento das desigualdades sociais. Soma-se a essas questões o fato do Governo Federal trocar de Ministro da Saúde por 04 vezes ao longo da emergência sanitária, e insistir na prescrição de tratamentos

precozes e profiláticos sem eficácia científica comprovada, além da disseminação de notícias falsas sobre as diversas vacinas aprovadas. Em decorrência de todos esses fatores, o Brasil atingiu a triste marca de mais de 600.000 mortos em dezembro de 2021.

Um dado positivo é a capacidade comprovada do Programa Nacional de Imunização, operado na ponta pelas UBS, e que elevou a cobertura vacinal em um ritmo importante assim que os imunizantes foram disponibilizados em larga escala. Com isso, as taxas de mortalidade diminuíram em todo o País, e o Brasil melhorou significativamente esses números ao longo de 2021, apesar do surgimento de novas mutações do vírus e de uma terceira onda de contágio no final do ano.

Na cidade de Maricá, a prefeitura tomou diversas medidas importantes, conforme informações divulgadas no portal institucional da gestão municipal<sup>6</sup>. Além do incremento dos programas sociais vigentes, a prefeitura criou o Programa de Amparo ao Trabalhador, além de linhas de crédito para os pequenos empresários. Também inaugurou um hospital que já estava pronto, além da instalação de tendas para atendimento aos casos suspeitos de Covid-19 nos diferentes distritos. O município de Maricá será devidamente apresentados no capítulo 04.

A partir das reflexões aqui apresentadas sobre as formas de operar do NASF, esta dissertação analisou como as ações de apoio matricial foram organizadas no município de Maricá, no contexto da pandemia de Covid-19. Como as dimensões do apoio matricial – técnico-pedagógica e clínico-assistencial - se expressaram nas práticas de cuidado das equipes do NASF deste município, num cenário completamente novo, e com tendência a ter desdobramentos por um longo período.

A presente dissertação está estruturada em 05 partes. O 1º capítulo introduz o NASF discutindo o método do apoio matricial, trazendo os antigos e novos desafios deste modo de gestão do trabalho interprofissional. O 2º capítulo traz a construção do referencial normativo do NASF, identificando as principais alterações no ordenamento jurídico ao longo do tempo, bem como os desdobramentos das mudanças para o trabalho das equipes. No 3º capítulo é apresentado o percurso metodológico do estudo, composto pelos objetivos geral e específicos, o método de pesquisa e as técnicas utilizadas. O 4º traz os resultados, com a apresentação do histórico do NASF em Maricá, e a descrição dos modos de organização da equipe no contexto da pandemia de Covid-19. No 5º e último capítulo serão apresentadas as conclusões e demais considerações finais.

---

<sup>6</sup> <https://www.marica.rj.gov.br/>, acessado em 15/09/2021



## 2 O REFERENCIAL NORMATIVO DO NASF

A partir das diferentes experiências de Saúde da Família que vinham sendo experimentadas pelo Brasil desde 1994, o MS vai gradativamente induzindo os municípios para a adoção deste modelo. O conseqüente aumento da importância da Atenção Básica como centralizadora do cuidado, com o respectivo redirecionamento de financiamento para esse nível de atenção, impôs aos municípios o desafio da reorganização de suas redes de saúde. Com a Saúde da Família, as equipes têm a tarefa de garantir aos usuários o cuidado de um outro modo. Almeja-se, ambiciosamente, que este seja realizado nos territórios, ao longo do tempo, em todas as suas necessidades, o que demanda a intervenção de mais categorias profissionais para além da equipe mínima, preferencialmente organizados em equipes de trabalho.

Para fins de pesquisa, propõe-se a divisão histórico-normativa de construção do NASF, equipe de trabalho criada para apoiar as necessidades da ESF, em 05 períodos: movimentos antecedentes, as diretrizes do apoio, a universalização do NASF, a ampliação do apoio e o desmonte do NASF?. Esta divisão foi baseada principalmente em movimentos do MS que, a partir de estudos, publicações de portarias, cadernos de orientações, políticas de indução e cursos de capacitação, deu conformidade e contorno às diretrizes e ferramentas do NASF. Esses períodos não são distintos de seu tempo sócio-histórico, ao contrário, são produzidos e marcados como a expressão desse tempo, sendo movidos por diversos interesses – às vezes distintos ou contraditórios ao próprio SUS. Para efeitos de compreensão, o percurso histórico-normativo de construção do NASF será dividido de acordo com o Quadro 01.

Quadro 01 – Percurso histórico-normativo de construção do NASF

<b>Períodos</b>	<b>Destaques</b>
1º - 2000 a 2007 Movimentos antecedentes	Núcleo de Atenção Integral na Saúde da Família - NAISF
2º - 2008 a 2011 As diretrizes do apoio	Portaria 154 Cadernos de Atenção Básica 27
3º - 2012 a 2015 A universalização do NASF	NASF 1, NASF 2 e NASF 3 Cadernos de Atenção Básica 39
4º - 2016 a 2018 A ampliação do apoio	Zika vírus PNAB 2017
5º - 2019 a 2021 O desmonte do NASF?	Programa Previne Brasil PREFAPS <sup>7</sup>

Fonte: Elaboração própria, 2022

<sup>7</sup> Programa de Financiamento da Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (SES/RJ).

Parte-se da análise de documentos governamentais com o objetivo de elencar as alterações feitas nas normativas do NASF, com vistas a analisar as orientações definidas em relação ao processo de trabalho e ao apoio matricial. A intenção é identificar os movimentos que vão dando contorno ao NASF ao longo do tempo, refletindo sobre 02 aspectos: as principais modificações propostas e os possíveis impactos sobre as equipes.

Pretende-se discutir criticamente essa construção, buscando a compreensão de como essas políticas têm rebatimento sobre as equipes, ora fomentando a ampliação das práticas, em outros momentos despotencializando o que foi construído ao longo do tempo. Ao final de cada período será feito o levantamento do número de equipes NASF registradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), utilizando-se como referência o mês de dezembro de cada ano. Essa contagem tem a intenção de ilustrar numericamente os desdobramentos que os documentos analisados tiveram enquanto políticas indutoras, e se foram efetivas em favorecer a implantação de novas equipes.

No Quadro 02 estão relacionadas as 18 normativas e publicações editadas entre os anos de 2005 e 2021, e que fazem parte deste levantamento.

Quadro 02 – Documentos analisados

Documento	Ano	Pontos analisados
Portaria nº 1.065, de 04 de julho de 2005	2005	<p>- Identificar as principais modificações organizativas do NASF</p> <p>- Refletir acerca das orientações definidas nesses documentos em relação ao processo de trabalho das equipes e ao conceito do apoio matricial</p>
Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008	2008	
Cadernos de Atenção Básica 27 - Diretrizes do NASF	2009	
Portaria nº 2.843, de 20 de setembro de 2010	2010	
Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011	2011	
Portaria nº 978, de 16 de maio de 2012	2012	
Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012	2012	

Fonte: Elaboração própria, 2022 (continua)

Quadro 02 – Documentos analisados (continuação)

Documento	Ano	Pontos analisados	
Portaria nº 548, de 04 de abril de 2013	Define o valor de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para os NASF	2013	<p>- Identificar as principais modificações organizativas do NASF</p> <p>- Refletir acerca das orientações definidas nesses documentos em relação ao processo de trabalho das equipes e ao conceito do apoio matricial</p>
Portaria nº 562, de 04 de abril de 2013	Define o valor mensal do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB	2013	
Cadernos de Atenção Básica 39 v. 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano	Manual instrutivo	2014	
Portaria nº 1.171, de 16 de junho de 2016	Credencia municípios a receberem incentivos referentes aos NASF – Microcefalia	2016	
Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica	2017	
Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019	Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da APS	2019	
Portaria nº 3.222, de 20 de dezembro de 2019	Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil	2019	
Resolução SES nº 1.938, de 25 de novembro de 2019	Altera a resolução 1846/2019 que aprovou o Programa de Financiamento da APS do Estado do Rio de Janeiro	2019	
Nota Técnica 03/2020-DESF/SAPS/MS	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil	2020	
Portaria nº 99, de 07 de fevereiro de 2020	Redefine o registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro CNES	2020	
Portaria nº 35, de 18 de janeiro de 2021	Redefine o registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro CNES	2021	

Fonte: Elaboração própria, 2022

## 2.1 - O 1º PERÍODO – 2000 A 2007: MOVIMENTOS ANTECEDENTES

Nesses primeiros anos, a política nacional passou por grandes modificações. Depois de 02 mandatos do governo social democrata do presidente Fernando Henrique Cardoso, em 2003 toma posse o presidente Luís Inácio Lula da Silva, do Partido dos Trabalhadores (PT), reeleito em 2007. O governo do Partido dos Trabalhadores marcou um período de ampliação de políticas sociais e de mudanças importantes no SUS. Foi no primeiro mandato do Presidente Lula que foram instituídos os programas Brasil Sorridente, Farmácia Popular, Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS, o SAMU e o Pacto Pela Vida, importante movimento de qualificação da gestão do SUS (MENICUCCI, 2011).

Com a ampliação da responsabilidade e a necessidade de assistência aos municípios, os custos aumentam e os gestores passam a pressionar o MS por novos aportes financeiros, além de apoio para a implantação do novo formato no âmbito municipal. No ano de 2003, o Governo Federal inicia as primeiras experiências de implementação do apoio institucional, a partir do programa de descentralização da gestão do SUS e em 2004, um segundo movimento veio através da PNH – Humaniza / SUS (CAMPOS et al., 2014).

Além disso, diferentes profissionais da saúde passam a reivindicar sua inserção no SUS, movimento que contribuiu para a abertura da Atenção Básica a outras profissões. Na construção de uma política pública, aspectos de ordem técnica dividem espaço com interesses ideológicos e corporativos de categorias profissionais, empreendendo, em muitos casos, um embate de poderes e saberes (MATTOS e BAPTISTA, 2015). O NASF pode ser entendido como um arranjo organizacional que surge a partir desse jogo de forças, as prefeituras pedindo mais incentivos financeiros e os conselhos profissionais buscando maior inserção na Atenção Básica.

Outro fator que contribuiu para a construção de políticas públicas são as experiências municipais exitosas, que tomam projeção como boas práticas de saúde. Muitas dos elementos que compõem a atual RAS - como a ESF, eCnaR e SAMU - surgiram como projetos locais, sendo incorporados posteriormente como política de saúde nacional. No processo de criação do NASF é possível identificar o pioneirismo de iniciativas em alguns municípios como Betim/MG, Brumadinho/MG, Campinas/SP, Camaragibe/PE, Contagem/MG, Florianópolis/SC, Niterói/RJ, Santos/SP e Sobral/CE, que produziram outros modos de gestão do cuidado e da clínica (ALMEIDA, 2016; GUTIÉRREZ, 2014).

Em sua tese de doutorado, a pesquisadora Érika Almeida (2016) investiga o processo de construção e gênese do NASF. A partir da análise de documentos oficiais, atas de reunião,

relatórios de congressos e conselhos de saúde, e de entrevistas com os principais protagonistas dessa história, a pesquisadora aponta diversos e distintos interesses nesse percurso.

De acordo com Almeida (Ibidem), os anos de 2000 a 2002 foram de intensas reivindicações das prefeituras. O aumento da responsabilização dos municípios na implementação de ações de saúde para a sua população, associado às vulnerabilidades epidemiológicas que assolavam as cidades na época, trouxe às equipes das unidades básicas um grande desafio: como ser resolutivo frente às complexas questões de saúde dos usuários, a partir da atuação e capacidade das equipes mínimas? Com isso, os gestores passaram a tensionar pela inclusão de novas categorias profissionais na Atenção Básica, objetivando dar respostas mais abrangentes às inúmeras demandas de saúde que se apresentavam nas UBS. Também exigiam ajuda financeira do Governo Federal, já que quanto maiores são as responsabilidades, maiores são os custos. Inicialmente, esse movimento foi mobilizado através do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), depois angariou outros aliados.

A reorientação do SUS em direção à Saúde da Família fez com que algumas categorias profissionais da área da saúde também pressionassem o MS por novos espaços. Através dos grupos corporativos de conselhos profissionais - também com interesses de instituições privadas de ensino e do Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), esse movimento se alinhou ao pleito feito pelos secretários municipais, ganhando mais força e vozes nas reivindicações. O relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde defendeu a atenção multiprofissional na Atenção Básica, com a recomendação da participação no SUS de assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas, odontólogos, dentre outros profissionais (BRASIL, 2001).

Entre os anos de 2003 e 2005, uma minuta para a inclusão de equipe multiprofissional na Atenção Básica foi elaborada pelo MS, e o projeto do Núcleo de Saúde Integral (NSI) começou a ser discutido. Com foco na assistência e na promoção da saúde, com ações a serem desenvolvidas diretamente com usuários e coletivos, o objetivo era a busca por integralidade e o aumento da capacidade resolutiva das equipes básicas, bem como a inserção de novas profissões (ALMEIDA, 2016).

Os estudos para a implantação do NSI não avançam, porém em 2005 a proposta ganha corpo e toma forma como o Núcleo de Atenção Integral na Saúde da Família (NAISF). O NAISF foi lançado em um evento do Projeto de Expansão e Consolidação da ESF, projeto do Governo Federal financiado pelo BIRD, para o fortalecimento da Atenção Básica. Porém, a

portaria nº 1.065/2015, de 04 de julho de 2005, que criava o NAISF, foi revogada dois dias após sua publicação. A justificativa para a revogação foi que a proposta não havia definido a origem do aporte financeiro que seria transferido aos municípios, o que inviabilizava o repasse de recursos (Ibidem).

### **2.1.1 - Um pouco mais sobre o NAISF, a primeira tentativa de implementar uma equipe multiprofissional da Atenção Básica**

Criado em 2005 pelo Ministério da Saúde, através da portaria nº 1.065/2005, o NAISF surge com a finalidade de ampliar a capacidade resolutiva das eSF e de promover a integralidade da atenção e ações de Promoção da Saúde,

“[...] compondo com os profissionais da Saúde da Família uma equipe que atue em um território definido, compartilhando a construção de práticas em saúde frente aos problemas identificados. Esse compartilhamento produz-se na forma de corresponsabilização e ampliação da resolubilidade da atenção, efetivada por meio de ações conjuntas como: troca de experiência e saberes, discussão de casos, intervenção junto à comunidade, às famílias e aos indivíduos, realização de atividades intersetoriais, entre outros”. (BRASIL, 2005. P. 02).

Organizava-se em torno de 04 modalidades de ações de saúde: Alimentação/Nutrição e Atividade Física; Atividade Física; Saúde Mental; e Reabilitação. Para cada modalidade, um arranjo de equipe multiprofissional específica, com a possibilidade de participação de assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico psiquiatra, terapeuta ocupacional, nutricionista, psicólogo, profissional de educação física e instrutor de práticas corporais. Em folder institucional que apresentava a proposta, o Serviço Social é descrito como outra modalidade de ação específica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Mesmo sendo um núcleo inserido nas atividades da Saúde da Família, as modalidades de Atividade Física e da área de Alimentação/Nutrição e Atividade Física podiam ser implantadas independente da existência de Saúde da Família nos municípios. A decisão em permitir a flexibilização dessas duas modalidades está relacionada à influência das agendas internacionais da época na definição das políticas públicas, como a Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, - campanha desenvolvida em 2004 pela OMS que fomentava a adoção de hábitos de vida saudáveis. A área de Alimentação/Nutrição também foi priorizada pelo Governo Federal em função da preocupação da Presidência da República com a Segurança Alimentar e a erradicação da pobreza, durante esse período. Outro fator que influenciou nesta flexibilização do modelo foi a proximidade de representantes do Ministério do Esporte com o MS, cuja interlocução remonta os primeiros desenhos do NSI (ALMEIDA, 2016).

Apesar da portaria ter tido uma vida curta, apenas 02 dias, é possível encontrar artigos que mencionam o funcionamento de alguns NAISF. De acordo com Mirella Vêras et al. (2007), o município de Sobral/CE adequou o programa de residência multiprofissional, iniciado em 2001, às diretrizes do NAISF, sendo implementados 05 Núcleos de Atenção Integral, com as seguintes especialidades: educação física, farmácia, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional. O município criou, ainda, um sistema de informações especialmente para quantificar a produção desses profissionais, o Sistema de Informação dos Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, que posteriormente passou a quantificar as ações do NASF. Também foi encontrado na literatura relato de implantação da equipe na Universidade do Vale do Itajaí (OLIVEIRA et al., 2012).

Segundo Almeida (2016), um ponto que pode ter colaborado para o fim prematuro dessa proposta foi o fato de que apenas os municípios com 40 mil ou mais habitantes e que tivessem, no mínimo 09 eSF, poderiam receber o financiamento federal. Na Amazônia Legal esses números diminuía para pelo menos 30 mil habitantes e 07 equipes. Com essa configuração excluía-se a possibilidade de adesão da maior parte dos municípios brasileiros.

Ainda que algumas intencionalidades sejam semelhantes entre as portarias do NAISF e do NASF, como a corresponsabilização e ampliação do cuidado, o compartilhamento de saberes e atuação de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, Adriana Gutiérrez (2008) aponta que o NASF apresenta um aprimoramento em relação ao arranjo anterior, pois prevê o apoio matricial como uma diretriz norteadora do trabalho. Para a autora, o NAISF “não define, de modo claro, os mecanismos organizativos, dando margem a ser porta de entrada do usuário ou ainda seguir o modelo tradicional de ambulatório”. (Ibidem, p. 23).

Em 28 de março 2006 é publicada pelo MS a portaria nº 648, que “aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)” (BRASIL, 2006, p. 71). Entre outros avanços, esta política define a Estratégia Saúde da Família como o modo de organização prioritário da Atenção Básica. Apesar de apresentar como um de seus fundamentos a integralidade do cuidado, a PNAB não fez nenhuma menção à participação de outros profissionais de saúde para alcançar os objetivos estabelecidos na normativa, e nem aponta outras estratégias para a garantia de alguns de seus princípios (ALMEIDA, 2016).

No ano de 2007 o tema do suporte multiprofissional à ESF é pautada novamente. Os debates são liderados por um grupo de trabalho proposto pelo MS com a representação do

CONASS, CONASEMS e do Conselho Nacional de Saúde. Após intensas discussões, esse grupo entende que para as especificidades e demandas da ESF, o modelo de equipe de referência e retaguarda especializada, centralizado na função apoio e no matriciamento, possibilitaria a ampliação das ações de saúde e a oferta de um cuidado mais abrangente (Ibidem). No ano seguinte, em 24 de janeiro de 2008 é publicada a portaria nº 154, portaria que cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF.

## 2.2 - 2º PERÍODO – 2008 A 2011: AS DIRETRIZES DO APOIO

Este período se inicia com a publicação da portaria que cria o NASF e vai até o ano de 2011, ano da 1ª revisão da PNAB. Ele pode ser caracterizado como o momento em que o MS tomou diversas medidas para colocar em prática os ideais e pressupostos da portaria nº 154. Para isso, foi preciso explicitar um pouco mais sobre o modo de funcionamento da proposta do NASF, e a ampliação do debate centrado nas diretrizes, características e formas de operar do apoio matricial ganharam importância.

Sendo assim, o MS divulga e promove oficinas regionais ao longo desse período, com vistas a ganhar escala e qualificação na implementação das novas equipes. Em 2009 é publicado o manual técnico Cadernos de Atenção Básica nº 27 – diretrizes do NASF – que discute o apoio matricial e as ferramentas de atuação que subsidiam o método, como a clínica ampliada e compartilhada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Projeto de Saúde no Território (BRASIL, 2009). Mais que aprovar portarias, é importante suporte técnico do MS para que as mudanças nas políticas sejam devidamente implementadas.

### 2.2.1 - A portaria nº 154

Com o objetivo de aumentar a capacidade resolutiva da ESF e ampliar o escopo das ações da Atenção Básica, a portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008, - portaria de criação do NASF -, conseguiu conciliar os principais interesses que estavam em disputa durante o processo de construção da proposta (ALMEIDA, 2016). A cogestão de práticas de saúde com as eSF, a partir da articulação com uma equipe de retaguarda formada por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, permitiu a inserção de outras 13 categorias profissionais, - médico acupunturista, assistente social, profissional da educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra, e terapeuta ocupacional -, expandindo o mercado de trabalho da saúde para esses profissionais (BRASIL, 2008).



A portaria não menciona o conceito apoio matricial, no entanto é possível notar a tentativa de conciliar ambas as dimensões presentes no apoio matricial, a educação continuada e atendimento a casos específicos. Supõe-se que a omissão do conceito pode ter sido uma estratégia dos elaboradores do documento para diminuir resistências à proposta do apoio, que vinham da época da discussão do NAISF, quando 02 grupos disputavam politicamente os rumos da equipe a ser criada – se como uma equipe de apoio às equipes vinculadas ou como um grupo de especialistas para prestar a assistência direta aos cadastrados da ESF (ALMEIDA, 2016). Atender ou não atender diretamente aos usuários, um dilema que acompanha o NASF por muito tempo, e que ainda é um ponto de tensionamento entre algumas eSF e eNASF.

A inserção de uma equipe para apoiar a eSF, com diferentes categorias profissionais, trabalhando numa perspectiva de compartilhamento do cuidado e parceria, vem no sentido de transformar os fluxos de encaminhamento de usuários entre as UBS e os especialistas da rede de atenção. No antigo modo de encaminhar, baseado em fichas de referência e contra referência, usualmente há pouca, por vezes nenhuma comunicação entre o responsável pela coordenação do cuidado e o profissional da atenção especializada. Assim, produz-se um cuidado em saúde fragmentado. A participação dos diferentes especialistas do NASF, em contato mais próximo com as equipes, usuários e coletivos, permite o acompanhamento longitudinal e a qualificação dos encaminhamentos para outros pontos da RAS, caso seja necessário.

Por ser uma equipe de apoio, o NASF trabalha a partir das demandas endereçadas pela ESF, não se constituindo como porta de entrada do sistema. A proposta é atuar na direção da cogestão do cuidado como uma retaguarda especializada, de forma articulada a rede de serviços, buscando “instituir plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes de Saúde da Família” (BRASIL, 2008, p. 02).

No anexo I, a portaria 154 estabelece algumas ações comuns a todos os profissionais que fazem parte da equipe, bem como define algumas áreas estratégicas para a sua atuação. Dentre as ações comuns a todos os integrantes do NASF, destacam-se:

- Identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas;
- Acolher os usuários e humanizar a atenção;
- Desenvolver coletivamente, com vistas à intersetorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras;

- Promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa com os Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde;
- Avaliar, em conjunto com as ESF e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos;
- Elaborar e divulgar material educativo e informativo nas áreas de atenção dos NASF;
- Elaborar projetos terapêuticos individuais, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas ESF e os NASF do acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.

A portaria demarca ainda áreas estratégicas para a atuação de seus profissionais, possibilitando ações mais abrangentes e resolutivas para as UBS. As áreas elencadas são: atividade física e práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança/adolescente/adulto jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica. E recomenda que, qualquer que seja a formatação ou configuração de equipe, os municípios contratem ao menos 01 profissional de saúde mental, “vista a magnitude epidemiológica de saúde mental” (Ibidem, p. 02), demarcando a importância de uma atuação focada em agravos.

A normativa definiu valores de custeio a serem transferidos aos municípios pelo Governo Federal, tanto para a implementação das equipes quanto para a manutenção mensal do NASF. O financiamento era uma das demandas apresentadas pelos gestores municipais como contrapartida federal, devido ao aumento da responsabilidade sanitária e dos custos para as prefeituras. O repasse varia de acordo com uma das duas classificações, NASF 01 ou NASF 02<sup>8</sup>, com valores maiores para a modalidade 01.

Outras características das tipologias NASF são:

- Composição de equipe

NASF 1 - No mínimo 05 profissionais das seguintes ocupações: médico acupunturista, assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional.

---

<sup>8</sup> O texto da portaria permite ainda a criação de equipes para atender a mais de um município, chamados de NASF intermunicipal.

NASF 2: No mínimo cinco profissionais das seguintes ocupações: assistente social, profissional da educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional.

- Número de eSF vinculadas

NASF 1: No mínimo 08 e no máximo 20 eSF. Nos municípios com menos de 100.000 habitantes dos estados da Região Norte, o mínimo passa a ser de 05 e o máximo de 20 eSF.

NASF 2<sup>9</sup>: No mínimo 03 eSF.

As primeiras equipes de NASF no território nacional foram incluídas no SCNES em julho de 2008<sup>10</sup>. No mês de dezembro de 2008 havia 464 equipes implantadas do Brasil, sendo 424 de NASF 1 e 40 de NASF 2.

### 2.2.2 – O Cadernos de Atenção Básica nº 27

A partir da expansão do número de NASF nos municípios, o MS percebeu a necessidade de qualificar os processos de trabalho das equipes em curso e capacitar as novas que estavam surgindo. O aumento na escala de equipes cadastradas no SCNES, ao mesmo tempo em que foi comemorado por muitos gestores como a possibilidade de fortalecimento das ações da ESF, também trouxe a necessidade de discussão de como essas práticas estavam sendo desenvolvidas, em parte pela dificuldade de entendimento e de operar sob os preceitos do apoio matricial (MELO et al., 2018).

Em 2009 é lançado o Caderno de Atenção Básica nº 27 – Diretrizes do NASF, que veio seguido da oferta de oficinas de qualificação em diversos estados. O CAB 27 é o 1º volume direcionado especificamente ao tema do NASF, sendo apresentado aos seus leitores com a expectativa de que a publicação “possa realmente fortalecer a APS no País, por meio do aumento do conhecimento das equipes que nela atuam, sejam das equipes de SF, dos NASF, sejam da gestão em geral” (BRASIL, 2009, p. 08).

Se no marco legal de fundação do NASF não foram definidos claramente alguns pontos centrais do modo de funcionamento desta equipe, como o apoio matricial e o PTS, no CAB 27 estes conceitos são apresentados e discutidos, com a indicação de material de apoio complementar para o aprofundamento das questões. Com isso, o Caderno se tornou uma ferramenta de referência para subsidiar reflexões sobre essa forma, nova à época, de operar as práticas de cuidado em saúde a partir do referencial do apoio matricial.

---

<sup>9</sup> “Somente os municípios que tenham densidade populacional abaixo de 10 hab./km<sup>2</sup>, de acordo com dados do IBGE (ano base 2007), poderão implantar o NASF 2” (BRASIL, 2008).

<sup>10</sup> Informações acessadas em 20/01/2022.

O texto da apresentação procura marcar as intervenções prioritariamente numa perspectiva de trabalho compartilhado e interdisciplinar, deixando explícito que a atuação direta aos usuários, em abordagem individual, deveria acontecer “apenas em situações extremamente necessárias” (Ibidem). Percebe-se neste movimento uma tentativa de afastamento do modelo ambulatorial que a entrada de outros especialistas na Atenção Básica poderia sugerir e apontar e que, de fato, pôde ser visto nas práticas concretas em muitas UBS, como uma espécie de profecia auto realizadora (BISPO JUNIOR e MOREIRA, 2018; CASTRO et al., 2018; KLEIN e d’OLIVEIRA, 2017; MELO e GALINDO, 2018; PERRELLA, 2017; SILVA et al., 2019; SOUZA e MEDINA, 2018).

É possível perceber a indução para a oferta de ações coletivas e de educação em saúde, por meio do compartilhamento do cuidado e da atuação interdisciplinar, além da importância de articulação do NASF e da ESF com as redes informais e intersetoriais. Com isso, aumentar a capacidade resolutiva, qualificar a gestão do processo terapêutico e melhorar os critérios para encaminhamento.

O CAB 27 define algumas ferramentas tecnológicas necessárias para a organização e o desenvolvimento das ações do NASF. O texto relata que essas metodologias foram propostas a partir de diversas experiências já realizadas no campo da saúde pública, são elas: pactuação do apoio, apoio matricial, clínica ampliada, projeto terapêutico singular e o projeto de saúde no território. A seguir, esses conceitos serão sintetizados a partir de como são apresentados na publicação<sup>11</sup>.

Pactuação do apoio – a publicação delimita duas frentes para o apoio à gestão, que seriam preliminares a implementação das equipes NASF nos territórios. O 1º movimento seria o de avaliação situacional do território entre os gestores, eSF e o Conselho de Saúde. É a partir do conhecimento das necessidades de saúde de cada localidade que a composição de equipe deve ser proposta. Nesta definição, deve haver a participação ativa daqueles que representam a população que vai ser assistida e das eSF que serão apoiadas, já que são eles, equipes inseridas nos territórios e usuários, que conhecem os problemas a serem resolvidos. O outro movimento é o de pactuar o processo de trabalho e suas metas, com a participação de gestores, eSF, equipe NASF e usuários. Aqui, serão planejados os objetivos, as prioridades, os critérios de encaminhamento e compartilhamento das situações, as formas de avaliação e meios de gerenciamento dos conflitos (Ibidem).

---

<sup>11</sup> Em função dos objetivos da pesquisa, alguns desses conceitos serão objetos de análise em outros momentos do presente estudo.

Apoio matricial – o texto apresenta o apoio matricial como uma tecnologia de gestão que se complementa e realiza a partir do trabalho articulado entre equipe de apoio e equipe de referência. Uma equipe de referência é um grupo formado por diferentes profissionais que se organizam a partir de um objetivo comum e de uma coordenação única, sendo responsável por determinado território e seus usuários adscritos. Na lógica do NASF, o trabalho é organizado a partir do apoio matricial à eSF em duas dimensões: assistencial e técnico-pedagógica. A 1ª dimensão está relacionada à oferta de atendimento clínico direto aos usuários, a 2ª através de ações educativas e de compartilhamento de conhecimento junto às equipes apoiadas. A função principal da dimensão pedagógica é instituir espaços de educação permanente, seja através de reuniões ou atendimento conjuntos, para possibilitar que os profissionais apoiados ampliem seus conhecimentos e que tenham mais ferramentas na hora de manejar situações semelhantes. A partir desses arranjos, cabe ao NASF dar suporte às equipes, usuários e coletivos em articulação com a rede de serviços (Ibidem).

Clínica ampliada – é pensar o cuidado clínico a partir das necessidades dos usuários, centralizando as ações de saúde de acordo com as demandas apresentadas. O texto apresenta alguns movimentos para a ampliação da clínica:

- Compreensão ampliada do processo saúde e doença – busca entender os processos de saúde-doença em toda a sua complexidade, evitando abordagens que privilegiam apenas um aspecto do problema ou a partir de apenas uma área disciplinar. Sendo assim, é importante o uso de outros instrumentais nas práticas diárias.
- Construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas – entender a singularidade das situações encontradas na clínica demanda abordagens mais abrangentes. Para que isso ocorra, é importante que o cuidado seja pensado de forma compartilhada com o usuário, com a equipe da unidade e, quando necessário, com os outros dispositivos da rede local.
- Ampliação do “objeto de trabalho” – entender que o objeto de trabalho dos profissionais de saúde são os indivíduos e os coletivos, e não suas doenças.
- Transformação dos “meios” ou objetos de trabalho – ampliar a clínica significa também uma relação mais transversal entre seus membros e entre equipes diferentes, em função da necessidade do compartilhamento do cuidado.
- Suporte para os profissionais de saúde - para que todos esses movimentos aconteçam, é importante a gestão fomentar espaços de suporte aos profissionais para acolher as dificuldades encontradas ao longo do processo.

Projeto Terapêutico Singular - é descrito como “uma variação da discussão de ‘caso clínico’” (Ibidem, p. 27), momento da definição de estratégias de cuidado compartilhado entre equipes para os casos de maior complexidade, sejam eles individuais ou coletivos. O PTS é composto de 04 momentos:

- Diagnóstico - busca-se conhecer o sujeito em sua singularidade, observando aspectos orgânicos, subjetivos e sociais. Além disso, o diagnóstico tem a função de fazer o levantamento das vulnerabilidades e potencialidades do usuário frente à doença e sua própria vida.
- Definição de metas – definir junto ao usuário e outros envolvidos neste processo as metas e os prazos das ações que compõem o PTS.
- Divisão de responsabilidades – cada um que vai estar incluído no plano de cuidado do usuário deve ter clareza de sua responsabilidade. Deve-se, ainda, eleger um profissional de referência, aquele que vai acompanhar mais de perto as ações de cada fase do PTS, que vai ser o elo com os familiares e usuários e que vai trazer novas e relevantes informações às equipes.
- Avaliação – momento em que se avalia o andamento do projeto, bem como se rediscute os rumos e as próximas ações.

Projeto de Saúde no Território (PST) – definido como um espaço coletivo de discussão, deve ser proposto e realizado a partir do conhecimento das necessidades e vulnerabilidades da comunidade. Tem como fundamentos a promoção da saúde articulada à participação social e a intersetorialidade. Após o diagnóstico situacional, as equipes NASF e eSF devem mobilizar parcerias de outros atores do território para o oferecimento de ações coletivas. Em síntese, o PST é composto de: uma fase de preparação, onde são definidas as demandas, os objetivos do projeto bem como os atores que serão mobilizados; um momento de planejamento e implementação, quando os coletivos começam a funcionar; e de um terceiro momento, quando os resultados são analisados a partir dos objetivos que foram pactuados nas etapas anteriores (Ibidem).

Além das ferramentas tecnológicas apresentadas anteriormente, O CAB 27 define a integralidade como a principal diretriz do NASF. A partir da atenção integral aos usuários e coletivos é possível planejar o cuidado em saúde menos fragmentado, ancorado nas necessidades peculiares de cada territórios. A aposta é imprimir uma nova forma de acompanhamento, com a produção de vínculo longitudinal a usuários e coletivos, inclusive com o NASF. A Integralidade é

“[...] compreendida em três sentidos: (a) a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal; (b) as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; além de (c) a organização do sistema de

saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população” (Ibidem, p 16).

Nos capítulos posteriores, o CAB 27 traz as 09 áreas estratégicas de atuação do NASF. Para cada uma dessas áreas são apresentadas formas de composição e pactuação de trabalhos conjuntos na ESF, estratégias de integração e outras formas de inserção das especialidades na Atenção Primária. Também são discutidos os contextos dessas áreas no cenário nacional, as políticas vigentes e os principais desafios.

O direcionamento para que as ações de saúde fossem efetuadas preferencialmente a partir de ações conjuntas foi uma estratégia importante definida pelo CAB 27, já que a publicação se tornou o principal documento balizador do modo de operar do NASF. Essa definição ganha sentido quando um dos objetivos do NASF é justamente fugir das antigas práticas burocratizadas de encaminhamento, baseadas numa lógica ambulatorial e médico centrada.

Durante esse período foram realizadas as “Oficinas de Qualificação do NASF - intensificando as ações de redução da mortalidade infantil”, primeiro curso de capacitação para discutir o processo de trabalho da equipe. Essas oficinas foram ministradas em 17 estados da Amazônia Legal e Nordeste que apresentavam altos índices de mortalidade infantil, como forma de potencializar a expansão da ESF e do NASF nessas regiões. A publicação feita para as oficinas ministradas lista uma série de atividades comuns e outras específicas para cada uma das categorias profissionais que podem compor o núcleo (BRASIL, 2010b). As atribuições descrevem ações de articulações a serem feitas nos territórios, proposição de espaços educativos, atividades coletivas e ações clínicas. Todas essas estratégias focadas estavam articuladas ao Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil, campanha lançada pelo Governo Federal em 2009.

Esse foi o primeiro de outros processos formativos do MS que, ao longo do tempo, apostou na capacitação dos profissionais como forma de fomentar a consolidação do modo de funcionamento do NASF. Na implantação de projetos ou programas de saúde inovadores é comum, e também desejável, eles virem acompanhados de espaços de formação, capacitação e apoio à gestão. A simples edição de uma portaria não garante as mudanças almejadas, sendo necessário apoio institucional para que elas se efetivem na prática.

Outras iniciativas nesse sentido foram as 03 edições do “Curso Apoio Matricial na Atenção Básica com ênfase nos NASF”, oferecido pelo MS e FIOCRUZ nos anos de 2014, 2016 e 2018. Diferente de capacitações focadas em agravos ou oferecidas a partir de questões

sanitárias específicas, essas oficinas de formação trouxeram outra forma de abordar o tema, enfatizando as discussões sobre os conceitos e modos de intervenção.

### 2.2.3 – O NASF 3 e a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas

Em 2010, o País registrou um aumento considerável do número de usuários da droga ilícita conhecida como crack. A “epidemia do crack”, como foi chamada pela mídia e sociedade em geral, fez com que o MS instituisse diversas medidas, associadas ao Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, lançado pelo Governo Federal no mesmo ano (BRASIL, 2010a; NAPPO et al., 2012).

Uma dessas medidas foi a publicação da portaria nº 2.843, de 20 de setembro de 2010, que criou a 3ª modalidade de NASF. O objetivo foi o de “promover a atenção integral em saúde e saúde mental, prioritariamente para usuários de crack, álcool e outras drogas na Atenção Básica para Municípios com porte populacional menor que 20.000 habitantes” (BRASIL, 2010c). Nesse arranjo, cada equipe deveria ser composta por, no mínimo, 03 profissionais de nível superior, não coincidentes, do rol de profissões estabelecidos na portaria nº 154/2008. Essa equipe seria responsável por acompanhar de 04 a 07 eSF, tendo como foco de atuação a prevenção e promoção da saúde, o tratamento e a redução dos riscos e danos com o uso e abuso do álcool e outras drogas, especialmente o crack. Para que essas ações fossem desenvolvidas, cabia aos municípios garantir momentos de educação permanente para os médicos da ESF, com suporte das esferas estadual e federal. Os especialistas do NASF 3 também deveriam ser capacitados através do curso à distância “Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento - SUPERA/SENAD/UNIFESP” (Ibidem).

O NASF 3 foi revogado pela revisão da PNAB em 2011, com as equipes sendo convertidas para a tipologia NASF 2, entretanto, sem a focalização em questões ligadas ao crack e outras drogas. Infere-se que a mudança na modalidade está relacionada à diminuição da gravidade do cenário que levou a sua criação. Outro fator que pode ter colaborado com o fim da estratégia foi a criação das eCnaR. Apesar de não atuar especificamente com esse público, já que não se pode associar pessoas em situação de rua com usuários de drogas, as eCnaR tem essa clientela no escopo de suas ações de saúde.



#### 2.2.4 - A 1ª revisão da Política Nacional de Atenção Básica e o NASF

A primeira revisão da PNAB (BRASIL, 2011b), aprovada através da portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, incorporou em seu texto algumas mudanças importantes que vinham sendo experimentadas na Atenção Básica desde a primeira edição, como é o caso do NASF. Essa versão abarcou outras categorias profissionais para além das já definidas na portaria nº 154, chegando ao total de 19 especialidades. O texto apresenta novos arranjos de equipes para populações específicas, como as Equipes de Consultório na Rua, Equipe de Saúde da Família Ribeirinhas e as Equipes de Saúde da Família Fluviais, que passam a ser acompanhadas pelo NASF.

Grande parte do trecho que discorre sobre as atribuições referente ao escopo do trabalho do NASF originou-se da portaria nº 154, com algumas modificações e novidades. Uma delas diz respeito à menção ao método apoio matricial, conceito central do NASF que havia ficado nas entrelinhas da portaria nº 154. Na PNAB, ele aparece em 04 momentos, não necessariamente associado à prática do NASF. Na 1ª ocasião, está articulado à educação permanente e a processos de apoio institucional, como um dos “dispositivo[s] de apoio e cooperação horizontal” (Ibidem, p. 10). Depois, o apoio matricial é mencionado no inciso que discorre sobre a composição de carga horária dos profissionais da ESF, que podem utilizar parte de seu horário de trabalho com “atividades de educação permanente e apoio matricial” (Ibidem, p.18).

Em relação às atribuições do NASF, o texto define que o apoio aos profissionais da ESF e demais equipes de populações específicas que podem ser acompanhadas, deve ser feito “compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes” (Ibidem, p. 23). A 4ª menção é feita quando a normativa define algumas atribuições do sanitarista<sup>12</sup> no NASF - categoria inserida nesta PNAB -, aponta que este profissional

“[...] pode reforçar as ações de *apoio institucional e/ou matricial*, ainda que as mesmas *não sejam exclusivas* dele, tais como: análise e intervenção conjunta sobre riscos coletivos e vulnerabilidades, apoio à discussão de informações e indicadores de saúde (bem como de eventos-sentinela e casos-traçadores e analisadores), suporte à organização do processo de trabalho (acolhimento, cuidado continuado/programado, ações coletivas, gestão das agendas, articulação com outros pontos de atenção da rede, identificação de necessidades de educação permanente, utilização de dispositivos de gestão do cuidado etc.)” (Ibidem, p. 24, grifo nosso).

<sup>12</sup> O texto define o sanitarista como o “profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas” (Ibidem, p. 25).

Nota-se nessa citação, a inclusão do apoio institucional como uma das atribuições do NASF, definidas a partir da atuação do sanitarista. Nota-se ainda que o texto ressalta que essas atribuições não são exclusivas desta categoria profissional, podendo ser estendida a outros membros da equipe. Sendo assim, elas podem ser entendidas como próprias do modo de atuação de todos os profissionais do NASF, configurando uma espécie de campo comum de ações para todas as especialidades. Atividades que fazem parte do campo comum, mas que são agenciadas pelos especialistas a partir de núcleos de conhecimento específicos.

A PNAB enfatiza que a organização do trabalho deve ser pautada pelos marcos legais e demais orientações do MS. Ela destaca os Cadernos de Atenção Básica específicos sobre o NASF – na ocasião o CAB 27 -, e o aponta como principal instrumento orientador do processo de trabalho. Assim como no CAB 27, a PNAB também reforça a dimensão pedagógica e o caráter coletivo das ações do NASF. Em um trecho onde são apontadas atividades a serem desenvolvidas pelos profissionais, é citado o “atendimento conjunto ou não” (Ibidem), evitando-se o uso do termo atendimento individual. Novamente, o esforço é o de não ambulatorizar a conduta dos especialistas, imprimindo uma forma de atuação baseado na dimensão pedagógica do apoio matricial.

Além do profissional de saúde sanitarista, esta revisão permitiu a inclusão das seguintes ocupações: médico geriatra, médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador). Com essa inclusão, o número de profissionais que podem compor o NASF passou a ser de 19 categorias. Diferente da portaria nº 154 que estabelecia profissões específicas para cada arranjo de equipe, todos os profissionais passam a poder fazer parte tanto de equipes de NASF 1 quanto de NASF 2, de acordo com a escolha dos gestores. Com isso, além de ter a sua disposição um número maior de especialidades, as gestões municipais ganham mais liberdade na composição de seus arranjos.

Outra novidade importante que foi introduzida por esta revisão está relacionada à composição das equipes e cargas horárias. A portaria nº 154 definia somente a carga horária dos profissionais, e não das equipes como um todo. Essa definição visa à garantia de padrões mínimos de presença e acompanhamento das eNASF junto aos territórios e equipes vinculadas. O texto estabelece como condições mínimas para o NASF 1:

I - A soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 horas semanais;

II - Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas; e

III - Cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 80 horas de carga horária semanal.

Para o NASF 2, são apresentados os seguintes requisitos mínimos:

I -A soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 120 horas semanais;

II - Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas; e

III - Cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 40 horas de carga horária semanal.

Novos parâmetros de vinculação também foram trazidos pela portaria nº 2.488/2011, com a redução no número de eSF e demais equipes de populações específicas acompanhadas por cada eNASF. Agora, cada NASF 1 responde por 08 a 15 equipes, com exceção dos municípios que possuem menos de 100.000 habitantes dos estados da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-grossense, onde essas equipes podem acompanhar de 05 a 09 equipes. Para o NASF 2, esses números variam de 03 a 07 eSF e demais equipes de populações específicas vinculadas. Esta legislação vetou a possibilidade de financiamento de novas equipes de NASF intermunicipais, porém garantiu a manutenção do pagamento para as que já estavam cadastradas.

No final do 2º período de construção do NASF havia 1661 equipes implantadas, sendo 1476 de NASF 1 e 185 de NASF 2. Não foi encontrado o registro sobre o número de equipes de NASF 3, arranjo revogado pela revisão da PNAB, cujas equipes foram convertidas para a tipologia NASF 2. Observa-se o crescimento de aproximadamente 357% no número de equipes no período. A Tabela 01 apresenta os dados compreendidos entre 2008 e 2011. Como a PNAB foi aprovada no final de 2011, só é possível ver os reflexos de sua revisão no próximo período.

Tabela 01 – Equipes cadastradas durante o período de 2008 a 2011

	<b>NASF 1</b>	<b>NASF 2</b>	<b>Total</b>
<b>2008</b>	424	40	464
<b>2009</b>	954	104	1058
<b>2010</b>	1264	151	1415
<b>2011</b>	1476	185	1661

Fonte: Elaboração própria, com base no SCNES, acessado em 20/01/2022

### 2.3 - 3º PERÍODO – 2012 A 2015: A UNIVERSALIZAÇÃO DO NASF

Se no período anterior evidenciou-se movimentos do MS no sentido de definir e legitimar o modo de funcionamento específico do NASF, este terceiro aponta para a tentativa

de universalização da equipe. Para isso, foram realizadas novas revisões das normas prescritivas, no intuito de que a equipe de apoio pudesse chegar a todos os municípios.

A conformação de outros parâmetros de vinculação, a definição de novos valores de financiamento, a inclusão em programas de avaliação e de incentivo, assim como a publicação de uma nova edição do CAB dedicado ao tema demonstra a aposta do Governo Federal nesta forma de operar, com a indicação de que o NASF “veio pra ficar” (BRASIL, 2012, 2013a, 2013b, 2014).

O período também é marcado pelo 1º mandato da Presidenta Dilma Rousseff do PT, que veio a substituir o Presidente Lula em 2011. Apesar de ter vencido uma segunda eleição em 2013, seu governo teve o último mandato interrompido devido ao processo de impeachment, sofrido em 2016. Nos anos Dilma, projetos polêmicos foram aprovados, como o que abriu o mercado de saúde nacional para o capital estrangeiro, motivando críticas relativas ao “descompromisso com o SUS” (REIS e PAIM, 2018, p. 107).

### **2.3.1 - As portarias 978/2012, 3.124/2012, 458/2013 e 562/2013**

Logo após a publicação da PNAB, foi editada a portaria nº 978, em 16 de maio de 2012. Ela traz a revisão dos valores de financiamento do Piso da Atenção Básica (PAB) variável para as eSF, Equipes de Saúde Bucal e NASF, mantendo os mesmos valores para o NASF 1, porém com um incremento de 1/3 no custeio para as equipes de NASF 2 (BRASIL, 2012a).

No final de 2012 é publicada a portaria nº 3.124, que redefine os parâmetros de vinculação das duas modalidades de equipes já existentes e que recria o NASF 3, dessa vez sem vinculação às questões ligadas ao uso e abuso de drogas. O intuito é o de permitir que todos os municípios possam implantar seus NASF, com isso possibilitar o acesso a todos que adotam o modelo ESF /equipes de Consultório na Rua, Fluviais e Ribeirinhas (BRASIL, 2012b).

Assim como as outras modalidades já existentes, O NASF 3 pode ter em sua composição qualquer uma das 19 profissões estabelecidas na última revisão da PNAB. Porém, deve estar vinculada a 01 ou 02 eSF, o que possibilita uma relação mais próxima e constante com as equipes apoiadas do que em outros arranjos, “agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada” (Ibidem, p.03).

Em relação à carga horária das equipes, a portaria estabelece como condições de credenciamento e funcionamento do NASF 3 as seguintes condições mínimas:

I - A soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 80 horas semanais;

II - Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20; e

III - Cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 40 horas de carga horária semanal.

Para as modalidades já existentes, traz a redução do número de equipes vinculadas a cada núcleo, que passa a ser definida como NASF 1, de 05 a 09 equipes e NASF 2, de 03 a 04 equipes. Essa redução foi um importante movimento do MS no sentido de qualificar o apoio prestado pelas eNASF, que passaram a se dedicar ao acompanhamento de menos equipes.

Em março de 2013, uma nova normativa é editada pelo MS, a portaria nº 458/2013, dessa vez para fixar novos valores de custeio para a implantação de equipes, e de financiamento mensal para as 03 modalidades de NASF (BRASIL, 2013a). O texto novamente não altera a quantia a ser transferida para o NASF 1, mas aumentou em 50% os valores para o NASF 2 e definiu o incentivo para o NASF 3.

A possibilidade de vinculação a 01 ou 02 equipes, trazida pelo NASF 3, permitiu a universalização do apoio a todos os municípios brasileiros, independente de sua extensão territorial ou população. E a partir dessa implantação, ofertar mais e melhores serviços de saúde, por meio da inserção de uma equipe interdisciplinar em atenção a usuários e coletivos. Como destaque dessas portarias, observa-se um novo aumento nos valores a serem transferidos para o NASF 2, dessa vem em 50%, tanto para a implantação quanto para a manutenção desses serviços. Porém, os valores de financiamento de implantação e de custeio para o NASF 1 se mantiveram os mesmos da portaria 154/2008.

Em abril de 2013 é editada a portaria nº 562/2013 que define o valor mensal do incentivo financeiro do 2º ciclo de avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com a inclusão do NASF. O PMAQ-AB foi um importante método de avaliação e qualificação processual da Atenção Básica, implantado pela 1ª vez em 2011 pelo Governo Federal (BRASIL, 2011a). A partir da análise de diferentes instrumentos e componentes, é atribuída uma nota a cada município, que passa a receber um valor específico de incentivo financeiro de acordo com esse resultado.

Neste ciclo permitiu-se a adesão voluntária de todas as equipes da Atenção Básica e a realização, pela primeira vez, de processos avaliativos das equipes NASF em todo o território nacional. Esses dados apresentaram um importante panorama da atuação das equipes, subsidiando a realização de diversos estudos posteriores sobre os processos de trabalho do NASF. Os artigos científicos realizados por Brocardo et al. (2018), Lima et al. (2019) e Seus et

al. (2020) apresentam algumas dessas análises sobre a participação das 1.813 eNASF que aderiram ao programa.

O “Manual instrutivo do PMAQ para as equipes de Atenção Básica e NASF” (BRASIL, 2015), especifica alguns critérios avaliativos e de qualidade, também chamado de índice NASF. Cada um desses índices tem um parâmetro específico, e um dos objetivos é verificar como os profissionais modulam e equilibram os 04 indicadores nas práticas diárias – atendimentos individuais, atendimento em grupo, atendimento domiciliar e atendimentos conjuntos com a eSF.

Na análise da gestão e processo de trabalho, etapa realizada a partir da avaliação externa e que tem o peso de 80% na nota final na certificação, o PMAQ-AB define 03 subcomponentes. O primeiro, denominado de componente comum, está relacionado a ações comuns e cotidianas à todas as eNASF; o componente singular refere-se a determinadas atividades realizadas por algumas equipes específicas; o terceiro - satisfação das equipes apoiadas em relação ao trabalho do NASF - tem a finalidade de aferir o grau de convergência entre as ofertas feitas pelos profissionais do núcleo com as demandas e expectativas dos territórios (Ibidem).

### 2.3.2 – O Cadernos de Atenção Básica nº 39

Depois da definição de novos parâmetros, o MS se volta novamente para a qualificação do processo de trabalho do NASF, e em 2014 publica a segunda edição do CAB sobre o tema, o Cadernos de Atenção Básica 39 – Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Se no primeiro manual instrutivo o objetivo foi o de discutir as diretrizes do apoio com os profissionais e gestores, este segundo volume apresenta o “como fazer”, o modo de funcionamento e as “ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano” (BRASIL, 2009, 2014).

O CAB 39 identifica que a forma de atuação do NASF – a equipe de apoio - dar-se-á em ações integradas e colaborativas com as equipes vinculadas – a equipe de referência. Essa relação é mediada e orientada pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial, definido a partir das dimensões clínico assistencial e técnico-pedagógica. Essa integração deve constituir-se a partir de necessidades e demandas dos usuários e coletivos adscritos a um determinado território, das competências e limites de atuação de cada equipe e tem como fundamento a ampliação da capacidade resolutiva das UBS. A relação interprofissional entre NASF e ESF objetiva ainda a articulação com os outros setores internos e externos da rede assistencial, com vistas à integralidade e continuidade do cuidado.

O texto também relaciona atividades de planejamento do “processo de trabalho coletivo de uma equipe” (BRASIL, 2014, p. 18), o que pode ser caracterizado como uma dimensão de apoio institucional. No trabalho cotidiano, segundo o texto, as equipes devem buscar o equilíbrio entre todas as dimensões do apoio, partindo-se das necessidades específicas dos territórios.

A publicação apresenta orientações para a implantação dos núcleos e recomendações relativas às ações que precisam ser realizadas previamente antes da chegada de novas equipes. Dentre eles, destacam-se o diagnóstico epidemiológico do território e o levantamento das necessidades das equipes acompanhadas, usuários e coletivos. Com base nessas informações os gestores devem definir os profissionais que farão parte da composição das eNASF e as ações prioritárias para quando essas novas equipes estiverem em campo. Essas prioridades devem ser revistas ao longo do tempo, já que os territórios estão em constante movimento. Sobre a implementação do modelo de gestão do apoio matricial, o texto traz uma afirmação importante:

“[...] como todo processo de mudança, essa maneira de trabalhar pode provocar desconfortos, medos e inseguranças, mas sua potencialidade deve incentivar a abertura para um novo modo de operar e permear cotidianamente a construção e a reconstrução dessa proposta de integração na Atenção Básica. Esta é uma aposta que vale a pena e que, uma vez feita, requer persistência, capacidade de perceber os efeitos práticos (positivos e negativos) e capacidade de ajustamento (flexibilidade) aos desafios e necessidades concretos e singulares” (Ibidem, p. 62).

O CAB 39 parte da discussão dos elementos estruturantes que compõem a agenda dos profissionais para discutir o apoio matricial, refletindo sobre a infraestrutura necessária e as condições para que essas atividades ocorram. Esses elementos materializam a metodologia do NASF e dão contorno a sua forma de operar. São eles: a reunião de matriciamento; a reunião de equipe NASF; o atendimento individual compartilhado e específico; o atendimento domiciliar compartilhado e específico; atividade coletiva compartilhada e específica; e a elaboração de materiais de apoio, rotinas, protocolos e outras ações de educação permanente.

Como se propõe a ser um material de apoio para qualificação do processo de trabalho das equipes NASF, o Caderno 39 discute ainda outras ferramentas e estratégias da atuação. Elas fazem parte do cardápio de atividades que os especialistas podem lançar mão, mas não devem ser limitadoras ou restritivas em relação a outras possibilidades e caminhos que venham a se colocar. São elas:

- Trabalho com grupo: não deve ser planejado somente como um dispositivo para atendimento de um grande número de usuários ao mesmo tempo. Lugar de trocas de experiências, saberes e de construção de vínculos e projetos coletivos, é importante que os grupos fomentem a

socialização entre seus membros e que sejam ambientes de encontros acolhedores. Espaço de educação em saúde, as abordagens coletivas devem ser centradas nos usuários que delas participam, para a produção de autonomia e capacidade de análise e intervenção sobre o “viver a vida”. Como exemplo de atividades grupais, o texto relaciona a Terapia Integrativa Comunitária, os grupos de convivência, grupos operativos, grupos terapêuticos e os grupos motivacionais. Por fim, destaca os seguintes fundamentos técnicos que facilitam o manejo dos grupos: contratualização e estabelecimento das regras internas; uso de dinâmicas de grupo que favoreçam a integração; comunicação clara e atenta; e características importantes do moderador/facilitador.

- Projeto Terapêutico Singular: ferramenta de construção coletiva, mobilizada para discussão e planejamento de ações de um caso complexo. Trabalha com a definição de responsabilidades e metas para todos aqueles que estão envolvidos no cuidado compartilhado, com a participação ativa do usuário.

- Genograma: mapa relacional da estrutura familiar, feito a partir do registro e inclusão das relações afetivas e dos conflitos intrafamiliares de seus membros.

- Ecomapa: instrumento para identificar a rede de relações que um núcleo familiar estabelece com instituições, grupos sociais, redes formais e informais.

- Atendimento domiciliar compartilhado: umas das formas de atuação conjunta do NASF, e que deve ser planejada previamente com a eSF e agendada com usuários e familiares. Observa-se a importância da articulação com o Serviço de Atenção Domiciliar nos casos que forem necessários.

- Atendimento individual compartilhado: possibilita a troca de saberes e experiência entre eSF e eNASF, aliando, ao mesmo tempo, momento de assistência direta ao usuário com atividade pedagógica. Muitas vezes, é quando o profissional do NASF tem a possibilidade de um contato direto e mais próximo com usuários e familiares.

- Atendimento individual específico: uma das dimensões expressas no apoio matricial, a assistência direta aos usuários está pautada na retaguarda especializada oferecida pelo NASF. A frequência em que essa estratégia de cuidado vai ser acionada está relacionada a alguns fatores, como as características epidemiológicas do território e a possibilidade da RAS em acolher os casos que demandem atenção especializada.

O papel central da APS na regulação e coordenação do percurso dos usuários pela rede de saúde ainda é um desafio. Cabe ao NASF ser um dos elementos facilitadores e mediadores dessas articulações intra e intersetorial, além de qualificar os encaminhamentos para os outros



pontos de atenção. A ação em rede dialoga com o princípio da integralidade e contribui para a superação de um modelo de atenção e cuidado fragmentado.

Para o fortalecimento das redes é importante que os serviços estabeleçam fluxos de encaminhamentos e de comunicação, e que os casos mais complexos e difíceis sejam discutidos entre equipes para o planejamento de estratégias de cuidado conjuntas. A publicação destaca as eCnaR, as Academias de Saúde, as equipes especializadas de saúde mental, o Programa Saúde na Escola e o Serviço de Atenção Domiciliar como articulações importantes a serem feitas, além de outras parcerias intersetoriais.

No capítulo final, o CAB 39 discute aspectos importantes para a realização do monitoramento e avaliação das atividades do NASF. O acompanhamento e o registro das ações realizadas pelas equipes nos sistemas de informação possibilitam o maior conhecimento dos territórios, e facilita a definição de estratégias de intervenção e de avaliação das ações em curso. Também possibilita a pactuação de metas e outros indicadores de desempenho que permitam verificar a efetividade do apoio.

O CAB 39 elenca alguns desafios enfrentados no trabalho compartilhado entre as equipes, como a falta de formação dos profissionais para atuar na lógica do apoio matricial, a multiplicidade de demandas que são endereçadas aos apoiadores a partir de diferentes realidades e o desconhecimento sobre as diferentes possibilidades de atuação do NASF. Também são apontadas sugestões para o enfrentamento dessas questões, seja através de encontro e rodas de conversa entre os profissionais para reflexão sobre seus desafios diários, ou a partir da intervenção direta dos gestores para mediar conflitos e demais impasses.

“O primordial é que exista negociação, diálogo contínuo, postura ética e corresponsabilização por parte de todos os envolvidos. Não é o “fazer junto o tempo todo” nem o “centralizar tudo na reunião de matriciamento” que garantirá tal cenário. É importante que os profissionais compreendam o conjunto de necessidades dos usuários e estejam dispostos a compartilhar o cuidado, nos diferentes modos em que isto pode ocorrer” (Ibidem, p.83).

Lançado 05 anos após a criação do NASF, o CAB 39 avança em relação à tensão entre atendimentos individuais e matriciamento. Em todo o texto, as abordagens individuais são colocadas como uma das dimensões do apoio, sempre articulado a um plano de cuidado compartilhado entre ESF e NASF, e sem a utilização de ressalvas como “apenas em situações extremamente necessárias”, como visto no CAB 27. Compreende-se que o uso dessas expressões era a de afirmar um modo de funcionamento diferente dos especialistas do NASF, e que tais direcionamentos intencionavam a realização de ações de caráter pedagógico. Por serem baseadas no compartilhamento de saberes e de momentos de educação permanente, estas

estratégias produzem a ampliação do conhecimento e da autonomia dos profissionais que delas participam. Porém, questiona-se aqui os efeitos que tais estratégias possam ter produzido na relação NASF e ESF, e se elas teriam criado um ambiente de resistência por parte das equipes apoiadas e dos apoiadores. Muitas das intervenções do NASF deflagram, num mesmo instante, a atenção clínica direta junto a processos educativos, tentar diferenciar essas dimensões ou mesmo separar as diferentes nuances da metodologia do apoio matricial parece não ter um sentido prático, já que elas, por vezes, se misturam ou se confundem.

Em dezembro de 2015, haviam 4.559 equipes cadastradas no SCNES, sendo 2.649 de NASF1, 885 de NASF 2 e 1.025 de NASF 3, conforme apresentado na Tabela 02.

Tabela 02 – Equipes cadastradas durante o período de 2012 a 2015

	<b>NASF 1</b>	<b>NASF 2</b>	<b>NASF 3</b>	<b>Total</b>
<b>2012</b>	1613	433		2046
<b>2013</b>	2047	628	448	3123
<b>2014</b>	2484	788	838	4110
<b>2015</b>	2649	885	1025	4559

Fonte: Elaboração própria, com base no SCNES, acessado em 20/01/2022

Os dados referentes ao número de equipes cadastradas ao final desse período, compreendido entre os anos de 2012 e 2015, apontam para um crescimento importante do número total de equipes, especialmente a partir da recriação da modalidade NASF 3, com um outro escopo. Nesse arranjo, os municípios pequenos passaram a poder implantar seus Núcleos, desde que tenham ESF e projeto de eNASF aprovado. Com essas mudanças o MS conseguiu universalizar a estratégia do NASF, ampliando a inserção de outras categorias e especialidades profissionais na Atenção Básica.

#### 2.4 – 4º PERÍODO – 2016 A 2018: A AMPLIAÇÃO DO APOIO

Depois que o MS permitiu o custeio de eNASF para todos os municípios do Brasil, com alguns pré-requisitos, o cenário compreendido entre os anos de 2016 e 2018 aponta para a consolidação da interprofissionalidade na Atenção Básica. Percebe-se também alguns deslocamentos operados no modo de funcionamento do apoio matricial, onde a dimensão técnico-pedagógica perde a centralidade das intervenções.

O período é marcado por uma emergência sanitária na qual os especialistas da equipe são convocados a atuar, por uma nova revisão da PNAB - aprovada no segundo semestre de 2017 - e pelo aniversário de 10 anos de criação do NASF. Algumas mudanças puderam ser

vistas, dentre elas a alteração do nome da equipe para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, ou simplesmente NASF-AB.

Além disso, foi durante esse período em que houve a substituição da Presidenta Dilma Rousseff pelo Presidente Michel Temer, após o processo de impeachment finalizado em 2016, mesmo ano da aprovação da Emenda Constitucional 95. Conhecida como emenda do teto de gastos e apelidada de PEC da morte, o texto fixou o congelamento dos gastos públicos por 20 anos, que só podem ser reajustados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo do ano anterior, aumentando o subfinanciamento crônico do SUS, além de limitar sua expansão (REIS et al., 2016).

#### 2.4.1 - O NASF e a estimulação precoce

No ano de 2015 foi identificado no Brasil um surto de casos de crianças nascidas com microcefalia e outras malformações genéticas atribuídas ao zika vírus, especialmente na região Nordeste. Como uma das estratégias de ação do plano de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, o MS publicou a portaria nº 1.171 em 16 de junho de 2016 (BRASIL, 2016a), que credenciou 44 municípios brasileiros para receber incentivos financeiros de implantação de equipes de NASF 1, 2 ou 3.

A portaria trouxe como exigência que cada equipe, independente da modalidade de NASF, tivesse ao menos um profissional de fisioterapia e, como recomendação, que também contemplassem em suas composições terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo ou psicólogo. O texto especifica que essas equipes "deverão dar respostas às necessidades de saúde do território, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica, incluindo o atendimento às crianças com microcefalia" (Ibidem, p.01). Com essas novas equipes buscou-se instrumentalizar as eSF para realizar ações de estimulação precoce e apoio psicossocial às famílias acompanhadas.

Com o mesmo propósito, o MS publicou o manual instrutivo "A estimulação precoce na Atenção Básica: guia para abordagem do desenvolvimento neuropsicomotor pelas equipes de Atenção Básica, Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), no contexto da síndrome congênita por zika" (BRASIL, 2016b). Nele, a dimensão clínico assistencial do apoio matricial é novamente reforçada, assim como na portaria nº 1.171/2016. O guia afirma que cabem aos profissionais do NASF acompanhar famílias e crianças que precisam de estimulação precoce, sendo "muito importante que ele também realize, além dos atendimentos compartilhados, atendimentos individuais específicos, de acordo com o projeto terapêutico pactuado" (Ibidem, p.16-17). Nas considerações finais, a publicação reitera essa orientação:

“Neste sentido, o atendimento individual que é oferecido pelas equipes do NASF é necessário para a estimulação precoce e não contradiz a lógica do apoio matricial. Na realidade, o que deve nortear a decisão de como oferecer o atendimento é a necessidade trazida pelo caso, e não a seleção prévia das ações disponíveis (atendimento compartilhado, atendimento individual, discussão de casos, articulação com a atenção especializada, visita domiciliar, grupos). Dessa forma, essas ações não são concorrentes entre si, e sim complementares” (Ibidem, p.34).

#### 2.4.2 – A segunda revisão da PNAB e a ampliação do NASF

O ano de 2017 foi marcado no SUS pela segunda revisão das diretrizes organizativas da Atenção Básica, aprovada pela portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017). Uma revisão acompanhada de muitas críticas, tanto em relação ao processo de construção sem a participação social, quanto às modificações aprovadas e seus possíveis impactos no enfraquecimento e na privatização da APS (ALMEIDA et al., 2018; De SETA et al., 2020; GIOVANELLA et al., 2020b; MELO et al., 2018; MENDES e CARNUT, 2018; MOROSINI et al., 2018).

Em relação ao NASF, o texto traz importantes alterações. A mais visível é referente à mudança do nome da equipe, que passa a ser denominada Núcleo Ampliado da Saúde de Família e Atenção Básica – NASF-AB. Sai a substantivo apoio, entra o adjetivo ampliado. Com a ampliação, o NASF-AB passa a dar suporte a “todos os tipos de equipes que atuam na Atenção Básica” (BRASIL, 2017, p. 12), incluindo a recém criada equipe de Atenção Básica.

Em uma leitura mais atenta ao trecho da PNAB referente ao NASF-AB, pode-se observar que além da troca do termo “apoio”, o conceito apoio matricial é retirado do texto da portaria. No entanto, ao mesmo tempo em que é omitido enquanto conceito, seus princípios são afirmados nas ações pertinentes ao trabalho e nas competências específicas da equipe, descritas da seguinte forma:

“a. Participar do *planejamento conjunto* com as equipes que atuam na Atenção Básica à que estão vinculadas; b. Contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da *ampliação da clínica*, auxiliando no *aumento da capacidade de análise e de intervenção* sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários; c. Realizar *discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente*, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, *discussão do processo de trabalho* das equipes dentre outros, no território.” (Ibidem, p. 13-14, grifo nosso).

Ao mesmo tempo em que se retira o conceito principal da proposta do NASF-AB – o apoio matricial -, ele é reafirmado de forma explícita nas 03 competências específicas da equipe definidas na legislação. No item “a”, a cogestão comparece através do planejamento conjunto com as equipes acompanhadas. A atribuição “b” aponta para a ampliação da clínica e consegue

synetizar em uma frase a finalidade central da atuação de uma equipe de apoio junto a uma equipe de referência, conforme definida por Campos (2015) – contribuir para o aumento da capacidade de análise e de intervenção e, como consequência, produzir maiores coeficientes de autonomia. No item “c”, listam-se as diferentes possibilidades e formas de atuação. Destacam-se a discussão de caso, atendimentos individuais, a construção conjunta de projetos terapêuticos, a educação permanente e a discussão do processo de trabalho, processos que estão diretamente articulados as duas dimensões do apoio matricial – a assistencial e a pedagógica.

A mudança do nome da equipe trazida pela PNAB em 2017 parece consolidar a tomada de um outro direcionamento, e a troca do substantivo “apoio” pelo adjetivo “ampliado” corrobora com esses novos rumos. Em que pese à ameaça de se repetir tudo aquilo que se tentou evitar no início da atuação da equipe - a ambulatorização -, afirmar a dimensão assistencial como um dos elementos importantes de atuação dos profissionais contribui para a ampliação da capacidade resolutiva das ESF, especialmente frente às novas necessidades de saúde impostas pela pandemia de Covid-19. A APS, além das ações de promoção e prevenção da saúde, também responde por intervenções curativas, de tratamento e de recuperação, e os especialistas do NASF precisam ser inseridos nos novos modos de organização da APS. Muitos dos agravos decorrentes da pandemia vão ter que ser respondidos pela ESF, com outras práticas sendo incorporadas pelas eSF, em atuação conjunta do NASF.

Ao final do 4º período haviam 5.797 equipes implantadas, conforme pode ser visto na Tabela 03. Esses dados mostram que as mudanças feitas até o momento conseguiram garantir a expansão do modelo do NASF e de suas equipes. Depois de 10 anos da edição da portaria nº 154, os números demonstram uma estratégia bem sucedida de indução e de direcionamento do MS, apesar dos inúmeros desafios. NASF é SUS, e como uma estratégia do SUS, também sofre dos mesmos problemas, como o subfinanciamento crônico e falta de pessoal capacitado para operar a gestão do cuidado baseado no apoio matricial (CECILIO e REIS, 2018; MELO et al., 2018).

Tabela 03 – Equipes cadastradas durante o período de 2016 a 2018

	<b>NASF 1</b>	<b>NASF 2</b>	<b>NASF 3</b>	<b>Total</b>
<b>2016</b>	2719	900	1053	4672
<b>2017</b>	3080	996	1190	5266
<b>2018</b>	3461	1062	1274	5797

Fonte: Elaboração própria, com base no SCNES, acessado em 20/01/2022

## 2.5 - 5º PERÍODO – 2019 A 2021: O DESMONTE DO NASF?

Os 04 períodos de construção do NASF que antecederam o ano de 2019 podem ser assinalados como aqueles em que se buscou a institucionalização de uma política em nível nacional. Todas as reivindicações, disputas, embates e conquistas foram frutos de um processo longo e intenso de trabalhadores, usuários e gestores, e que se materializou em mais de 5.700 equipes implantadas em todos os estados brasileiros.

Os desdobramentos do 5º e último período, compreendido entre os anos de 2019 e 2021, atravessado por milhares de mortes provocadas pela pandemia de Covid-19, mostra uma inflexão nos rumos que vinham sendo tomados. É possível observar nas ações que vêm sendo adotadas pelo MS, ameaças em relação a continuidade do NASF, por isso o título em forma de pergunta pessimista.

A posse em 2019 de um grupo político norteado por políticas econômicas de convergência de interesses neoliberais, com pautas de costumes conservadoras e alinhado ao pensamento ideológico de extrema direita, impõe necessidade ainda maior de vigilância e luta em defesa do SUS. Este fato, associado a pior emergência sanitária enfrentada em todo mundo nesse século, e que no Brasil ganhou contornos de catástrofe por conta, sobretudo, da falta de coordenação do Governo Federal, torna o cenário ainda mais preocupante e com um desfecho imprevisível (GIOVANELLA et al., 2020c).

### 2.5.1 – O Programa Previne Brasil, a portaria 3.222/2019 e o fim da indução ao NASF

O Programa Previne Brasil, editado pelo MS através da portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, estabeleceu o novo modelo de financiamento de custeio para APS, que passa a ser misto, composto por captação ponderada, por incentivo para ações estratégicas e pagamento por desempenho<sup>13</sup> (BRASIL, 2019b). Se antes, os municípios eram remunerados pelo número total da população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com a captação ponderada esse cálculo passa a ser feito pelo número de usuários cadastrados nas UBS. São considerados ainda a vulnerabilidade social do território e outros critérios demográficos. Ao extinguir o PAB fixo, a portaria colocando em risco um dos princípios fundamentais do SUS, a universalidade.

Em relação ao incentivo às ações estratégicas, o Programa Previne Brasil define as seguintes ações, programas e estratégias prioritárias para a APS: Programa Saúde na Hora,

---

<sup>13</sup> Em setembro de 2021 foi editada a portaria nº 2.254/2021 que altera o Título II da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre o custeio da APS. O documento inclui o componente de financiamento - incentivo financeiro com base em critérios populacionais.

Equipe de Saúde Bucal, Unidade Odontológica Móvel, Centro de Especialidades Odontológicas, Laboratório Regional de Prótese Dentária, Equipe de Consultório na Rua, Unidade Básica de Saúde Fluvial, Equipe de Saúde da Família Ribeirinha, Microscopista, Equipe de Atenção Básica Prisional, custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade, Programa Saúde na Escola, Programa Academia da Saúde, Programas de apoio à informatização da APS, incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional, Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, e outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

Nota-se a não inclusão do NASF no rol dos programas prioritários a serem executados pela APS, o que significa na prática, o fim do financiamento discricionário para implementação de novas equipes e manutenção das já instaladas. Novas equipes também perderam o direito de serem credenciadas no MS, a partir dessa portaria. Além disso, o Previde Brasil revoga diversas normativas, dentre elas a Seção II da Portaria de Consolidação no 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que definia parâmetros de vinculação do NASF, como carga horária das equipes e profissionais, além do número mínimo e máximo de equipes acompanhadas.

O pagamento por desempenho é aferido a partir de determinados indicadores, definidos anualmente em portaria específica. Para os anos de 2021 e 2022, serão monitorados e avaliados os critérios definidos através da portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019. A normativa aponta os seguintes indicadores: ações multiprofissionais no âmbito da APS, ações no cuidado puerperal, ações de puericultura, ações relacionadas ao HIV, ações relacionadas ao cuidado de pessoas com tuberculose, ações odontológicas, ações relacionadas às hepatites, ações em saúde mental, ações relacionadas ao câncer de mama, indicadores globais de avaliação da qualidade assistencial e experiência do paciente com reconhecimento e validação internacional e nacional (BRASIL, 2019d).

A mudança no modelo de financiamento de custeio da APS fez com que diversas instituições representativas da Saúde Coletiva, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, se posicionassem contra as modificações, denunciando a possibilidade do aumento do subfinanciamento do SUS e outros retrocessos.<sup>14</sup> Como resposta, o MS editou a Nota Técnica 03/2020-DESF/SAPS/MS para discutir os

---

<sup>14</sup> <https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/documentos/pensamentos/carta-aberta-mudancafinanciamento/> acessado em 15/01/2021 ; <http://cebes.org.br/2020/02/novo-financiamento-da-atencao-basica-impactos-sobre-o-nasf-ab/> acessado em 15/01/2021; [https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/11/Nota\\_em\\_defesa\\_atencao\\_primaria\\_21\\_novembro\\_2019-1.pdf](https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/11/Nota_em_defesa_atencao_primaria_21_novembro_2019-1.pdf) acessado em 15/01/2021

desdobramentos do Programa Previne Brasil no NASF-AB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Na nota, o Governo Federal assume a revogação dos parâmetros de conformação e das antigas formas de custeio e financiamento:

“Dessa forma, a composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às tipologias de equipes NASF-AB. Com essa desvinculação, o gestor municipal passa a ter autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe. O gestor municipal pode então cadastrar esses profissionais diretamente nas equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Primária (eAP), ampliando sua composição mínima. Poderá, ainda, manter os profissionais cadastrados no SCNES como equipe NASF-AB ou cadastrar os profissionais apenas no estabelecimento de atenção primária sem vinculação a nenhuma equipe” (Ibidem, p.1).

A nota técnica afirma que novas equipes NASF não serão mais cadastradas no SCNES, e que a partir de 2021, - como previsto na portaria nº 3.222/19 -, arranjos de equipe multidisciplinar poderão ser financiados através de pagamento por desempenho, enquanto uma ação multiprofissional no âmbito da APS. Entende-se que, com essas mudanças, o MS propõe o financiamento de outros arranjos de equipe com vistas ao descredenciamento dos NASF em funcionamento.

A retirada do NASF do rol de políticas financiadas com recursos federais discricionários têm ao menos 2 efeitos. O primeiro diz respeito aos impactos objetivos de tais medidas - o fim do repasse, num sistema já cronicamente subfinanciado -, que tem se refletido na redução do número de equipes no Brasil, como pode ser visualizado mais adiante no Gráfico 02. Sem repasse específico, a verba que chega aos municípios pode ser utilizada em outros arranjos de equipes ou em outros modelos de inserção de diferentes categorias profissionais na APS. Um segundo impacto - que pode ser entendido como subjetivo - está relacionado ao tipo de mensagem que vai ser entendida pelos secretários municipais de saúde, que podem se indagar: se o MS não está mais apostando nessa forma de atuação, talvez o modo de organização do trabalho proposto pelo NASF não seja o mais resolutivo para o SUS.

### **2.5.2 - O Programa de Financiamento da Atenção Primária à Saúde do Estado do Rio de Janeiro – PREFAPS**

Após edição das portarias do Governo Federal que modificaram o financiamento da APS (BRASIL, 2019b, 2019d) a SES/RJ editou a resolução nº 1.938, em 25 de novembro de 2019. A resolução altera o Programa de Financiamento da Atenção Primária à Saúde do Estado do Rio de Janeiro (PREFAPS), incluindo as eCnaR e eNASF-AB no escopo de equipes que podem receber recursos financeiros do programa (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE,



2019). Antes da inclusão, somente as eSF e equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (eSB/SF) faziam jus aos repasses. Dentre as considerações relacionadas para edição desta resolução, consta a menção à portaria nº 2.979/2019 – Programa Previne Brasil.

O PREFAPS foi instituído em maio de 2019, com o objetivo de apoiar a APS dos municípios do Estado do Rio de Janeiro e “fomentar a qualidade e o alcance de metas no âmbito da Atenção Primária à Saúde” (Ibidem, p. 01). O programa se estrutura a partir de 03 componentes:

- Componente sustentabilidade: tem a finalidade de apoiar a manutenção das equipes já instaladas, sendo calculado a partir do número de eSF, eSB/SF, eCnaR e eNASF-AB do município. Equipes de NASF 1 e NASF 2 podem participar. Também são considerados para o cálculo dos valores transferidos mensalmente, os critérios ponderados de classificação dos municípios utilizados atualmente pelo MS.
- Componente expansão: está relacionado à implantação de novas equipes que compõem o programa. Com esses recursos, pago em parcela única, objetiva-se a ampliação da cobertura e a oferta de mais serviços na APS.
- Componente desempenho: o valor pago está condicionado a alguns indicadores estratégicos estabelecidos pelo programa anualmente. Esse componente busca induzir, focalizar e qualificar e as ações de saúde, segundo alguns critérios. O incentivo é pago a cada quadrimestre, de acordo com as metas que forem alcançadas no período. Para o ano de 2020, usou-se os mesmos critérios do Programa Previne Brasil.

Todos os 92 municípios do Estado do Rio de Janeiro foram incorporados automaticamente ao programa, fazendo jus ao recebimento do fomento, calculados e transferidos quadrimestralmente. Para o credenciamento de novas equipes, é necessário a elaboração de projeto, anuência do Conselho Municipal de Saúde, a aprovação pela Superintendência de Atenção Básica da SES/RJ e outros procedimentos burocráticos.

Em um período de grandes incertezas para as eNASF-AB, a inclusão em programa de financiamento é motivo de celebração, frente a tantos outros retrocessos. Os valores estabelecidos nos componentes sustentabilidade e expansão do PREFAPS, referentes à implantação de novos dispositivos e a manutenção dos já existentes, são os mesmos que vinham sendo adotados pelo MS antes do Previne Brasil. Com isso, ao menos para os municípios do estado do Rio de Janeiro que seguiram os critérios de adesão ao programa, não houve a diminuição de recursos externos para manter os NASF.

### 2.5.3 – NASF –AP, o NASF da Atenção Primária

A última normativa editada pelo MS e analisada neste estudo, com efeitos sobre o NASF-AB, é a portaria nº 37, de 18 de janeiro de 2021, editada em substituição a portaria nº 99/2020. Ambas redefinem o registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (BRASIL, 2020a, 2021), incluindo a equipe 72, Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária - eNASF-AP. Esse novo código reúne as 03 modalidades de NASF, define um outro nome para o núcleo e permite que novas equipes NASF sejam cadastradas no SCNES, o que havia sido vedado pelo Previner Brasil. Contudo, o texto da portaria é confuso, e o código 72 aparece grafado de 02 maneiras distintas, eNASF-AP e eNASF-AB.

O Quadro 03 traz o comparativo entre as 03 tipologias de NASF que foram substituídas pelo novo código 72 – NASF-AP, com as características de cada um dos arranjos.

Quadro 03 - Comparativo entre as tipologias de NASF1, NASF 2, NASF3 e NASF-AP

	NASF 1	NASF 2	NASF 3	NASF-AP
Equipes vinculadas	De 05 a 09 equipes	03 ou 04 equipes	01 ou 02 equipes	
Carga horária mínima da eNASF	I - A soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 horas semanais; II - nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas; III - Cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 80 horas de carga horária semanal.	I - A soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 120 horas semanais; II - Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas; III - cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 40 horas de carga horária semanal.	I - A soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 80 horas semanais; II - Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20; III - Cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 40 horas de carga horária semanal.	Definida pelo gestor
Incentivo financeiro do MS	Valores de custeio para implantação e manutenção mensal das equipes, variando de acordo com a tipologia.			Sem repasse discricionário do MS.
Composição da equipe	Definido pelo gestor entre as 19 categorias profissionais: médico acupunturista, assistente social, profissional da educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, médico geriatra, médico homeopata, médico internista (clínica médica), nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra, terapeuta ocupacional, médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação e profissional de saúde sanitária.			

Fonte: Elaboração própria, 2022, com dados retirados das portarias 3.124/2012 e 2.979/2020

Atualmente, todos os parâmetros são determinados pelo gestor municipal, que define o número de equipes que serão vinculadas ao apoio e a carga horária de cada profissional, além de não haver qualquer incentivo financeiro discricionário do MS para custeio do NASF. Importante trazer alguns questionamentos, quais serão os desdobramentos das novas possibilidades de formatos de NASF-AP, onde o gestor tem a liberdade de compor as equipes como preferir, em composições mais flexíveis, e sem estar vinculado a nenhum parâmetro mínimo definido previamente? Essas alterações permitem que os especialistas sejam cadastrados diretamente nas eSF ou nas equipes de Atenção Primária, se tornando um membro fixo e orgânico desses coletivos. Que tipo de ação de matriciamento esses profissionais, que farão parte da equipe da Unidades de Saúde da Família (USF), conseguirão sustentar no cotidiano, ou se pretende centralizar as intervenções somente nos atendimentos diretos? Ainda que a presença sistemática dos profissionais favoreça a criação de vínculos entre os profissionais e com os usuários acompanhados, não se estaria voltando ao modelo anterior ao Saúde da Família, ou mesmo aos moldes dos ambulatorios de especialidades? Também podem ser vinculados a quantas eSF o gestor determinar, sendo responsáveis por acompanhar e cobrir o número máximo que for definido.

Ao final do 5º período definido nesta pesquisa – O desmonte do NASF? –, houve a redução de equipes cadastradas no Brasil, chegando a 5.525 eNASF no SCNES. Na Tabela 04, pode-se observar que houve crescimento no ano de 2019, seguido de uma queda importante em 2020. Os números voltam a cair em 2021, porém de uma maneira menos acentuada.

Tabela 04 – Equipes cadastradas durante os anos de 2019 e 2021

	<b>NASF1</b>	<b>NASF2</b>	<b>NASF3</b>	<b>NASF-AP</b>	<b>Total</b>
<b>2019</b>	3518	1084	1284		5886
<b>2020</b>	124	28	23	5417	5592
<b>2021</b>	109	22	13	5381	5525

Fonte: Dados acessados no SCNES em 20/01/2022

Os números de 2019 serviram de contraponto aos resultados negativos de 2020 e 2021, minimizando a queda no período. Mesmo assim, no final de 2021 o número de equipes cadastradas retrocedeu para 5.525 eNASF.

## 2.6 – SÍNTESE DA CONSTRUÇÃO HISTÓRICO-NORMATIVA DO NASF E O CENÁRIO DAS EQUIPES CADASTRADAS NO BRASIL

Como forma de ilustrar os achados deste capítulo, no Quadro 04 – Síntese da construção histórico-normativa do NASF - foram destacados os principais pontos elencados nos 05 períodos aqui definidos e nas 18 normativas e publicações analisadas.

Quadro 04 – Síntese da construção histórico-normativa do NASF

<b>Movimentos antecedentes - 2000 a 2007</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reivindicações dos municípios.</li> <li>- Pressões corporativas.</li> <li>- Experiências municipais exitosas.</li> <li>- Núcleo de Saúde Integral.</li> </ul>
Portaria nº 1065, de 04 de julho de 2005 Cria os NAISF	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tinha como finalidade ampliar a integralidade e a resolutividade da atenção à saúde.</li> <li>- Portaria revogada 02 dias após a sua publicação.</li> <li>- Constituídos por 04 modalidades de ação: alimentação/nutrição e atividade física; atividade física; saúde mental; e reabilitação. Para cada modalidade, um arranjo específico de equipe, dentre os seguintes profissionais: nutricionista, profissional de educação física, instrutor de práticas corporais, psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional, assistente social, fisioterapeuta e fonoaudiólogo.</li> <li>- MS financeira municípios com população igual ou superior a 40 mil habitantes, exceto na Amazônia Legal, igual ou superior a 30 mil habitantes.</li> </ul>
<b>As diretrizes do apoio - 2008 a 2011</b>	
Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 Cria os NASF	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Criado para ampliar a abrangência, o escopo e a resolutividade da AB</li> <li>- Atua de forma integrada à rede de serviços de saúde, revisando a prática do encaminhamento.</li> <li>- NASF 1: de 08 a 20 equipes de SF vinculadas ou de 05 a 20 (municípios com menos de 100.000 habitantes dos estados da Região Norte); 05 profissionais de ocupações não-coincidentes: médico acupunturista, assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional.</li> <li>- NASF 2: mínimo de 03 equipes de SF vinculadas; no mínimo 03 profissionais de ocupações não-coincidentes: assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional.</li> <li>- Incentivo federal para implantação e custeio mensal, de acordo com a tipologia.</li> <li>- Carga horária de 40 horas para os profissionais, com algumas exceções (fisioterapeuta, médico e terapeuta ocupacional).</li> <li>- 09 áreas estratégicas de atuação: atividade física / prática corporal; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança; saúde da mulher; assistência farmacêutica.</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria, 2022, com base nos documentos citados no Quadro (continua)

Quadro 04 – Síntese da construção histórico-normativa do NASF (continuação)

<b>As diretrizes do apoio - 2008 a 2011</b>	
Cadernos de Atenção Básica 27 Diretrizes do NASF	- Manual instrutivo que define as ferramentas tecnológicas de atuação: apoio matricial, clínica ampliada, Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde no Território. - Ênfase na dimensão técnico-pedagógica, com a assistência direta aos usuários “apenas em situações extremamente necessárias”.
Portaria nº 2.843, de 20 de setembro de 2010 Cria o NASF 3	- Prioridade na atuação à prevenção e promoção da saúde, o tratamento e a redução dos riscos e danos com o uso e abuso do álcool e outras drogas, especialmente o crack. - Municípios com porte populacional menor que 20.000 habitantes. - 04 a 07 eSF vinculadas.
Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 1ª revisão da Política Nacional de Atenção Básica	- Incorpora o NASF e o conceito do apoio matricial no texto da PNAB. - Aumento do número de profissionais para 19 categorias, com a inclusão de: médico geriatra, médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador). - Amplia a atuação para as seguintes equipes: Consultório na Rua, Saúde da Família Ribeirinhas e Saúde da Família Fluvial. - Gestor passa a compor a equipe com os profissionais que preferir. - Define carga horária mínima para as equipes: NASF 1 - mínimo 200 horas; NASF 2 – mínimo 120 horas. - Diminui o número de equipes vinculadas: NASF 1 - 08 a 15 (municípios com menos de 100.000 hab. dos estados da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-grossense – 05 a 09); NASF 2 – 03 a 07; Carga horária mínima de 80 horas para as equipes. - Revoga o NASF 3, com a transformação automática dessas equipes em NASF 2.
<b>A universalização do NASF - 2012 a 2015</b>	
Portaria nº 978, de 16 de maio de 2012 Revisão dos PAB variável	- Aumenta em 1/3 nos valores de incentivos para as equipes de NASF 2, manutenção dos mesmos valores para o NASF 1.
Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012 Redefine os parâmetros de vinculação dos NASF 1 e 2 e cria o NASF 3	- Recria o NASF 3, sem a focalização em questões de álcool e outras drogas; 01 ou 02 equipes vinculadas; 80 horas de carga horária mínima para as equipes. - Reduz do número de equipes vinculadas: NASF 1- 05 a 09; NASF 2 - 03 a 04.
Portaria nº 548, de 04 de abril de 2013 Define o valor de financiamento do PAB Variável	- Aumenta em 50% nos valores para o NASF 2, define o incentivo para o NASF 3 e mantém os mesmos valores a serem transferidos para o NASF 1.
Portaria nº 562, de 04 de abril de 2013 Define o valor mensal do incentivo financeiro do 3º ciclo do PMAQ-AB	- Permitiu a inclusão de todas as equipes de AB, inclusive o NASF.
Cadernos de Atenção Básica 39 Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano	- Discute o apoio matricial a partir dos elementos estruturantes que compõem a agenda dos profissionais, refletindo sobre a infraestrutura necessária e as condições para que essas atividades aconteçam. - Avança na discussão em relação a tensão entre atendimentos individuais e matriciamento e sobre os principais atravessamentos na operacionalização do apoio matricial.

Fonte: Elaboração própria, 2022, com base nos documentos citados no Quadro (continua)

Quadro 04 – Síntese da construção histórico-normativa do NASF (continuação)

<b>A ampliação do apoio - 2016 a 2018</b>	
Portaria nº 1.171, de 16 de junho de 2016 Credencia municípios a receberem incentivos referentes aos NASF / Síndrome congênita por zika vírus	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Objetiva instrumentalizar os municípios credenciados para a realização de ações de estimulação precoce e apoio psicossocial às famílias acompanhadas.</li> <li>- Ao menos um profissional de fisioterapia em cada equipe e, como recomendação, que também incluam terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo ou psicólogo.</li> <li>- Ênfase na dimensão clínico assistencial do apoio matricial e no atendimento individual, o “que não contradiz a lógica do apoio matricial”.</li> <li>- Publicação do manual instrutivo "A estimulação precoce na Atenção Básica”.</li> </ul>
Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 2ª revisão da PNAB	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muda o nome para Núcleo Ampliado da Saúde de Família e Atenção Básica NASF-AB.</li> <li>- Retira o conceito do apoio matricial do texto, com a perda da centralidade da dimensão técnico-pedagógica. Apesar da retirada do conceito, ele é reafirmado nas 03 competências específicas: <ul style="list-style-type: none"> <li>a – Cogestão / planejamento conjunto com as equipes acompanhadas;</li> <li>b – ampliação da clínica e aumento da capacidade de análise e intervenção; e</li> <li>c – discussão de caso, atendimentos individuais, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, discussão do processo de trabalho, dentre outras.</li> </ul> </li> </ul>
<b>O desmonte do NASF? - 2019 a 2021</b>	
Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 Institui o Programa Previne Brasil - novo modelo de financiamento de custeio da APS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muda a forma de financiamento da APS, que passa a ser um misto de captação ponderada, incentivo para ações estratégicas e pagamento por desempenho.</li> <li>- Fim do financiamento discricionário para o NASF, que não foi incluído como uma das ações estratégicas.</li> <li>- Revoga a Seção II da Portaria de Consolidação no 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que incluía a portaria nº 3.124/2012 – portaria de parametrização do NASF.</li> </ul>
Resolução nº 1.938, de 25 de novembro de 2019 Altera a resolução SES Nº 1.846 - PREFAPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incluiu o NASF no escopo de financiamento do PREFAPS, recompondo o financiamento mensal para equipes NASF 1 e NASF 2, nos mesmos moldes adotados pelo MS antes do Previne Brasil.</li> <li>- Transferências de incentivos financeiros para implantação de novas equipes e repasses mensais para a manutenção das equipes em funcionamento.</li> </ul>
Portaria nº 3.222, de 20 de dezembro de 2019 Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevê o financiamento de ações multiprofissionais no âmbito da APS, com arranjo e composição de equipe de acordo com os critérios definidos pelo gestor.</li> </ul>
Nota Técnica 03/2020 NASF-AB e Programa Previne Brasil	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reafirma as modificações trazidas pelo Programa Previne Brasil, como o fim do financiamento discricionário e a extinção dos parâmetros de conformação do NASF.</li> </ul>
Portaria nº 99, de 07 de fevereiro de 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muda o nome da equipe para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária - NASF-AP</li> </ul>
Portaria nº 37, de 18 de janeiro de 2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cria um novo código para a equipe, que passa a incluir as 03 tipologias de NASF: equipe 72- eNASF-AP.</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria, 2022, com base nos documentos citados no Quadro

Os dados apresentados na Tabela 05 foram agrupados de acordo com os 05 períodos de construção desta pesquisa. Eles permitem a visualização do processo histórico-político do NASF, e mostram os reflexos dos movimentos feitos pelo MS a partir da criação da equipe, ora induzindo a implantação de mais Núcleos, - vide a criação do NASF 3 -, ora produzindo a diminuição do número de equipes, como pode ser visualizado no último período.

Tabela 05 – Os períodos históricos-normativos e as eNASF

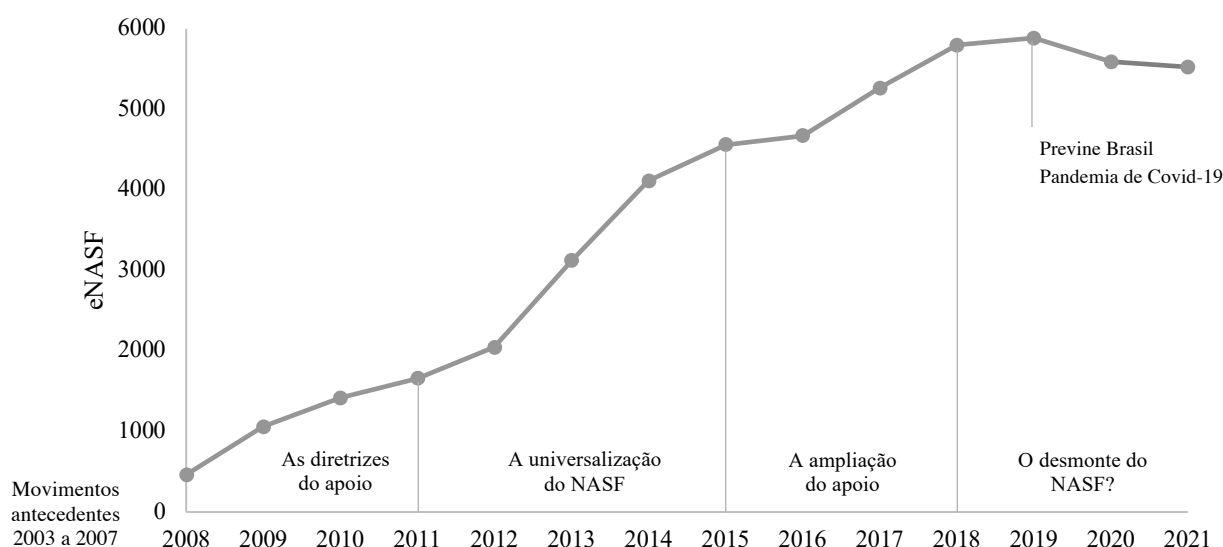
<b>Períodos</b>	<b>Ano</b>	<b>eNASF</b>
1º Movimentos antecedentes	2000 - 2007	-
2º As diretrizes do apoio	2008	464
	2009	1058
	2010	1415
	2011	1661
3º Universalização do NASF	2012	2046
	2013	3123
	2014	4110
	2015	4559
4º A ampliação do apoio	2016	4672
	2017	5266
	2018	5797
5º O desmonte do NASF?	2019	5886
	2020	5592
	2021	5525

Fonte: Elaboração própria, com base no SCNES, acessado em 20/01/2022

Os movimentos antecedentes tiveram como características as reivindicações de diferentes atores, além dos primeiros desenhos de arranjo de equipe multiprofissional, que se desdobraram no NAISF; após a criação do NASF, podemos notar um esforço do MS em divulgar e difundir as diretrizes do apoio, o apoio matricial e seus dispositivos, além da inclusão do NASF na primeira revisão da PNAB; no terceiro momento, novos parâmetros para a organização do trabalho foram estabelecidos - permitindo a relação mais próxima entre apoiadores e apoiados -, e as ferramentas de atuação são aprimoradas. Possibilitou-se que todos os municípios pudessem implantar suas equipes, com vistas à universalização do NASF. Além disso, os incentivos financeiros federais foram sendo incrementados; no quarto, é possível ver a consolidação e o aumento do número das equipes nacionalmente, trazendo a ampliação do apoio e novas mudanças na forma de orientação do processo de trabalho. Também foram dados maiores graus de autonomia aos gestores para que pudessem moldar as equipes a partir de suas

demandas, desde que observados alguns critérios estabelecidos; e no quinto e último período definidos na pesquisa, outros parâmetros de custeio foram definidos pelo MS, que vem se materializando na redução do número de equipes do NASF, no mesmo momento em que uma pandemia assola o País. O desdobramento dessas políticas podem ser visualizados nos números apresentados no Gráfico 01.

Gráfico 01 – Equipes NASF entre os anos de 2008 e 2021 no Brasil



Fonte: Elaboração própria, com base no SCNES, acessado em 20/01/2022

O Gráfico 01 ilustra um crescimento pequeno nos primeiros anos, num período em que ainda estavam sendo demarcados e apresentados a proposta de trabalho do NASF. A publicação do CAB 27, os cursos oferecidos pelo MS e a inclusão na 1ª revisão da PNAB de 2011, definiram as diretrizes do apoio matricial e a afirmação do NASF como uma política importante da Atenção Básica, induzida pelo MS.

As equipes apresentam crescimento mais expressivo a partir de 2012, ano em que foram aprovadas diversas portarias importantes, como a 3.124, que mudou os parâmetros de vinculação dos NASF 1 e 2 e recriou o NASF 3; há uma nova definição de valores de financiamento da equipe em 2012 e 2013, com o aumento do custeio para algumas tipologias; um novo CAB é editado em 2014, avançando na discussão sobre os desafios e potências dos modos de operar do NASF, e de algumas questões que representavam impasse na relação de apoiadores e apoiados.

O advento do zika vírus em 2016 e a publicação da PNAB de 2017, que além da mudança no nome trouxe a ampliação do alcance da equipe, mantiveram os rumos de



crescimento e de consolidação da multiprofissionalidade da Atenção Básica, a partir do arranjo específico do NASF.

O cenário de ampliação e aposta do MS é interrompido em 2020, depois de ter alcançado o maior número de equipes cadastradas de todos os tempos em janeiro de 2020, com 5.904 eNASF no SCNES. O início da queda ocorre junto à implantação das mudanças do Programa Previne Brasil e da chegada da pandemia de Covid-19 no País.

### 2.6.1 – O Previne Brasil e o NASF

Para fins de análise sobre os reflexos de 02 anos de vigência do Previne Brasil, na Tabela 06 e no Gráfico 02 estão reunidas as variações mensais dos números de eNASF cadastradas nacionalmente nos anos de 2020 e 2021. A partir de maio de 2020 teve início a migração das 03 modalidades de NASF para o novo código da portaria nº 99/2020, NASF-AP.

Tabela 06 – Equipes NASF cadastradas durante os anos de 2020 e 2021

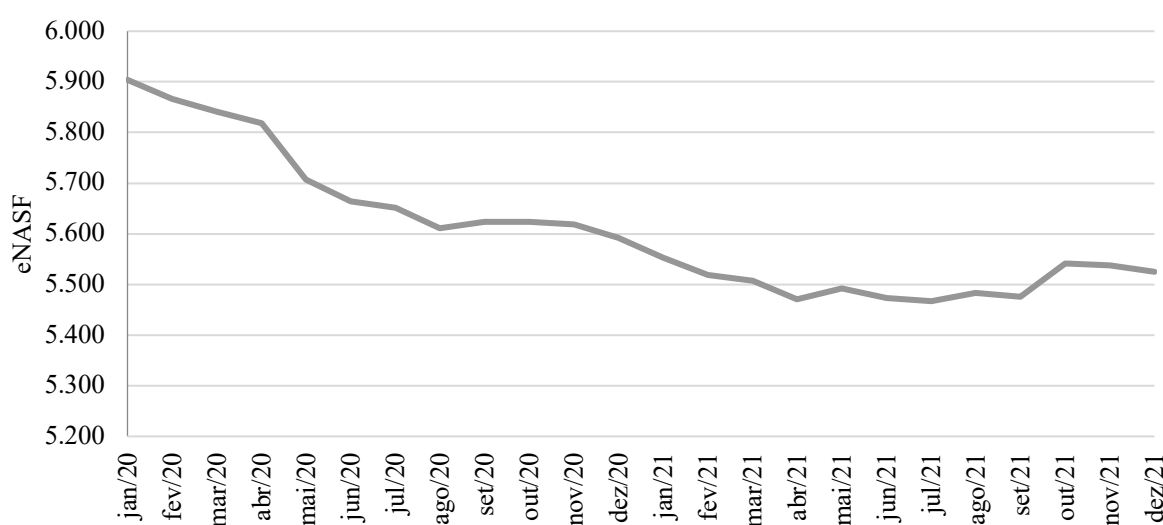
	NASF1	NASF2	NASF3	NASF-AP	Total
Jan/2020	3526	1077	1275		5904
Fev/2020	3526	1073	1267		5866
Mar/2020	3516	1067	1258		5841
Abr/2020	3507	1065	1246		5818
Mai/2020	1103	392	488	3724	5707
Jun/2020	632	234	262	4536	5664
Jul/2020	401	166	173	4912	5652
Ago/2020	153	47	45	5366	5611
Set/2020	138	37	36	5412	5623
Out/2020	135	33	30	5425	5623
Nov/2020	128	30	25	5435	5618
Dez/2020	124	28	23	5417	5592
Jan/2021	120	26	20	5387	5553
Fev/2021	117	24	18	5360	5519
Mar/2021	117	24	18	5348	5507
Abr/2021	116	24	18	5313	5471
Mai/2021	115	24	18	5335	5492
Jun/2021	115	24	18	5316	5473
Jul/2021	114	23	13	5317	5467
Ago/2021	111	23	13	5336	5483
Set/2021	111	23	13	5329	5476
Out/2021	109	23	13	5396	5541
Nov/2021	109	22	13	5394	5538
Dez/2021	109	22	13	5381	5525

Fonte: Elaboração própria, com base no SCNES, acessado em 20/01/2022

Os novos modos de financiamento adotados pelo governo do presidente Bolsonaro, e que passaram a vigorar em janeiro de 2020, trouxeram mudanças sensíveis para o

funcionamento e manutenção do NASF, com a interrupção nos pagamentos de custeio destinado à implantação de novas equipes e para a manutenção mensal das em funcionamento. A substituição do modelo per-capto de transferência de recurso para o modelo de captação e avaliação de desempenho apontam impactos negativos para a APS e para o SUS (De SETA et al., 2020; MASSUDA, 2020; MOROSINI et al., 2020), como os cortes feitos nos repasses discricionários do NASF.

Gráfico 02 - Equipes NASF no SCNES nos anos de 2020 e 2021



Fonte: Elaboração própria, com base no SCNES, acessado em 20/01/2022

É possível observar a diminuição gradual dos cadastros a partir de fevereiro de 2020, com oscilações entre alguns meses e uma pequena recuperação nos meses de maio e outubro de 2021. A maior queda é vista em maio de 2020, início da migração para o novo código – NASF-AP, com 111 eNASF descadastradas. O menor patamar dessa série foi em abril de 2021, com 5.471 equipes.

Em 02 anos de Previde Brasil, foram descredenciadas 379 equipes de NASF. Com esses resultados, no final de 2021 haviam 5.525 eNASF no CNES, um retrocesso a números próximos das equipes que estavam cadastradas em fevereiro de 2018.

Importante ressaltar que a Tabela 06, além da vigência do novo modelo de financiamento do Previde Brasil, começa a refletir, a partir do mês de março de 2020, os efeitos da pandemia de Covid-19. Mensurar a influência da pandemia nesses resultados, e das questões econômicas que envolvem tal cenário, como a diminuição de investimentos públicos e necessidade de realocação de recursos para outros setores, produz um cenário de análise

diferenciando de outros períodos. Compreende-se os limites desta pesquisa em correlacionar e definir os efeitos da pandemia sobre esses resultados, no entanto, não parece razoável que durante uma emergência sanitária, municípios que precisam reduzir custos o façam diminuindo equipes de saúde. A menos que a fonte de recurso de custeio tenha sido interrompida, como aconteceu com a verba específica para o NASF após o Previne Brasil.

As portarias que vem sendo editadas desde 2019, que modificaram as formas de financiamento e alteraram o registro das equipes no SCNES parece ter, dentre outras finalidades, substituir o NASF por outros arranjos de equipes multiprofissionais custeadas por pagamento por desempenho, equipes previstas no Previne Brasil. Tentou-se, inclusive, vetar que novas eNASF fossem cadastradas, conforme expresso na nota técnica N° 03/2020. Ao destituir o estatuto do NASF de ser uma equipe multiprofissional da APS, perde força os princípios teórico-prático do apoio matricial, método que visa a democratização das instituições e a produção de sujeitos autônomos.

Não causa surpresa que a intenção de acabar definitivamente com NASF, a tentativa de golpe final tenha sido dada por um governo de extrema direita, que representa a antítese dos princípios do apoio matricial – a democratização das instituições e o aumento da autonomia dos sujeitos.

A ampliação da importância da APS, somada a falta de coordenação nacional do MS, traz à tona disputas políticas e teóricas dos rumos e contornos que a Atenção Primária vai seguir (CAMPOS, 2020), se como um espaço de gestão coletiva, de trabalho em rede, com vistas à democratização das instituições – defendida pela Saúde Coletiva - ou se como um nível de atenção médico centrado.

Ao mesmo tempo em que há a redução de eNASF nacionalmente, uma pandemia nunca antes enfrentada pelo SUS assola o Brasil. Menos equipes atuando no SUS tem impactos diretos no número de profissionais em atividade, num cenário acumulado de mais de 22 milhões de infectados e de novas necessidades de saúde para todos os níveis de atenção. Além disso, o NASF representa a interprofissionalidade estratégica para a abordagem multifatorial da maioria dos agravos decorrentes da pandemia, o que pode ser visto como uma chance para os especialistas reposicionarem suas práticas e redefinirem suas intervenções na APS. Acompanhar as necessidades de saúde, atualizando os seus modos de operar e de intervir, diz respeito à própria permanência do NASF no SUS. Por isso, é importante que os especialistas mostrem sua relevância para as novas demandas da APS, como forma de se contrapor às políticas de desmonte do NASF em curso no governo Bolsonaro.

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

#### 3.1 – OBJETIVOS DA PESQUISA

##### 3.1.1 – **Objetivo geral**

- Analisar o processo de trabalho do NASF do município de Maricá, no contexto da pandemia de Covid-19.

##### 3.1.2 - **Objetivos específicos**

- Descrever o processo de trabalho do NASF de Maricá, a partir do referencial teórico do apoio matricial.

- Investigar o processo histórico do NASF de Maricá.

- Identificar as políticas e diretrizes nacionais que orientam o NASF e seus possíveis desdobramentos nas eNASF.

- Contribuir com novos referenciais teórico-práticos para o método do apoio matricial, no contexto da pandemia de Covid-19.

#### 3.2 – O MÉTODO DA PESQUISA

A escolha do método científico que vai guiar determinado estudo deve estar relacionada aos objetivos que se pretende alcançar, e ser definida pelas possibilidades que o método permite de aproximação e análise de uma dada realidade (TURATO, 2005). A presente pesquisa entende que para acessar o processo de trabalho de uma equipe, é necessário compreender como são organizadas as práticas dos profissionais, que elementos compõem suas agendas, de que modo são negociados as intervenções e os impasses. Além da descrição desses processos, é importante buscar os sentidos que são construídos pelos trabalhadores nas relações interprofissionais, que são mediadas pelas normas e procedimentos dos serviços e das políticas de saúde.

Sendo assim, a Pesquisa Qualitativa foi o método escolhido para esta investigação pois, de acordo com Maria Cecília Minayo (2006, p. 57), “ é o [método] que se aplica ao estudo da história, 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, sentem e pensam”. Para compreender os modos de organização e investigar a construção histórica da equipe do NASF de Maricá, esta pesquisa buscou descrever e analisar as formas de operar do apoio matricial nas práticas cotidianas, atravessadas por um cenário particular – a pandemia de Covid-19. Essas experiências são produzidas para além das

normativas que dão conformidade às práticas, e se realizam através de encontros entre sujeitos concretos que carregam crenças, valores e interesses. Encontros que produzem consensos, mas também dissensos.

Um aspecto relevante para a escolha das técnicas do presente trabalho, está relacionado a implicação do pesquisador principal com o campo investigado – que conjuga a posição de pesquisador, servidor lotado na área técnica do NASF da prefeitura e ex-membro da equipe, como já discutido no início desta dissertação. Como estratégia para diminuir possíveis atravessamentos que o nível hierárquico pudesse trazer ao estudo, e tomando as implicações como parte inerente ao processo de pesquisar, optou-se pelo uso de dados primários e secundários para a produção das informações.

De caráter descritivo e exploratório, como sugerido por Frederico Tobar e Margot Yalour (2002) para estudos onde se possui escassos conhecimentos sobre o problema, esta investigação se aproximou de uma equipe ainda não pesquisada, atravessada pela pandemia de Covid-19. O referencial teórico do apoio matricial e o ordenamento histórico-normativo do NASF são as lentes de análise desta investigação: o apoio matricial por ser o dispositivo modulador das práticas do NASF, e o ordenamento normativo por definir os parâmetros de organização, as atribuições profissionais e as políticas de indução.

As restrições impostas pela transmissibilidade do SARS-CoV-2 foram consideradas na escolha das técnicas utilizadas. Tendo em vista que encontros presenciais e espaços coletivos precisavam ser evitados, esta pesquisa fez uma tentativa de aferir instrumentos mais sensíveis para o cenário pandêmico, no sentido de garantir a segurança dos participantes e a validade dos achados. Sendo assim, utilizou as seguintes estratégias e procedimentos metodológicos:

- Análise documental de 18 normativas, 17 elaboradas pelo MS e 01 pela SES/RJ.
- Análise de base de dados secundários, com buscas nos bancos de informações do E-SUS E-Gestor AB e SCNES.
- Websurvey, respondido por 32 membros do NASF de Maricá.
- Entrevista semiestruturada individual, feita com 03 gestores e ex-gestores do NASF.

### 3. 3 - RECURSOS METODOLÓGICOS QUE FORAM UTILIZADOS

#### 3.3.1 - Análise documental

A análise documental buscou identificar e discutir as conformações que vêm sendo dadas ao NASF desde a sua criação em 2008, refletindo sobre essas mudanças no processo de trabalho das equipes. O estudo selecionou e consultou 17 normativas e publicações elaboradas

pelo MS, além de uma resolução da SES/RJ editada no ano de 2019. Esses documentos compõem o referencial teórico normativo de políticas e diretrizes referentes ao NASF, demarcando o modo de atuação dos profissionais.

Dois objetivos principais foram os guias desta fase da investigação: identificar as principais modificações organizativas do NASF; refletir acerca das orientações definidas em relação ao processo de trabalho das equipes e ao conceito do apoio matricial.

Neste tipo de análise, alguns pontos relevantes precisam ser considerados, conforme destacado por André Cellard (2010). O autor identifica 05 análises preliminares que precisam ser feitas com a documentação selecionada: o contexto sócio-histórico em que os documentos foram propostos e produzidos; o autor ou autores envolvidos em sua elaboração, assim como as forças que estavam em disputa; a autenticidade e a confiabilidade do texto, que diz respeito à fidedignidade do documento, também sendo relevante verificar a implicação do autor, ou autores, com o que foi produzido; a natureza do texto, ou seja, para quem ele se destina e qual a estrutura da escrita do documento; e os conceitos-chave e lógica interna do texto, que se referem à compreensão dos termos e palavras utilizadas, para que seja evitado equívocos nas interpretações.

Os documentos selecionados foram acessados e extraídos dos portais oficiais do MS, tendo sido produzidos para normatizar as políticas públicas de saúde do SUS ao longo das duas primeiras décadas do Século XXI. Foram produzidos durante os anos de 2005 e 2021, período em que o Brasil foi governado por 04 presidentes da República, e que viveu momentos conturbados, como a deposição de uma presidenta por um processo de impeachment, a imposição de um teto de gastos públicos com duração de 20 anos e a eleição de um grupo do espectro político da extrema direita. Os conteúdos, conceitos e termos dos documentos acessados fazem parte do campo de conhecimento e atuação profissional do pesquisador deste estudo, o que facilitou seu entendimento.

### **3.3.2 – Análise de base de dados secundários**

Através da análise de base de dados secundários foi possível verificar o impacto das políticas implantadas entre os anos de 2008 e 2021, se contribuíram para a expansão ou redução de escala das eNASF em nível nacional. O acesso ao SCNES, E-SUS e E-gestor AB, também possibilitou o cruzamento entre os dados referentes à expansão da cobertura da ESF em Maricá e sua relação com o número de equipes e profissionais do NASF. Permitiram ainda dimensionar

a rede de saúde do município, por meio da listagem dos estabelecimentos cadastrados nos sistemas de informação.

Esses dados foram agrupados e apresentados em forma de tabelas, quadros e gráficos, com o objetivo de facilitar a visualização do que está sendo descrito e analisado. Também foram feitas comparações entre as informações coletadas, com vistas a se estabelecer relações e reflexões indicadas nesta pesquisa.

### 3.3.3 – Esquentando o campo da pesquisa

A pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil em maio de 2021, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da ENSP (CEP/ENSP) na 1ª quinzena de junho - CAAE 47280621.9.0000.5240. Após a aprovação, iniciou-se o “aquecimento do campo”, estratégia utilizada para compartilhar o estudo com os potenciais participantes e garantir um número expressivo de respostas.

Inicialmente, apresentou-se a pesquisa aos trabalhadores, esclarecendo os objetivos e métodos que foram definidos, em cada uma das 06 reuniões de equipes do NASF. Nesses encontros buscou-se sensibilizar os participantes da importância da investigação, ao possibilitar a realização de uma análise em profundidade sobre o processo de trabalho na qual o profissional está inserido. Também se falou do caráter voluntário, sigiloso e anônimo da participação no estudo. De um modo em geral, a proposta teve uma receptividade positiva dos profissionais, o que se refletiu na grande participação dos trabalhadores nesta fase empírica.

Após as 06 reuniões, o websurvey foi compartilhado para 38 profissionais da equipe, nos meses de julho e agosto de 2021<sup>15</sup>, dentro de um universo total de 48 membros. O critério de inclusão foi ser trabalhador do NASF de Maricá na data do início desta fase, o de exclusão, ter menos de 90 dias de atuação na função. Uma profissional encontrava-se de licença médica, não sendo incluída na amostra.

Antes de compartilhar o formulário para os potenciais participantes foi enviado mensagem para o grupo de trabalho do WhatsApp - principal canal de comunicação entre a gestão e os técnicos da equipe. No grupo estão incluídos os profissionais que atuam na equipe, os apoiadores técnicos da OSS e o servidor da área técnica do NASF da prefeitura, que também é pesquisador do presente estudo. A mensagem continha o seguinte o texto:

Boa tarde, equipe. Conforme já conversado com alguns profissionais, além de participar da coordenação técnica do NASF, também faço mestrado profissional na

---

<sup>15</sup> No cronograma previsto e aprovado pelo CEP/ENSP, o envio do websurvey estava programado para agosto de 2021. Entretanto, como a pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética antecipadamente no mês de junho, optou-se por modificar algumas fases do estudo.

ENSP/FIOCRUZ. Minha pesquisa é sobre o processo de trabalho do NASF de Maricá no contexto da pandemia, e um dos métodos adotados no estudo é a aplicação de um formulário eletrônico aos profissionais da equipe. Como toda pesquisa científica, a participação é voluntária. Sendo assim, vou encaminhar por mensagem privada o respectivo formulário para todos os profissionais que estão dentro do critério de inclusão – atuação de ao menos 90 dias no NASF de Maricá. Obrigado!

Além disso, foi compartilhado com cada um dos profissionais que se enquadraram nos critérios de inclusão da pesquisa, o link do formulário Google junto da seguinte mensagem privada:

Oi, tudo bem? Gostaria de pedir a sua contribuição para o desenvolvimento de minha pesquisa de mestrado profissional “Apoio Matricial e a pandemia de Covid-19: O processo de trabalho do Núcleo Ampliado de Saúde da Família de Maricá”. Sua participação consiste em responder de forma voluntária e anônima a um formulário eletrônico sobre a organização do seu processo de trabalho, cujo tempo médio de resposta é de 10 minutos. Sua colaboração na pesquisa vai possibilitar a realização de um estudo em profundidade sobre o processo de trabalho na qual está inserido, que pode subsidiar a qualificação de sua prática e do NASF de Maricá. Desde já, muito obrigado!!!

Após a 1ª semana do envio, 10 questionários haviam sido respondidos. Para alcançar um maior número de respostas ao websurvey, foi feito o envio de lembretes a todos os potenciais participantes, durante o período de realização desta fase. Essa estratégia foi adaptada da utilizada em pesquisas cujos questionários são enviados por serviço postal, onde são expedidas cartas de lembrança ao longo da pesquisa (FLICK, 2013), aqui substituídas por mensagens eletrônicas. Sendo assim, oito dias após o envio da 1ª mensagem, foi feita uma nova comunicação privada aos membros da equipe:

Bom dia, tudo bem? Essa é a segunda semana de realização do trabalho de campo de minha pesquisa de mestrado “Apoio Matricial e a pandemia de Covid-19: O processo de trabalho do Núcleo Ampliado de Saúde da Família de Maricá”, da ENSP/FIOCRUZ. Na metodologia utilizada está previsto o envio de lembretes aos potenciais participantes ao longo dessa fase, com o objetivo de alcançar o maior número de respostas possíveis e dar mais validade e profundidade ao estudo. Sendo assim, peço a sua colaboração! O questionário leva apenas 10 minutos para ser respondido. O link da pesquisa foi enviado no contato anterior, mas posso compartilhar novamente, caso seja necessário. Como o questionário é respondido de forma anônima, essa mensagem está sendo enviada para todos os membros da equipe. Para os que já responderam, agradeço e peço que a desconsidere. Mais uma vez, muito obrigado!

A estratégia de envio do lembrete surtiu o efeito positivo esperado, e outros 20 questionários retornaram respondidos durante a semana. Em função do número alto alcançado, na semana seguinte não foi realizada nova comunicação aos profissionais. Como mobilização final, foi enviada uma última mensagem a 07 dias do término do prazo de entrega, no grupo de WhatsApp da equipe NASF:

Bom dia. Essa é a última semana de realização do trabalho de campo de minha pesquisa de mestrado “Apoio Matricial e a pandemia de Covid-19: O processo de



trabalho do Núcleo Ampliado de Saúde da Família de Maricá”, da ENSP/FIOCRUZ. O link da pesquisa foi enviado em mensagem privada aos potenciais participantes, de acordo com os critérios de inclusão do estudo. Posso compartilhá-lo novamente, caso seja necessário. Sua colaboração na pesquisa vai possibilitar a realização de um estudo em profundidade sobre o processo de trabalho no qual está inserido, e que pode subsidiar a qualificação de sua prática e do NASF de Maricá. Desde já, muito obrigado!!!

Ao final, 32 profissionais responderam ao questionário - cerca de 84% de resposta - num período de 28 dias. A expectativa inicial era de uma taxa de resposta de cerca de 25%. No quadro abaixo é apresentado o consolidado da amostra do websurvey.

Quadro 05 - Consolidado da amostra do websurvey

<b>Amostra da pesquisa</b>	<b>Total</b>
Critério de inclusão - total de profissionais em julho de 2021	48
Critério de exclusão - menos de 90 dias de atuação no NASF de Maricá	09
Profissional de licença médica	01
Websurvey enviados	38
Websurvey não respondidos	06
Websurvey respondidos	32 - 84%

Fonte: Elaboração própria, 2022

### 3.3.4 - Websurvey

A aplicação do websurvey teve como objetivo principal descrever as práticas de trabalho e a dinâmica organizativa do NASF de Maricá, no período da pandemia de Covid-19. Foi estruturado em um Formulário Google, ferramenta que vem sendo utilizada amplamente em pesquisas de levantamento feitas pela internet. O questionário buscou mapear a tendência dos diferentes tipos de intervenções em saúde realizadas, assim como compreender como os profissionais vêm conduzindo suas ações junto às equipes vinculadas e usuários, adaptadas ao advento da pandemia.

O Anexo 01 – Websurvey: técnicos do NASF - apresenta o Formulário Google que foi aplicado, assim como o resumo das respostas. Ele foi composto de 01 pergunta aberta e 25 questões de múltipla escolha<sup>16</sup>, algumas com escalas de pontuação Likert e do tipo Likert

<sup>16</sup> Duas pesquisas realizadas sobre o NASF, uma no município de São Paulo e outra no Território-Escola Manguinhos, na cidade do Rio de Janeiro, serviram de referência para algumas questões (ANÉAS, 2018; GUTIERREZ, 2014). O instrumento de Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica AMAQ-NASF (BRASIL, 2013c), também contribuiu na elaboração das perguntas do websurvey. Foram observadas ainda orientações estabelecidas no documento “Orientações sobre Ética em Pesquisa em Ambientes Virtuais”, elaborado pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (CEP/ENSP) (FIOCRUZ, 2020), assim como outros pontos importantes, como questões que envolvem o Registro do Consentimento Livre e Esclarecido, a escolha da amostra e o número de não respostas (BONI, 2020).

(VIEIRA e DALMORO, 2008). Em muitas perguntas era permitido responder mais de uma opção, visto que o apoio ofertado à diferentes eSF se expressa de diversas maneiras, possuindo uma multiplicidade de modos de funcionamento. Nenhuma pergunta era de preenchimento obrigatório e evitou-se o uso das que pudessem identificar o trabalhador respondente, preservando-se o anonimato.

A escolha pelo uso de um questionário de preenchimento online foi motivada por dois fatores: o estudo foi realizado ao longo de uma pandemia, realizar entrevistas presenciais ou grupo focal, num cenário de imprevisibilidade, poderia prejudicar a investigação. O 2º diz respeito à vinculação do pesquisador à área técnica da Secretaria de Saúde de Maricá. Entende-se que abordagens como observação participante ou entrevistas poderiam causar mal-estar ou outros constrangimentos aos especialistas das equipes, como o sentimento de obrigatoriedade em participar da pesquisa.

As respostas das 26 questões foram tabuladas em uma planilha Excel, a partir dos recursos disponíveis no próprio Google Formulário, ferramenta que também permite a visualização das respostas a partir do agrupamento em gráficos. É possível ter acesso a toda a sistematização feita pelo Google Formulário - Anexo 01 - e por meio do seguinte link: [https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfquOfBDTBomZTQdhmU874QP9agT4OK6pPryZPN3JDIU\\_pdYQ/viewanalytics](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfquOfBDTBomZTQdhmU874QP9agT4OK6pPryZPN3JDIU_pdYQ/viewanalytics).

Com vistas a obtenção de análises qualitativas mais complexas e abrangentes, foram feitas outras associações diferentes daquelas realizadas pelo Formulário. E para fins de comparação, foi necessário fazer a padronização das questões que utilizaram escalas de mensuração do tipo likert.

Buscou-se, por meio do websurvey, o acesso às informações relevantes para subsidiar as descrições e análises aqui propostas. Seus resultados, combinados com informações provenientes das entrevistas semiestruturadas e das outras fontes de dados, forneceram elementos para a composição do panorama das intervenções dos profissionais do NASF. Com isso, mapear determinadas características que imprimem uma forma singular de operar da equipe de Maricá, e que possam dar visibilidade ao trabalho realizado durante a pandemia de Covid-19.

Fez-se ainda uma análise preliminar dos resultados do websurvey, com vistas a identificação de pontos relevantes que pudessem servir de referência para o roteiro das entrevistas semiestruturadas, qualificando essa fase da pesquisa. Com isso, complementar

algumas informações que o formulário eletrônico não conseguiu avançar por sua limitação de técnica, a partir do relato dos entrevistados.

### 3.3.5 - Entrevista semiestruturada

Foram realizadas 03 entrevistas semiestruturadas, entre ex-coordenadores - que acompanharam as equipes no período anterior à entrada da OSS na APS do município -, e atuais apoiadores técnicos, responsáveis por supervisionar a atuação dos especialistas do NASF contratados pela OSS. Os encontros foram realizados tanto em ambiente virtual, através da plataforma Zoom, quanto de forma presencial, onde todos os protocolos sanitários e de biossegurança foram respeitados.

As entrevistas foram gravadas eletronicamente e ouvidas diversas vezes pelo pesquisador. Nas primeiras audições foram destacados os temas e outros pontos relevantes que emergiram das conversas, que depois foram agrupados de acordo com as 05 categorias de análises definidas no Quadro 08. O produto dessa categorização foi integrado aos achados do websurvey, compondo o material empírico analisados pelas lentes teóricas aqui definidas.

Posteriormente, alguns trechos foram selecionados e devidamente transcritos, sendo utilizados em diversas passagens deste trabalho. Para diminuir a possibilidade de quebra de confidencialidade e tentar garantir o sigilo dos entrevistados, as falas aqui apresentadas foram agregadas enquanto uma fala única, identificadas em sua autoria apenas como sendo emitidas por um gestor. As citações dos trechos utilizados foram grafadas em itálico, de modo a diferenciá-las de outras referências diretas presentes na dissertação.

Buscou-se ainda obter informações acerca do histórico do NASF de Maricá, bem como outros apontamentos do trabalho que porventura não foram indicados na pesquisa. Minayo (2006) afirma que a entrevista semiestruturada precisa abrir espaço para que a experiência do entrevistado sobre o fenômeno que se investiga possa emergir a partir de sua fala, permitindo a inclusão de outros temas e questões trazidas pelos entrevistados. O Anexo 02 apresenta o roteiro semiestruturado utilizado nas entrevistas.

## 3.4 – A HERMENÊUTICA DIALÉTICA COMO MÉTODO DE ANÁLISE

O uso de dados primários e secundários produzem diferentes informações que necessitam de tratamento e análise, para que as discussões e interpretações possam falar a partir dos “achados mudos” (TURATO, 2003, p. 443). Sendo assim, o método de análise desta pesquisa é a Hermenêutica Dialética, que visa “ apreender a prática social empírica dos

indivíduos em sociedade em seu movimento contraditório” (MINAYO, 2006, p. 347). Este método busca compreender os consensos e dissensos, as complementaridades e diferenças da experiência humana, bem como as mediações, acordos e conflitos que são socialmente produzidos em um dado contexto histórico.

As diferentes técnicas aqui empregadas aproximam a Hermenêutica Dialética da presente pesquisa. Os dados primários investigados foram constituídos a partir de respostas individuais de membros do NASF, são produtos de uma vivência singular, mediada pela experiência coletiva. Neste sentido, as respostas são balizadas por conceitos, normas e modos de atuação, produzidos a partir de um determinado contexto histórico e político. Essas práticas ora convergem e se aproximam do normativo, ora diferem e divergem do instituído, pois são atualizadas pela ação dos agentes que as operam, que “ podem ter simultaneamente interesses coletivos que os unem e interesses específicos que os distinguem e os contrapõem” (Ibidem).

Enquanto referencial teórico, o apoio matricial compõe o método de análise desta pesquisa, numa perspectiva de dar passagem a outros modos de agir que este estudo buscou mapear e discutir. Trazer o que converge ao conceito, e sobretudo o que surgir com surpresa e novidade. Em um campo que agora se apresenta diferente de outros momentos, os processos de trabalho dos profissionais do NASF têm sido repensados a partir de outros parâmetros. Nesse sentido, novas formas de intervenção no campo do cuidado em saúde têm sido experimentadas, frente às demandas emergentes desse cenário.

O Quadro 06 apresenta os objetivos específicos da pesquisa, relacionando-os com as estratégias que foram utilizadas. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas após a fase do websurvey, pois um dos seus objetivos foi o de trazer outros elementos não visíveis por meio do formulário eletrônico. As demais técnicas foram realizadas de acordo com o cronograma previamente elaborado, ao longo da investigação. As informações produzidas foram tratadas separadamente, com os seus resultados sendo integrados e combinados na fase de análise e interpretação do estudo (CRESWELL, 2010)

Quadro 06 – Objetivos específicos e estratégias utilizadas

<b>Objetivos específicos</b>	<b>Estratégias utilizadas</b>
Descrever o processo de trabalho do NASF de Maricá, a partir do referencial teórico do apoio matricial.	Websurvey Entrevista semiestruturada
Investigar o processo histórico do NASF de Maricá.	Análise documental
Identificar as políticas e diretrizes nacionais que orientam o NASF e seus possíveis desdobramentos nas eNASF.	Análise de base de dados secundários Entrevistas semiestruturadas
Contribuir com novos referenciais teórico-práticos para o método do apoio matricial, no contexto da pandemia de Covid-19.	Análise documental Análise de base de dados secundários Websurvey Entrevista semiestruturada

Fonte: Elaboração própria, 2022

### 3.4.1 - Matriz de análise conceitual e as categorias de análise

O estudo utilizou a matriz de análise conceitual representada no Quadro 07, elaborada a partir da articulação entre os referenciais teórico-normativos da pesquisa, definidos anteriormente. Ela foi construída para servir de instrumental para as análises e interpretações presentes nesta investigação.

A utilização da matriz analítica não tem a intenção de limitar a potência do trabalho que é efetivamente realizado, no sentido de ser um instrumento utilizado para aferir a conformidade de práticas profissionais a um determinado modelo. Ou mesmo o de impedir o aparecimento de variantes do modo de operar do apoio matricial. As diretrizes são importantes para nortear as práticas, são elas que organizam os serviços e as intervenções, mas é importante não perder de vista que os trabalhadores são sujeitos ativos de seus processos de trabalhos, e que os serviços constroem conhecimento. Mais que utilizar matrizes com gabaritos para extrair decalques comparativos de conceitos e realidades, usá-las como referências para construir mapas singulares (DELEUZE e GUATTARI, 2011), abertos também para o que escapa ao prescrito.

Na matriz, é apresentada a definição do conceito de apoio matricial, relacionando-o com atividades que podem compor a agenda dos profissionais do NASF, – elencadas no Cadernos de Atenção Básica nº 39 –, e pelas competências específicas da equipe que foram definidas na PNAB de 2017 (BRASIL, 2014, 2017). A escolha por esses dois documentos deve-se ao fato do CAB 39, segundo avaliação feita nesta investigação, ser o mais importante material orientador do trabalho cotidiano do NASF, e a PNAB ser a política de Atenção Básica vigente, em que pese às mudanças dos últimos anos (BRASIL, 2019a, 2019b, 2019c, 2019d).

Quadro 07 - Matriz de análise conceitual

<b>Conceito do Apoio Matricial</b>	<b>Atividades que podem compor a agenda dos profissionais do NASF - CAB39</b>	<b>Competências específicas da equipe - PNAB 2017</b>
<p>Suporte técnico especializado oferecido pelas equipes de apoio às equipes de referência, organizado a partir de duas dimensões:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnico-pedagógico: apoio educativo e ações conjuntas com as equipes vinculadas</li> <li>- Clínico-assistencial: ações clínicas realizadas diretamente com os usuários. (CAMPOS et al., 2013)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reunião de matriciamento</li> <li>- Atendimento individual compartilhado e específico</li> <li>- Reunião de equipe NASF</li> <li>- Atendimento domiciliar compartilhado e específico</li> <li>- Atividade coletiva compartilhada e específica</li> <li>- Elaboração de materiais de apoio, rotinas, protocolos e outras ações de educação permanente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discussão de caso</li> <li>- Atendimento individual</li> <li>- Atendimento compartilhado</li> <li>- Interconsulta</li> <li>- Construção conjunta de projetos terapêuticos</li> <li>- Educação permanente</li> <li>- Intervenções no território, nos usuários e na coletividade</li> <li>- Ações intersetoriais</li> <li>- Ações de prevenção e promoção da saúde</li> <li>- Discussão do processo de trabalho das equipes</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria, 2022, a partir de CAMPOS et al., 2013; BRASIL, 2014, 2017

A partir da matriz conceitual, foram construídas 05 categorias de análise: perfil profissional dos membros do NASF; relação interprofissional; processos de trabalho na pandemia de Covid-19; padrão de agravos na pandemia; e a gestão e o NASF. O objetivo da criação de categorias é o de sintetizar e facilitar a apreensão do fenômeno estudado (MINAYO, 2006), ou seja, compreender os modos de organização do NASF de Maricá.

O Quadro 08 – Categorias de análise - apresenta cada categorização, sua descrição, além de trazer duas colunas referentes aos dados primários produzidos no trabalho de campo. Os números presentes nessas colunas fazem referência às questões do websurvey e aos itens do roteiro semiestruturado que foram construídos, incluídos nos Apêndices A e B, respectivamente. As informações primárias foram tratadas e sistematizadas a partir destas 05 categorias de análise. Este instrumento visa ainda dialogar com a matriz de análise conceitual, avançando em algumas lacunas e limitações das normativas vigentes, frente às novas atribuições e competências para o NASF na pandemia.

Quadro 08 – Categorias de análise

<b>Categorias de análise</b>	<b>Descrição</b>	<b>Questões do websurvey</b>	<b>Itens do roteiro semiestruturado</b>
<b>Perfil profissional dos membros do NASF</b>	Perfil profissional valorizado pela gestão.	01, 02, 03, 04 e 05	03, 04 e 05
<b>Relação interprofissional</b>	Formas de cogestão e integração entre apoiadores e equipes vinculadas.	06, 07, 08, 09, 10, 11, 15, 16, 17, 18, 19, 20 e 21	02 e 05
<b>Processos de trabalho na pandemia de Covid-19</b>	Como as práticas dos profissionais foram adaptadas para o contexto da pandemia.	05, 06, 07, 12, 13, 14, 15, 16, 21, 22 e 23	02, 04 e 05
<b>Padrão de agravos na pandemia</b>	Tipos de agravos decorrentes da pandemia.	06, 07 e 22	05
<b>A gestão e o NASF</b>	Apoio à gestão do processo de trabalho dos profissionais oferecido pelas áreas técnicas da prefeitura e OSS.	04, 05, 21, 23, 24, 25 e 26	01 e 05

Fonte: Elaboração própria, 2022

A partir das categorias de análise, buscou-se dar visibilidade às novas ações que vêm sendo desenvolvidas e criadas em função das atuais necessidades de saúde. Existe uma agenda aberta em relação ao processo de trabalho do NASF, com outras demandas e novas ofertas geradas a partir do cenário pandêmico não previsto no CAB 39 e na PNAB de 2017. Neste cenário, normas e protocolos antes prescritos se tornaram insuficientes, e a potência criadora e transformadora dos trabalhadores do SUS mais uma vez é convocada. As práticas vêm sendo customizadas e outros modos de agir estão sendo construídos, em diversos lugares do Brasil (COSTA et al., 2020; OLIVEIRA et al., 2020; REDE APS, 2020), também em Maricá.

### 3.5 – LIMITES E DESAFIOS DA PESQUISA

O primeiro desafio encontrado nessa investigação está relacionado ao período em que ela se desenvolveu. Pesquisar durante uma pandemia que levou ao óbito mais de 600 mil brasileiros, e tendo como participantes do estudo os trabalhadores da saúde, fez com que algumas técnicas planejadas inicialmente precisassem de adaptações. As adequações nos recursos metodológicos, apontadas no item 3.3 deste capítulo, tiveram o intuito de garantir que os objetivos aqui propostos fossem alcançados com segurança e qualidade.

Ainda que a maior parte dos técnicos do NASF de Maricá sejam funcionários da OSS – 43 dos 48 membros – e que por isso, os vínculos empregatícios não sejam de responsabilidade direta da prefeitura, entende-se que o fato do pesquisador ser da área técnica do NASF poderia influenciar nas respostas dadas. Sendo assim, a escolha por um formulário websurvey sem a identificação dos respondentes, no sentido de garantir o anonimato e a confidencialidade das respostas, teve a intenção de diminuir os atravessamentos relativos ao nível hierárquico do pesquisador frente aos potenciais participantes.

Outra limitação está relacionada aos referenciais utilizados como base para a elaboração do quadro 07 – Matriz de análise conceitual. Tanto o CAB 39 quanto a PNAB de 2017 não fazem referência às diretrizes organizativas do processo de trabalho num contexto de emergência sanitária. O Quadro 08 tem a intenção de dar visibilidade aos novos modos de produção engendrados pela pandemia. A categoria de análise “Processos de trabalho na pandemia de Covid-19”, por exemplo, visa mapear, descrever e sistematizar os modos de operar do apoio matricial na pandemia, por meio das associações das respostas do websurvey e das entrevistas semiestruturadas. A revisão da matriz de análise conceitual feita no Quadro 15 é uma outra proposta desta dissertação para contribuir na diminuição dessa lacuna.

Possíveis inconsistências na alimentação dos sistemas de informações foi outro fator que interferiu no percurso desta dissertação. Observou-se por diversas vezes problemas nas informações dos sistemas CNES e E-gestor AB. Os mesmos dados acessados em períodos diferentes apresentaram divergências, a depender da data em que foram consultados.

As análises e interpretações feitas nesta pesquisa considerou o ponto de vista dos profissionais e dos gestores do NASF, não acessando os membros da ESF e usuários. Tal fato está relacionado ao tempo definido para a realização da pesquisa de Mestrado e ao contexto da pandemia, que inviabilizam um levantamento mais abrangente e completo. Recomenda-se que outros estudos sejam realizados com esse intuito, com a participação de todos os agentes mencionados.

### 3.6 – ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Todos os aspectos éticos e legais foram respeitados nesta investigação que, por se tratar de uma pesquisa em seres humanos, foi submetida e aprovada no CEP/ENSP - CAEE 47280621.9.0000.5240. O município de Maricá não possui Comitê de Ética próprio, bastando para o consentimento da realização do estudo carta de anuência de autorização, assinada pelo



Núcleo de Educação Permanente em Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Maricá – Apêndice C.

Não foi necessária a utilização do Termo de Anuência Institucional para o desenvolvimento da pesquisa, visto que o websurvey é um formulário eletrônico e seu preenchimento pelos participantes não interferiu nos serviços de assistência à saúde do município. O mesmo vale para as entrevistas aos gestores, que foram realizadas sem prejuízo às rotinas de trabalho.

Os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Apêndice D -, onde foram expostos os objetivos do estudo, apontamentos sobre a confidencialidade e privacidade, os benefícios e os riscos da participação, as formas de indenização, dentre outras informações. Nas 02 entrevistas realizadas de maneira remota, o TCLE foi enviado previamente por e-mail para os participantes, que assinaram os respectivos documentos e os reenviaram para o pesquisador. No início de cada encontro, os entrevistados sinalizaram verbalmente que concordavam com os termos de participação do estudo e que permitiam a gravação de áudio e vídeo da entrevista.

Para os participantes do websurvey, foi necessário a confirmação de leitura e concordância do Registro do Consentimento Livre e Esclarecido, versão do TCLE utilizada nos formulários de pesquisa eletrônicos – Apêndice A - que constava no início do formulário (FIOCRUZ, 2020). Os participantes foram instruídos a baixar o termo através de um link disponível no próprio formulário, sendo ainda orientados a guardá-lo.

Para assegurar o sigilo e a confidencialidade das informações coletadas, os arquivos de áudio que foram gravados durante as entrevistas e os TCLE, bem como os resultados tabulados do websurvey ficarão guardados por 05 anos, em um dispositivo de armazenamento local do pesquisador, que serão descartados depois desse período.

No próximo capítulo serão apresentados os resultados e as discussões decorrentes do processo de investigação deste estudo. Eles foram gerados a partir da integração de dados secundários coletados e de informações primárias produzidas pelo pesquisador. Buscou-se conjugar indicadores e tendências quantificáveis, junto ao aprofundamento interpretativo de fenômenos complexos e singulares (SERAPIONI, 2000; TURATO, 2005).

## 4 RESULTADOS

Os resultados e as discussões serão apresentados a seguir, divididos em 2 blocos: histórico das equipes do NASF de Maricá e o processo de trabalho do NASF de Maricá na pandemia de Covid-19. Antes, este estudo fará uma breve contextualização do campo onde se desenvolveu a pesquisa, o município de Maricá/RJ.

### 4.1 - MARICÁ, O CAMPO DA PESQUISA

Maricá é um município litorâneo da região metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro, que fica a 60 km da capital. Faz fronteira com os municípios fluminenses de Niterói, São Gonçalo, Itaboraí, Tanguá e Saquarema. Sua população estimada pelo IBGE no ano de 2021 é de cerca de 168.000 mil habitantes. Desses moradores, 98% está em área urbana, em um dos quatro distritos do município - Sede, Ponta Negra, Inoã e Itaipuaçu. Os dados do IBGE apontam para o aumento populacional em torno de 29% no período entre os anos de 2010 e 2020, um crescimento muito expressivo para o porte do município.

No ano de 2021 Maricá recebeu a maior arrecadação de royalties e participação especial em produção de petróleo de todos os municípios brasileiros, possuindo o 2º maior Produto Interno Bruto do Estado do Rio de Janeiro. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal aferido no ano de 2010 foi de 0,725, um valor considerado alto pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PREFEITURA DE MARICÁ, 2020).

Desde o ano de 2009 a administração municipal está sendo governada pelo Partido dos Trabalhadores, e vem investido parte de sua receita no incremento de políticas sociais. Um dos programas principais criados pela atual gestão é a Renda Básica da Cidadania, que atende a mais de 20 mil famílias (Ibidem). O programa dá direito a todos os moradores que residem na cidade há mais de 02 anos, com renda familiar de até 03 salários mínimos, um valor de 130 Mumbucas por mês. Mumbuca é uma moeda social criada pela prefeitura, cujo valor equivale a 01 Real, e que só pode ser utilizado em Maricá. Com isso, a prefeitura contribui para o aquecimento da economia, com parte desses valores retornando aos cofres da cidade em forma de impostos. A arrecadação dos royalties também é destinada a um fundo municipal soberano, uma espécie de caderneta de poupança que visa garantir a saúde financeira da cidade após o fim do recebimento desses pagamentos.

De acordo com informações obtidas no portal oficial da prefeitura, dois condomínios do Minha Casa Minha Vida foram entregues aos moradores em 2015, com quase três mil unidades habitacionais populares. As orlas de praias, lagoas e outros espaços públicos de lazer

vêm sendo revitalizados. Um cine teatro foi inaugurado, 03 lonas culturais foram construídas e ginásios esportivos de alguns bairros foram transformados em arenas públicas multiuso. Praças foram transformadas em espaços agroecológicos, com produção e distribuição de alimentos para a população.

A rede de educação pública municipal possui 62 unidades escolares, sendo 02 escolas indígenas<sup>17</sup>, 23 unidades de educação infantil e 04 unidades escolares com Educação de Jovens e Adultos. Segundo os dados do Censo Escolar de 2018, o atendimento a crianças com necessidade de educação especializada do município recebeu a 2ª melhor avaliação de todos os municípios do Brasil<sup>18</sup>. Um campus do Instituto Federal Fluminense foi instalado, com ensino médio e cursos técnicos de segurança do trabalho e edificações. A prefeitura possui um programa de financiamento integral de bolsas de estudo de formação profissional de nível técnico, de língua estrangeira, de graduação e pós-graduação – com incentivos para instalação de instituições de ensino superior na cidade. O Passaporte para o Futuro, modalidade de financiamento para o ensino superior, financia em torno de 5 mil bolsas integrais para os municípios, incluindo o curso de medicina (Ibidem).

O poder municipal iniciou em 2014 o processo de encampação do sistema de transporte público, que foi concluído em março de 2021. O serviço, que foi expandido para novas rotas e agora opera com 34 linhas de ônibus municipais, foi apelidado pela população de “vermelhinho”, e trafega com tarifa zero. Além disso, um sistema gratuito de compartilhamento de bicicletas foi inaugurado em 2021, em um projeto-piloto com 10 estações para empréstimo, interligado a 26 km de ciclovias e de ciclofaixas.

Ainda existem muitas deficiências na cidade, como apenas 8,1% de domicílios urbanos com urbanização adequada e 64,4% com esgotamento sanitário, segundo o IBGE<sup>19</sup>. A prefeitura precisa atrair investimentos para a cidade, que conta com poucas indústrias e uma baixa capacidade de exploração do potencial turístico da cidade. Houve uma recomposição salarial para os servidores municipais nos últimos, entretanto os profissionais da saúde ainda aguardam a aprovação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários e a realização de novos concursos públicos, dado o grande número de funcionários terceirizados.

---

<sup>17</sup> A cidade possui cerca de 150 indígenas Guarani aldeados em 02 bairros diferentes, São José do Imbassá e Itaipuaçu.

<sup>18</sup> <https://www.marica.rj.gov.br/2019/12/04/educacao-especializada-de-marica-e-a-segunda-melhor-do-pais-segundo-mec/>, acessado em 15/01/2021

<sup>19</sup> <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/marica/panorama>, acessado em 15/01/2021

#### 4.1.1 – As respostas do município no enfrentamento à pandemia

O aumento de casos de Covid-19 no Estado do Rio de Janeiro coincidiu com a entrada da OSS na APS do município, em março de 2020. Se o processo de mudança de regime de gestão já é algo que mobiliza o coletivo de trabalhadores, devido às incertezas que essas mudanças trazem, a insegurança foi potencializada durante a pandemia. Propor contratação de pessoal, transferências de servidores estatutários, substituições nos cargos de chefia no início de uma pandemia, é algo muito complexo. Um desafio que se torna ainda maior devido a importância da Atenção Primária no contexto pandêmico.

Como formas de enfrentamento à Covid-19, a Prefeitura montou 04 de tendas para atendimento, que centralizaram os cuidados de saúde dos casos suspeitos ou confirmados no município. O Hospital Municipal Dr. Ernesto Che Guevara, que estava pronto desde antes da pandemia, e que aguardava algumas pendências burocráticas para seu funcionamento, foi inaugurado em maio de 2020. Ao todo o hospital conta com 135 leitos, entretanto 85 estiveram ativados durante a pandemia, sendo 45 de Unidade de Terapia Intensiva e 40 de semi-intensiva. Somado à capacidade instalada do outro hospital da cidade - Conde Modesto Leal -, o município contou com 100 leitos exclusivos para a Covid-19.<sup>20</sup>

Na APS houve a ampliação da cobertura da ESF, e a consequente implementação de novas equipes do NASF. O período histórico de construção do NASF em Maricá será apresentado mais adiante.

Outras Secretarias se engajaram no enfrentamento ao vírus. A Renda Básica Cidadã, benefício pago pela Secretaria Municipal de Economia Solidária a cerca de 20 mil famílias, teve o valor mensal aumentado de 130 para 300 Mumbucas mensais. Foram instituído ainda dois programas emergenciais de auxílio à economia, o Programa de Amparo aos Trabalhadores - que inclui profissionais liberais, autônomos ou informais com renda familiar de até 05 salários mínimos - e o Programa de Amparo ao Emprego – voltado ao empregador microempreendedor individual, micro ou pequena empresa com até 49 funcionários. Ambos os programas pagam o valor de 1045 Mumbucas de auxílio. Algumas dessas medidas foram sendo estendidas durante a vigência da pandemia<sup>21</sup>.

---

<sup>20</sup> <https://www.marica.rj.gov.br/2020/12/16/prefeitura-amplia-para-100-o-numero-de-leitos-de-Covid-19-nos-hospitais-do-municipio/>

<sup>21</sup> <https://www.marica.rj.gov.br/2020/12/14/pae-pat-e-mumbuca-sao-prorrogados-ate-2021/> acessado em 21/03/2021

A Secretaria Municipal de Educação distribuiu ainda cestas básicas para os alunos da rede, a de Assistência Social entregou mensalmente kits de limpeza para os beneficiários dos programas sociais acompanhados pela pasta.

Todas as iniciativas da Prefeitura de Maricá elencadas anteriormente foram muito importantes para a diminuição de casos e óbitos, especialmente as medidas de proteção social e de apoio ao trabalhador desenvolvidas durante a pandemia, que contribuíram para o engajamento da população nas medidas sanitárias adotadas na cidade. No entanto, os números acumulados da pandemia no município em 2021 não foram bons. O boletim informativo n. 394, de 29 de dezembro de 2021 - último divulgado no ano -, registrou o total de 678 óbitos e 18.982 casos confirmados. Por outro lado, o município terminou o ano de 2021 com quase 90% da população com mais de 12 anos com o esquema vacinal completo (PREFEITURA DE MARICÁ, 2021).

#### **4.1.2 - A Rede de Atenção à Saúde do município**

Ao se aproximar do campo de investigação encontrou-se alguns estudos realizados sobre a rede de saúde do município de Maricá, nenhum deles referentes ao NASF, especificamente (CORRÊA, 2016; RODRIGUES, 2015; SARDINHA, 2021; VELLINHO, 2019). Sendo assim, parte das informações foram coletadas do site da Prefeitura de Maricá, e de documentos de acesso público (PREFEITURA DE MARICÁ, 2019, 2020). Outras, já eram de conhecimento deste pesquisador que, por participar da área técnica do NASF, possui inúmeras informações sobre o campo pesquisado. Merhy (2004) nomeia de sujeito implicado o pesquisador que investiga o seu próprio campo de atuação, uma prática cada vez mais comum em cursos de mestrado profissional, como é o caso desta pesquisa.

Depois de muitos anos de contratos temporários e outros vínculos precários de trabalho, Maricá inicia o processo de mudança do modelo de gestão da saúde municipal. Então, 03 OSS assumem todos os serviços da Secretaria de Saúde a partir de março de 2020, no mesmo período da chegada da pandemia do SARS- CoV-2 em Maricá.

A RAS do município é dividida em 04 distritos – Sede, Ponta Negra, Inoã e Itaipuaçu. É composta por 02 hospitais gerais - o Hospital Municipal Conde Modesto Leal e o Hospital Municipal Dr. Ernesto Che Guevara, esse último inaugurado em 2020 -, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), 03 bases do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), 54 eSF e 24 USF (PREFEITURA DE MARICÁ, 2019).

Os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica, acessados em 04/12/2021, mostram que os 11 primeiros Agente Comunitários de Saúde (ACS) do município foram cadastrados no final de 1998. A primeira eSF foi inaugurada em fevereiro de 2000, e o Plano Municipal de Saúde dos anos de 2014-2017 propôs a expansão da ESF - que a época, contava com 18 equipes em funcionamento - e ampliação da cobertura do NASF (CORRÊA, 2016; SARDINHA, 2021). Entretanto, somente no ano de 2019 todas as unidades básicas do município migraram para o modelo da ESF. Segundo dados projetados do e-gestor Atenção Básica (e-gestor AB), acessados em 20/01/2022, a cobertura da ESF em dezembro de 2021 atingiu 100% da população projetada pelo IBGE.

Outros equipamentos e equipes de saúde que compõem a RAS são: Ambulatório Central, 06 equipes de NASF, 01 equipe de Consultório na Rua (eCnaR), 01 equipe de Saúde Indígena, Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil (CAPSi), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad), 03 residências terapêuticas (RT), 04 Equipes Multiprofissionais de Atenção Psicossocial (EMAP), Central de Regulação, Centro Especialidades Odontológicas (CEO), 01 odontomóvel e Centro de Diagnóstico e Tratamento (CDT). O município possui ainda dois serviços de atenção domiciliar, o Melhor em Casa e o Serviço de Reabilitação Domiciliar, que prestam assistência a todos os territórios (PREFEITURA DE MARICÁ, 2019).

Além dos serviços descritos, a prefeitura iniciou o programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família em 2020, com a participação de 28 residentes. No 1º ano, grande parte dos alunos teve como preceptor profissionais do NASF, o que ampliou o número de especialistas na APS no momento da pandemia. Em 2021 alguns residentes atuaram na Subsecretaria de Atenção Ambulatorial e Saúde Coletiva, acompanhando o trabalho desenvolvido na gestão de diversos programas, incluindo o NASF.

O Quadro 09 apresenta a distribuição dos serviços de saúde pelos 04 distritos. Os programas que atendem a todo município, como o Melhor em Casa e o Serviço de Reabilitação Domiciliar não foram incluídos em função de prestarem assistência a todos os territórios. No quadro, é possível verificar a maior concentração de serviços de saúde no distrito 01 – Sede, que é o mais populoso da cidade, concentrando cerca de 45% dos moradores e 39% dos domicílios do município (MARICÁ, 2020).

Quadro 09 – Equipamentos e programas de saúde da Prefeitura de Maricá

<b>Distrito 01 Sede</b>	<b>Distrito 02 Ponta Negra</b>	<b>Distrito 03 Inoã</b>	<b>Distrito 04 Itaipuaçu</b>
09 USF 22 eSF 02 eNASF HM Conde Modesto Leal HM Dr. Ernesto Che Guevara Ambulatório Central 01 eCnaR CAPS II, CAPSi e CAPSad 03 Residências Terapêuticas 01 EMAP CEO CDT	05 USF 08 eSF 01 eNASF 01 EMAP	05 USF 12 eSF 02 eNASF <sup>22</sup> 01 Equipe de Saúde Indígena 01 EMAP UPA	05 USF 10 eSF 01 eNASF 01 EMAP Unidade Municipal de Pronto Atendimento

Fonte: Elaboração própria, 2022

#### 4.2 - O HISTÓRICO DO NASF DE MARICÁ

A História do NASF no município de Maricá tem início em agosto de 2009, há pouco mais de um ano após a publicação da portaria nº 154 do Ministério da Saúde, que criou a equipe nacionalmente. Era o 1º ano da gestão do PT no município, o que trouxe o alinhamento da prefeitura às políticas públicas que vinham sendo adotadas pelo governo federal no SUS, como é o caso do NASF.

Os 05 primeiros componentes iniciaram suas atividades em setembro de 2009, era um grupo formado por 2 tipos de vínculos empregatícios - servidor público e trabalhador contratado pela prefeitura. Cobria 09 eSF das 11 eSF do município, e tinha em sua composição dois fisioterapeutas, um farmacêutico, um psicólogo e um médico pediatra. Destaca-se a composição inicial da equipe com a participação de um servidor público, que foi deslocado de outro serviço para trabalhar como especialista em um projeto completamente novo.

No primeiro ano de atuação, o NASF não contava com um coordenador específico para apoiar a gestão do processo de trabalho. *“Nós tínhamos um colegiado que era a reunião de todos os programas, não tinha coordenador de NASF, o subsecretário da época dizia que nós éramos coordenadores da gestão do nosso próprio trabalho”*, relata um dos entrevistados.

A atuação se assemelhava a de uma equipe de supervisão. Esse modelo de acompanhamento vinha sendo adotado pelo Programa Médico de Família do município de Niterói, cidade que faz fronteira com Maricá, e foi uma das experiências municipais exitosas que subsidiou o arranjo de equipe nos moldes do NASF (GUTIERREZ, 2014). Dentre as

<sup>22</sup> Uma das eNASF acompanha 03 unidades em 03 distritos distintos.

funções dessa equipe de supervisão, muitas são semelhantes ao que veio a fazer parte do escopo de atuação do NASF, como interconsulta, visitas domiciliares, promover a educação continuada das equipes apoiadas, gerir as referências e contra referências, mas também avaliar o desempenho dos profissionais que são acompanhados pelos supervisores (HÜBNER e FRANCO, 2007). Outro entrevistado aponta que

*“alguns municípios tinham mais esse olhar mesmo de controle de ponto, controle de frequência, de verificar se o médico estava cumprindo 40 horas, se o enfermeiro estava cumprindo as 40 horas[...]. As equipes [de Saúde da Família] entendiam que o nosso papel era esse, verificar se eles permaneciam no território as 40 horas.”*

Esse mesmo entrevistado relata que as eSF que eram acompanhadas nos primeiros anos não confiavam nos apoiadores, o que dificultava a integração das ações e das intervenções, que a época se concentrava na realização de grupos, atendimentos individuais, visitas domiciliares, e poucos momentos de discussão de caso.

A partir dos relatos, supõe-se que havia uma espécie de autogestão do processo de trabalho do NASF. Porém, a ESF se estrutura enquanto um modelo de atuação em equipe, que se organiza a partir do compartilhamento das estratégias de cuidado, e que se afasta radicalmente da autogestão. Com isso, criou-se uma relação de desconfiança e perseguição entre as equipes, possivelmente pela falta da instauração de processos cogeridos e dialógicos.

No final de 2010 e início de 2011, um servidor com especialização em Saúde da Família é convidado a assumir a coordenação do NASF, com a proposta de fazer mudanças no trabalho que vinha sendo desenvolvido e de aproximar as práticas dos princípios e diretrizes recomendados pela portaria 154 e pelo CAB 27. Junto a esse processo, o município dava os primeiros passos na reestruturação da Saúde e, neste movimento, alguns profissionais são incorporados ao NASF, outros deixam de compor o grupo. Também se agregaram mais servidores estatutários, que buscavam uma nova colocação na rede.

Nos primeiros anos, a inclusão dos profissionais não era baseada na análise de indicadores de saúde ou de características do território, e a equipe era basicamente constituída por servidores estatutários. Por ser um período sem concurso público específico para o NASF, a coordenação passou a convidar profissionais disponíveis na rede, especialmente aqueles que já possuíam alguma relação com a Saúde da Família ou com Atenção Básica. Também era valorizado o compromisso profissional e ético com a saúde e o cuidado com os usuários, inclusive de cumprimento de carga horária, tendo em vista que nem sempre, naquele momento, o cumprimento da carga horária era respeitado.

A relação entre os apoiadores e a ESF foi se transformando, mas havia resistência de algumas unidades que *“achavam que era mais trabalho que eles iam ter. Tinha médico que não*



*aceitava o NASF de jeito nenhum, esse negócio de ficar fazendo reunião, matricular, eles não entendiam, não queriam*". Tampouco os usuários acreditavam no modelo da ESF, e muitos *"reclamavam e diziam 'quero o meu médico, eu não quero esse médico generalista, eu quero meu cardiologista'"*, relata um entrevistado. Muitos dos profissionais incluídos da ESF eram oriundos dos antigos postos de saúde do município, sem formação específica em Saúde da Família. Infere-se que as resistências encontradas na implantação do NASF podem ter sido provocadas pela falta de discussão e formação das equipes mínimas e dos especialistas da equipe de apoio, sobre o novo modo de relação interprofissional proposto pelo apoio matricial. Um dos entrevistados diz que muitos dos médicos que estavam inseridos na rede passaram a atuar como generalistas da ESF. Sem formação específica e que por falta de conhecimento, *"faziam do jeito que eles queriam [...] não eram médicos especialistas em saúde da família, então, não queria atender criança, não era especialidade dele, não sabia, não atendia"*.

O alinhamento político entre a prefeitura e o governo federal facilitou a implantação de programas que vinham sendo disponibilizados pelo MS, entretanto sem o devido apoio institucional necessário para disparar, junto aos trabalhadores, processos reflexivos em relação às mudanças que estavam em curso. A qualificação do NASF de Maricá, do ponto de vista do contexto histórico, não pode ser vista como um fator isolado, ela tem que ser compreendida como um processo de formação mais amplo, da APS de uma forma em geral. Quando o NASF é instaurado em 2009, parece ter havido uma fragilidade de educação permanente na ESF como um todo, o que pode ter provocado muitos atravessamentos pela não compreensão sobre os modos de funcionamento do apoio matricial. Da mesma maneira, se faz necessário o entendimento dos especialistas do NASF em relação à organização e dinâmica própria da eSF, já que ele existe em função do apoio que oferece à ESF.

#### **4.2.1 - A utilização das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) como ferramentas tecnológicas de cuidado**

A partir da entrada de uma enfermeira sanitária em 2012, as PICS começam a ganhar espaço nas intervenções do NASF. Aos poucos, essas tecnologias do cuidado vão sendo incorporadas na assistência direta aos usuários, com a inclusão de profissionais especializados em acupuntura, auriculoterapia, yoga terapia e terapia floral, dentre outras Práticas. Parte-se do pressuposto que, pelo fato do NASF ser um arranjo de trabalho novo dentro da rede de Atenção Primária do município, com uma proposta de atuação totalmente diferente do que vinha sendo feito até então, a ampliação das PICS - uma das 09 áreas estratégicas do NASF - pode ter sido

uma forma de afirmação de um modo singular de intervenção dos especialistas. Outrossim, foi uma maneira de responder aos pedidos das eSF em relação a assistência direta aos usuários com algo que, naquele momento, tinha pouca penetração na rede de saúde.

No ano de 2013 foi permitida a inclusão das eNASF no 2º Ciclo do PMAQ-AB. Em sua primeira participação, a única equipe do município obteve desempenho avaliado como “acima da média”. No 3º Ciclo do Programa, em 2015, e já com duas eNASF em funcionamento, a nota de avaliação aferida de ambos os grupos foi “Muito Bom”.

A participação no PMAQ-AB mobiliza equipes e gestores em torno do cumprimento dos diferentes critérios de avaliação. Se por um lado, percebe-se o interesse proeminente dos profissionais no recebimento da gratificação paga pelo programa, por outro, as exigências da avaliação permitem que as equipes organizem seus processos de trabalho de acordo com os protocolos determinados no instrumento, o que contribui positivamente na atenção prestada. O programa também possibilita momentos de autoanálise das práticas desenvolvidas pelas equipes, onde seus membros têm a chance de examinar as intervenções, algo muito importante para a melhoria do apoio às equipes e atendimentos aos usuários. Seus resultados permitem ainda que eNASF tenha acesso à percepção de usuários e eSF em relação a operacionalização do apoio matricial.

A coordenação de AB do município avança na perspectiva de trabalhar com indicadores de saúde em 2014, o que facilitou à gestão do NASF realizar o mapeamento das necessidades dos territórios e a possibilidade de planejamento da expansão da equipe utilizando esses dados. O projeto de um novo NASF já estava em curso, com os trâmites burocráticos para a aprovação sendo finalizados em 2015, ano de implantação da segunda equipe.

*“Ali no finalzinho de 2014, início de 2015 a gente já começa a ter a entrada de profissionais na perspectiva de atender as necessidades desses indicadores. E aí a gente também faz junto às equipes de Saúde da Família um levantamento das especialidades que as próprias equipes reconheciam como necessárias para atender às suas áreas e territórios. Isso ajudou bastante na captação de outros servidores que estavam soltos no município para pode vir compor a equipe NASF”.*

Nesse período, ocorre o início da reorganização da atenção especializada do município, e alguns servidores encontram no NASF a possibilidade de se recolocar na RAS, reforçando o novo modelo. Junto a esse movimento, a prefeitura realizou processo seletivo simplificado para selecionar outros especialistas. Nessa seleção, foram incorporados novos trabalhadores terceirizados, e a composição da equipe passou a ter mais profissionais contratados e comissionados que servidores públicos.

Antes de 2014, os profissionais convidados para o NASF eram compostos principalmente por servidores que estavam procurando outra colocação na SMS, com a equipe sendo complementada por funcionários terceirizados e comissionados. Com o passar do tempo, pela falta de realização de concurso público para a Saúde e a dificuldade em trazer outros estatutários, a composição do NASF passa a ser feita de forma inversa, trabalhadores temporários e comissionados em maior número, com servidores completando o quadro da equipe. A terceirização do NASF de Maricá foi avançando nos sucessivos processos de seleção simplificados, até a chegada da OSS em 2020.

A coordenação do NASF não participava da escolha dos especialistas que seriam contratados, e muitos deles não possuíam conhecimento sobre Saúde Coletiva ou experiência prévia na APS. Com isso, a gestão se encarregava de promover momentos de capacitação e de formação dos novos que chegavam, por meio de oficinas que discutiam a função do NASF, o modo de funcionamento do apoio matricial e as principais ferramentas de intervenção, como Projeto Terapêutico Singular e o Projeto de Saúde no Território, com o objetivo de *“trazer esses profissionais para essa realidade, para se aproximar dessa realidade, tanto conceitual, tanto teórica, quanto como uma prática de atuação”*, responde um dos entrevistados.

Diferente dos anos iniciais, onde buscava-se profissionais com vivência prévia e aproximação com a Atenção Primária, os processos seletivos que passaram a ser realizados sem a participação da coordenação do NASF não valorizavam a experiência nesse campo. Configura-se, portanto, um retrocesso do ponto de vista do perfil de contratação, com implicações diretas na organização do processo de trabalho. Por outro lado, a gestão investe no processo de qualificação desses profissionais para operarem o apoio matricial, avançando na oferta de oficinas formativas para o NASF.

Com a chegada de novos profissionais para compor o segundo grupamento, o NASF passou a contar com 20 especialistas, das seguintes categorias: 6 fisioterapeutas, 6 psicólogos, 3 nutricionistas, 2 assistentes sociais, 1 médico pediatra e 1 enfermeira sanitária. Esses profissionais passaram a se responsabilizar pelo acompanhamento de 18 das 19 eSF, numa cobertura muito próxima de 100% da ESF do município.

A partir da implantação da segunda equipe, a expectativa do coordenador do NASF era dividir a gestão com um outro profissional, ficando cada um responsável por uma eNASF. A especialista escolhida para compor a coordenação já atuava no NASF desde 2009, e vinha assessorando a gestão desde 2012, tendo participado ativamente do processo de construção do projeto da nova equipe. Apesar de ambos dividirem as tarefas na função por alguns anos, a SMS

não chegou a incorporar na estrutura organizacional os 2 profissionais nos cargos, efetivando apenas um deles na coordenação do NASF.

Gradativamente, a coordenação vai investindo na utilização das práticas integrativas e complementares pelo NASF, oferecendo curso de formação em Terapia Integrativa Comunitária para os membros da equipe em 2015, e de Auriculoterapia para toda a Atenção Primária em 2016 e 2018, com vistas ao desenvolvimento dessas práticas como recurso terapêutico da ESF<sup>23</sup>. Essas iniciativas, além de ampliar o rol de ofertas do NASF, contribuíram, segundo um dos entrevistados, para mudar o modo como os apoiadores eram vistos no município - uma equipe de supervisão.

*“A gente conseguiu perceber pela experiência do NASF, pela ampliação da utilização dessas práticas, o potencial que elas representavam para atendimento à população e para o diálogo e proximidade com as eSF. O quanto a gente conseguiu matricular, o quanto a gente conseguiu aproximar as equipes do próprio NASF e sair desse sentido do NASF, que até 2015 a gente tinha isso como um entendimento muito forte, muito arraigado na eSF, que o NASF era uma equipe de supervisão, que a gente ia pras unidades supervisionar as ações”.*

Um fator que fomentou a adoção das PICS foi a vinculação do coordenador da equipe do NASF com a prática de estudo e pesquisa junto a Universidade Federal do Rio de Janeiro. Por meio dessa vinculação, foi desenvolvido em 2015 no município o projeto “Acupuntura para Doenças Crônicas Não Transmissíveis”, financiado pelo Ministério da Ciência e Tecnologia. O contrato celebrado entre a Universidade e a SMS de Maricá tinha como pesquisador assistente o gestor da equipe, que investigou a utilização de terapia com acupuntura a laser em usuários hipertensos que faziam uso de medicamentos (PEREIRA, 2015).

Com o objetivo de aperfeiçoar o acompanhamento do processo de trabalho, no ano de 2016 foi elaborado pela coordenação do NASF um formulário eletrônico de monitoramento chamado “Indicador de produção e desempenho NASF” - Anexo A. Nessa ferramenta, os trabalhadores enumeravam mensalmente os atendimentos individuais e coletivos, as interconsultas, matriciamentos e PTS realizados em cada território acompanhado. Também eram contabilizados os usuários com hipertensão, diabetes, obesos, dependentes químicos, gestantes, adolescentes gestantes, crianças por faixa etária, adolescentes, idosos e homens assistidos durante cada mês. O formulário quantificava ainda as PICS que eram desenvolvidas pelos profissionais da equipe.

---

<sup>23</sup> Ao longo dos anos, a Prefeitura de Maricá estimulou a participação de seus funcionários em espaços de formação externos. Em 2016, 03 profissionais da equipe foram selecionadas no Curso Apoio Matricial na Atenção Básica com ênfase nos NASF, do Ministério da Saúde e FIOCRUZ.

Uma dificuldade encontrada no momento de se mensurar o trabalho realizado cotidianamente pelo NASF é ocasionado pelos poucos códigos disponíveis no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP). A maioria das ações coletivas realizadas, por exemplo, são contabilizadas com o mesmo código, 01.01.01.001-0 - Atividade educativa/orientação em grupo na Atenção Primária. Neste registro são incluídos: as reuniões de equipe em geral, seja para discutir um caso novo ou mesmo para o acompanhamento e reavaliação do PTS; as reuniões de matriciamento; ações de educação permanente ou continuada com equipes apoiadas ou usuários; grupos de promoção da saúde; articulações intrasetoriais e intersetoriais etc. Na pandemia, essa pouca definição de códigos específicos trouxe alguns atravessamentos na hora de quantificar a produtividade dos profissionais, segundo um dos entrevistados:

*“Muitas das ferramentas do NASF não tem um SIGTAP, entra nesse grande guarda-chuva [...]. Articulação intersetorial, uma discussão de caso, isso tudo continuou sendo feito muito mais num tete à tete, mas na hora do registro entravam como atividade coletiva. Isso também nos preocupou porque a gente tinha um documento que dizia que não poderia ter atividade coletiva, mas em compensação os registros do NASF só entravam, eram computados se fossem no código da atividade coletiva”.*

Um segundo instrumento de preenchimento mensal - “Acompanhamento de PTS” - foi adotado nessa mesma época pela gestão do NASF – Anexo B. Neste formulário eram sistematizados pelos especialistas os projetos terapêuticos que vinham sendo acompanhados, com a inclusão dos desdobramentos, resultados alcançados e os devidos encaminhamentos dado ao caso. Ainda que a coordenação do cuidado seja de responsabilidade das equipes de referência, com a devida retaguarda especializada da equipe de apoio, a maior parte dos PTS realizados à época eram propostos e conduzidos pelo NASF. Em que pese uma espécie de inversão de função, ao provocar o uso dessa ferramenta de cuidado buscavam-se novos modos de integração e outras formas de demonstrar valor de uso dos especialistas para a ESF.

Sobre os instrumentos de monitoramento, um dos entrevistados afirma que eles possibilitavam a visualização dos indicadores, assim como permitiam a reorganização das intervenções e do foco de trabalho que vinham sendo desenvolvidos.

*“A partir desses formulários, com base nos indicadores de saúde e do preenchimento de dados feito pelos profissionais do NASF, era feita a análise dos indicadores. E nas reuniões da equipe NASF, tanto da equipe NASF sozinha, tanto da equipe NASF com as eSF, a gente fazia uma discussão desses indicadores e o reconhecimento, ‘olha, a gente está precisando atender mais a população idosa nesse território, tem uma demanda alta de hipertensos e diabéticos que a gente não está conseguindo atender’”.*

Como forma de disseminação das PICS, no mês de maio de 2016 foi inaugurado o 1º Núcleo Assistencial de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (NAPICS), projeto

vinculado ao NASF. Alguns especialistas da equipe reservaram 01 turno de carga horária para atendimento de acupuntura, auriculoterapia, terapia comunitária, yoga, meditação e biodança. Ao todo, 04 NAPICS funcionaram entre os anos de 2016 e 2018 dentro de algumas USF, com um polo em cada distrito do município<sup>24</sup>.

Nota-se que as práticas integrativas se tornaram uma das formas utilizadas pelo NASF para ofertar assistência direta aos usuários, afirmando os atendimentos individuais como uma das intervenções importantes da equipe de Maricá, ainda que a partir de uma abordagem diferenciada. Em contrapartida, é apontado por um entrevistado a dificuldade em se avançar com o matriciamento das PICS, entendida pelas eSF enquanto uma responsabilidade exclusiva do profissional que integra a equipe NASF.

*“É um pouco utópico a gente pensar que todos os profissionais de todas equipes estarão preparados para lidar com isso, mas se ao menos a gente consegue provocar, ‘oh, senta aqui comigo, vou trabalhar com terapia integrativa comunitária aqui no seu território, mas você conhece terapia integrativa comunitária? Já participou de terapia integrativa comunitária? Tem condições de participar como apoiador dessa roda?’ Trazer o médico para essa discussão, trazer o agente comunitário, trazer o enfermeiro para essa discussão. Propor isso na construção de um PTS”.*

A complementaridade entre a dimensão pedagógica e a assistencial do apoio matricial é um dos desafios que acompanha o NASF desde a sua criação, como pôde ser visto nos capítulos anteriores. A sintonia fina entre as duas funções, que para alguns profissionais são tomadas como de campos opostos, depende da abertura de um canal de entendimento entre apoiadores e apoiados. O primeiro precisa perceber a importância dos atendimentos diretos aos usuários para a RAS - mesmo que individual -, o segundo compreender a potência do apoio educativo e das ações conjuntas, onde ambos os movimentos visam ampliar a capacidade resolutiva da ESF.

#### **4.2.2 - A perda do prazo para a implantação da 3ª equipe NASF e o início do processo de expansão da ESF**

O número de profissionais na equipe foi sendo ampliado, mesmo não ocorrendo o aumento da cobertura do NASF entre os anos de 2016 e 2017, período em que 18 eSF eram cobertas pelas 02 equipes em funcionamento. Ainda que estivessem inseridos na mesma equipe, profissionais se vinculavam a um número diferente de eSF, devido às diferenças de cargas

---

<sup>24</sup> O movimento de ampliação das PICS chegou ao Conselho Municipal de Saúde e na Câmara Municipal de Maricá, sendo uma das pautas da 9ª Conferência Municipal de Saúde de 2019 da cidade, onde seu uso foi amplamente discutido e debatido pela sociedade civil. As reivindicações se desdobraram na aprovação da Lei nº 2.988/2020, que criou o Programa Municipal de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, política municipal ainda não implementada pela prefeitura.

horárias e formas de contratação – estatutários com 20h, contratados e comissionados, 30 ou 40 horas semanais.

A inclusão de novos membros, independente do aumento de equipes vinculadas, foi importante no sentido de garantir que cada profissional atendesse o mínimo de equipes possíveis em um determinado território, permitindo uma maior aproximação entre apoiadores e apoiados. Além disso, vislumbrava-se a elaboração de um projeto de criação da 3ª equipe.

Um dos gestores entrevistados relata outros fatores considerados na divisão e cobertura dos profissionais, como características específicas de cada territórios e a rede de recursos local disponível do distrito em que está inserido.

*“Territórios com muita atuação do CRAS, do CREAS, a gente não tinha a presença do assistente social, a menos que houvesse uma necessidade demandada pela equipe, que a gente programasse [...]. As divisões [dos profissionais] eram mais direcionadas para esse processo de partilha entre a coordenação NASF e as eSF, que não necessariamente se dava pela coordenação da Estratégia, a gente fazia essa aproximação essa troca direto com as eSF”.*

O mapeamento dos recursos locais para a definição dos profissionais a serem contratados permite equacionar os recursos disponíveis de uma maneira mais racional, evitando a sobreposição das ações e o desperdício de dinheiro público. Também provoca a necessidade de aproximação e articulação da ESF com outros equipamentos da rede intersetorial. Outro ponto de destaque na fala anterior é a possibilidade da gestão do NASF de ter contato direto com as eSF, incluindo as equipes de referência no planejamento e expansão do NASF.

Após a identificação das necessidades dos territórios, a coordenação negociava com a gestão da Atenção Primária a inclusão dessas especialidades. Segundo relato de um entrevistado, nem sempre essas solicitações eram atendidas, *“educador físico nunca conseguimos ter... tinha fisioterapeuta sobrando na rede, botava no NASF. O NASF foi meio isso, uma porta de entrada para profissionais”.*

Com o aumento do número de membros, percebeu-se a possibilidade de cadastramento de mais equipes junto ao MS. Um novo projeto para a 3ª equipe foi aprovado em 2017, porém a Secretaria de Saúde perdeu o prazo estipulado pelo Governo Federal para o início das atividades do novo grupamento, não efetivando sua implementação em 2018. Segundo um dos entrevistados, *“essa incorporação estava planejada para ser feita, mas por questão de mudança de gestão, não prosseguiu”.* Também houve problemas no registro da produtividade das equipes no final do segundo semestre de 2018, o que provocou o descredenciamento temporário e a interrupção da transferência financeira das 02 equipes, nos 03 primeiros meses de 2019. Infere-se que questões conflituosas nas relações de poder na SMS podem ter

impossibilitado a implantação do terceiro grupamento, o que implicou em menos equipes apoiadas.

A expansão da cobertura da ESF no município teve um incremento a partir do ano de 2018, com a inclusão de 06 novas eSF. Com a ampliação, algumas equipes recém implantadas não foram vinculadas ao acompanhamento do NASF, possivelmente pelo município não ter cadastrado a 3ª equipe aprovada pelo MS. O mesmo pode ser observado no ano de 2019, onde o número de eSF chegou ao total de 35, com 24 delas sendo acompanhadas pelas 2 equipes de apoio. Utilizando-se o parâmetro que vinha sendo adotado em Maricá de 09 eSF vinculadas a cada eNASF, a implantação de uma 3ª equipe permitiria o acompanhamento de 27 eSF.

No segundo semestre do ano de 2019, uma nova gerência de programas propõe a reorganização da Atenção Primária do município. O edital para a escolha de uma OSS que viria a gerir as ações de saúde da prefeitura já havia sido publicado, e a SMS se preparava para as mudanças que seriam iniciadas após a definição da empresa vencedora.

Para a Secretaria de Saúde, as intervenções do NASF eram marcadas por um excesso de atendimentos individuais, com poucas interconsultas e outras ações de matriciamento. Quase todos os profissionais ofereciam atividades coletivas para os usuários, mas muitos dispunham de agenda de marcação de consulta disponível para preenchimento das equipes acompanhadas, com grande parte dos casos sendo encaminhados sem discussão prévia. Antes da entrada da OSS, no final de 2019, o NASF é chamado a reestruturar seu modo de funcionamento e repensar suas práticas e formas de integração com a ESF, tanto na sua organização territorial, quanto em relação às ações junto às equipes vinculadas.

A partir de oficinas de formação em serviço promovidas pelo Núcleo de Educação Permanente da SMS, começou-se a mudar esse cenário. Os objetivos dos encontros eram o de discutir os diferentes modos de conformação do apoio matricial, assim como incluir no escopo do NASF outras ações, como o planejamento do processo de trabalho da ESF. Realizou-se ainda a redistribuição dos profissionais em 04 equipes, uma para cada distrito do município, ainda que oficialmente só houvessem 02 eNASF cadastradas no SCNES.

A primeira encomenda feita pela Coordenação da APS foi para que o NASF apoiasse todas USF na implantação do acolhimento, uma estratégia de reordenamento do acesso à eSF (BRASIL, 2013). O município já havia experimentado um projeto-piloto em uma das unidades, agora era hora de expandir para toda a rede de Atenção Primária (SARDINHA, 2021). Os especialistas seriam os facilitadores desse processo, contribuindo com as eSF na construção dos instrumentos propostos pela gestão, como a produção de mapas analíticos, a discussão sobre os



fluxogramas descritores e o planejamento das diferentes formas de acolhimento às demandas espontâneas. Todos esses materiais eram apresentados e compartilhados posteriormente nas “Rodas de Acolhimento”, espaço de reflexão coletiva onde cada distrito apresentava as potencialidades, fragilidades e os desafios para as eSF reorganizarem a porta de entrada das unidades.

O apoio ao acolhimento serviu ainda para aproximar os especialistas das novas eSF na qual eles estariam acompanhando, já que muitos profissionais mudaram de unidade com a redivisão do grupo em 04 equipes. Em alguns casos, essa aproximação trouxe desconfortos, pois se trabalhava com prazos definidos pela gestão da APS que eram cobrados pelos especialistas do NASF, o que desagradava alguns profissionais das ESF. Em janeiro de 2020, todos já estavam nos seus novos grupamentos e iniciava-se o processo de conhecimento dos territórios.

As oficinas preparatórias para a implementação do acolhimento duraram 04 meses, entre os meses de novembro de 2019 e fevereiro de 2020, data da última Roda de Acolhimento. Março seria o mês em que todas as eSF adotariam os fluxos que foram construídos, entretanto a pandemia de Covid-19 iria alterar os rumos do SUS, também em Maricá.

#### **4.2.3 - A entrada da OSS na APS do município, a pandemia de SARS- CoV-2 e o novo NASF de Maricá**

Em março de 2020 uma OSS dá início a gestão da APS. Nos primeiros dias de operação do novo contrato é notificado o 1º caso suspeito de Covid-19 em Maricá, posteriormente confirmado. As reuniões iniciais entre a gestão da OSS e os profissionais contratados eram de apresentação das mudanças que viriam a ocorrer, aproveitou-se o espaço para a capacitação dos profissionais de saúde na identificação do novo coronavírus. O encontro contou com a participação dos profissionais do NASF que se mantiveram na equipe.

Inicialmente, todos os profissionais que desejaram foram absorvidos pela OSS através de uma seleção simplificada. Após 90 dias e 02 processos avaliativos, parte dos trabalhadores foi admitido em definitivo. Alguns servidores, contratados e comissionados que estavam lotados em outros serviços da prefeitura também foram sendo incorporados ao NASF, e a equipe totalizou 24 profissionais em junho de 2020, divididos em 4 equipes. Esses profissionais tinham pela frente um grande desafio, serem apoiadores no contexto dominado pela pandemia de Covid-19. Um dos entrevistados relata que

*“quando falou que era Covid, meio que teve um corte do tipo, e agora, o que o NASF faz nisso? Todo mundo teve que pensar junto, mas uma coisa eu acho que foi o fio*

*condutor, foi a questão do cuidado e do apoio. Independente de qualquer coisa que estivesse acontecendo, a gente precisava manter o cuidado e manter os apoios às equipes. A gente começou a fazer um trabalho com os profissionais, de se aproximar com as equipes e dos gestores que chegaram um mês depois, para ver de que forma o NASF poderia apoiar, independente da sua categoria”.*

De acordo com o relato desse mesmo entrevistado, o início da pandemia foi marcado por muitas incertezas. *“Era um assunto que estava muito novo, todo mundo estava estudando e tentando entender o que era Covid. O que se sabia era que era uma pandemia generalizada, via respiratória e que tinha que usar máscara, e ainda estava nessa discussão, que máscara utilizar”.* O modo como as intervenções do NASF foi organizado na pandemia será apresentado mais adiante.

A partir das primeiras contratações, a OSS inicia o processo de expansão do número de equipes NASF, definida em contrato, de acordo com a ampliação da cobertura da ESF que vinha acontecendo em Maricá. Após novo processo seletivo, desta vez aberto para trabalhadores da saúde em geral e não só para aqueles que já participavam da estrutura municipal, foram selecionados mais 08 especialistas. Com a inclusão, foi feita uma nova reorganização das equipes e territórios, e os 35 profissionais passaram a compor 06 equipes, no final de 2020.

Segundo o chamamento público para celebração de parceria publicado pela prefeitura em 2019, a cobertura da ESF deveria alcançar 100% do município ao final de 2020, totalizando 75 eSF, que seriam acompanhadas por equipes de NASF 1 (PREFEITURA DE MARICÁ, 2019). Neste contrato, foi estabelecido que as eNASF seguissem preferencialmente os parâmetros mínimos das portarias n<sup>os</sup> 154/2008 e 3.124/2012, com as metas de trabalho definidas por carteira de serviços de saúde. Além disso, o número de equipes deveria acompanhar a expansão da ESF.

A primeira menção a ampliação do NASF no edital é feita no “cronograma de expansão”, onde consta a criação de 06 novas equipes de apoio, além das 02 já existentes. Depois, no trecho em que é apresentada a configuração da rede de saúde de Maricá, o texto relata que o município conta com 02 NASF implantados, devendo expandir até 2020 “no mínimo para 08 e no máximo 15” (Ibidem, p.37). A terceira menção às novas equipes NASF aparece no anexo XI do edital - cronograma de metas físicas e desembolso modelo de cronograma de metas físicas.

No ano de 2020 não houve a expansão como estava previsto, nem da ESF nem de equipes NASF, o que pode ter sido ocasionado por atrasos na celebração do edital e pela pandemia. Por outro lado, a entrada da OSS fez com que todas as eSF em funcionamento pudessem ser acompanhadas pelo NASF, bem como a equipe de Saúde Indígena e eCnaR.

Igualmente, garantiu a manutenção do NASF como uma estratégia da APS, já que o contrato foi firmado antes das alterações do Programa Previne Brasil e da portaria nº 3.222/2019, utilizando os parâmetros anteriores a essas mudanças, ainda que alguns deles não sejam respeitados. A inclusão de 05 das 06 equipes no PREFAPS em 2021, é um outro fator que corrobora para a manutenção das equipes em Maricá, ao trazer mais recursos de custeio para o município.

A equipe passa por nova ampliação em abril e maio de 2021 com a entrada dos primeiros educadores físicos no NASF, de novos fonoaudiólogos, médicos ginecologistas e pediatras, fisioterapeuta e assistente social. Na lista disponibilizada pela OSS à área técnica da prefeitura consta ainda 05 farmacêuticos, mas que não atuam diretamente nas equipes NASF.

Nos meses em que foi realizado o trabalho de campo dessa pesquisa – julho e agosto de 2021 - o grupo era composto por 48 profissionais, sendo 43 contratados pela OSS e 05 servidores públicos. Essa conformação serviu de base para as descrições e análises do presente estudo. No Quadro 10 - Composição do NASF de Maricá em julho de 2021- estão especificadas as categorias profissionais, o número de especialistas, as cargas horárias e os tipos de vínculos empregatícios da equipe.

O quadro de profissionais mostra um número desigual entre as 10 especialidades que participam das 06 eNASF. Também é possível verificar 04 cargas horárias diferentes, onde algumas são definidas em legislações próprias, como é o caso dos fisioterapeutas, nutricionistas e assistentes sociais, que trabalham 30 horas por semana. Outras, como a dos estatutários, é de 20 horas semanais. Os médicos contratados pela OSS cumprem 16 horas por semana, a menor das cargas horárias de todas as especialidades.

Quadro 10 – Composição do NASF de Maricá em julho de 2021

<b>Categoria profissional</b>	<b>Número de profissionais</b>	<b>Carga horária</b>	<b>Vínculo empregatício</b>
Fisioterapeuta	07	20 horas /30 horas	Estatutário / CLT
Assistente Social	06	30 horas	CLT
Nutricionista	06	30 horas	CLT
Psicólogo(a)	06	40 horas	CLT
Farmacêutico(a)	05	40 horas	CLT
Fonoaudiólogo(a)	05	30 horas	CLT
Médico(a) Pediatra	05	20 horas /16 horas	Estatutário / CLT
Educador(a) Físico(a)	04	40 horas	CLT
Médico(a) Gineco-obstetra	03	16 horas	CLT
Enfermeira Sanitarista	01	20 horas	Estatutário

Fonte: Elaboração própria, 2022

Uma fisioterapeuta e uma enfermeira sanitária, ambas servidoras estatutárias, trabalham exclusivamente com PICS. Porém, esse tipo de intervenção não é privativo das duas profissionais, já que muitos outros especialistas também atuam com essas intervenções. Apesar de ainda ser uma atividade bastante realizada pelo NASF, observa-se menor investimento da SMS nesse tipo de prática a partir de 2020, se comparado a antes da entrada da OSS.

No Quadro 11 é apresentada a divisão dos especialistas e suas respectivas equipes. Todos os grupamentos possuem uma composição mínima de 01 assistente social, 01 fisioterapeuta, 01 Nutricionista e 01 Psicólogo. As categorias que não possuem número suficiente de trabalhadores para compor todas as eNASF, são distribuídas em algumas equipes. Alguns trabalhadores, como é o caso dos educadores físicos, são responsáveis pela cobertura de todas as equipes do distrito no qual estão inseridos, significando o apoio a mais de 10 equipes, em alguns casos.

Diferenças nas cargas horárias implica diretamente na capacidade de inserção e apoio dos especialistas às USF, podendo trazer sobrecarga de trabalho para algumas categorias. Médicos que atuam 16 horas precisam dividir o tempo para acompanhar até 10 equipes, o que diminui sensivelmente a presença desses especialistas junto às equipes mínimas, assim como na participação em reuniões de equipe, estudo de caso, visitas domiciliares e outros arranjos colaborativos entre eNASF e eSF, engendrando uma inserção mais verticalizada.

Quadro 11 – Subdistritos e equipes NASF

<b>Equipes NASF</b>	<b>Unidades de Saúde da Família</b>	<b>Número de equipes vinculadas</b>	<b>Equipe Técnica</b>
01A	03 USF	08 eSF 01 CnaR	Assistente Social Farmacêutico Fisioterapeuta Fonoaudiólogo Nutricionista Psicóloga Médica Pediatra Médico Gineco/obstetra
01B	04 USF	10 eSF	Assistente Social Educadora Física Farmacêutica Fisioterapeuta Nutricionista Psicóloga Médica Pediatra

Fonte: Elaboração própria, 2022 (continua)

Quadro 11 – Subdistritos e equipes NASF (continuação)

<b>Equipes NASF</b>	<b>Unidades de Saúde da Família</b>	<b>Número de equipes vinculadas</b>	<b>Equipe Técnica</b>
02	06 USF	10 eSF	Assistente Social Educadora Física Enfermeira Sanitarista–PICS Farmacêutica Fisioterapeuta Fonoaudióloga Nutricionista Psicóloga
03A	04 USF	08 eSF	Assistente Social Farmacêutico Fisioterapeuta Fisioterapeuta–PICS Fonoaudióloga Nutricionista Psicóloga Médica Pediatra Médica Gineco/obstetra
03B	03 USF	09 eSF 01 Saúde Indígena	Assistente Social Educador Físico Fisioterapeuta Fonoaudióloga Nutricionista Psicóloga
04	04 UBS	09 eSF	Assistente Social Educador Físico Farmacêutico Fisioterapeuta Fonoaudióloga Nutricionista Psicóloga Médica Gineco/obstetra

Fonte: Elaboração própria, 2022

Os 48 membros se organizam em 06 equipes, em uma divisão geográfica diferente da dos 04 distritos sanitários. O agrupamento 3B, por exemplo, mescla unidades de 03 distritos distintos. A Figura 01 mostra a distribuição das equipes NASF pelos distritos. Nessa organização, cada eNASF acompanha um número de 08 a 10 eSF. Uma equipe de CnaR e uma de saúde indígena também são apoiadas, totalizando 56 equipes vinculadas.

Figura 01 - Distribuição das equipes NASF pelos distritos



Fonte: Elaboração própria, a partir de imagem disponível no site da Prefeitura de Maricá, 2021

A Tabela 07 mostra o processo de expansão da ESF e do NASF em Maricá, entre os anos de 2009 - ano da 1ª eNASF de Maricá - e 2021. A tabela traz o número de profissionais e de equipe NASF, as eSF vinculadas, o número de eSF em atividade e a respectiva cobertura da ESF no município.

Tabela 07 – Processo de expansão da ESF e do NASF em Maricá – 2009 a 2021

Ano	Equipes NASF	Número de profissionais	Equipes vinculadas	eSF do município	Cobertura da ESF
2009	1	5	9	11	40,51%
2010	1	5	9	14	39,11%
2011	1	8	9	16	43,31%
2012	1	9	9	16	42,02%
2013	1	8	9	17	43,41%
2014	1	10	9	18	44,5%
2015	2	19	18	19	45,8%
2016	2	22	18	21	49,44%
2017	2	28	18	25	57,55%
2018	2	29	22	27	60,88%
2019	2	28	24	35	76,53%
2020	6	35	54	46 <sup>25</sup>	98,44%
2021	6	48	56 <sup>26</sup>	54	100,00%

Fonte: Elaboração própria, com dados extraídos do SCNES em 20/01/2022

<sup>25</sup> Ao final do ano de 2020, 54 equipes estavam em funcionamento no município, porém apenas 46 estavam devidamente cadastradas no SCNES.

<sup>26</sup> Em 2021, além das 54 eSF, o NASF acompanhou também 1 eCnar e a equipe de Saúde Indígena, totalizando 56 equipes vinculadas.

Pode-se notar um crescimento lento da ESF de Maricá entre os anos de 2010 e 2016, com a implantação de 01 ou 02 eSF por ano. Um crescimento pequeno, com uma oscilação na porcentagem de cobertura em virtude do crescimento da população, e que começa a mudar a partir de 2017. Em 2018, a SMS impulsiona as mudanças na Atenção Primária, iniciando o processo de substituição dos 04 últimos Postos de Saúde que operavam como policlínicas no município. Ao final de 2019, todas as UBS passam a adotar o modelo de ESF, incluindo as 2 novas inauguradas em condomínios do Minha Casa, Minha Vida.

Em relação ao NASF, a tabela aponta para o aumento importante entre os anos de 2014 a 2017, período que coincide com a programação de expansão indicada no Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017, onde aconteceu a maior inclusão de especialistas no NASF antes da entrada da OSS. Nesses 04 anos, a equipe passou de 10 para 28 especialistas. A ampliação foi motivada pela criação da segunda equipe NASF em 2015 e pela aprovação do terceiro grupo em 2017, que não foi efetivamente implantado, impactando na capacidade de acompanhamento da equipe. Depois, há um hiato na contratação de novos especialistas nos anos de 2018 e 2019, e a equipe volta a crescer em 2020 e 2021, indo na contramão do cenário nacional. Enquanto que os números de NASF no Brasil mostram a redução do número de equipes, como pode ser observado na Tabela 04, o município de Maricá aumentou de 02 para 06 eNASF nos 02 últimos anos, sendo um contraponto empírico se comparado ao contexto brasileiro.

Com a entrada da OSS em março de 2020, as equipes que já estavam pactuadas no contrato de gestão começam a ser implantadas, ampliando a cobertura do apoio. Com isso, o NASF passa a acompanhar todas as eSF, além das de Saúde Indígena e o Consultório na Rua. A última configuração do NASF de Maricá desta dissertação foi computada no mês de julho de 2021, com 48 profissionais, 06 eNASF e 56 equipes acompanhadas, a maior configuração desde a criação do 1º NASF de Maricá, em 2009.

O Quadro 12 - Linha do tempo do NASF de Maricá - apresenta cronologicamente a síntese do histórico apresentado e discutido neste capítulo, com eventos ocorridos entre os anos de 2009 e 2021. Nele, é possível observar os diferentes movimentos feitos pela Prefeitura de Maricá, que ampliou a atuação do NASF na APS ao longo dos anos, especialmente nos anos de 2020 e 2021. Ele também retrata alguns avanços e retrocessos em relação ao modo de contratação e perfil dos especialistas, além do crescimento da utilização das PICS como tecnologia de cuidado pelo NASF de Maricá.

Quadro 12 - Linha do tempo do NASF de Maricá

<b>Ano</b>	<b>Acontecimentos</b>	<b>Características</b>
2009	- Implantação da 1ª equipe NASF	- Composição inicial da equipe com a participação de servidor público e trabalhadores contratados. - Atuação como equipe de supervisão, com os especialistas autogerindo seus processos de trabalho. - Ausência de apoio institucional do MS para implantação do NASF e ESF.
2011	- 1º coordenador da equipe	- Entrada de mais servidores disponíveis na rede, que tinham aproximação com Atenção Básica. - Resistência de alguns profissionais da ESF com o matriciamento. - Descrença dos usuários no modelo da ESF.
2012	- Entrada de servidora especialista em PICS	- Início da incorporação das PICS.
2013	- Participação no 2º Ciclo do PMAQ-AB	- Desempenho avaliado como “acima da média”.
2014	- Utilização de indicadores de saúde - Início da reorganização atenção especializada no município	- Mapeamento das necessidades dos territórios para contratação de profissionais. - Participação das equipes de referência no planejamento da expansão do NASF.
2015	- Implementação da 2ª equipe - Participação no 3º Ciclo do PMAQ-AB - Projeto “Acupuntura para Doenças Crônicas Não Transmissíveis”	- 2º gestor para coordenar a 2ª equipe. - Seleção de novos especialistas por processo seletivo simplificado, realizado pela SMS. - Retrocesso no perfil de contratação. - Investimento no processo de qualificação dos novos profissionais. - Processo formativo em Terapia Integrativa Comunitária. - Equipe passa a ter mais trabalhadores terceirizados que servidores estatutários. - Desempenho no PMAQ das 2 equipes avaliado como “muito bom”.
2016	- Uso de formulários eletrônicos para monitoramento de produção - 1º Núcleo Assistencial de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde - NAPICS	- Formulários: “Indicador de produção e desempenho NASF” e “Acompanhamento de PTS”. - Processo formativo para o NASF e ESF em Auriculoterapia. - Ampliação da assistência direta aos usuários por meio das PICS. - Participação de 03 especialistas no curso do MS/ FIOCRUZ “Apoio Matricial na Atenção Básica com ênfase nos NASF”.
2017	- Projeto da 3ª equipe aprovado	- Inclusão de novos especialistas por processo seletivo simplificado.
2018	- Problemas no registro da produtividade do NASF - Expansão da ESF	- Perda do prazo para a implantação da 3ª equipe.
2019	- Reorganização das equipes nos distritos - Oficinas do Núcleo de Educação Permanente em Saúde da SMS	- Descredenciamento das 2 equipes por 3 meses, com interrupção temporária de repasses financeiros. - Divisão dos especialistas em 04 eNASF. - Reestruturação do modo de funcionamento do NASF. - Apoio à implementação do acolhimento na ESF.

Fonte: Elaboração própria, 2022 (continua)



Quadro 12 - Linha do tempo do NASF de Maricá (continuação)

<b>Ano</b>	<b>Acontecimentos</b>	<b>Características</b>
2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pandemia de Covid-19</li> <li>- Início da gestão da OSS na APS</li> <li>- Expansão da ESF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mudanças nos processos de trabalho do NASF.</li> <li>- Demissão de especialistas que atuavam na equipe.</li> <li>- Processo seletivo realizado pela OSS – experiência prévia em apoio matricial.</li> <li>- Implementação de novas equipes NASF.</li> <li>- Pouco investimento em processos de educação permanente sobre a Covid-19 e o apoio matricial.</li> <li>- Apoio às ações de enfrentamento à pandemia.</li> <li>- Cobertura do NASF de 100% da ESF.</li> </ul>
2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expansão da ESF</li> <li>- Credenciamento de equipes no PREFAPS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cobertura de cerca de 100% da ESF no município.</li> <li>- Processo seletivo realizado pela OSS – experiência prévia em apoio matricial.</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria, 2022

Identificou-se que nos primeiros anos de implementação do NASF de Maricá era formado por trabalhadores contratados e servidores estatutários; o 1ª grupamento, formado em 2009, atuava como uma equipe de supervisão, e não tinha uma boa vinculação com as equipes que eram cobertas pelo NASF; supõe-se que cada profissional autogeria o seu processo de trabalho, num movimento diferente da proposta de cogestão do apoio matricial; a presença de estatutários que tinham aproximação com a Atenção Básica ou Saúde Coletiva vai sendo incrementada, com a inclusão de profissionais especializados em PICS; depois, esse processo se inverte, com o maior número de especialistas sendo contratados por meio de processo seletivo simplificado; por outro lado, o município avança na oferta de oficinas para NASF, de discussão sobre a prática do apoio matricial; também investe na formação em PICS para os especialistas e para a rede, mostrando a aposta da gestão na capacitação dos profissionais; dois trabalhadores se ocupavam da coordenação do NASF na maior parte do tempo, ainda que só um deles tivesse sido nomeado no cargo, evidenciando o investimento dado pela SMS neste arranjo de equipe; o NASF cresce significativamente e se diversifica em número de categorias profissionais; a chegada da OSS amplia a cobertura do apoio do NASF, que atinge toda a ESF; com as novas contratações feitas pela OSS o NASF se torna uma equipe novata; ocorre o processo de qualificação por meio da contratação de profissionais com acúmulo de experiência com apoio matricial, porém a gestão pouco investe em processos formativos, inclusive sobre a Covid-19.

### 4.3 - O PROCESSO DE TRABALHO DO NASF DE MARICÁ NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

A seguir serão descritos os modos de operar da equipe no contexto da pandemia. Inicialmente, será apresentado o detalhamento das respostas do websurvey, que também pode ser visualizado em forma de gráficos no Apêndice A. Posteriormente, os resultados serão discutidos integrando-se as respostas das entrevistas semiestruturadas ao websurvey, analisados a partir do referencial teórico do apoio matricial. As discussões estão organizadas de acordo com as 05 categorias de análise previamente definidas na metodologia: perfil profissional dos membros do NASF; relação interprofissional; processos de trabalho na pandemia de Covid-19; padrão de agravos na pandemia; e a gestão e o NASF.

#### 4.3.1 – Detalhamento dos resultados do websurvey

Dos 32 profissionais que responderam ao websurvey, 40,7% disseram que atuam há mais de 04 anos no NASF de Maricá, 40,6% informaram possuir menos de um ano na equipe e os outros 18,8% têm de 01 a 03 anos de atuação.

Metade dos profissionais já havia trabalhado anteriormente com apoio matricial - 50%. Ao se agrupar as respostas dos 13 profissionais com menos de 01 ano de atuação, e que ingressaram na equipe por contratações feitas pela OSS, esse percentual aumenta para cerca de 77% com experiência prévia. Quando os dados são cruzados com o grupo de trabalhadores que já atuavam no NASF antes da mudança de gestão para a OSS, o percentual de experiência anterior cai para 21%.

Identifica-se que 62,5% receberam algum tipo de formação da gestão do NASF para desenvolver o apoio matricial, e que 37,5% não foram contemplados por esses espaços. Quando essa variável é associada com a forma de ingresso - contratados antes ou depois da OSS -, obtém-se a porcentagem de 85% profissionais que participaram de processos formativos ofertados pela antiga gestão, anterior à OSS. Dos contratados com menos de 01 ano, 28% afirmam que participaram de momentos de formação.

Os resultados mostram que 87,6 % dos participantes relataram conhecer algum dos diversos documentos oficiais que orientam as intervenções do apoio matricial, como PNAB 2017 e os CAB 21 e CAB 39. Desse total, 56,3% afirmaram que os documentos contribuem com seus processos de trabalho e 12,5% responderam que ainda não tiveram acesso às publicações.

Dos respondentes, 37,5% disseram que não participaram de momentos de formação sobre aspectos relacionados à Covid-19. Por outro lado, 43,8% participaram de formações oferecidas por instituição externa, 25% por momentos promovidos por uma equipe apoiada, 12,5% de capacitações oferecidas pela gestão do NASF e 9,4% tiveram com os próprios membros da equipe.

O cenário da pandemia não interrompeu os atendimentos individuais do NASF, 78,1% informaram que eles ocorreram normalmente, respeitando-se todos os protocolos de biossegurança. Outros 21,9% informaram que inicialmente as abordagens individuais foram suspensas, e que foram retomadas após a adoção dos novos protocolos sanitários.

As atividades coletivas e os grupos com os usuários foram interrompidos no início da pandemia, sendo retomados com a adoção dos protocolos sanitários, segundo 87,5% dos respondentes. Apenas 6,3% disseram que elas não foram interrompidas, e que foram adaptadas de acordo com a possibilidade que os espaços permitiram para um distanciamento seguro. Esse percentual foi o mesmo dos que informaram que as atividades coletivas foram suspensas, - 6,3%.

Sobre as visitas domiciliares, 56,3% dos técnicos responderam que esse tipo de abordagem foi mantido ao longo da pandemia, porém com adaptações e um número reduzido de profissionais. Outros 40,6% responderam que as visitas domiciliares estão sendo realizadas normalmente, da mesma maneira que antes.

As mensagens de texto ou voz via WhatsApp foram os meios mais utilizados pelos profissionais do NASF no apoio remoto às equipes vinculadas – 81,3%. As ligações telefônicas foram mencionadas por 53,1% dos participantes, e-mail e outras ferramentas tecnológicas são utilizados por 25% dos respondentes. Quatro profissionais, ou 12,5% dos participantes, disseram que não utilizam estratégia de apoio remoto com equipes apoiadas.

No tele apoio/ tele atendimento com usuários, os profissionais informaram que o WhatsApp também é a ferramenta mais utilizada, sendo citada por 53,1% dos participantes. O contato telefônico foi mencionado por 31,3%, o e-mail e outras ferramentas de comunicação foram citados por 12,5% e 40,6% disseram que não utilizam tecnologias no contato com usuários.

Em relação aos novos processos de trabalho trazidos pela pandemia, 54,8% dos participantes discutiram essas mudanças, adaptações e novos procedimentos com os membros do NASF do distrito, 48,8% informaram que foram orientados pela gestão do NASF e 32,3% disseram que discutiram essas alterações com os outros profissionais de seu núcleo de

formação. Dos respondentes, 29% informaram que essas discussões ocorreram junto às equipes apoiadas, 16,1% a fizeram com outras equipes NASF e 9,7% dos especialistas não tiveram esse tipo de discussão com seus pares, colegas ou equipes apoiadas.

Quando perguntados sobre as articulações realizadas nesse período, os participantes informaram que a Equipe Multiprofissional de Atenção Psicossocial foi a equipe mais demandada pelo NASF, com 73,3% dos profissionais acionando esse serviço. Em segundo lugar foram o CAPS e o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), ambos os serviços sendo articulado por 46,7% dos membros, seguido do CAPSi - 43,3% - e do CAPSad - 20%. Conselho Tutelar, Defensoria Pública do Estado e instituições de atendimento às situações de violência foram apontados por 16,7% dos especialistas. Outros serviços também mencionados foram instituições religiosas, Centro de Referência Especializado da Assistência Social, a Pestalozzi, os serviços de atenção domiciliar - SRD e Melhor em Casa -, Hospitais e Unidades de Internação de outros municípios, setor privado, além de outros órgãos da Prefeitura de Maricá. Apenas 01 profissional relatou que não fez articulação de rede com outros órgãos e serviços.

Em relação às estruturas físicas das Unidades de Saúde da Família na qual os profissionais vêm desenvolvendo as atividades na pandemia, 48,4% das respostas estão abaixo do ponto central da escala, e mais próximo da mensuração que indica ambientes pouco adequados. Outros 35,5% marcaram o ponto do meio, o que configura em escalas Likert o ponto neutralidade ou indecisão, e 16,1% dos respondentes assinalaram o ponto 04 da escala, considerando os espaços são adequados.

Para a maioria dos especialistas que participaram do estudo, as demandas de saúde para o seu núcleo profissional aumentaram – 59,4%. Outros 18,8% relataram que não houve aumento, 12,5% responderam que elas diminuiriam e 9,4% não souberam responder. Quando indagados sobre os tipos de agravos relacionados à pandemia que têm se apresentado como demanda - única pergunta aberta do instrumento -, foram apresentadas as seguintes respostas, expresso no Quadro 13. Surge como destaque deste item, a menção a questões ligadas à saúde mental por 61,3% dos profissionais.

Para fins de análise, discussão e interpretação desta pesquisa, os agravos foram divididos de acordo com as áreas estratégicas do NASF, definidas na portaria 154 e no CAB 21, exceto um dos itens, que foi nomeado de Questões Sociais pelo entendimento de ser mais abrangente que a classificação utilizada - Serviço Social. Na última coluna, é apresentado o respectivo número de ocorrências em que foi citado. Optou-se por agregar alguns agravos em

blocos e, nesses casos, o número de ocorrências se referem ao bloco, como por exemplo, “dores generalizadas no corpo / dores em articulações”, com 03 ocorrências. Cabe ressaltar que essa divisão é meramente esquemática, dada a multifatorialidade da maioria dos agravos apontados.

Quadro 13 – Padrão de agravos relacionados à pandemia de Covid-19

<b>Áreas estratégicas</b>	<b>Agravos</b>	<b>Ocorrências</b>
<b>Saúde Mental</b>	Ansiedade	12
	Saúde Mental	07
	Depressão	05
	Transtorno do pânico	02
	Medo	03
	Angústia	
	Insônia	
Atraso global do desenvolvimento	02	
Distúrbios de comportamento		
<b>Alimentação e Nutrição</b>	Obesidade	04
	Ganho de peso	02
	Fome	02
	Sobrepeso	04
	Maus hábitos alimentares	
Distúrbios alimentares		
Alimentação irregular		
<b>Reabilitação</b>	Sequelas motoras	03
	Dores generalizadas no corpo	03
	Dores em articulações	
	Fala	02
	Linguagem	
Retorno alimentar	02	
Alterações de deglutição associados às sequelas respiratórias e motoras		
<b>Questões Sociais</b>	Conflitos familiares	03
	Violência intrafamiliar	
	Violência doméstica	
	Desemprego	03
	Aumento da pobreza	03
Falta de renda familiar		
Barreira de acesso às políticas públicas	01	
<b>Práticas corporais e atividade física</b>	Problemas relacionados ao sedentarismo	03
	Falta de atividade física	
	Fraqueza muscular	
<b>Saúde da Mulher</b>	Irregularidades no ciclo menstrual	01
<b>Outros agravos</b>	Acidente Vascular Encefálico	02
	Diabetes Mellitus descompensado	

Fonte: Elaboração própria, 2022

Sobre a gestão dos processos de trabalho, 62,5% responderam que a definição da agenda é feita em conjunto com a equipe apoiada, 46,9% disseram que a definem junto a outros

especialistas do NASF, 18,8% responderam que a organizam independentemente<sup>27</sup>. Um único profissional relatou que cabe ao gerente da USF definir o que vai ser feito ao longo do dia.

Solicitou-se aos participantes desta etapa do estudo que, utilizando uma escala de 01 a 05 - onde 01 é o menor grau e 05 é o maior grau -, apontassem em que medida os membros das equipes vinculadas buscam seu apoio. Para fins de comparação entre as respostas, foi feita a padronização dos escores encontrados, atribuindo-se valores de 01 a 05 para os pontos da escala de valor, multiplicados pelo número de ocorrência de cada resposta. Sendo assim, foram calculados os seguintes valores, expressos na Tabela 08:

Tabela 08 – Profissionais que buscam apoio do NASF

<b>Profissional</b>	<b>Respostas</b>	<b>Escore</b>
Enfermeiro(a)	(1x1)+(2x2)+(7x3)+(9x4)+(12x5)	122
Agente Comunitário de Saúde	(3x2)+(7x3)+(10x4)+(11x5)	122
Médico(a)	(2x1)+(5x2)+(9x3)+(9x4)+(7x5)	110
Gerente de Unidade Básica de Saúde	(1x1)+(5x2)+(10x3)+(9x4)+(5x5)	102
Técnico(a) de Enfermagem	(7x1)+(6x2)+(10x3)+(7x4)+(2x5)	87
Dentista e/ou Equipe de Saúde Bucal	(16x1)+(8x2)+(3x3)+(3x4)+(1x5)	58

Fonte: Elaboração própria, com dados coletados do websurvey, 2022

Utilizando-se os mesmos métodos de padronização adotados acima, dessa vez para verificar em que medida os apoiadores do NASF realizam interconsulta com os membros da ESF, onde 01 é em menor grau e 05 em maior grau, chegou-se aos seguintes resultados da Tabela 09:

Tabela 09 – Profissionais que realizam interconsulta com o NASF

<b>Profissional</b>	<b>Respostas</b>	<b>Escore</b>
Profissional do NASF	(3x1)+(4x2)+(3x3)+(7x4)+(15x5)	123
Enfermeiro(a)	(2x1)+(8x2)+(9x3)+(7x4)+(6x5)	103
Médico	(5x1)+(6x2)+(3x10)+(4x11)	91
Dentista	(25x1)+(2x2)+(3x3)+(1x4)+(1x5)	67

Fonte: Elaboração própria, com dados coletados do websurvey, 2022

De acordo com 53,1% dos profissionais, os casos compartilhados com o NASF são discutidos quando encaminhados e ao longo do acompanhamento, e 34,4% relataram que os discutem somente no momento do encaminhamento. Outros 9,4% apontaram que as discussões

<sup>27</sup> Utilizando-se outros filtros, verificou-se que 02 dos 06 especialistas que responderam que definem suas agendas de trabalho de forma independente também disseram que consultam outros profissionais, já que a pergunta permitia mais de uma resposta. Por outro lado, 04 respondentes- 12,5% dos profissionais - afirmaram serem os únicos responsáveis pela gestão de suas agendas de trabalho.

acontecem ao longo do acompanhamento, e um especialista afirmou que os casos são encaminhados sem discussão prévia.

A participação dos profissionais do NASF nas reuniões técnicas promovidas pela eSF se dá a partir dos convites feitos pelas equipes apoiadas - 59,4% - e também pela iniciativa dos membros do NASF de se oferecerem para ocupar esses espaços - 53,1%. Dos respondentes, 28,1% participam quando tem algum caso para discutir com o NASF, 12,5% apontaram que participam somente quando tem algum caso pautado relativo ao seu núcleo profissional e 3 especialistas - 9,4% - não têm o costume de participar de reuniões técnicas das USF.

Cerca de 69% dos especialistas têm a iniciativa de ofertar temas para momentos de educação permanente, produzem materiais de apoio, rotinas e protocolos a partir da identificação da necessidade das equipes apoiadas; 62,5% informaram que oferecem esse tipo de apoio a partir de demandas endereçadas pelas equipes vinculadas; 15,6% disseram que possuem um cardápio de ofertas para serem ofertados às USF; 28,1% responderam que os temas, materiais de apoio e protocolos são oferecidos de acordo com os encaminhamentos que chegam ao núcleo profissional; 12,5% responderam que o fazem a partir da orientação da gestão do NASF e apenas 02 especialistas relataram que não tem a prática de oferecer esse tipo de apoio.

O NASF de Maricá, segundo as respostas dos participantes, tem uma atuação muito próxima entre seus especialistas, 75% relataram que atuam em muitas ações com outros membros do NASF, 12,5% apontaram que a atuação conjunta ocorre em algumas atividades e um profissional respondeu que atua em poucos momentos em parceria outros técnicos da equipe. Os outros 9,4% responderam que não se encontram com outros membros do NASF nas unidades em que atuam.

Boa parte dos membros, 59,4% dos respondentes, afirmaram participar de reuniões semanais com a equipe NASF, 21,9% relataram que suas equipes se reúnem quinzenalmente. Três profissionais - 9,4% - informaram que não participam das reuniões de suas respectivas equipes.

Quando perguntados sobre quem é identificado como apoiador de seus processos de trabalho na pandemia, 84,4% dos profissionais identificaram na própria equipe do NASF apoio para o desenvolvimento dessas atividades. A gestão aparece em 65,6% das respostas, os gerentes das unidades são mencionados por 40,6%, as equipes apoiadas em 37,5% das respostas e 31,3% auto identificam-se como apoiadores de seus próprios processos de trabalho.

Em relação aos encontros coletivos promovidos pela gestão do NASF, 68,8% da equipe avalia que as reuniões gerais são espaços potentes para discutir os desafios do apoio matricial internamente, mas também uma oportunidade de discutir os processos de trabalho com outros membros da ESF - 62,5%. Entretanto, 12,5% dos especialistas responderam que as reuniões poderiam ser melhor aproveitadas pela gestão e 03 profissionais não souberam responder.

Para 62,5%, é satisfatório o modo como as informações da rede de serviços do município vem sendo disponibilizadas aos profissionais pela gestão, outros 25% assinalaram o ponto central da escala likert - ponto neutro ou de indecisão -, e 12,6% responderam que as informações que vêm sendo compartilhadas não são satisfatórias.

O Quadro 14 traz a síntese do websurvey, foi organizado a partir das 05 categorias de análise propostos na pesquisa.

Quadro 14 – Síntese do websurvey

<p><b>Perfil profissional dos membros do NASF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipe nova, com a maioria dos membros ingressando durante a pandemia de Covid-19.</li> <li>- Metade dos membros já possuía experiência em apoio matricial antes de entrar na equipe do município.</li> <li>- Grande parte recebeu formação da gestão para desenvolver o apoio matricial, principalmente os que ingressaram antes do início da pandemia.</li> <li>- Um pouco mais da metade reconhece que os documentos oficiais governamentais que orientam as práticas do apoio matricial contribuem para seu processo de trabalho.</li> </ul>
<p><b>Relação interprofissional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- As agendas de trabalho do NASF têm sido definidas em conjunto com a equipe apoiada, no entanto, alguns especialistas a definem de forma independente.</li> <li>- Quem mais busca o apoio do NASF são os enfermeiros e ACS.</li> <li>- A maioria dos casos encaminhados aos especialistas são discutidos no momento do compartilhamento e ao longo do acompanhamento.</li> <li>- A participação em reuniões técnicas promovidas pela eSF se dá por convite feito pelos gerentes, e também por iniciativa do NASF em se oferecer para estar nos espaços coletivos.</li> <li>- As interconsultas são realizadas principalmente entre os próprios membros do NASF, e desses com os enfermeiros da ESF.</li> <li>- Os especialistas do NASF atuam de forma conjunta com outros membros do NASF em muitas ações.</li> <li>- Há reuniões periódicas de planejamento interno da eNASF, de frequência semanal, na maioria das vezes, com a participação de grande parte da equipe.</li> <li>- Materiais de apoio e ações de educação permanente são ofertados aos apoiados sempre que se identifica a necessidade de tal intervenção, bem como quando são solicitados pelas equipes vinculadas e usuários.</li> </ul>
<p><b>Processos de trabalho na pandemia de Covid-19</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A maior parte da equipe participou de atividades de formação sobre a pandemia, no entanto, um número considerável de profissionais informou não ter participado de nenhum espaço de capacitação sobre a Covid-19.</li> </ul>

Fonte: elaboração própria, 2022 (continua)



Quadro 14 – Síntese do websurvey (continuação)

<p><b>Processos de trabalho na pandemia de Covid-19</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Os novos processos de trabalho foram discutidos principalmente com os membros do NASF do distrito, com orientações vindas da gestão.</li> <li>- O profissional do NASF identificou nos outros membros do NASF os maiores apoiadores durante a pandemia.</li> <li>- Houve o aumento das demandas ao longo da pandemia para a maioria dos especialistas.</li> <li>- Os atendimentos individuais ocorreram normalmente, respeitando-se todos os protocolos de biossegurança.</li> <li>- As atividades coletivas foram suspensas temporariamente, sendo retomadas com a adoção dos protocolos sanitários.</li> <li>- As visitas domiciliares foram realizadas com a redução no número de profissionais envolvidos.</li> <li>- Os equipamentos da RAPS do município foram os serviços mais acionados pelo NASF de todos os dispositivos da rede de recursos.</li> <li>- O WhatsApp é a ferramenta mais utilizada no apoio remoto a usuários e equipes apoiadas, seja através de mensagem de texto ou de gravação de voz; muitos profissionais relataram que não realizam apoio remoto aos usuários.</li> <li>- As estruturas físicas foram consideradas pouco adequadas para o desenvolvimento do trabalho dos profissionais na pandemia.</li> </ul>
<p><b>Padrão de agravos na pandemia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Questões relacionadas à saúde mental foram as mais mencionadas - especialmente ansiedade -, seguida dos agravos da área estratégica de Alimentação e Nutrição.</li> <li>- Serviços da RAPS foram os mais acionados pelos especialistas, equipamentos da Assistência Social também foram articulados no período.</li> </ul>
<p><b>A gestão e o NASF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Houve a falta de ofertas de espaços para discutir aspectos relacionados à pandemia.</li> <li>- Gestão identificada como apoiadora dos profissionais nas questões que envolvem a Covid-19.</li> <li>- O modo como são disponibilizadas as informações sobre a rede de saúde do município pela gestão foi considerado satisfatório.</li> <li>- As reuniões gerais promovidas pela gestão foram consideradas como espaços potentes de discussão, que podem oportunizar a reflexão sobre o processo de trabalho com outros membros da ESF.</li> </ul>

Fonte: elaboração própria, 2022

#### 4.4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

##### 4.4.1 - Perfil profissional dos membros do NASF

Analisando os resultados encontrados no estudo, é possível verificar que muitos profissionais ingressaram na equipe durante a pandemia, configurando-se como uma equipe de trabalho nova, sem experiência de atuação em equipe NASF no município<sup>28</sup>. Isso ocorre devido ao fato da OSS ter assumido a gestão da APS no mesmo momento em que os casos de Covid-19 começaram a aumentar também em Maricá, em março de 2020. Ter profissionais com pouco conhecimento da rede de saúde, e uma das funções do NASF é a inserção das equipes vinculadas

<sup>28</sup> Outro fator que reforça a característica de uma equipe novata é que no momento em que foi realizada esta fase do estudo, 09 profissionais não puderam ser incluídos na amostra por terem menos de 90 dias de atuação no NASF de Maricá. Considerando-se o universo de todos os 48 membros da equipe, sem utilizar o critério de exclusão citado, apenas 15 já atuavam no NASF antes da chegada da OSS e da pandemia, outros 33 ingressam depois de março de 2020, em momentos distintos.

na rede, exigiu uma atuação importante da gestão no fornecimento de informações sobre os territórios.

Ainda que a equipe apresente muitos especialistas recém inseridos no NASF do município, metade dos respondentes afirmaram que já possuíam experiência prévia em apoio matricial antes de ingressarem, número que aumenta para 77% quando são considerados aqueles com menos de 1 ano na equipe, e que foram contratados pela OSS. Sobre o processo de contratação, um dos entrevistados relatou que ter experiência prévia era importante, mas outros critérios também foram considerados na seleção.

*“Era um momento que a gente precisava dar algumas respostas, muito por conta da contratualização [com a prefeitura]. Seria um diferencial quem tivesse tido experiência, era desejável a experiência, mas não foi um critério excludente, ter trabalhado no NASF. [...] A diferença é quem tinha uma inclinação para esse cuidado coletivo, tinham essa visão do SUS, de saúde pública. Isso chamou muito mais atenção do que ter tido 02, 03 anos trabalhando como NASF, mas talvez não ter atuado na lógica NASF de fato, não nesse conceito da clínica ampliada, não no conceito de um trabalho em equipe, onde a equipe se auto matricia, por exemplo”.*

Por outro lado, quando são considerados apenas os especialistas mais antigos na equipe, somente 21% afirmaram que já possuíam experiência com apoio matricial quando ingressaram no NASF de Maricá, o que aponta uma diferença entre as formas de contratação profissional que eram adotadas antes da OSS das atuais exigências e características que se procura nos especialistas.

Outro aspecto que pode ser relacionado à experiência prévia, diz respeito a momentos de capacitação realizados pela gestão para discutir o apoio matricial. Antes da entrada da OSS, os profissionais que ingressavam na equipe passavam por momentos de formação em apoio matricial, segundo relato de 85% dos especialistas mais antigos e dos gestores entrevistados.

*“Os que vinham de outros ambientes ou que tinham não tinha relação direta com a Atenção Primária a gente desenvolvia oficinas e movimentos de capacitação para poder discutir o que era o NASF, qual era o papel do NASF [...] Quem não tinha a expertise na Atenção Primária, na saúde coletiva e na Saúde da Família, a gente desenvolvia ao longo do processo”.*

Para os que foram contratados com menos de 01 ano, a porcentagem de especialistas capacitados cai para 28%. Se antes, havia um investimento da gestão na formação dos profissionais para operar num modo de gestão da clínica que ainda estava em construção, nos dias de hoje já é possível encontrar muitos especialistas com acúmulo de experiência como apoiadores matriciais, e que já dispõe de conhecimento técnico acerca dos modos de funcionamento do NASF.

A exigência de experiência prévia de atuação se torna plausível num cenário onde existe a consolidação de uma política e de uma prática, com acúmulo de profissionais capacitados para operá-la, como é o caso do NASF. Isso ocorreu devido a aposta e investimento feito pelo MS na interprofissionalidade na Atenção Básica, a partir do modelo de arranjo NASF. Um processo de construção de mais de uma década, que vem sendo desfeito pelo MS desde as mudanças impostas pelo Programa Previne Brasil – e que pode ser observado no Gráfico 02 -, trazendo muitas perdas para a saúde pública, visto que um dos seus desafios é a formação do trabalhador para atuar no SUS (CECILIO & REIS, 2018).

A maioria dos membros da equipe buscou iniciativas de formação e conhecimento sobre a pandemia, entretanto, um número considerável de profissionais não participou de nenhum momento de capacitação sobre a Covid-19 - 37,5% -, um número alto, dado as profundas mudanças impostas neste cenário para as práticas de saúde. Outro ponto de destaque refere-se ao pouco investimento feito pelas áreas técnicas da prefeitura e OSS na discussão sobre a Covid-19, com apenas 12,5% dos especialistas mencionando que participaram de capacitação oferecida pela gestão. Outros participaram de formações oferecidas por instituições externas, no entanto não é possível garantir a qualidade e o grau de aprofundamento dessas capacitações.

Importante ressaltar o número de profissionais que foram capacitados também pelas equipes apoiadas,  $\frac{1}{4}$  dos participantes, mostrando a via de mão dupla do apoio, onde o matriciador também passa por momentos onde ele é matriciado pela equipe que usualmente apoia.

#### 4.4.2 - **Relação interprofissional**

As agendas de trabalho dos profissionais do NASF são definidas em conjunto com as equipes apoiadas, e também em articulação com os outros membros especialistas. Programar as intervenções conjuntamente com aqueles que demandam o apoio, e discutir o modo como elas serão executadas e respondidas, permite que as ações sejam realizadas de maneira compartilhada, em equipe, trazendo a corresponsabilização daqueles que participam de sua contratualização. Quando são implicados no planejamento e gestão do processo de trabalho, o cuidado em saúde passa a ter outro sentido para aqueles que o executam, com ganhos para além de seu valor de uso utilitário. O trabalho produzindo mercadoria – o cuidado em saúde – e engendrando mudanças no sujeito trabalhador.

Um outro aspecto importante nessa pactuação relaciona-se às condições objetivas para que as intervenções dos apoiadores aconteçam, como a garantia de infraestrutura e espaços

físicos protegidos para realização das atividades grupais, interconsultas ou mesmo dos atendimentos individuais. Outras ações, como visitas domiciliares, só podem ser realizadas se forem viabilizadas algumas condições mínimas, como a garantia do deslocamento até a residência do usuário. Sendo assim, é imprescindível que haja acordos com as equipes apoiadas, seja a partir da discussão dos casos encaminhados ou em participação em reuniões de planejamento conjunto.

Um número considerável de respostas sinalizou que as agendas de trabalho também são fruto da pactuação entre os membros do próprio NASF. Isso se justifica frente ao grande número de especialistas que informaram atuar em conjunto com os outros profissionais do Núcleo, o que demanda a participação em reuniões de planejamento e avaliação coletiva dos projetos que estão sendo executados. Um fator que corrobora nesse sentido está relacionado à participação da maioria dos profissionais em reuniões semanais do NASF, e dos poucos que disseram não participar de encontros com suas respectivas equipes.

Entretanto, outros 04 especialistas responderam que suas agendas são definidas única e exclusivamente por eles, sem a negociação com outros profissionais, operando numa direção de trabalho contraditória ao apoio matricial. Uma das funções da proximidade entre as equipes de referência e o NASF é o de possibilitar a cogestão do cuidado em saúde, com as demandas que são endereçadas aos especialistas e os devidos desdobramentos do caso sendo articulado entre apoiadores e apoiados. A partir dessa articulação, planejar as intervenções que vão compor a agenda do NASF, definindo o que vai ser feito no território coletivamente. Ao não discutir suas agendas com outros profissionais, trabalha-se na lógica da autogestão, que é contrária ao que é proposto na cogestão.

A aproximação entre os membros do NASF em espaços periódicos coletivos trouxe o fortalecimento das práticas dos profissionais ao longo da pandemia. Os novos processos de trabalho foram discutidos nas reuniões de equipe NASF do distrito, pela maior parte dos trabalhadores. No apoio à gestão do trabalho frente à pandemia, novamente a própria equipe é considerada como os maiores apoiadores. Isso se torna possível pois é garantido na agenda um turno de reunião semanal do NASF, espaço de planejamento estimulado pela gestão.

O trabalho conjunto entre os especialistas do NASF contribui para as equipes se constituírem enquanto um coletivo. Para a pesquisadora Tatiana Anéas (2018, p. 109), a aproximação entre os membros da equipe é construída devido a necessidade de formação de uma identidade de grupo, “uma identidade que pode se construir de uma forma mais simbiótica entre os seus integrantes, mas que também pode-se reconhecer que este seja um movimento

importante para poder estabelecer um processo de abertura para a diferença e para o outro”. O grupo que se constituiu enquanto equipe NASF, que se apoia e se fortalece para enfrentar os desafios diários, inclusive num cenário completamente imprevisível de uma pandemia.

Os resultados mostram que os profissionais que mais buscam apoio do NASF são os enfermeiros e ACS, que obtiveram o mesmo escore padronizado. Em seguida, vêm os médicos, gerentes, técnicos de enfermagem e, por último, dentista e/ou equipe de saúde bucal. Sobre esse resultado, um dos gestores entrevistados aponta que tal fato pode dar-se por diversos fatores, como o maior número ACS que outras categorias, além das possibilidades de ocorrerem encontros com os especialistas do NASF, devido à circulação dos ACS pelas USF.

*“O enfermeiro é esse que não circula tanto, mas ele circula mais do que o médico. O médico ainda está muito dentro do consultório, muito para atender essa demanda de agendamento, de medicação e tudo mais. Quando o NASF precisa encontrar com o médico é o NASF que tem que ir até ele, na maioria das vezes”.*

Outra justificativa para esse resultado seria a legitimação dada pelas áreas técnicas da prefeitura e OSS para que o ACS possa acionar os apoiadores, assim como qualquer outro membro da equipe mínima. Com isso, evitar que o acesso ao NASF fique centralizado ou restrito aos médicos ou a outros profissionais de nível superior.

*“Muito da coordenação NASF, tanto do município quando da OSS de dizerem sim, que o ACS é um profissional de saúde, que sim, o NASF pode fazer contato com esse profissional, que não há impedimentos, isso muito diz dessa autorização, entre aspas, a gente os autoriza de conversar com o ACS”.*

O NASF, por definição, tem como compromisso o apoio a toda eSF, e o modelo brasileiro não entende uma eSF sem a presença do ACS. Esse profissional de saúde, talvez mais que qualquer outro da estrutura da ESF, conhece os usuários adscritos, e foi um dos profissionais que não se afastou do território, mesmo durante os piores momentos da pandemia. Um dos entrevistados relata que, no início, foi fundamental a aproximação do NASF com os ACS, no sentido de trazer o

*“fortalecimento da abordagem do ACS, porque era ele que ainda estava circulando no território. Era um momento em que era necessário fazer cadastro, muito para dar acesso à população. O ACS ia na casa do usuário, das famílias... e foi importante fortalecer as ações, apoiar o ACS que estava muito amedrontado de ir pra rua porque, era um momento que só se falava isso, fique em casa, fique em casa... em todos os lugares, na TV, nos jornais... e quem é esse que não deve seguir a ordem, fique em casa?”.*

Os maiores parceiros de interconsultas do NASF são os próprios profissionais do NASF, seguido dos enfermeiros e médicos das eSF. Para um dos entrevistados, muitas vezes quando o especialista encontra barreiras para acessar as unidades, e não ocorre a vinculação ou

possibilidade de trabalho com as equipes mínimas, ele busca espaço junto aos próprios parceiros do NASF.

Cabe um destaque sobre as interconsultas, nenhum especialista apontou com grau máximo - valor 05 - interconsulta com médico, diferente de todos os outros profissionais que obtiveram ao menos 01 grau máximo, como é o caso do dentista. Podem ser feitas diferentes interpretações sobre essa questão. Na 1ª, ela pode denotar a falta de abertura dos médicos e médicas das unidades básicas aos especialistas do NASF. Também pode indicar a impossibilidade desses agrupamentos acontecerem na pandemia, devido a necessidade de distanciamento trazido pelas medidas sanitárias adotadas. Outro dificultador das interconsultas são agendas de trabalho eventualmente desencontradas entre os profissionais, com datas não coincidentes entre os dias do NASF na Unidade e a disponibilidade dos médicos para a consulta compartilhada. Um dos gestores entrevistados reflete sobre a interconsulta:

*“Algo que ainda é desafiador é essa aceitação de ter um outro profissional junto... algumas categorias elas ainda... talvez até por uma questão cultural mesmo, você sai da universidade, você é ensinado a trabalhar sozinho, a atender no seu consultório sozinho. [...] Por conta de ainda não entender esse fazer junto, justifica-se essa não aceitação de estar junto como uma falta de tempo. Um dos argumentos que se utiliza muito é essa coisa, ‘ah, mas eu não tenho tempo de atender junto com o profissional do NASF, porque eu tenho uma agenda eu tenho que atender vários pacientes’”.*

No dispositivo da interconsulta, além da troca de conhecimentos deve ocorrer a corresponsabilização entre os profissionais que estão partilhando o caso. Sendo assim, a interconsulta não deve se restringir apenas a um momento onde a eSF vai ter uma segunda opinião ou um parecer técnico do especialista (GUTIERREZ, 2014). Na consulta compartilhada, núcleos profissionais distintos interagem com usuários, e também entre si, em uma ação onde diferentes formas de intervenção e de manejo sobre determinado problema de saúde ocorrem no setting da consulta. Através da colaboração e da observação se opera a dimensão técnico-pedagógica do apoio matricial, que a partir do compartilhamento de práticas e saberes possibilita a ampliação da capacidade resolutiva de todos os envolvidos. Para um dos entrevistados, são muitos os desafios dessa troca, como *“as limitações de tempo, de quantidade de profissional, de estrutura física, de entendimento também das outras profissões, das carreiras, dos profissionais... esse compartilhamento de saberes e práticas acaba bastante prejudicado”*.

Quase a totalidade das respostas afirmaram que os casos encaminhados são discutidos com os apoiadores, seja no momento inicial em que são passados ou ao longo do acompanhamento, o que aponta para uma prática de trabalho dialógica entre ESF e NASF. Apenas 1 profissional respondeu que os casos não são discutidos antes da passagem.

Um dos grandes desafios para o apoio matricial é o de propor um modo de funcionamento em que as ações e intervenções propostas são cogéridas, e para que isso ocorra, é necessário que as equipes tenham espaços de discussão e de planejamento conjunto. A discussão do caso por si só não garante a cogestão, porém, sem que ela ocorra repete-se as antigas formas de encaminhamento. Mais que isso, é preciso que ambas equipes acreditem na potência do trabalho em equipe, que vejam sentido e resolutividade e que estejam abertas para a cooperação e divisão de tarefas, contratualizadas nos espaços coletivos. “Essa potência do coletivo, expressa no trabalhar em equipe, será aumentada ou diminuída, ampliada ou estrangida, dependendo da maneira como se dão as relações entre os trabalhadores, de como se opera a relação produção de saúde/produção de subjetividade” (BARROS e BARROS, 2007, p. 83).

Um entrevistado sinaliza outro aspecto importante a ser considerado pelos especialistas, e que normalmente é negligenciado pelas equipes, a participação ativa dos usuários frente às suas questões de saúde. Se um dos objetivos da interprofissionalidade do NASF na APS é promover o cuidado ampliado e compartilhado, os profissionais precisam trazer para o centro da discussão aquele que tem que ser o sujeito central do cuidado.

*“A gente fala muito de corresponsabilização, mas a gente não traz o usuário para essa discussão, do que é ser corresponsável, do que é ser um sujeito ativo na perspectiva de seu tratamento, dos processos prevenção e de promoção e da sua saúde, das próprias questões que envolvem o ambiente que ele vive, da sua comunidade. A gente não costuma, enquanto profissional, ainda que numa perspectiva de Saúde da Família e Atenção Básica, fazer esse movimento de corresponsabilidade. A gente fala muito sobre isso, mas pouco consegue colocar isso em prática”.*

A forma como as demandas endereçadas ao NASF vão ser respondidas fazem parte do campo de ação interprofissional, onde o modo como o apoio vai se configurar naquele caso singular vai ser planejado entre os membros das equipes. Assim como é importante que os apoiadores estejam abertos e receptivos para os pedidos que chegam, eles devem ter uma proatividade para ofertar materiais de apoio, discutir rotinas e protocolos de trabalho e ações de educação permanente. Nesse sentido, os profissionais do NASF os oferecem sempre que identificam a necessidade de produção desses materiais, assim como quando as equipes apoiadas solicitam.

A oferta de temas para a discussão posiciona o apoio matricial para além de uma simples ação de educação permanente, pois uma das funções do apoiador é perceber as necessidades das equipes e territórios, ainda que esses não as tenham identificado. Para um dos entrevistados,

*“o apoio matricial é essencial para o desenvolvimento das ações em saúde, independentes delas estarem mapeadas ou não no território, independente do território reconhecer ou conhecer os seus indicadores, porque a partir do apoio matricial que a equipe se fortalece para atender as demandas que ela ainda não consegue ver. E que ela ainda não tem condições de responder, ou por falta de expertise, ou mesmo por desconhecimento daquela área de atuação específica, ou da própria estrutura da rede municipal, ou da rede local de apoio. Uma das grandes questões que envolve limites para o apoio matricial está muito relacionada à própria construção de rede, a própria forma de entendimento dos profissionais na organização e construção de rede”.*

A definição de como cada profissional vai atuar, no desdobramento de um PTS, por exemplo, deve ser fruto de um ato comunicativo, de articulação e abertura. E que precisa ser construído entre todos que participam do cuidado, ou corre-se o risco de instituir uma relação de trabalho meramente instrumental, com algumas formações profissionais exercendo o controle sobre outros saberes (PEDUZZI, 2007). Um dos gestores ouvidos faz algumas ponderações:

*“Ainda que a Atenção Primária e a ESF tenham uma lógica bem diferente do que a gente vê no modelo hospitalar, no modelo biologicista, o modelo biomédico está muito arraigado nas raízes dos profissionais. Boa parte dos profissionais são formados na perspectiva de trabalhar dentro da sua caixinha, e não de compartilhar saberes e práticas. A aceitação dos profissionais nesse movimento de multiprofissionalidade, de interdisciplinaridade e de compartilhamento acaba limitando o desenvolvimento dos processos de apoio matricial. Por vezes desmotivando a equipe que faz o apoio matricial, por vezes limitando a atuação ou impedindo que esse apoio ocorra no território”.*

#### **4.4.3 - Processos de trabalho na pandemia de Covid-19**

Com a necessidade de distanciamento social, as atividades coletivas com usuários, uma das práticas mais potentes e comuns do NASF, foram interrompidas temporariamente. Chama atenção o fato de nenhum profissional ter respondido que utilizou a estratégia de oferecer atividades remotas para suprir a impossibilidade de agrupamento, prática que pôde ser relatada em experiências de outros municípios durante a pandemia (COSTA et al., 2020; OLIVEIRA et al., 2020; REDE APS, 2020).

Apesar das restrições impostas pelo município, as equipes realizaram algumas ações coletivas, respeitando-se todas as medidas de biossegurança, especialmente intervenções em salas de espera, como no Agosto Dourado e no Setembro Amarelo de 2020. A participação e integração da 1ª turma de residência multiprofissional na SF de Maricá junto aos preceptores do NASF fortaleceu essas e outras ações de prevenção e promoção à saúde, e de enfrentamento a um cenário pandêmico ainda desconhecido.

As abordagens individuais não foram interrompidas durante a pandemia, sendo adequada de acordo com as medidas sanitárias necessárias. Apesar das mudanças de protocolo,



da falta de conhecimento e das informações desconstruídas no início da pandemia, houve o aumento dos atendimentos diretos, e os profissionais organizaram essas demandas principalmente por meio de consultas compartilhadas. Consultas eletivas e algumas linhas de cuidado precisaram ser suspensas temporariamente, impactando nos indicadores de produção do NASF. As unidades reorganizaram suas agendas e fluxos para não perderem o acompanhamento dos grupos prioritários, como as gestantes e o pré-natal, a puericultura, os idosos mais frágeis, hipertensos e diabéticos. Um dos entrevistados relata que

*“a todo dia era um repensar sobre o processo de trabalho, a todo momento vinham informações diferentes. De fato, teve uma queda na prática das atividades coletivas e dos grupos, mas também teve o aumento das consultas individuais e compartilhadas, reforçando o compartilhado para não ser capturado pela ambulatorização”.*

Entretanto, uma questão se colocava, de que forma o NASF poderia contribuir efetivamente para a ESF, já que todas as ações estavam centralizadas no enfrentamento à Covid-19. Como organizar as ações de apoio junto a equipes e usuários, a partir de um cenário ainda desconhecido? Era comum na fala dos profissionais, de acordo com um dos entrevistados, o discurso de que *“somos profissionais de saúde, estamos na linha de frente. A nossa atribuição não vai ser essa invasiva de aplicar injeção ou de puncionar a veia, de fazer testagem, mas a gente tem outra linha de frente que é a do apoio a esses profissionais que estão fazendo esse trabalho”*.

Algumas equipes promoveram espaços de circulação de fala e escuta dos trabalhadores da ESF, atividade que foi denominada “Cuidando de quem cuida”. Nesses encontros os medos, as angústias e as dúvidas dos profissionais, tanto das equipes mínimas como do NASF, eram acolhidas coletivamente.

*“Os psicólogos acabaram saindo na frente, por conta do ouvir, do acolher... as pessoas [estavam] muito angustiadas. Foram trabalhando com a angústia dos profissionais, com a angústia da própria equipe, e tendo que lidar com sua própria angústia também. Nos primeiros meses os profissionais que tinham um manejo de escuta se saíram melhor”.*

No início da pandemia, o NASF precisava se inserir nessas novas dinâmicas de processo de trabalho e, inicialmente, muitos profissionais foram designados para acompanhar a vacinação da H1N1, que teve o seu calendário adiantado e foi aplicada nos domicílios. A função dos especialistas era a de participar do acolhimento aos mais idosos e levar informações da campanha de vacinação e sobre a pandemia.

Com o início da imunização de Covid-19 em 2021, alguns especialistas passaram a apoiar os polos de vacinação que foram instalados na cidade, outros participaram das equipes volantes que visitavam domicílios de acamados e outros usuários que necessitavam serem

vacinados em casa. Se ao longo do ano de 2020 foi necessária a interrupção de muitas frentes de trabalho, a campanha de imunização introduziu uma nova forma de apoio. Ainda que essas adaptações possam ser entendidas como eventuais desvios de função, elas foram importantes para contribuir no enfrentamento à pandemia, uma emergência sanitária em que todos os profissionais de saúde precisavam se engajar.

Houve ainda a redução do número de profissionais nas visitas domiciliares e a menor circulação pelos territórios. Com interrupção temporária das atividades grupais, o processo de trabalho foi sendo organizado de modo mais individualizado, dentro dos consultórios, um *modus operandi* diferente daquele almejado pela ESF, que precisa aliar a atenção individual com as abordagens coletiva, familiar e comunitária.

Muitos profissionais responderam que não utilizam o tele apoio/tele atendimento com usuários, mesmo em tempos de distanciamento social. Entretanto, um fato deve ser ponderado e que talvez explique essa pouca adesão, o NASF não dispõe de telefone institucional próprio. Ao não possuir um número protegido, muitos não se sentem à vontade de expor seus contatos pessoais, e de terem suas vidas particulares atravessadas pela vida profissional, com ligações e mensagens fora do horário de trabalho, o que acaba por afastá-los ainda mais desse tipo de abordagem.

Um outro dado que precisa ser considerado é a possibilidade concreta desse tipo de apoio se efetivar na prática, pois grande parte dos usuários acompanhados pelo SUS são de camadas populares, que podem não dispor de condições socioeconômicas para adquirir um smartphone com internet, e que permita um acompanhamento remoto eficaz. Outros são idosos, sem domínio e conhecimento para utilização das novas tecnologias comunicacionais. Portanto, há de se cuidar para que o maior uso dessas ferramentas não se transforme numa nova barreira de acesso aos usuários do SUS, e que não seja produtora de mais iniquidade em saúde.

Segundo Angélica Fonseca e Marcia Morosini (2021, p. 24-25), outros aspectos devem ser ponderados na ampliação do uso das tecnologias digitais de informação e comunicação, como a perda da importância da territorialização, devido à menor circulação e presença dos profissionais nos territórios adscritos.

“Outra condição é substituir a ‘atenção à saúde’ por ‘assistência individual’ – atualizada para ‘atenção centrada na pessoa’ –, modelo de práticas que tem maior compatibilidade com o formato ‘tele’ e que vinha perdendo espaço na caracterização do cuidado em saúde mediante a luta histórica em torno da concepção biopsicossocial do adoecimento e da perspectiva da integralidade. Embora não seja possível antecipar todas as consequências, é necessário atentar para o risco de se acentuar a invisibilidade das dinâmicas sociais na produção do adoecimento e de se limitar o foco da atenção, enfatizando aspectos clínicos que reforcem o modelo de queixa-conduta que a ESF busca superar”.

Por outro lado, a maioria dos profissionais utilizam o apoio remoto com as equipes acompanhadas, especialmente através do WhatsApp. Essa ferramenta de comunicação vem sendo amplamente utilizada pelos profissionais de saúde, e muitos casos já vinham sendo compartilhados por meio dessa tecnologia, mesmo antes da pandemia. Importante ressaltar que o simples fato de enviar e receber uma mensagem de texto ou de voz não configura em si um ato de cuidado colaborativo, podendo ser simplesmente a passagem de informação por meio de uma comunicação superficial, trazendo uma falsa sensação de compartilhamento e trabalho em equipe (PREVIATO e BALDISSERA, 2018).

As estruturas físicas foram consideradas como pouco adequadas para o desenvolvimento do trabalho dos profissionais na pandemia. A presença de mais especialistas do NASF, equipes mínimas completas, somado aos residentes que chegaram ao município em março de 2020, trouxeram outros atravessamentos para a organização dos ambientes das USF, e conseqüentemente para a operacionalização do apoio matricial. O peso das atividades coletivas nas intervenções diárias do NASF, somado à necessidade de distanciamento físico e de ambientes ventilados trazidos pela pandemia, resulta numa equação de difícil resolução para uma rede que cresceu em número de trabalhadores, mas que não aumentou os espaços físicos das unidades.

Cabe aqui uma reflexão, ainda que todas as estruturas físicas fossem perfeitamente adequadas para a atuação do NASF antes da pandemia, a organização desses espaços seria suficiente para as adequações que a pandemia impôs ao processo de trabalho das equipes? É possível prever ou se adiantar a todos os cenários de emergências sanitárias e outras catástrofes?

Supõe-se que a inadequação apontada pelos profissionais se relaciona não só ao cenário pandêmico, pois observa-se que o crescimento da APS no município ainda não veio acompanhado do aumento das estruturas físicas, em grande parte das 24 USF. unidades que contavam com 02 eSF passaram a ter 04 equipes nos mesmos locais de antes. Os prédios estão em bom estado de conservação, os mobiliários são novos, porém a maioria dos espaços físicos não foi ampliado. Alguns serviços funcionam em contêineres bem estruturados, outros, em casas alugadas, e poucas receberam obras para acréscimo de salas ou outros ambientes. A pouca adequação dos estabelecimentos de saúde apontada pelos profissionais reflete-se num dos grandes desafios para o NASF na pandemia, como operar entre pares e no coletivo, em tempos onde os agrupamentos devem ser evitados.

#### 4.4.4 – Padrão de agravos na pandemia

Sobre os agravos relacionados à pandemia, observa-se que as questões de saúde mental foram as mais apontadas - 31 vezes - aparecendo no questionário de 19 profissionais, o que equivale a 59,3% dos respondentes do websurvey. “Ansiedade”, “saúde mental” em geral, seguido de “depressão” foram os mais citados, dentre todos os agravos relatados.

O aumento de sofrimento psíquico durante a pandemia é um fenômeno que se reflete também em dados nacionais, estudo recente aponta um crescimento do número de segurados do Instituto Nacional de Seguridade Social afastados por transtornos mentais e comportamentais em 2020 (MREJEN et al., 2021). Os gestores entrevistados também relataram o aumento dessas demandas, e do acolhimento feito pelos especialistas do NASF a essas situações, especialmente para os trabalhadores das equipes apoiadas.

*“Teve um adoecimento muito por ansiedade, a saúde mental, a questão do medo, tomou muito conta dos profissionais. O medo de sair para fazer uma visita domiciliar, o medo de sair de casa e ir para o trabalho, esse desconhecido que iria encontrar no trabalho, como eu vou me comportar diante desse desconhecido, desse vírus desconhecido”.*

Em função desse contexto, é possível notar o grande número de articulações de rede realizadas com os equipamentos de saúde mental do município. Estes dispositivos foram mencionados por 25 dos 32 participantes do websurvey, ou seja, 78,12% dos profissionais do NASF acionaram em algum momento um dos serviços da rede de atenção psicossocial (RAPS), composto por CAPS II, CAPSi, CAPSad e EMAP. Este último, um arranjo de equipe multiprofissional substitutivo ao modelo ambulatorial, foi o mais citado.

A Equipe Multiprofissional de Atenção Psicossocial é um dispositivo criado em 2020 no município, baseado na portaria Nº 3.588/2017 do MS, que reordenou a RAPS e instituiu a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental, batizada de EMAP em Maricá. Formada por diferentes configurações entre psicólogos, médicos psiquiatras, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas, essas equipes respondem pela atenção das pessoas com transtornos mentais moderados, que demandam cuidados prolongados, psicoterapia ou assistência psiquiátrica continuada.

As 04 EMAP atuam de forma volante, uma em cada um dos distritos do município, em articulação com as ESF e NASF. O trabalho é de base territorial, com ações de matriciamento dos profissionais das eSF, interconsulta, atendimento individual e discussão de casos com o NASF. Configura-se como uma equipe intermediária e complementar das intervenções de saúde mental do NASF e do CAPS, em composição com outros pontos da RAPS.

Um dos desafios postos para algumas equipes EMAP e NASF é a definição acerca da responsabilidade das situações que chegam na ESF e limites de atuação de cada um desses profissionais, já que a avaliação da complexidade e gravidade do caso por muitas vezes é subjetiva. Outro ponto de discussão é em relação a sobreposição das ações que 02 equipes com atuações semelhantes poderiam ocasionar, já que o NASF também possui profissionais do campo da saúde mental. Por outro lado, a instituição de mais equipes que respondam pelo cuidado em atenção psicossocial pode oportunizar a ampliação do acesso aos usuários, algo de extrema importância dado o cenário pandêmico.

Muitas questões relacionadas à saúde mental têm impactos difusos em diferentes dimensões da vida, especialmente no cenário pandêmico. O medo e insegurança de adoecer, iminência da morte, isolamento social, possibilidade da perda do emprego e renda, dentre outras, tem rebatimento em diversos agravos apontados na pesquisa. Questões nutricionais, aumento das situações de violência intrafamiliar, dores provocadas por processos de somatização, por exemplo, são atravessados por sofrimento psíquico, por vezes não identificado. Um dos entrevistados pondera que, *“talvez uma compulsão ou uma anorexia não necessariamente vai estar relacionada com uma ansiedade, ou com uma perda de emprego, mas vai estar relacionada com a perda de grande parte da sua família, com o luto, uma necessidade de um preenchimento outro”*. Por isso, a intervenção na maioria das questões que envolvem a pandemia demanda uma abordagem de diferentes núcleos profissionais, por vezes envolvendo outras políticas públicas, não só a Saúde.

O mesmo entrevistado acredita que, a partir do advento da pandemia, o atendimento aos usuários, mesmo os que já eram acompanhados pelas unidades, vai ter que considerar outros aspectos.

*“Uma coisa que vai ficar dada para o NASF, para todas as categorias do NASF é ter uma aproximação com essa questão mais psíquica, mais psi de um modo geral. Porque até pra você chegar no seu cuidado nuclear, eu acho que antes você vai ter que ter uma conversa mais alongada, entender mais esse sujeito, na própria anamnese, essa anamnese vai ser muito ampliada e vai incluir itens novos que talvez a gente não incluía antes”*.

Cabem ainda algumas provocações, e que não serão respondidas aqui por não ser objeto do presente estudo: como não produzir um olhar medicalizante das questões sociais produzidas ao longo da pandemia, num contexto instabilidade econômica, fome e desemprego? De que modo a atenção psicossocial pode ser uma prática cotidiana do campo da APS como um todo, não privativa do núcleo dos especialistas “psis”? O grande número de menções à saúde mental

reflete de fato os maiores problemas da pandemia ou existem necessidades de saúde não identificadas pelos profissionais?

Depois de Saúde Mental, os agravos relacionados à área estratégica Alimentação e Nutrição aparecem em destaque. A “obesidade” foi o mais mencionado, agravo que poderia ser agregado a outras respostas, como “ganho de peso”, “sobrepeso”, “maus hábitos alimentares” e “distúrbios alimentares”. Optou-se por mantê-los separados devido a especificidade de cada um deles que, apesar da similaridade, apresentam diferentes nuances.

A “fome” foi classificada dentro de Alimentação e Nutrição, entretanto poderia ter sido abarcada nas Questões Sociais, pois também está relacionada com o “aumento da pobreza” e “falta de renda familiar” e “desemprego”. Outros agravos como “Conflitos familiares” e “violência intrafamiliar” foram incluídos também nas Questões Sociais, mas compreende-se que o tema violências é multifatorial.

O campo da Reabilitação, aqui compreendido de maneira mais ampliada, teve como maiores menções as “sequelas motoras” e “dores” - generalizada e em articulação. Esses agravos também tem relação com “problemas relacionados ao sedentarismo”, “falta de atividade física” e “fraqueza muscular”, classificados na área estratégica Práticas corporais e atividade física. Na Reabilitação foram incluídos problemas relacionados a “alteração deglutição, associados a sequelas respiratória e motoras”, na “fala” e “linguagem”.

Somam-se aos agravos apontados nos questionários todos os outros oriundos das internações das terapias intensivas que, ao terem alta, retornam para o segmento da APS (REDE APS, 2021b). Também faz parte da responsabilidade da Atenção Primária e de suas equipes o que foi denominado por Mendes (2020) de 3ª onda, que são os casos dos usuários portadores de doenças crônicas cujos tratamentos foram suspensos ou interrompidos devido a pandemia, e que tiveram seus estados de saúde descompensados.

Observa-se que grande parte dos agravos identificados, apesar de serem frutos de uma amostra pequena, dão pistas sobre que tipos de necessidades de saúde tem se configurado a partir do contexto pandêmico. A ESF vai precisar criar mecanismos de identificação e atenção a esses casos que, em sua maioria, demandam intervenções conjuntas de diferentes núcleos profissionais, renovando a potência do trabalho interprofissional. Outras vão pedir a atenção mais individualizada dos especialistas, reposicionando o cuidado direto aos usuários numa outra perspectiva. De todo o modo, acordos e contratos de trabalho deverão ser repensados entre ESF e NASF, com a adequação das agendas para as novas prioridades dos territórios, além da criação de outros dispositivos de cuidado.

A integração entre os profissionais do NASF de Maricá, evidenciada e discutida ao longo deste capítulo, favorece a abordagem multifatorial dessas questões, articulando as práticas de cuidado junto aos membros da ESF, com o apoio das redes formal e informal do município.

Os serviços da Assistência Social foram os segundos mais acionados, sendo articulado por quase a metade dos especialistas, o que reflete o aumento da vulnerabilidade social e do empobrecimento das famílias nesse período, ainda que a prefeitura tenha ampliado seus programas sociais e criado outros de fomento ao trabalhador. Em um dos websurvey, um especialista aponta o fechamento de muitos equipamentos de rede intersetorial durante o período, impondo barreiras de acesso à diversas políticas públicas. Um outro problema relatado por esse profissional foi o prazo de inscrição dos benefícios oferecidos pelo governo municipal, estadual e federal, o que inviabilizou o recebimento por muitos usuários.

#### 4.4.5 – A gestão e o NASF

Um primeiro resultado que cabe discussão relaciona-se à falta de ofertas de espaços para discutir aspectos relacionados à pandemia. Poucos mencionaram que participaram desse tipo de atividade promovida pela gestão, o que pode ser entendido como baixo investimento dos gestores no processo de educação permanente das equipes. A formação dos profissionais do NASF ganha mais importância devido a possibilidade desses conhecimentos reverberarem nas equipes apoiadas, seja por uma ação matriciadora de compartilhamento de saberes e práticas, ou mesmo através da atenção direta aos usuários e coletivos.

Outro motivo da necessidade de espaços formativos relaciona-se às inúmeras mudanças, adequações e adaptações engendradas pelo advento da pandemia ao trabalho do NASF. O modo como as intervenções precisaram ser modificadas, frente a um cenário de incertezas e de riscos, - inclusive para os responsáveis pelo cuidado em saúde -, necessitava uma atuação mais contundente das áreas técnicas da prefeitura e OSS que, segundo o websurvey, não aconteceu.

A continuidade na formação dos especialistas ainda se faz presente, mesmo num cenário de melhora da incidência de casos de Covid-19, pois existem inúmeros agravos persistentes em muitos pacientes que foram acometidos pela doença, e que vem sendo chamada de Covid longa. Discutir com os profissionais acerca das atuais necessidades de saúde decorrentes de uma pandemia com mais de 600 mil mortos e 22 milhões de infectados, se torna proeminente para a APS e necessário para o NASF, como aponta um dos entrevistados:

*“O NASF trabalhar com sequelas, é uma coisa que vai ficar, o nosso cuidar vai ser diferente, a nossa postura... os profissionais precisam estar muito atentos a essa*

*evolução, e que talvez não vá ter um marco, tipo, 'ah, agora eu tenho que mudar, agora eu tenho que fazer isso porque veio uma PNAB, por que veio uma portaria...' Isso vai muito da gestão, da gestão de estar atenta a essas questões, e do próprio profissional estar à disposição disso também, estar aberto a isso, a entender que o papel dele vai evoluindo conforme a demanda vai chegando, ou essa demanda vai se mostrando".*

Pouco menos da metade dos participantes afirmam que receberam orientações vinda dos gestores sobre os processos de trabalho na pandemia. Ainda assim, a gestão foi identificada como um apoio importante para os profissionais frente às questões que envolvem a Covid-19, ficando atrás somente dos próprios membros do NASF, considerados os maiores apoiadores durante a pandemia.

As reuniões gerais promovidas pela gestão foram consideradas como espaços coletivos potentes, local para refletir sobre os principais desafios na operacionalização do apoio matricial, e de troca entre os próprios membros. Em função dos protocolos adotados na pandemia, os encontros gerais, que reuniam os especialistas das diferentes equipes dos distritos, foram suspensos temporariamente em dezembro de 2020, com a chegada da 2ª onda, sendo retomado apenas no final de 2021. Nessas reuniões são trazidos temas para discussão, seja a partir de um pedido dos especialistas por determinado assunto, ou por uma identificação da gestão da necessidade de aprofundamento de alguma questão. Eventualmente, o encontro conta com a participação de outros profissionais da ESF, como gerentes de USF, no sentido de permitir o melhor alinhamento entre as intervenções das equipes.

O modo como a gestão disponibilizou as informações sobre a rede de saúde do município foi avaliada de forma satisfatória. Isso se deve ao fato de a área técnica ter desenvolvido, com a participação de residentes do Programa de Residência Multiprofissional da APS, um catálogo de recursos da RAS de Maricá, que foi compartilhado com os membros da equipe de apoio e com outros equipamentos da prefeitura. Como muitos profissionais são novos no NASF de Maricá, disponibilizar o mapeamento da rede contribui para a execução de uma das atribuições da equipe, qual seja, apoiar a inserção da ESF na rede de serviços.

O papel assumido pela Atenção Primária de ser a principal porta de entrada do SUS, de coordenação das ações e serviços da rede de atenção, produz a necessidade de articulação permanente com os diversos equipamentos existentes. Além disso, a abordagem ampliada sobre os processos de saúde-doença-cuidado, considerando as diferentes dimensões da vida, é construída a partir da integração dos diversos pontos de atenção.

É importante salientar que catálogos de recursos são instrumentos vivos, assim como a rede territorial que eles se propõem a dar visibilidade. Precisam ser atualizados constantemente,



pois os equipamentos, programas e fluxos assistenciais também estão em movimento. Sendo assim, é fundamental a participação dos profissionais na construção coletiva desses dispositivos, no sentido de indicar outras entradas e apontar novos caminhos.

#### 4.5 - REVISÃO DA MATRIZ DE ANÁLISE CONCEITUAL

A partir dos achados realizados nesta pesquisa, propõe-se revisão da matriz de análise conceitual construída no capítulo 03, com a inclusão de uma 4ª coluna – Quadro 15. A nova coluna reúne atividades realizadas pelas equipes do NASF ao longo da pandemia que foram identificadas a partir da literatura consultada, dos relatos de experiência acessados e do processo de trabalho do NASF de Maricá (BARRA et al., 2020; COSTA et al., 2020; GIOVANELLA et al., 2020a, 2020b; OLIVEIRA et al., 2020; REDE APS, 2020, 2021b; SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2020).

Quadro 15 - Matriz de análise conceitual revisada

<b>Conceito do Apoio Matricial</b>	<b>Atividades que podem compor a agenda dos profissionais CAB 39</b>	<b>Competências específicas da equipe - PNAB 2017</b>	<b>Atividades que podem ser executadas na pandemia de Covid-19</b>
<p>Suporte técnico especializado oferecido pelas equipes de apoio às equipes de referência, organizado a partir de duas dimensões:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnico-pedagógico: apoio educativo e ações conjuntas com as equipes vinculadas</li> <li>- Clínico-assistencial: ações clínicas realizadas diretamente com os usuários. (CAMPOS et al., 2013)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reunião de matriciamento</li> <li>- Atendimento individual compartilhado e específico</li> <li>- Reunião de equipe NASF</li> <li>- Atendimento domiciliar compartilhado e específico</li> <li>- Atividade coletiva compartilhada e específica</li> <li>- Elaboração de materiais de apoio, rotinas, protocolos e outras ações de educação permanente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discussão de caso</li> <li>- Atendimento individual e compartilhado</li> <li>- Interconsulta</li> <li>- Construção conjunta de projetos terapêuticos</li> <li>- Educação permanente</li> <li>- Intervenções no território, nos usuários e na coletividade</li> <li>- Ações intersetoriais</li> <li>- Ações de prevenção e promoção da saúde</li> <li>- Discussão do processo de trabalho das equipes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tele atendimento e tele monitoramento aos usuários</li> <li>-Tele apoio às equipes vinculadas</li> <li>- Acolhimento psicossocial a usuários e equipes apoiadas</li> <li>- Identificação e acompanhamento dos usuários com sintomas persistentes de Covid-19 no território</li> <li>- Divulgação de material audiovisual com atividades de saúde para serem realizadas nas residências</li> <li>- Substituição dos atendimentos coletivos por atividades e grupos remotos, quando necessário</li> <li>- Apoio na testagem e vacinação</li> <li>- Identificação e mobilização das redes de apoio dos territórios</li> <li>- Acompanhar os grupos de maior vulnerabilidade social</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria, 2022, a partir de CAMPOS et al., 2013; BRASIL, 2014, 2017 e autores

A lista dessas atividades pode servir como referência para intervenções futuras de outros especialistas do NASF, compondo novos modos de operacionalização do apoio matricial. Muitas dessas ações não se restringem ao contexto da pandemia, e algumas delas podem ser agregadas às práticas diárias das eNASF, como é o caso do tele atendimento e tele apoio.

Um ponto que merece destaque está relacionado ao uso de tecnologias digitais de comunicação nas ações de apoio, meio de interação que já vinha sendo utilizado pelas equipes de trabalho, mas que teve um aumento exponencial na pandemia. É importante estar atento a algumas questões que envolvem a interação remota por meio de aplicativos como WhatsApp, como eventuais limitações socioculturais e econômicas da população atendida no SUS, que pode dificultar o acesso ao aparato tecnológico e impor novas barreiras de acesso; centralizar o compartilhamento e o acompanhamento dos casos remotamente pode reduzir a potência da colaboração a uma simples troca de mensagens; afastamento dos profissionais da vivência dos territórios; substituição do contato presencial pela interação remota, com implicações sobre o vínculo com usuários e famílias, e possibilidade de perda do segmento do cuidado; redução das interações grupais presenciais, com enfraquecimento dos vínculos comunitários e de coletividade.

Destaca-se ainda a importância de uma das intervenções apontadas nesta nova coluna: a identificação e acompanhamento dos usuários com sintomas persistentes de Covid-19 no território. Esta pesquisa reforça a necessidade de um olhar mais atento e cuidadoso do NASF para os agravos decorrentes da pandemia, e da importância da detecção e apoio aos casos - crônicos ou mais leves - que demandem cuidado que possa ser manejado na APS (REDE APS, 2021). Um dos entrevistados alerta que alguns

*“casos que em um dado momento a gente encaminharia para a atenção secundária, hoje, nesse novo cenário que se apresenta, muito por conta desse legado negativo que a pandemia nos deixou. Mas a gente vai precisar repensar o que é de fato nosso, e o que se tornou nosso, do NASF. E talvez a gente não ter mais essa coisa de dizer assim, ‘ah, o caso leve é do NASF’, mas sim [acompanhar] o caso que pode ser sustentado na Atenção Primária com apoio do NASF”.*

Sendo assim, torna-se importante a oferta de espaços de formação e educação permanente promovidos pela gestão, que discutam esses e outros desdobramentos da pandemia, visto que ainda existe uma certa imprevisibilidade em relação à Covid-19. O avanço da cobertura vacinal tem reduzido o número de casos e óbitos, mas o surgimento de novas cepas com maior capacidade de transmissibilidade, como é caso da Ômicron, pode acarretar uma 3ª ou 4ª onda, com nova pressão sobre o SUS, além de mais esgotamento físico e emocional dos trabalhadores de saúde.

No último capítulo dessa dissertação serão feitas as conclusões da pesquisa e algumas considerações finais. Importante salientar que este estudo não tem a intenção de esgotar as discussões acerca do tema, e sim de contribuir com o debate sobre os atuais desafios de saúde da população brasileira, frente a um contexto não tão favorável aos serviços públicos e à democracia.

## 5 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa buscou analisar e compreender a organização do processo de trabalho do NASF de Maricá frente ao contexto da pandemia de Covid-19. Também realizou a revisão documental de 18 normativas e publicações referentes ao processo de trabalho do NASF, editadas entre os anos de 2005 e 2021. Nesse sentido, a partir dos resultados e análises produzidas pelas diferentes técnicas aqui utilizadas, este estudo concluiu os pontos que serão apresentados a seguir:

- Durante a pandemia, o NASF de Maricá não interrompeu a maior parte de suas atividades, mas precisou se adaptar aos novos protocolos de biossegurança para manter suas intervenções;
- A utilização do WhatsApp foi uma estratégia muito utilizada entre equipes de trabalho na pandemia, permitindo a aproximação dos profissionais da ESF e NASF, mas o uso de ferramentas tecnológicas de comunicação instantânea precisa avançar no que diz respeito ao apoio aos usuários, já que muitos especialistas disseram que não as utilizam com esse público;
- A criação de espaços de acolhimento e escuta voltado às equipes mínimas contribuiu para o enfrentamento da pandemia, diminuindo as angústias e os medos dos profissionais, inclusive dos membros do NASF, frente a uma doença contagiosa, o que ajudou a fortalecer os vínculos de trabalho na APS;
- A produção de material informativo voltado para equipes e usuários ampliou as ofertas de informações relativas à pandemia, frente a um cenário de desconhecimento, desinformação e disseminação de notícias falsas;
- O NASF de Maricá aproximou-se dos equipamentos da rede intersetorial, promovendo a inserção da ESF na rede de serviços do município; para que ocorra a integração entre as equipes é preciso reconhecer a potência e os desafios do trabalho interdisciplinar, valorizando a diversidade entre os diferentes saberes e profissões, independente do grau de formação;
- Conclui-se que o grande investimento financeiro da gestão local permitiu a ampliação das equipes NASF, que passaram a cobrir toda a ESF depois da entrada da OSS. A expansão vista nos 2 últimos anos já estava pactuada no contrato de gestão firmado previamente entre OSS e prefeitura;
- Apesar das inúmeras mudanças e demissão de profissionais - inclusive com desligamentos no NASF -, conclui-se que as medidas de enfrentamento à pandemia não foram prejudicadas pelo processo de implantação da OSS, havendo, inclusive, a expansão da APS em Maricá;
- Os processos seletivos cuidadosos realizados pela OSS trouxeram a qualificação do trabalho do NASF;

- Em grande parte dos anos analisados nesta dissertação, observou-se a preferência da SMS pela realização de contratação simplificada, dado que o último concurso público com cargos para a SMS foi realizado em 2011. O início da gestão da OSS radicalizou o processo de terceirização na Saúde;
- A tendência atual de contratação é diferente dos anos iniciais, quando o quadro de especialistas tinha um número mais expressivo de servidores. Agora, há uma tendência de contratação via OSS, com a presença de poucos estatutários;
- O NASF de Maricá apresenta uma fragilidade nos indicadores de avaliação do processo de trabalho. Os diferentes modos de atuação do apoio matricial são contra hegemônicos das práticas formativas do campo da saúde, contra hegemônico a toda instituição protocolar da APS, sobretudo em relação aos modelos de gestão vigente de OSS. Por vezes, a própria organização da APS e das USF não comporta o modelo da ESF, como o uso de agendas-padrão engessadas, que dificultam a articulação e o encontro entre os profissionais;
- Identificou-se fragilidades no processo de qualificação da equipe no município nos últimos anos, tanto em relação às questões que envolvem a Covid-19, quanto a respeito do apoio matricial;
- Resta ainda compreender as possíveis limitações técnicas do NASF frente aos cenários imprevisíveis como o de uma pandemia, e quais são os investimentos em educação permanente que precisam ser feitos pela gestão. Apostar numa formação profissional mais generalista, orientada para a atuação voltada para o campo da saúde, menos nuclear, pode ser uma pista. Ainda que, na prática, exige-se do profissional do NASF uma dupla função, ser um especialista-generalista, já que atende a todos os agravos em todos os ciclos de vida;
- Alguns pontos são reafirmados nesta pesquisa: o NASF pode ser entendido como uma equipe que potencializa a gestão da clínica ampliada e compartilhada por meio do apoio matricial; o apoio matricial é um recurso da cogestão, um dispositivo que dispara processos de trabalho compartilhados e um outro modo de produzir saúde, mais dialógica, ampliada, menos verticalizada; para que ele se efetive, necessita de alguns arranjos institucionais que precisam ser legitimados pela gestão, como reuniões de equipe e outros espaços coletivos protegidos, que devem ser valorizados e bem coordenados;
- Existem diferentes modos de operar o apoio matricial, alguns deles já instituídos e demarcados pelas normativas e documentos publicados ao longo dos anos, que nesta dissertação foram atualizados por meio da matriz de análise conceitual revisada - Quadro 15. Outros são produzidos no dia a dia das práticas de saúde, fruto de movimentos instituintes e de processos

de criação, como o que foi mostrado a partir das experiências de trabalho do NASF na pandemia;

- Há uma insuficiência dos profissionais generalistas das equipes mínimas para dar conta de toda a complexidade das situações que chegam na Atenção Primária, intensificada pelo advento da pandemia de Covid-19. Por isso, justifica-se a existência de equipes multiprofissionais na APS, especialmente nos moldes do NASF e do apoio matricial, pois estas operam por meio de ações com as equipes apoiadas e na assistência direta a usuários e coletivos;

- Entende-se que as discussões que priorizavam a função do NASF retratam alguns anos, e que por muito tempo ficou localizada numa certa lógica binária entre dois polos – o assistencial e o pedagógico. Hoje, com o processo de consolidação, se faz mais proeminente compreender a finalidade da equipe, discutir os desafios da interprofissionalidade, da cogestão e da relação cotidiana nas USF;

- Compreende-se que as mudanças trazidas para o NASF desde a revisão da PNAB de 2017, intensificadas pela atual gestão do MS, são dirigidas para o enfraquecimento de estratégias de reformulação da clínica e da gestão, e que buscam espaços mais democráticos e participativos nas instituições de saúde. A retirada do conceito de apoio matricial da PNAB, cujo um dos fundamentos é a instauração de relações de trabalho mais horizontais, menos hierarquizadas, de corresponsabilização e compartilhamento em equipe, aponta algo nesse sentido;

- No cenário nacional, pôde-se observar a aposta feita pelo MS no arranjo do NASF até o início da vigência do Previner Brasil, ainda que tenha havido mudanças em sua orientação de trabalho ao longo dos anos. No entanto, com as novas formas de financiamento aprovadas, observou-se o processo de desmonte do NASF, com o descredenciamento de 379 eNASF em 02 anos de mudança. Importante ressaltar que a redução do NASF nacionalmente não é uma eventualidade, mas resultado de um direcionamento intencional de ações feitas pelo MS;

- O município de Maricá se apresenta como um contraponto empírico, vindo na contramão da tendência nacional dos últimos 2 anos, quando experimentou o aumento do número de profissionais, equipes e a ampliação da cobertura do NASF, passando de 02 para 06 eNASF. O contrato de gestão firmado com a OSS, que já trazia a previsão da expansão do NASF, assim como o incentivo de custeio das eNASF do programa estadual PREFAPS, garantiram a ampliação da interprofissionalidade na APS do município;

- Existem diferentes documentos e portarias que definem o trabalho do NASF, no entanto identificou-se que nos últimos anos o MS pouco atualizou os referenciais sobre o apoio

matricial, inclusive nos aspectos relacionados à pandemia. Agora, a partir do que vem sendo denominado de Covid longa, faz-se necessário a edição de notas técnicas e orientações;

- O modo de funcionamento do NASF foi se adaptando ao “espírito do tempo” do SUS. Se no início, intencionava-se um maior peso nas ações pedagógicas, percebeu-se que a demanda assistencial não era contraditória ao método do apoio matricial. Modular as diversas possibilidades de intervenção em equipe é fruto de uma construção diária, feita a partir da micropolítica do trabalho interprofissional e das necessidades dos contextos. Para isso acontecer, ambas as equipes, apoiadores e apoiados, precisam estar abertos ao encontro e ao novo.

- Em relação a metodologia utilizada, aponta-se que a estratégia de esquentar o campo do estudo, com a apresentação da pesquisa nas reuniões de equipe e por meio do envio de mensagens via WhatsApp ao longo da fase empírica, produziu a adesão positiva ao websurvey, 84% da amostra; a aposta metodológica de realizar o websurvey antes das entrevistas com gestores permitiu a identificação de pontos de relevância para o roteiro semiestruturado, e que foram incluídos no momento da entrevista.

Como recomendações, esta pesquisa entende ser importante a criação de parâmetros de funcionamento do NASF nos municípios, como a definição da carga horária dos especialistas e o número máximo de equipes vinculadas, já que as portarias nacionais que serviam de referência foram revogadas pelo MS. Com isso, evitar que eNASF acompanhe 10 eSF, e que especialistas, como educadores físicos de algumas equipes do NASF de Maricá, se responsabilizem pelo atendimento de um número excessivo de equipes, comprometendo o apoio ofertado.

Também é recomendável que ocorram maiores investimentos em educação permanente dos especialistas, onde se garanta condições efetivas de formação, como a liberação de carga horária. Investir na formação do NASF é possibilitar o aumento da capacidade de intervenção das equipes apoiadas e seus respectivos territórios. O caráter múltiplo de atuação do NASF requer um profissional em constante atualização, e o processo de formação precisa ser estimulado e garantido pela gestão.

Além disso, é importante que sejam definidos outros indicadores de desempenho para verificar a eficácia e a eficiência da ESF e do NASF, já que apenas quantificar o número de consultas individuais não é um dado representativo do modelo de atenção à saúde ancorado nos preceitos da ESF.

Em que pese a possibilidade da OSS de realizar a contratação de uma forma mais ágil do ponto de vista da administração pública, entende-se ser primordial a substituição gradual dos contratados da OSS por profissionais selecionados por concurso público em Maricá, no sentido de garantir maior estabilidade aos trabalhadores e evitar a rotatividade dos profissionais. Cabe destacar que foi aprovada em dezembro de 2021 a lei municipal nº 3.092, que permite ao poder executivo criar a Fundação Estatal de Saúde Pública de Maricá, fundação pública de direito privado cuja finalidade é executar serviços de saúde no município (MARICÁ, 2021), e que pode se apresentar como uma alternativa ao modelo de gestão de OSS.



## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, E. R. A Gênese dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. 2016. 198 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.
- ALMEIDA, E. R. et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). *Revista Panamericana de Salud Pública*, [S. l.], v. 42, 2018. <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49559>. Acesso em: 30 ago. 2020.
- ANÉAS, T. V. O Apoio Paideia e o NASF no Município de São Paulo. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2018.
- BARRA, R. P. et al. A importância da gestão correta da condição crônica na Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19 em Uberlândia, Minas Gerais. *APS EM REVISTA*, Belo Horizonte, v. 2, n. 1, p. 38–43, 15 abr. 2020.
- BAREMBLITT, G. *Compêndio de Análise Institucional e outras Correntes – Teoria e Prática*. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2002.
- BARROS, M. E. B.; BARROS, R. B. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATTOS, R. A. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2007. p. 75-84.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 11a Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final/ Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.065, de 04 de julho de 2005. Cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da Atenção à Saúde. *Diário Oficial da União*, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. *Diário Oficial da União*, 2006; 29 de mar.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. *Diário Oficial da União* 2008; 04 mar.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Básica de Diretrizes do NASF*. V. 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2010a; 21 de mai.

BRASIL. Ministério da Saúde. Oficina de Qualificação do NASF. Brasília, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.843, de 20 de setembro de 2010. Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 - NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas. Brasília, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Diário Oficial da União 2011a; 20 jul.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Diário Oficial da União, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 978, de 16 de maio de 2012. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 548, de 04 de abril de 2013. Define o valor de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidade 1, 2 e 3. Diário Oficial da União, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 562, de 04 de abril de 2013. Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável). Diário Oficial da União, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica - Núcleos de Apoio à Saúde da Família - AMAQ-NASF. Brasília, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica 39 Núcleo de Apoio à Saúde da Família Vol 1 - Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Manual instrutivo do Pmaq para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Nasf / 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.171, de 16 de junho de 2016. Credencia Municípios a receberem incentivos referentes aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Diário Oficial da União, 2016a; 16 jun.

BRASIL. Ministério da Saúde. A estimulação precoce na Atenção Básica: guia para abordagem do desenvolvimento neuropsicomotor pelas equipes de Atenção Básica, Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), no contexto da síndrome congênita por Zika – Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.476, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2017; 22 set.

BRASIL. Portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019. Institui a equipe de Atenção Primária – eAP e dispõe sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal – eSB com carga horária diferenciada. Diário Oficial da União 2019a; 27 set.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2019b; 13 nov.

BRASIL. Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). Diário Oficial da União 2019c; 19 dez.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.222, de 1 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União 2019d; 01 dez.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 99, de 18 de janeiro de 2021. Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Diário Oficial da União 2020; 07 fev.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 37, de 7 de fevereiro de 2020. Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Diário Oficial da União 2021; 21 jan.

BROCARDI, D. et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 130–144, set. 2018.

BISPO JUNIOR J. P.; MOREIRA D. C. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Concepções, implicações e desafios para o Apoio Matricial. Trabalho, Educação e Saúde 16, Rio de Janeiro, n. 2 (19 de Março de 2018): 683–702. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00122>.

CAMPOS, G. W. S. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec Editora, 2013.

CAMPOS, G. W. S. Um Método para Análise e Cogestão de Coletivos. São Paulo: Hucitec Editora, 2015.

CAMPOS, G. W. S. Em busca de uma práxis ampliada e compartilhada: a experiência paideia, 2020, no prelo.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 23, n. 2 (Fevereiro de 2007): 399–407. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>.

CAMPOS, G. W. S.; CUNHA, G. T.; FIGUEIREDO, M. D. Práxis e formação paideia: apoio e cogestão em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

CAMPOS, G. W. S. et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, 18, n. Supl. 1 (Dezembro de 2014): 983–95. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>.

CAMPOS, M. R. et al. Carga de doença da COVID-19 e de suas complicações agudas e crônicas: reflexões sobre a mensuração (DALY) e perspectivas no Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 11, p. e00148920, 2020.

CASTRO, C. P.; NIGRO D. S.; CAMPOS, CAMPOS, G. W. S. Núcleo de Apoio à saúde da Família e trabalho interprofissional: A experiência de Campinas (SP). *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, 16, n. 3 (13 de Agosto de 2018): 1113–34. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00143>.

CECILIO, L.C.O.; REIS, A. A. C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da Atenção Básica à saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 34, Rio de Janeiro, n. 8 (20 de Agosto de 2018). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00056917>.

CELLARD, A. A análise documental. In: *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, p.295-316, 2010.

CORREIA, V. A. F. Projetos Terapêuticos: uma construção coletiva para a prática do enfermeiro da estratégia saúde da família. 2016. 143f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

COSTA, A. F. R. et al. Reorganização do trabalho do NASF-AB no enfrentamento da pandemia COVID- 19: um relato de experiência. *Comunicação em Ciências da Saúde Brasília*. v. 31(3), 2020.

CRESWELL, J. W. *Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961–970, dez. 2011.

DALMORO, M.; VIEIRA, K. M. Dilemas na construção de escalas tipo likert: o número de itens e a disposição influenciam nos resultados? *Revista Gestão Organizacional*, Chapecó, v. 6 n. 3, 2013.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Introdução: Rizoma. In: *Mil Platôs - Capitalismo e esquizofrenia 2*, Vol. 1. São Paulo. Editora 34, 2011.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Mil Platôs - Capitalismo e esquizofrenia 2, Vol. 3. São Paulo. Editora 34, 2012.

De SETA, M. W; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: O ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, Vol. 26 N.2 Sup.2, 2021.

FAUSTO, M. C. R. et al. O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 12–14, set. 2018.

FIOCRUZ. Orientações sobre ética em pesquisa em ambientes virtuais. Versão 1.0 / Comitê de Ética em Pesquisa. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP Fiocruz). Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2020.

FIOCRUZ. Observatório Covid-19. Boletim observatório Covid-19. Rio de Janeiro, boletim extraordinário, 16 de março, 2021.

FLICK, U. Introdução a metodologia de pesquisa: um guia para os iniciantes. Porto Alegre: Penso, 2013.

FONSECA, A. F.; MOROSINI, M. V. O caráter estratégico do Agente Comunitário de Saúde na APS integral. *NOTA TÉCNICA, REDE APS*, 2021.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 239–255, ago. 2007.

GIOVANELLA, L. et al. A contribuição da atenção primária à saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 44 (spe4), 2020a.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1475–1482, abr. 2020b.

GIOVANELLA, L. et al. Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminosa do governo federal brasileiro no enfrentamento da Covid-19. *Rio de Janeiro*, v. 44, n. 126, p. 7, 2020c.

GUTIÉRREZ, A. C. Núcleo de Apoio à Saúde da Família do Território Escola Manguinhos: análise sob a perspectiva do apoio matricial. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.

HÜBNER, L.C.M.; FRANCO, T. B. O Programa Médico de Família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17 (1): 173 – 191, 2007.

KLEIN, A. P.; d'OLIVEIRA, A. F. P. L. O “cabo de força” da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 33, n., 2017.

LIMA, R. S. A. et al. O apoio matricial no trabalho das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: análise a partir dos indicadores do 2º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 25–31, mar. 2019.

MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos para Análise das Políticas de Saúde*. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede UNIDA, 2015.

MENICUCCI, T. M. G. A política de saúde no governo Lula. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 522–532, jun. 2011.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 25, n. 4 (Abril de 2020): 1181–88.

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 42, n. spe1 (setembro de 2018): 38–51.

MELO, E. A. et al. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 328–340, set. 2018.

MELO, M. I. S.; GALINDO, W. C. M. O trabalho como residente de psicologia em equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, São João del-Rei, v. 13, n. 4, p. 1–16, dez. 2018.

MENDES, A.; CARNUT, L. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, p. 20, 2018.

MENDES, E. V. O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da Covid-19 ou o paciente invisível. [S. l.], p. 92, 2020.

MERHY, E. E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T. B; PERES, M. A. A. *Acolher Chapecó. Uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho*. São Paulo: Hucitec, 2004.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2014.

MERHY, E. E. et al. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saúde em Debate* 43, nº spe6 (2019): 70–83.

MENICUCCI, T. M. G. A política de saúde no governo Lula. *Saúde e Sociedade* 20, nº 2 (junho de 2011): 522–32.

MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família - NAISF: mais qualidade de vida e saúde para o brasileiro*. Folder. Brasília, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica- Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Versão Preliminar. Brasília, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica de Acolhimento a Demanda Espontânea V. 28. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS). Versão profissionais de saúde e gestores – completa. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. NOTA TÉCNICA 03/2020-DESF/SAPS/MS - Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. 2020; 17 jan.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11–24, jan. 2018.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da Atenção Básica? Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, p. e00040220, 2020.

MOURA, R. W.; 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 - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 18, n. supl. 1, p. 957–970, 24 mar. 2014.

MREJEN, M.; RACHE, B.; NUNES, L. COVID-19 e Saúde Mental: Uma Análise de Tendências Recentes no Brasil. Nota Técnica n.20. IEPS: São Paulo, 2021.

NAPPO, S. A.; SANCHEZ, Z. M.; RIBEIRO, L. A. Is there a crack epidemic among students in Brazil? : comments on media and public health issues. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1643–1649, set. 2012.

OLIVEIRA, G. N. Devir apoiador: uma cartografia da função apoio. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

OLIVEIRA, C. O.; ROCHA, R. M.; CUTOLO, L. R. A. Algumas Palavras sobre o Nasf: Relatando uma Experiência Acadêmica. Revista Brasileira de Educação Médica, Brasília, 36 (4), 2012.

OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. Ciência & Saúde Coletiva, Campinas, v. 20, n. 1, p. 229–238, jan. 2015.

OLIVEIRA, M. A. B. et al. A prática do núcleo de apoio à saúde da família do Recife no enfrentamento à pandemia COVID-19. APS EM REVISTA, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 142–150, 9 jun. 2020.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 23, n. 6 (Junho de 2018): 1723–28. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103–109, fev. 2001.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO et al. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro, MS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (orgs.). *Dicionário de educação profissional em saúde*. 2 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2008. p. 419-426.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (orgs.). *Dicionário de educação profissional em saúde*. 2 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2008. p. 320-328.

PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, 47, nº 4 (agosto de 2013): 977–83.

PEREIRA, R. D. M. Acupuntura como tecnologia aplicada ao cuidado de enfermagem a adultos hipertensos: um estudo experimental. 2015. 128 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

PEREIRA JUNIOR, N. O Apoio Institucional no SUS: Os Dilemas da Integração Interfederativa e da Cogestão. 127 f. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual de Campinas, SP, 2013.

PERRELLA, A. C. O Cotidiano do psicólogo em um Núcleo de Apoio a Saúde da Família: Relato de uma experiência. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, São João del-Rei, 12, n. 1 (Abril de 2017): 54–65.

PREFEITURA DE MARICÁ. Secretaria de Saúde. Edital 02/2019 - Chamamento público para celebração de parceria com organização social para gestão da rede de Atenção Primária do município de Maricá. Maricá, 2019.

PREFEITURA DE MARICÁ. Plano Diretor - Produto 03 diagnóstico técnico. Maricá, 2020.

PREFEITURA DE MARICÁ. Lei municipal nº 3.092, em 15 de dezembro de 2021. Autoriza o poder executivo a instituir a Fundação Estatal de Saúde de Maricá (FEMAR) e dá outras providências. *Jornal Oficial de Maricá*, edição 1254, 2021; 22 dez.

PREFEITURA DE MARICÁ. Boletim - Monitoramento da Covid-19 e vacinação. N. 394, de 29 de dezembro de 2021, Maricá, 2021.

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 22, n. supl 2, p. 1535–1547, 2018.



REDE APS. Experiências de atuação NASF no enfrentamento da COVID-19. REDE APS por RUIZ, D; MARTUFÍ, V.; s/l, 2020.

REDE APS. Nota Técnica - O caráter estratégico do Agente Comunitário de Saúde na APS integral. REDE APS por FONSECA, A. F. F; MOROSINI, M. V.; s/l, 2021.

REDE APS. Pós-Covid-19 e a importância da ESF para o cuidado e reabilitação, REDE APS por RUIZ, D; s/l, 2021b.

REIS, A. A. C. et al. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 40, n. spe, p. 122–135, dez. 2016.

REIS, C. R.; PAIM, J. S. A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016). Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 58, p. 14, 2018.

RODRIGUES, L. D. Qualidade da Estratégia Saúde da Família na percepção dos idosos residentes em Maricá. 2015. 123 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

ROLNIK, S. Esferas da Insurreição - notas para uma vida não cafetinada. São Paulo: N-1 edições, 2018.

SARDINHA, D. R. S. G. A reorganização da porta de entrada em uma Unidade de Saúde da Família no município de Maricá/RJ: o Acolhimento a partir do olhar da Educação Permanente. 2021. 89 f. Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2021.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. Resolução SES nº 1849 de 9 de maio de 2019. Aprova o Programa de Financiamento da Atenção Primária à Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2019a.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. Resolução SES nº 1938 de 25 de novembro de 2019. Altera a resolução SES Nº 1.846, de 09 de maio de 2019, que aprovou o Programa de Financiamento da Atenção Primária à Saúde do Estado do Rio de Janeiro, incluindo em seu escopo equipes de consultório na rua (ecnar) e de núcleo ampliado de saúde da família e Atenção Básica (e-NASFAB), e dá outras providências, 2019b.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Boletim Coronavirus Covid-19 nº 394, de 29 de dezembro de 2021. Maricá, 2021.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, vol.5, n.1, pp.187-192, 2000.

SEUS, T. L. et al. Estrutura para o trabalho e composição de equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: pesquisa nacional - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), 2013. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília. v. 28, n. 3, fev. 2020.

SILVA, L. J. C. A. et al. A contribuição do apoiador matricial na superação do modelo psiquiátrico tradicional. Psicologia em Estudo, Maringá, 24, 2019.

SILVA, V. C.; BARBOSA, P. R.; HORTALE, V. A. Parcerias na saúde: as Organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1365–1376, maio 2016.

SOUZA, T. S.; MEDINA, M. G. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS? *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe2, p. 145–158, out. 2018.

TESSER, C. D. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 565–578, 3 nov. 2016.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. Como fazer teses em saúde pública; conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

TURATO, E. R. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórica-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, 2005; 39 (3):507-14.

VÉRAS, M. M. S.; QUINDERÉ, P. W. D.; FERREIRA, L. P. Sistema de Informação dos Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família - SINAI. *Ciência e Sociedade*. São Paulo, p. 7, 2007.

VELLINHO, L. P. B. Reiki aliado ao cuidado de enfermagem à pessoa com ansiedade: proposta de instrumento para consulta de enfermagem. 2019. 80 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) - Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2019.

## APÊNDICE A - Websurvey: técnicos do NASF

### Apoio Matricial e a pandemia de COVID-19: o processo de trabalho do NASF de Maricá

#### REGISTRO DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) trabalhador(a) do NASF de Maricá,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “APOIO MATRICIAL E A PANDEMIA DE COVID-19: O PROCESSO DE TRABALHO DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE MARICÁ”, desenvolvida pelo pesquisador Mauricio Pereira de Mattos, discente de Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde com ênfase na Estratégia Saúde da Família, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Profa Dra. Adriana Coser Gutiérrez. O objetivo central do estudo é analisar o processo de trabalho do NASF do município de Maricá durante a pandemia de COVID-19.

Este convite se deve ao fato de você ser um dos membros da equipe do NASF de Maricá. Sua participação é voluntária, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Porém, uma vez que o questionário é anônimo, caso desista de participar da pesquisa após responder e enviar o questionário, não será possível a retirada de suas respostas do banco de dados. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma.

Sua participação consiste em responder de forma anônima um formulário com 26 questões sobre o seu processo de trabalho, cujo tempo médio de respostas é de 10 minutos; é garantida a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica, que será feita de forma agregada, evitando qualquer tipo de identificação; as informações coletadas ao longo da pesquisa ficarão armazenadas e salvas em arquivo Excel, sob a guarda do pesquisador; ao final, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções do CNS nº 466/12 e nº 510/16 e, com o fim deste prazo, será descartado.

O benefício indireto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de ter acesso a um estudo em profundidade sobre o processo de trabalho na qual está inserido enquanto trabalhador, e que pode subsidiar a qualificação de sua prática. Os resultados serão apresentados em palestras dirigidas ao público participante, nos espaços de reuniões de equipe do NASF.

O risco é a quebra de confidencialidade, mas isso será evitado pois o questionário é anônimo. Caso o participante venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, tem direito à assistência e a buscar indenização por meio das vias judiciais. Contamos com as regras e normas de sigilo praticado pelo Google (<https://policies.google.com/privacy>) no uso do Google Forms. No entanto, há risco inerente a qualquer acesso à internet.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados a seguir:

Pesquisador responsável: Mauricio Pereira de Mattos, sob orientação da Profa Dra. Adriana Coser Gutiérrez.

Telefone/pesquisador: (xx)xxxxx-xxxx - mauriciomattos@gmail.com

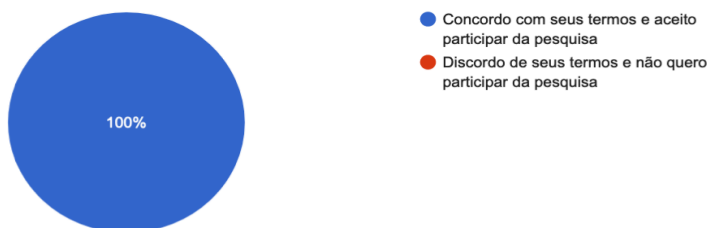
Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, acesse: <https://cep.ensp.fiocruz.br/participante-de-pesquisa> ou entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. Tel: (21) 2598-2863

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manginhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210 [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)

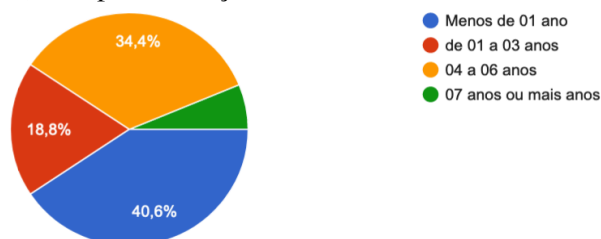
Clique no link abaixo para baixar uma cópia desse RCLE. É importante que você imprima e guarde este documento para que fique com o registro dos contatos do pesquisador e do CEP/ENSP.

<https://docs.google.com/uc?export=download&id=18opY6-mmxbt4v8zl6FNPTUpR0CPHwZC>

Declaro que li o Registro do Consentimento Livre e Esclarecido acima e:



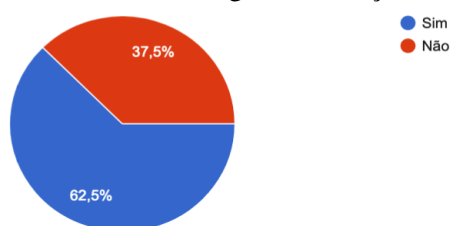
01) Tempo de atuação no NASF de Maricá



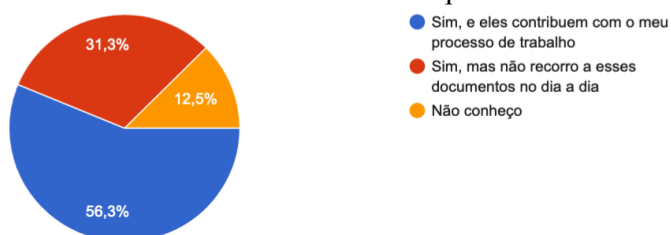
02) Você teve alguma experiência prévia em Apoio Matricial antes de ingressar no NASF de Maricá?



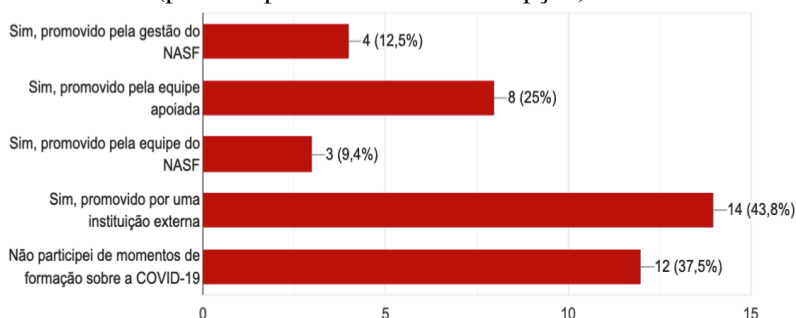
03) Você recebeu alguma formação da gestão do NASF para desenvolver o trabalho do Apoio Matricial?



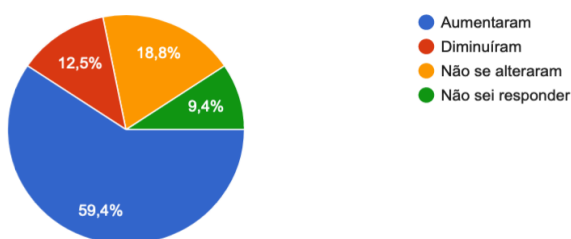
04) Você conhece algum documento oficial - da Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e/ou do Ministério da Saúde - que oriente as tarefas do Apoio Matricial?



05) Você participou de atividades de formação para discutir aspectos relacionados à pandemia de COVID-19? (pode responder mais de uma opção)



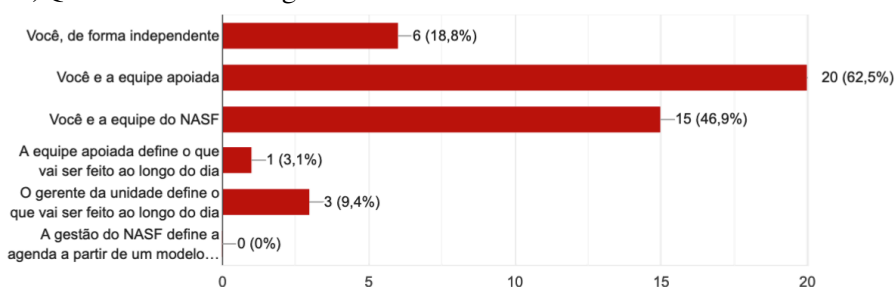
06) Ao longo da pandemia de COVID-19, as demandas de saúde para o seu núcleo profissional:



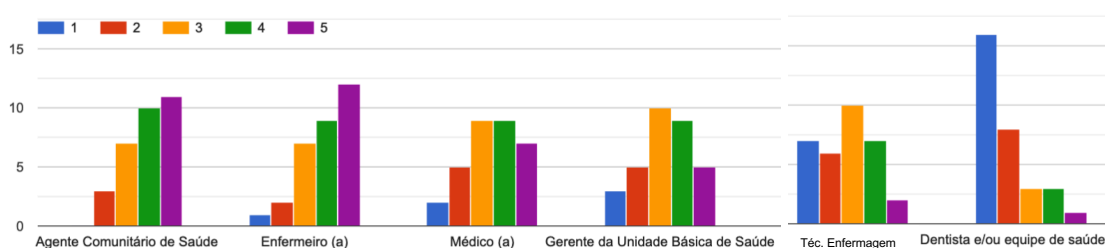
07) Que tipos de agravos relacionados à pandemia de COVID-19 têm se apresentado como demanda ao seu núcleo profissional? (*pergunta aberta*)

Saúde mental; Obesidade, Ansiedade e Depressão; Sobrepeso, obesidade e saúde mental (ansiedade, depressão); Ansiedade; Alterações de deglutição associados as sequelas respiratórias e motoras do COVID, ansiedade, depressão, dores generalizadas no corpo; Falta de renda familiar; Ansiedade; Obesidade, DM descompensado; Psicológica e ganho de peso; AVE; Ainda não recebi demandas relacionadas ao Covid; Psicologia e ansiedade; Agravos à saúde mental, problemas relacionados ao sedentarismo e maus hábitos alimentares; Distúrbios de comportamento; Crises de Ansiedade/pânico, conflitos familiares e ganho de peso; Atraso global do desenvolvimento, ansiedade; Ansiedade e síndrome de pânico; Desemprego, depressão, violência intrafamiliar, distúrbios alimentares; Aumento do número de casos de saúde mental; Depressão, ansiedade, medo, angústias, piora na situação econômica etc; Irregularidades no ciclo menstrual; Pessoas que perderam seus trabalhos (formal e informal) e não puderam se inscrever nos benefícios oferecidos pelo governo municipal, estadual e federal, pois as inscrições já haviam encerrado... e ainda não foram ampliadas, relatos de violência doméstica e por consequência aumento de sinais e sintomas graves de saúde mental. Fechamento de muitos equipamentos da rede intersetoriais (política de assistência social, rede especializada da saúde, Ministério Público, INSS e outras equipamentos de atividades socioeducativas) nas mãos da realidade apresentada para as ESF que continuamente tem que responder as questões de todos os níveis e em muitos casos não tem uma retaguarda para questões mais graves; Fala, linguagem e respiração; Agravamento de questões sociais como a pobreza e a fome; Uma nova perspectiva surgiu na população em relação a promoção da saúde com relação à atividade física. A recuperação de pacientes pós Covid-19 com sequelas motoras e cardiorespiratória com a exercícios físicos utilizados de forma terapêutica; Alimentação irregular, obesidade, aumento de patologias clínicas; Relacionados à fraqueza muscular, cansaço respiratório, dores em articulações; Retorno alimentar; Aumento das queixas de ansiedade, insônia, dores generalizadas, falta de atividade física, etc; Agravos relacionados à parte cardiorespiratória, parte motora e ansiedade.

08) Quem define a sua agenda de trabalho?



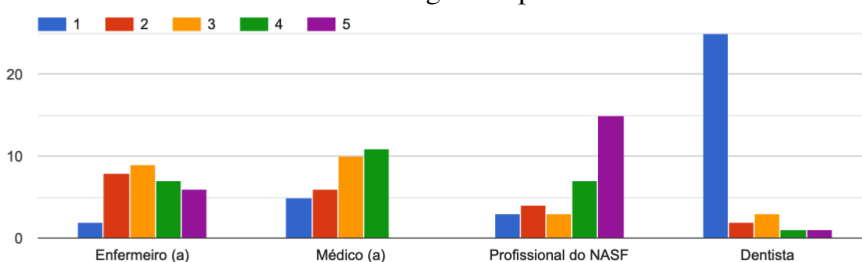
09) Utilizando-se uma escala de 01 a 05, onde 01 é o menor grau e 05 é o maior grau, em que medida os membros das equipes vinculadas buscam o seu apoio?



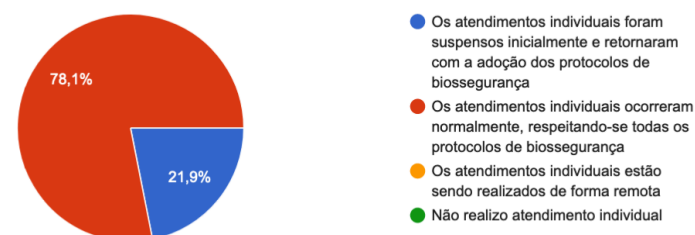
10) Em que situações você participa de encontros para discussão de caso com as equipes apoiadas?



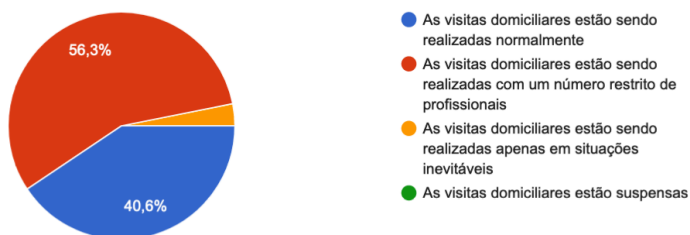
11) Utilizando-se uma escala de 01 a 05, onde 01 é o menor grau e 05 é o maior grau, em que medida você realiza interconsulta com os seguintes profissionais?



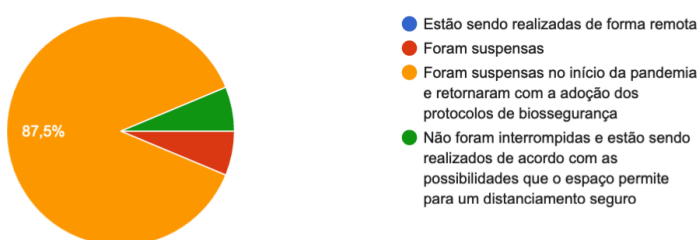
12) Neste período de pandemia de COVID-19, como você realiza os atendimentos individuais?



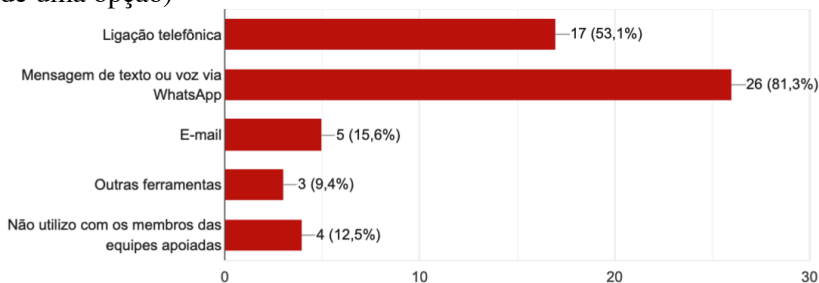
13) Em relação as visitas domiciliares, como a pandemia de COVID-19 tem afetado esse tipo de abordagem?



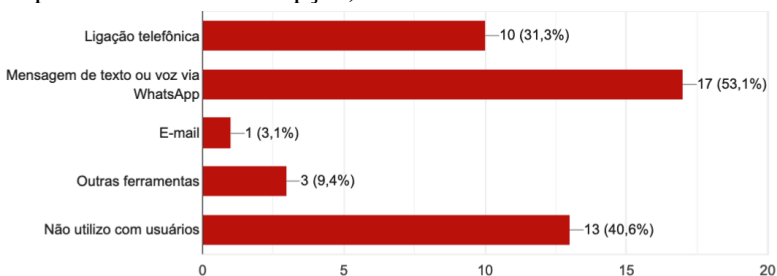
14) Como estão sendo desenvolvidas as atividades coletivas de promoção e prevenção à saúde com usuários no território, no contexto da pandemia de COVID-19?



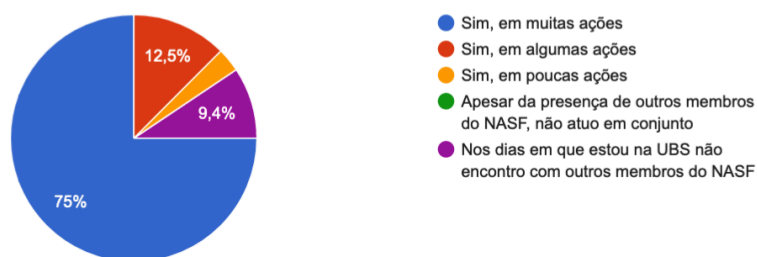
15) Quais são as formas utilizadas para o apoio remoto com as equipes apoiadas? (pode responder mais de uma opção)



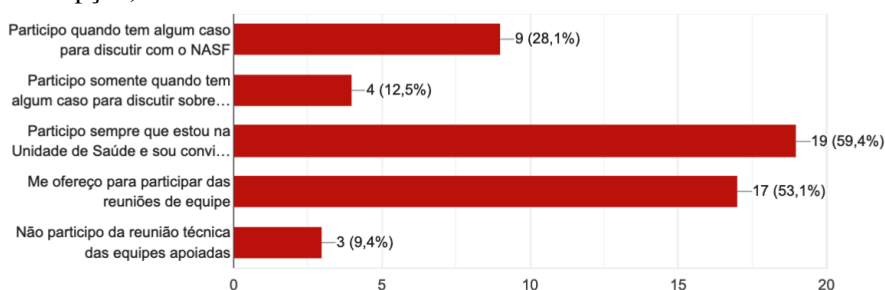
16) Quais são as formas utilizadas para o Tele Apoio / Tele atendimento com os usuários? (pode responder mais de uma opção)



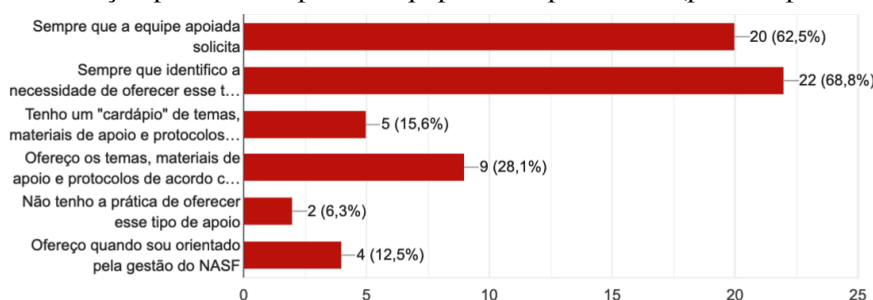
17) Quando você está em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), você atua em conjunto com outros membros do NASF?



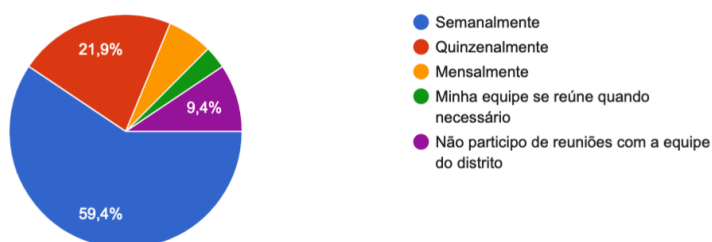
18) Em que momentos você participa da reunião técnica das equipes apoiadas? (pode responder mais de uma opção)



19) Com que frequência você oferta temas, produz materiais de apoio, rotinas, protocolos e outras ações de educação permanente para as equipes acompanhadas? (pode responder mais de uma opção)

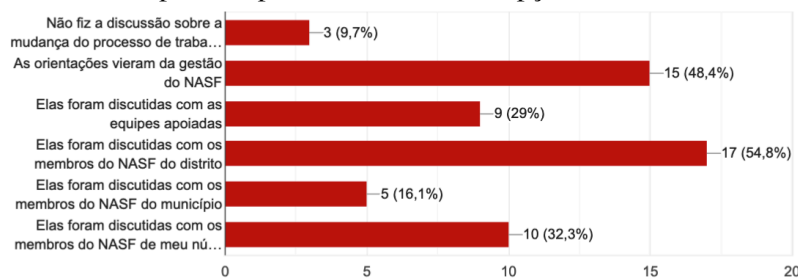


20) Com que frequência você participa de reunião de equipe com os membros do NASF do distrito para o planejamento, acompanhamento, avaliação e programação de ações?

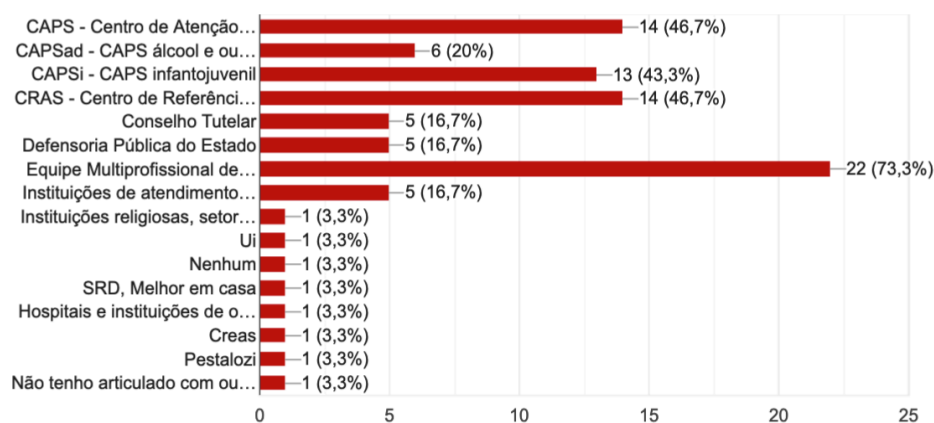




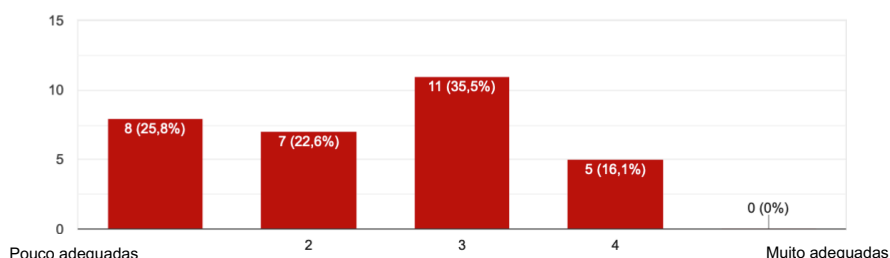
21) Com quem você discutiu os novos processos de trabalho do NASF trazidos pela pandemia de COVID-19? (pode responder mais de uma opção)



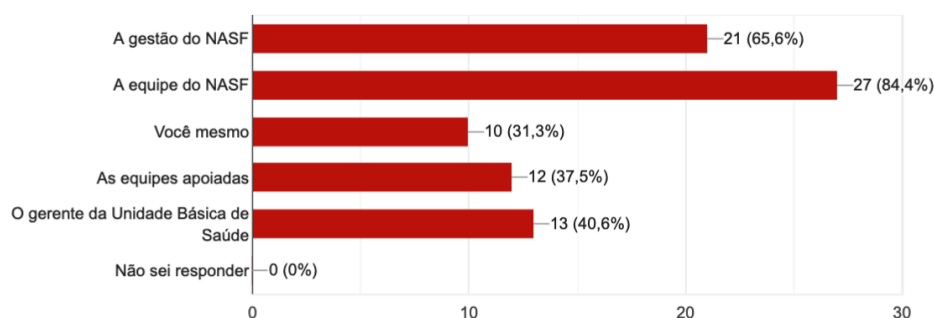
22) Quais equipamentos ou serviços da rede socioassistencial você tem articulado durante a pandemia de COVID-19? (pode responder mais de uma opção)



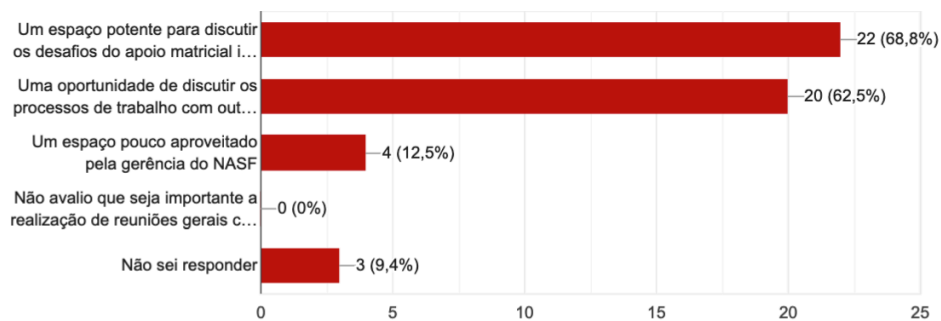
23) As estruturas físicas das Unidades Básicas em que você atua são adequadas para o desenvolvimento do seu trabalho na pandemia de COVID-19?



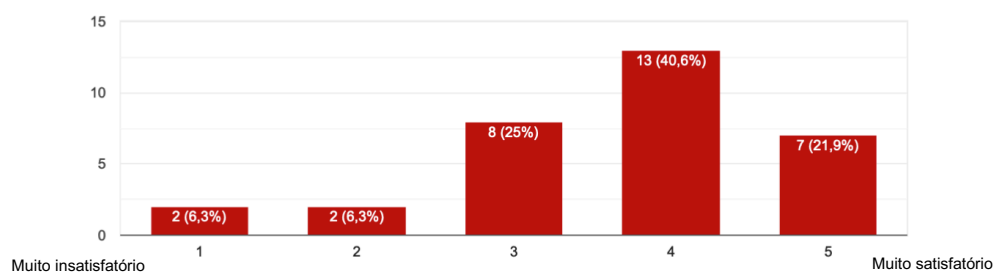
24) Quem você identifica como apoio à gestão do seu trabalho frente à pandemia de COVID-19? (pode responder mais de uma opção)



25) Como você avalia as reuniões gerais das equipes do NASF de Maricá com a gestão do NASF? (pode responder mais de uma opção)



26) Como você avalia as informações disponibilizadas pela gestão do NASF sobre a rede de serviços do município?



### **APÊNDICE B - Roteiro da entrevista semiestruturada**

- 01) Fale sobre a sua experiência enquanto gestor do NASF.
- 02) Potências e limitações do apoio matricial.
- 03) Como é definida a expansão das equipes e a inclusão de novos membros.
- 04) Características valorizadas pela gestão em relação aos profissionais do NASF.
- 05) Novos modos de atuação e desafios impostos pela pandemia de Covid-19.
- 06) Gostaria de fazer algum comentário sobre algo que não foi abordado?

## APÊNDICE C - Carta de Anuência Institucional

### CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

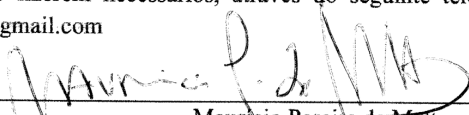
#### À Coordenação Geral do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) da Secretaria Municipal de Saúde de Maricá

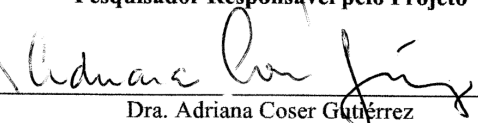
Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada “Apoio Matricial e a pandemia da COVID-19: o processo de trabalho do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AP) de Maricá”, a ser realizada na rede de atenção à saúde do município de Maricá, pelo mestrando Mauricio Pereira de Mattos, aluno do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, sob orientação do Dra. Adriana Coser Gutiérrez, com o(s) seguinte(s) objetivo(s): analisar o processo de trabalho do NASF-AP do município de Maricá, no contexto da pandemia da COVID-19; descrever o processo de trabalho do NASF de Maricá, a partir do referencial teórico do apoio matricial; investigar o processo histórico do NASF de Maricá; identificar as políticas e diretrizes nacionais que orientam o NASF e seus possíveis desdobramentos no NASF de Maricá; contribuir com novos referenciais teórico-práticos para o método do apoio matricial, no contexto da pandemia da COVID-19, necessitando portanto, ter acesso aos dados a serem produzidos junto aos profissionais que integram o NASF de Maricá. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição conste no relatório final, bem como futuras publicações em eventos e periódicos científicos.

Enfatizamos que como se trata de pesquisa envolvendo seres humanos, todos os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo. A coleta dos dados/informações requeridos deverá ter início somente após o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, e está condicionado aos cumprimentos das determinações éticas normatizadas pelas Resoluções CNS/MS nº 466/2012, nº 510/2016 e nº 580/2018 e às resoluções complementares relacionadas ao objeto da pesquisa. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados somente para a realização deste estudo. Comprometemos-nos ao término da pesquisa encaminhar cópia da dissertação para essa coordenação, bem como apresentar para os serviços participantes os resultados com sugestões ou plano de intervenção para melhoria e/ou aprimoramento dos serviços de saúde.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Coordenação Geral, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários, através do seguinte telefone:  ou e-mail: mauriciomattos@gmail.com


Rio de Janeiro, 27 de abril de 2021.

  
Mauricio Pereira de Mattos  
Pesquisador Responsável pelo Projeto

  
Dra. Adriana Coser Gutiérrez  
Pesquisadora Responsável pela Orientação do Projeto

- ( ) Não concordamos com a solicitação  
 Concordamos com a solicitação

OBS: Esta autorização está condicionada à aprovação final da proposta de sua pesquisa pelo (s) Comitê (s) de Ética em Pesquisa responsável (is) por sua avaliação. Após a aprovação uma cópia do Parecer de aprovação emitida pelo CEP, deve ser remetida ao NEPS – Setor responsável pelo Ensino e Pesquisa e autorização para desenvolvimento de estudos no âmbito da saúde municipal.

  
Coordenação Geral do Núcleo de Educação Permanente em Saúde  
Secretaria Municipal de Saúde de Maricá/RJ

## APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Versão 03, de 11 de junho de 2021)

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “APOIO MATRICIAL E A PANDEMIA DE COVID-19: O PROCESSO DE TRABALHO DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE MARICÁ”, desenvolvida pelo pesquisador Mauricio Pereira de Mattos, discente de Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde com ênfase na Estratégia Saúde da Família, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob a orientação da Profa. Dra. Adriana Coser Gutiérrez. O objetivo central do estudo é analisar o processo de trabalho do NASF do município de Maricá durante a pandemia de COVID-19.

Este convite se deve ao fato de você ( ) ser / ( ) ter sido gestor(a) da equipe do NASF de Maricá. Sua participação é voluntária, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista semiestruturado ao pesquisador do projeto. A entrevista somente será gravada se houver autorização do entrevistado, cujo tempo de duração será de aproximadamente uma hora. As entrevistas que forem gravadas serão armazenadas, em arquivos digitais em computador pessoal do pesquisador principal, mas somente terão acesso às mesmas o pesquisador e sua orientadora.

É garantida a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica, que será feita de forma agregada, evitando qualquer tipo de identificação. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido; as informações coletadas ao longo da pesquisa ficarão armazenadas e salvas em arquivo, sob a guarda do pesquisador; ao final, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções do CNS nº 466/12 e nº 510/16 e, com o fim deste prazo, será descartado.

O benefício indireto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de ter acesso a um estudo em profundidade sobre o processo de trabalho na qual está inserido enquanto trabalhador, e que pode subsidiar a qualificação de sua prática.

O risco é a quebra de confidencialidade, mas isso será evitado pois apenas o pesquisador responsável e sua orientadora, que se comprometem com o dever de sigilo e confidencialidade, terão acesso aos dados e não farão uso destas informações para outras finalidades. Mesmo assim, há risco indireto de identificação em função da posição de gestor(a) ou ex-gestor(a), mas os resultados serão apresentados de forma agregada, diminuindo o risco de identificação. Caso o participante venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, tem direito à assistência e a buscar indenização por meio das vias judiciais.

Os resultados serão apresentados aos participantes em palestras dirigidas ao público participante, e através da publicação de artigos científicos. A dissertação produzida será enviada para todos os entrevistados, em formato digital.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados a seguir:

Pesquisador responsável: Mauricio Pereira de Mattos, sob orientação da Profa. Dra. Adriana Coser Gutiérrez. Telefone/pesquisador:  - mauriciomattos@gmail.com

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP (CEP/ENSP). O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

CEP/ENSP: tel. (21) 2598-2863 E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Acesse <https://cep.enp.fiocruz.br/participante-de-pesquisa> para maiores informações.

Para entrevista realizada presencialmente, este termo será redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável.

Caso a entrevista seja realizada de maneira remota este TCLE será enviado previamente por e-mail para o participante e será lido ao início da entrevista pelo entrevistador. No ato da leitura o entrevistado deverá sinalizar que concorda com o respectivo termo de participação, tornando desnecessária a devolução do documento assinado. Após a entrevista, será enviado ao participante, via e-mail, arquivo eletrônico do trecho da gravação com a leitura e aceite de participação na pesquisa.

Agradecemos a sua participação.

Local e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Mauricio Pereira de Mattos  
Pesquisador responsável

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “APOIO MATRICIAL E A PANDEMIA DE COVID-19: O PROCESSO DE TRABALHO DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE MARICÁ” e concordo em participar.

- Autorizo a gravação de áudio e/ou vídeo da entrevista.  
 Não autorizo a gravação de áudio e/ou vídeo da entrevista.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa  
(somente para entrevista realizada presencialmente)

Nome do participante: \_\_\_\_\_

**ANEXO A - Indicador de Produção e Desempenho NASF 2016**

\*Obrigatório

Nome do Profissional \*

Mês de Referência \*

Escolha o mês referente aos dados apresentados

Número de Visitas domiciliares realizadas - ESF xxx \*

Número de Atendimentos individuais realizados - ESF xxx \*

Número de Atendimentos Coletivos realizados - ESF xxx \*

Número de pessoas assistidas em Grupos Terapêuticos ( Projeto de Saúde no Território - PST)

Número de Interconsultas realizadas - ESF xxx \*

Consultas compartilhadas entre você e os membros da ESF (enfermeiro, médico). Considerar também aquelas realizadas com outros membros do NASF.

Número de Hipertensos Assistidos \*

Apresentar a soma (TOTAL) de hipertensos atendidos por você em todos os territórios que atua

Número de Diabéticos Assistidos \*

Apresentar a soma (TOTAL) de diabéticos atendidos por você em todos os territórios que atua

Número de Gestantes Assistidas \*

Apresentar a soma (TOTAL) de gestantes atendidas por você em todos os territórios que atua. Considerar gestantes adolescentes e não adolescentes aqui!

Número de adolescentes grávidas assistidas. \*

Apresentar a soma (TOTAL) de adolescentes grávidas assistidas por você em todos os territórios que atua. Considerar adolescentes a faixa etária de 12 a 18 anos de idade.

Número Crianças menores de 0 a 5 anos assistidas \*

Apresentar a soma (TOTAL) de crianças nesta faixa etária atendidas por você em todos os territórios que atua.

Número Crianças menores de 6 a 12 anos assistidas \*

Apresentar a soma (TOTAL) de crianças nesta faixa etária atendidos por você em todos os territórios que atua.

Número Adolescentes assistidos \*

Apresentar a soma (TOTAL) de adolescentes atendidos por você em todos os territórios que atua. Considerar adolescente maiores de 12 anos.

Número de Idosos Assistidos \*

Apresentar a soma (TOTAL) de idosos atendidos por você em todos os territórios que atua. Considerar idoso os maiores de 65 anos

Número de Dependentes químicos Assistidos \*

Apresentar a soma (TOTAL) de dependentes químicos atendidos por você em todos os territórios que atua. Considerar dependentes químicos os usuários de álcool (abuso) e outras drogas(ilícitas)

Número de Obesos assistidos \*

Apresentar a soma (TOTAL) de obesos assistidos por você em todos os territórios que atua. Considerar obesidade pact com índice de massa corporal (IMC) é superior a 30 kg/m<sup>2</sup>

Número de Homens assistidos \*

Apresentar a soma (TOTAL) de Homens assistidos por você em todos os territórios que atua.

Número de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) realizados \*

Apresentar a soma (TOTAL) de PTS feitos com você em todos os territórios que atua.

PICS: Auriculoterapia

Número de sessões auriculoterapias realizadas no mês

PICS: Acupuntura

Número de sessões de acupuntura realizadas no mês

PICS: Yoga e Meditação

Número de sessões de Yoga realizadas no mês. Considerar cada indivíduo mesmo que assistido em grupo. Considerar cada indivíduo assistido no PST Yoga e meditação

PICS: Massagem Ayurvédica

Número de sessões de massagem realizadas no mês.

PICS: Terapia Integrativa Comunitária

Número de pessoas assistidas no mês.

Nome do(s) Projeto(s) de Saúde no Território(s) que desenvolvo atualmente \*



## ANEXO B - Acompanhamento de PTS

\*Obrigatório

Nome\*

Tipo \*

Individual

Familiar

Descrição da Situação (Problemas Identificados Para Intervenção)

Abaixo estão as situações mais recorrentes encontradas nos PTS realizados pela equipe. As situações não descritas devem ser especificadas no campo "outras situações identificadas"

HIPERTENSÃO NÃO CONTROLADA

DIABETES NÃO CONTROLADO

OBESIDADE

ABUSO DE ÁLCOOL

USO/ABUSO DE DROGAS

COMPLICAÇÕES MOTORAS DECORRENTES DE AVC / AVE

COMPLICAÇÕES COGNITIVAS DECORRENTES DE AVC / AVE

ANSIEDADE

DEPRESSÃO

DÉFICIT DO AUTOCUIDADO

ABANDONO FAMILIAR

ABUSO SEXUAL

VIOLAÇÃO DE DIREITOS

PROCESSOS FAMILIARES ALTERADOS

PERTURBAÇÃO DO CAMPO DE ENERGIA

INSÔNIA

BAIXA AUTO ESTIMA

CONTROLE INEFICAZ DO REGIME TERAPÊUTICO

DEMANDA SOCIAL (ESPECIFICAR NO CAMPO ABAIXO)

Outras situações (ESPECIFICAR NO CAMPO "OUTRAS SITUAÇÕES" ABAIXO)

DATA QUE REALIZOU PTS \*

DD MM AAAA

/ /

ESF DE VINCULAÇÃO \*

Quem Solicitou/demandou o PTS? \*

Especifique aqui as demandas sociais

Especifique aqui as outras situações identificadas

Quais encaminhamentos foram dados ao caso?

Especifique aqui sucintamente quais estratégias foram elaboradas pela equipe para resolver o caso

Quando o caso será reavaliado pela equipe? \*

DD MM AAAA

/ /

Quais Resultados foram alcançados? \*

Estes dados devem ser preenchidos após a reavaliação da equipe. ENQUANTO NÃO TEM RESULTADO MARQUE A OPÇÃO "OUTROS RESULTADOS" E NA RESPECTIVA CAIXA DE DESCRIÇÃO ESCREVA PTS EM ANDAMENTO

Tempo para nova Reavaliação

DD MM AAAA

/ /

Outros Resultados

Escreva aqui outros resultados identificados/obtidos que não estão relacionados na lista anterior

Nome do profissional responsável pelo preenchimento \*