

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

***“Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e a implementação em municípios do estado do Rio de Janeiro”***

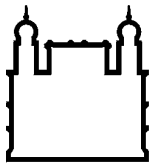
*por*

***Shirley Soares da Silva Marins do Patrocínio***

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.*

*Orientadora principal: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cristiani Vieira Machado  
Segunda orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Márcia Cristina Rodrigues Fausto*

*Rio de Janeiro, outubro de 2012.*



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

*Esta dissertação, intitulada*

*“Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e a implementação em municípios do estado do Rio de Janeiro”*

*apresentada por*

*Shirley Soares da Silva Marins do Patrocínio*

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mônica de Castro Maia Senna

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Fátima Lobato Tavares

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cristiani Vieira Machado – Orientadora principal

Catálogo na fonte  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

P314 Patrocínio, Shirley Soares da Silva Marins do  
Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e a  
implementação em municípios do estado do Rio de Janeiro. /  
Shirley Soares da Silva Marins do Patrocínio. -- 2012.  
155 f. : il. ; tab. ; graf. ; mapas

Orientador: Machado, Cristiani Vieira  
Fausto, Márcia Cristina Rodrigues

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública  
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Programa Saúde da Família. 3.  
Políticas Públicas de Saúde. 4. Sistema Único de Saúde. I.  
Título.

CDD - 22.ed. – 362.12098153

## A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 31 de outubro de 2012.

---

Shirley Soares da Silva Marins do Patrocínio

*À Mariana, minha flor, por me encorajar a cada sorriso;  
Ao Flávio, companheiro de todas as horas, por me incentivar a cada dificuldade;  
À Arinete, minha mãe, amiga de sempre.*

## **Agradecimentos**

Ao finalizar esta etapa de aprendizado recordo-me com muita clareza de uma palavra proferida por minha orientadora e que marcou a conclusão deste trabalho: superação. Foi necessário bastante esforço para que eu não desistisse no caminho e um empenho fundamental de Cristiani e Márcia para que eu chegasse até aqui. Não tenho palavras para agradecer a dedicação, o carinho e o incentivo que vocês me doaram. Foi um aprendizado único e fundamental para minha formação. Gestos e momentos que guardarei com muito carinho!

Além de minhas orientadoras, agradeço também às professoras Luciana Lima e Tatiana Vargas, que junto com as anteriores, formam para mim, um grupo intelectual prazeroso de se conviver, trocar e aprender. Vocês tornam o processo ensino-aprendizagem mais leve e enriquecedor! Em minha opinião, representam uma renovação fundamental para a ENSP. Também agradeço, em especial, à professora Lígia Giovanella que muito contribuiu para meu conhecimento em sala de aula e na etapa de qualificação desse trabalho. Aos professores da banca, muito obrigado por também enriquecerem esta dissertação!

Também foram enriquecedores os momentos em que participei do grupo de pesquisa “Estado, proteção social e políticas de saúde” do DAPS/ENSP. Foi muito proveitoso estar presente nas reuniões desse grupo, poder aprender e dialogar com pessoas que se dedicam em obter e dividir maiores conhecimentos no campo da Saúde Coletiva. Um especial agradecimento à Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) que fomentou financeiramente a realização desta pesquisa.

Com alegria serão lembrados os momentos de troca e aprendizado que vivenciei com a turma do mestrado e, em especial, com o “grupo da atenção básica”, que sempre queria estar junto nas apresentações, seminários e grupos de discussão, causando uma polêmica em sala de aula para que isso se efetivasse. À turma, foi ótimo ter conhecido vocês! Aos queridos Juliana Paulo e Silva, Érika e João, muitas saudades!

Agradeço de coração à minha coordenadora Andreia Vicente do HESFA/UFRJ, pelo total empenho na liberação de carga horária de trabalho para que eu chegasse até aqui e por me incentivar a não desistir! Em especial, também agradeço ao meu estagiário Ronald Gonçalves, não só por ter feito alguns gráficos desta dissertação, mas por me fazer compreendê-los ao ponto de torná-los uma tarefa bem mais fácil!

Às amigas que compreenderam minha ausência nos últimos dias e me deram forças nesse período bastante difícil! Renata Pontes, Vivian Santana, Mônica Patrocínio

e Sarah Pires, obrigada por vocês existirem e tornarem minha vida menos solitária! Aos amigos Rosemary Calazans e Moacyr Torres Jr., por terem torcido muito para a concretização deste trabalho, que tem relação com a trajetória que percorremos juntos em prol de uma saúde pública com mais qualidade!

Com enorme amor e carinho agradeço muito especialmente à minha mãe que me apoiou em cada necessidade e até mesmo acima de sua possibilidade, quantas vezes a vi com um rosto cansado, mas me ajudando nessa correria de mestrado, trabalho, casa. Obrigada, você é minha melhor amiga! Obrigada também ao Rogerio, meu pai de coração, que sempre me deu forças em todos os momentos!

Agradeço a minha florzinha Mariana, que foi gerada nesse mestrado e chegou ao mundo no meio desse turbilhão, conhecendo uma mãe corrida e enlouquecida. Obrigada por me acalmar com seu sorriso e seus olhinhos pretos tão singelos, que me dão coragem a cada dia!

Ao Flávio, companheiro de todas as horas, não tenho palavras para agradecer seu carinho, amor, compreensão e por sempre acreditar em minha superação!

Enfim, agradeço a Deus, dono da vida e que me conduz a cada dia! Sem Ele eu nada seria...

*“De tudo ficaram três coisas. A certeza de que estamos começando. A certeza de que é preciso continuar. A certeza de que podemos ser interrompidos antes de terminar. Façamos da interrupção um caminho novo! Da queda, um passo de dança! Do medo, uma escada! Do sonho, uma ponte! Da procura, um encontro!”*

***Fernando Sabino***



## Resumo

Este trabalho visou analisar a implementação local do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), uma estratégia recente da política de atenção básica no Brasil. O estudo partiu do referencial de análise de políticas públicas, com destaque para as contribuições da literatura que trata dos processos de implementação das políticas e teve natureza predominantemente qualitativa. Inicialmente realizou-se uma análise da proposta federal do NASF, considerando os propósitos dos formuladores da política, as estratégias de operacionalização e o seu desenho no âmbito da política nacional de atenção básica. Em relação à esfera estadual, analisou-se o contexto de implementação do NASF no estado do Rio de Janeiro, a partir do papel desempenhado pelo gestor estadual e do panorama dos projetos municipais de adesão ao NASF. Para a investigação da implementação local do NASF, foram selecionados dois municípios fluminenses, com características distintas em termos de inserção regional, porte populacional e perfil do sistema de saúde. A pesquisa compreendeu diversas estratégias metodológicas, tais como: revisão bibliográfica; análise documental; análise de dados primários e secundários e realização de entrevistas com atores-chave. O estudo mostrou que a evolução quantitativa dos NASF no período 2008 a 2011 foi expressiva, embora desigual no território nacional, dado ser uma proposta ainda recente. A situação da implementação no contexto do estado do Rio de Janeiro foi condicionada pelas características gerais da descentralização da política de atenção básica brasileira, pela organização da atenção básica em saúde no estado, pelas especificidades próprias desse estado e pelas dificuldades apresentadas pelo gestor estadual na coordenação do sistema. A análise da implementação do NASF em dois municípios fluminenses contribuiu para a reflexão sobre os significados, possibilidades e limites dessa proposta, no que concerne ao aprimoramento da atenção básica em saúde no Brasil. Em termos gerais, o estudo revelou que o processo de implementação do NASF desvenda questões ainda mal equacionadas no âmbito da atenção básica e fragilidades da gestão pública em saúde que extrapolam esse nível de atenção, concernentes às relações entre esferas de governo, às condições de inserção e de trabalho dos profissionais, à integração com o restante da rede de serviços e com outras áreas da política pública. O enfrentamento dessas questões é fundamental para o fortalecimento efetivo da atenção básica como eixo estruturante do sistema de saúde brasileiro.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Atenção Básica à Saúde; Programa Saúde da Família; Políticas Públicas de Saúde; Sistema Único de Saúde.

## Abstract

This study investigated the local implementation of the Family Health Support Units (NASF), a recent strategy promoted through the basic health care policy in Brazil. The work was based on the theoretical framework of public policy analysis, focusing particularly on the contributions by literature regarding policy implementation processes, and was of a predominantly qualitative nature. To begin with the federal proposal for the NASF was analyzed, considering the intentions of the policy makers, the strategies for its implementation and its design within the scope of the national policy for basic health care. At a state level, the context for NASF implementation in the state of Rio de Janeiro was analyzed based on the role played by the state health authority and an overview of the municipal projects for NASF adhesion. To investigate local implementation of the NASF, two towns in Rio de Janeiro state were selected, with distinct characteristics in terms of regional insertion, population size and health system profile. The research involved various different methodological strategies, such as: literature review, documental analysis, analysis of primary and secondary data, and interviews with key players. The study demonstrated an expressive growth in the number of NASFs in the period 2008 to 2011, albeit unequal throughout the country, given it is still a recent proposal. Implementation in the state of Rio de Janeiro was conditioned by the general characteristics of the decentralized basic health policy in Brazil, the organization of basic health care in the state, the specifics of that state and the difficulties presented by the state health authority in coordinating the system. The review of the NASF implementation in two Rio de Janeiro municipalities contributed to a reflection on the meanings, possibilities and limits of this proposal, in terms of improving basic health care in Brazil. In general terms, the study revealed that the NASF implementation process opens up ill-equated issues in the scope of basic health care and weaknesses in public health management that extrapolate this level of care, in terms of relations between the different levels of government, the insertion and working conditions for professionals, integration with the rest of the service network and with other areas of public policy. Tackling these issues is fundamental for the effective strengthening of basic health care as a structural pillar for the Brazilian health system.

**Keywords:** Primary Health Care; Family Health Program; Public Health Policies; Unified Health System.

## Sumário

<b>Lista de Ilustrações.....</b>	<b>11</b>
<b>Lista de Siglas.....</b>	<b>13</b>
<b>Apresentação.....</b>	<b>15</b>
Metodologia.....	20
Estrutura da Dissertação.....	27
<b>Capítulo 1 – Organização da Atenção Primária à Saúde: debate internacional e modelo brasileiro.....</b>	<b>29</b>
Atenção Primária à Saúde: conceitos e debate internacional.....	29
O papel da APS nos Sistemas de Saúde.....	32
Organização e Modelos da APS.....	34
A Atenção Básica no Sistema Único de Saúde.....	38
Estratégia Saúde da Família: processo e organização do trabalho.....	53
<b>Capítulo 2 – O Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta e panorama nacional.....</b>	<b>59</b>
A proposta do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: características e diretrizes.....	59
O Núcleo de Apoio à Saúde da Família: origens e construção da proposta nacional.....	66
Panorama nacional de implementação do NASF.....	73
<b>Capítulo 3 – O Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Estado do Rio de Janeiro.....</b>	<b>78</b>
As especificidades do SUS no estado do Rio de Janeiro: algumas notas.....	78
A Atenção Básica e o NASF no Rio de Janeiro.....	83
O NASF no Rio de Janeiro: o papel e a relação entre os gestores do SUS na implementação.....	90
O NASF no Rio de Janeiro: o perfil das propostas de implementação nos municípios.....	93
<b>Capítulo 4 – O Núcleo de Apoio à Saúde da Família nos Municípios Fluminenses: dois estudos de caso.....</b>	<b>100</b>
Breve caracterização do sistema de saúde nos municípios-caso.....	100
A implementação do NASF nos municípios-caso.....	110
<b>Considerações Finais.....</b>	<b>132</b>
<b>Referências .....</b>	<b>141</b>
<b>Apêndices.....</b>	<b>148</b>
Apêndice A - Roteiro de Entrevista para Dirigentes Municipais de Atenção Básica....	148
Apêndice B - Roteiro de Entrevista para Profissionais dos NASF.....	151
Apêndice C - Roteiro de Entrevista para Dirigente Estadual da Atenção Básica.....	153
Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	155

## **Lista de Ilustrações**

### **Quadros**

Quadro Síntese: Matriz de Análise da Pesquisa, segundo Categorias, Variáveis e Fontes Utilizadas.....	25
Quadro 1.1: Síntese dos Momentos da Atenção Básica em Saúde no período SUS, segundo suas variáveis.....	52
Quadro 2.1: Objetivos, Diretrizes, Atribuições dos Gestores e Financiamento do NASF em 2008 e em 2011.....	62
Quadro 2.2: Síntese da Regulamentação Referente à Quantidade de Equipes Vinculadas, as Categorias e a Carga Horária dos Profissionais do NASF por Modalidade.....	65
Quadro 2.3: Análise dos Sumários Executivos da CIT em que Consta a Temática no Período 2003-2008.....	68
Quadro 2.4: Análise dos Resumos Executivos e Atas do CNS em que consta a Temática no Período 2003-2008.....	70
Quadro 3.1: Características Sócio-Demográficas e Sócio-Econômicas das Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.....	82
Quadro 4.1: Carga Horária Semanal, Formas de Contratação e Faixa de Remuneração dos Profissionais do NASF, Município A e Município B.....	119
Quadro 4.2: Tipo, Especificação e Profissionais Responsáveis das Atividades Desenvolvidas pelo NASF – Município A, 2010.....	123
Quadro 4.3: Resumo dos Resultados Principais da Análise de Implementação do NASF nos Dois Municípios-Caso, segundo Suas Variáveis.....	129

### **Tabelas**

Tabela 2.1: Indicadores Selecionados de Implementação da ESF e do NASF – UF, Regiões, Brasil – 2011.....	76
Tabela 3.1: Quantidade de Projetos Municipais de NASF Recebidos na SES/RJ por Ano.....	86
Tabela 3.2: Quantidade de NASF Propostos pelos Municípios e Quantidade de NASF Credenciados pela CIB/RJ, por tipo, 2011.....	86
Tabela 3.3: Adesão dos Municípios ao NASF, por Região de Saúde, Estado do Rio de Janeiro, 2011.....	87
Tabela 3.4: Indicadores Selecionados de Implantação da ESF e do NASF nos Municípios do Estado do Rio de Janeiro com NASF Implantados – 2011.....	89

Tabela 3.5: Distribuição dos Projetos Municipais, segundo Tipos de Processo Seletivo Adotado para Contratação dos Profissionais do NASF – Estado do Rio de Janeiro, 2011.....	96
Tabela 3.6: Distribuição dos Projetos Municipais, segundo Forma de Contratação dos Profissionais do NASF – Estado do Rio de Janeiro, 2011.....	97
Tabela 3.7: Distribuição dos Projetos Municipais segundo Estratégias de Capacitação dos Profissionais do NASF – Estado do Rio de Janeiro, 2011.....	98
Tabela 4.1: Breve Caracterização dos Municípios-Caso.....	101
Tabela 4.2: Tipo de Estabelecimento por Esfera Administrativa, município A, 2012..	102
Tabela 4.3: Tipo de Estabelecimento por Esfera Administrativa, município A, 2012..	106

## **Figuras**

Figura 2.1: Evolução do Número de NASF Implantados – Brasil, 2008-2011.....	74
Figura 2.2: Quantidade de Profissionais de NASF Credenciados por Ocupação Profissional – Brasil, 2011.....	75
Figura 3.1: Abrangência populacional estimada da Estratégia Saúde da Família de 1998 a 2011 – Brasil, Sudeste e Estado do Rio de Janeiro.....	84
Figura 3.2: Municípios com NASF no Estado do Rio de Janeiro por Regiões de Saúde – 2008 a 2011.....	88
Figura 3.3: Distribuição dos Profissionais que Compõem o NASF por Ocupação – Estado do Rio de Janeiro, 2011.....	94
Figura 4.1: Abrangência Populacional da Estratégia Saúde da Família no Município A – 2002 a 2011.....	103
Figura 4.2: Recursos de Composição do PAB do Município A – 2002 a 2011.....	104
Figura 4.3: Composição % do PAB Variável – Município A, 2011.....	106
Figura 4.4: Abrangência Populacional da Estratégia Saúde da Família no Município B – 2002 a 2011.....	107
Figura 4.5: Recursos de Composição do PAB do Município B – 2002 a 2011.....	108
Figura 4.6: Composição % do PAB Variável – Município B, 2011.....	109

### **Lista de Siglas**

- AB – Atenção Básica
- ABS – Atenção Básica em Saúde
- ACS – Agente Comunitário de Saúde
- AIS – Ações Integradas de Saúde
- APS – Atenção Primária à Saúde
- BH – Belo Horizonte
- BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento
- CBO – Classificação Brasileira de Ocupações
- CIB – Comissão Intergestores Bipartite
- CIT – Comissão Intergestores Tripartite
- CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
- CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- COAP – Contrato Organizativo das Ações Públicas de Saúde
- CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
- CNS – Conferência Nacional de Saúde
- CNS – Conselho Nacional de Saúde
- CONASP – Conselho Consultivo da Administração Previdenciária
- DAB – Departamento de Atenção Básica
- ESF – Estratégia Saúde da Família
- GM – Gabinete Ministerial
- GP – General Practitioner
- IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
- INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- MEC – Ministério da Educação
- MS – Ministério da Saúde
- NAI – Núcleo de Saúde Integral
- NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- NOAS – Norma Operacional de Assistência em Saúde
- NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde  
ONG – Organização Não-Governamental  
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde  
OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público  
OSS – Organização Social  
PAB – Piso de Atenção Básica  
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica  
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica  
PPI – Programação Pactuada e Integrada  
PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família  
PSF – Programa Saúde da Família  
RAS – Redes de Atenção à Saúde  
REFORSUS – Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde  
RJ – Rio de Janeiro  
RSB – Reforma Sanitária Brasileira  
SAGE – Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde  
SAS – Secretaria de Assistência à Saúde  
SE – Secretaria Executiva  
SES – Secretaria de Estado de Saúde  
SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde  
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica  
SP – São Paulo  
SPS – Secretaria de Políticas de Saúde  
SUDS – Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCG – Termo de Compromisso de Gestão

## Apresentação

O tema dessa dissertação é a Atenção Básica em Saúde (ABS) no Brasil. Há certo entendimento ao nível internacional sobre a vantagem de se basear os sistemas de saúde na perspectiva da Atenção Primária à Saúde (APS). Nesse sentido, quando bem estruturada e organizada, a APS pode propiciar eficiência e contribuir positivamente para a melhoria da atenção.

Atualmente, no Brasil, a Atenção Básica é normatizada por meio de uma política nacional, que a define como um conjunto de fundamentos e diretrizes capazes de “*desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades*”<sup>1</sup>. Essa política busca fortalecer a atenção básica como porta de entrada preferencial do sistema de serviços de saúde e reafirma a sua importância na organização da atenção no Sistema Único de Saúde.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui-se prioridade, modelo para a reorganização e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS. A política se orienta pelos princípios e diretrizes do sistema e visa contribuir para efetivar a universalidade, a integralidade, a equidade, o acesso, a coordenação do cuidado, o vínculo e a humanização.<sup>1</sup>

Com o objetivo de ampliar e fortalecer ações mais integradas e resolutivas no bojo da ABS, o Ministério da Saúde instituiu os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)<sup>1</sup>. Esses núcleos, formados por especialidades médicas básicas e por profissionais de diferentes categorias, devem constituir-se um apoio às equipes e compartilhar as práticas de saúde em seu território.

A partir da atual configuração da Atenção Básica em Saúde brasileira, esta pesquisa pretende realizar uma análise da estratégia dos NASF, considerando a proposta nacional e a sua implementação local.

A motivação para a escolha do tema tem a ver com a trajetória profissional da autora, vivenciada no município de São Pedro da Aldeia/RJ, no período de 2004 a 2008, como assistente social inserida na Estratégia Saúde da Família. Nesse sentido, o município inovou em relação ao modelo nacional ao ampliar as especialidades profissionais na ESF, além da equipe mínima induzida pelo Ministério da Saúde - compostas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de

---

<sup>1</sup> Portaria MS/GM 154/08, de 24 de janeiro de 2008.



saúde.

Dessa forma, a presença de dois assistentes sociais e seis fisioterapeutas na Saúde da Família representava uma iniciativa local diferenciada do modelo nacional preconizado. Alguns atores políticos atuantes no sistema municipal questionavam o exercício profissional das categorias não pertencentes à equipe preconizada pelo Ministério da Saúde.

Em contrapartida, percebia-se uma grande demanda por parte das equipes de Saúde da Família quanto à realização de um trabalho mais integral junto a outros profissionais, dentre estes assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos e nutricionistas, segundo a realidade de saúde da população adscrita em seus territórios.

Assim, nesse caminho, construiu-se o trabalho de conclusão de curso de Especialização em Saúde Pública, realizado na ENSP/FIOCRUZ<sup>ii</sup>. O trabalho consistiu em um levantamento sobre produções científicas da base SCIELO publicadas entre 1997-2006, que abordassem a atuação de assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos e nutricionistas na Estratégia Saúde da Família.

A discussão realizada naquele trabalho trouxe questionamentos sobre a definição político-organizacional em relação à inserção de outras profissões da saúde – excetuando-se Medicina, Enfermagem e Odontologia – no contexto da Saúde da Família. De que forma poderiam ser definidas as suas atribuições na atenção básica para um atendimento mais integral?

Desse modo, observou-se que a inserção de outros profissionais na Estratégia Saúde da Família refletia uma questão ampla, configurando-se num desafio para a organização da atenção básica e de um sistema de saúde que vislumbre ser mais resolutivo.

A criação e regulamentação nacional do NASF possibilitou a legitimação da inserção de outros profissionais e outras especialidades médicas básicas na Saúde da Família. Essa proposta pode contribuir para organizar e consolidar a inclusão desses profissionais na estratégia, correspondendo, em parte, aos questionamentos refletidos quando realizado o referido trabalho de conclusão da especialização.

Investigar a implementação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família vem corroborar um olhar mais ampliado sobre as contribuições e as dificuldades encontradas no âmbito da ABS. Dessa forma, o estudo pode colaborar para uma maior reflexão sobre a formulação de propostas para a ABS adotadas pelo Ministério da Saúde.

---

<sup>ii</sup> O tema da monografia da Especialização em Saúde Pública na ENSP/FIOCRUZ foi “Experiências de outros profissionais na Saúde da Família: uma revisão bibliográfica”.

A pesquisa realizada visou analisar a proposta nacional do NASF como uma estratégia da Política de Atenção Básica no Brasil e a sua implementação local. A dissertação apresenta os principais resultados do estudo com destaque para a evolução e composição nacional dos NASF no período de 2008 a 2011, a situação da implementação dessa proposta no contexto do estado do Rio de Janeiro e a análise do processo de implementação local em dois municípios fluminenses credenciados pelo Ministério da Saúde em 2009<sup>iii</sup>.

Como justificativas para o desenvolvimento da pesquisa foram elencados quatro argumentos que estão inter-relacionados. O primeiro refere-se à relevância da Atenção Primária à Saúde na organização dos sistemas de saúde e ao movimento recente de seu fortalecimento. O nível primário deve ser fortalecido nos sistemas de saúde, organizando e fundamentando o cuidado nos outros níveis do sistema, direcionando, inclusive, os recursos voltados à promoção, manutenção e melhoria da saúde.<sup>2</sup>

Vuori<sup>3</sup> aponta que a APS deve reorientar os sistemas de saúde na perspectiva de acessibilidade, atuando de acordo com as necessidades de saúde da população, funcionando integralmente e com base na participação comunitária. O autor também defendeu em seus argumentos que os diversos níveis dos sistemas de saúde – primário, secundário e terciário - precisam ser reorientados na perspectiva da APS.

No que se refere ao novo movimento de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, o documento da Organização Pan-Americana de Saúde<sup>4</sup>, “Renovação da Atenção Primária à Saúde nas Américas”, também apoiado pela Organização Mundial de Saúde, representa uma série de orientações que buscam atualizar e potencializar a APS no continente.

O segundo argumento está relacionado ao fato de que, historicamente, a Atenção Primária à Saúde é estruturada nos diversos países de formas diferentes, o que tem implicações para o acesso e a qualidade das ações de saúde.

Sobre a composição de profissionais, Saltman<sup>5</sup> aponta que existem diversos tipos de especialidades médicas e profissionais com formações variadas atuando na Atenção Primária à Saúde, dentre eles, médicos generalistas, médicos de família, pediatras, ginecologistas, enfermeiros comunitários, enfermeiros generalistas e fisioterapeutas.

---

<sup>iii</sup> O estudo desenvolvido também se insere no grupo de pesquisa: “Estado, proteção social e políticas de saúde” (DAPS/ENSP/FIOCRUZ).

No que se refere à organização da atenção, o autor coloca que a APS pode envolver diversos tipos de estrutura a depender do sistema de saúde de cada país. Há países em que a prestação de serviços de atenção primária é realizada por profissionais privados, enquanto que em outros é feita através do serviço público, com profissionais assalariados. A organização de trabalho dos profissionais de saúde também é multiforme, podendo ser individual, em equipes multiprofissionais, em centros de APS, em policlínicas especializadas, com responsabilidade ao nível individual, familiar e/ou comunitária.<sup>5</sup>

O terceiro argumento para o desenvolvimento deste trabalho está relacionado à priorização da Atenção Básica em Saúde na agenda da política de saúde brasileira, com ênfase no modelo Estratégia Saúde da Família a partir de meados da década de 1990, bem como a formulação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família como uma inovação recente e relevante na política nacional.

A partir da constituição do Sistema Único de Saúde, em meados dos anos 90, a Estratégia Saúde da Família torna-se um marco de referência, sendo o incentivo à sua adequada implementação uma estratégia habilidosa para direcionar os caminhos relacionados à própria consolidação do SUS.<sup>6</sup>

No entanto, há estudos que apontam dificuldades e limites para o desenvolvimento de um modelo assistencial para a atenção básica que se pautem apenas no desenho da ESF. Mais recentemente, percebe-se um debate político e acadêmico que indica a necessidade de fortalecimento da atenção básica numa perspectiva não restrita ao modelo vigente. Evidencia-se uma busca de renovação de uma concepção de Atenção Básica em Saúde relacionada às discussões internacionais.<sup>7</sup>

Castro<sup>8</sup> aponta a criação dos NASF como uma possibilidade de reforço das escolhas e políticas nacionais, adotadas no âmbito da atenção básica desde meados dos anos 90, que afirmaram a ESF como modelo prioritário para a organização desse nível de atenção. De acordo com Borges e Baptista<sup>7</sup> essa recente iniciativa pode ser, dentre outras mais significativas, um novo “*indício para a institucionalidade da política de ABS*”.<sup>iv</sup> (pg. 38)

O papel do Núcleo de Apoio à Saúde da Família é apoiar as equipes de Saúde da Família no território adscrito, sem constituir uma porta de entrada especializada no sistema de saúde. Assim, o NASF visa buscar uma atenção mais integral na Saúde da Família e contribuir na resolutividade de suas ações.<sup>8</sup>

---

<sup>iv</sup> Toma-se aqui a referência de institucionalidade discutida pelas autoras enquanto um aporte que “*se refere às raízes de sustentação da política no âmbito das instituições*”.<sup>7</sup> (pg. 30-31)

Nesse aspecto, entende-se que a instituição dos núcleos visa qualificar a atenção básica em saúde e reafirma o modelo Estratégia Saúde da Família como porta de entrada preferencial no sistema. No entanto, conforme afirma Castro<sup>8</sup>, apenas através do acompanhamento e da realização de estudos de implementação será possível discutir a trajetória dessas estruturas no nível local.

O quarto e último argumento refere-se ao fato de que, no contexto político democrático federativo brasileiro, o poder estatal é constituído por três entes governamentais – União, estados e municípios. Isso reflete desafios quanto à análise do papel do Estado, inclusive nos estudos de políticas de saúde<sup>v,9</sup>.

O papel das esferas de governo na saúde foi bastante alterado desde o início da implementação do SUS devido ao processo de descentralização político-administrativa. Tal processo foi regulado por diversas normas federais e portarias relacionadas a mecanismos financeiros induzidos pelo gestor federal ao longo dos anos 90. Isso possibilitou uma ampliação do poder de regulação sobre os estados e municípios e caracterizou o modelo de intervenção na condução da política nacional nesse período.<sup>vi,10</sup>

No Brasil, a atenção básica é eminentemente descentralizada devido ao contexto das relações federativas, mas fortemente regulada por normas nacionais e financiada por recursos federais. Esse pacto federativo influencia diretamente a gestão da ABS.

Nesse sentido, é importante considerar as implicações que o arranjo federativo traz para a instituição do NASF. Portanto, entender o caráter dessa proposta formulada nacionalmente, situar as características de implementação ao nível estadual e aprofundar a análise ao nível local faz-se necessário, uma vez que a descentralização tem privilegiado uma relação mais direta entre União e municípios e fragilizado o papel estadual nesse contexto.

A proposta dos núcleos foi a estrutura encontrada pelo gestor federal para a resolutividade e integralidade da atenção básica sem modificar o modelo de organização existente, no qual a equipe mínima com médico generalista, enfermeiro e auxiliar ou técnico de enfermagem para a porta de entrada no SUS é mantida. Sendo assim, indaga-se: Quais são as características de sua implementação no âmbito nacional, estadual e municipal?

---

<sup>v</sup> Lima et al<sup>9</sup> sinalizam distintas correntes teóricas que trazem aportes complementares para a análise do papel do Estado nas políticas públicas, com destaque para a contribuição dos autores neomarxistas, do institucionalismo histórico e da análise setorial.

Outras questões norteadoras da investigação foram: Qual é o caráter dessa estratégia e que justificativas/finalidades sustentam a proposta NASF? Quais são as mediações entre a proposta nacional da política e os processos de implementação local do NASF? Que possibilidades e limites o NASF aponta para a integralidade e a resolutividade na ESF e na Atenção Básica?

O objetivo geral do estudo foi analisar o NASF como uma estratégia da Política de Atenção Básica no Brasil, considerando as mediações entre a proposta nacional e os processos de implementação local. Os objetivos específicos foram:

1. Caracterizar a proposta nacional do NASF, considerando a sua justificativa, inserção na política de Atenção Básica, desenho e estratégias de operacionalização;
2. Apresentar a evolução e composição dos NASF no território nacional, no período de 2008 a 2011;
3. Situar o contexto da implementação do NASF no estado do Rio de Janeiro;
4. Analisar o processo de implementação dos NASF em dois municípios do Estado do Rio de Janeiro;
5. Identificar possibilidades e limites do NASF como estratégia de qualificação para a Atenção Básica em Saúde.

Explicitados os objetivos, cabe apresentar resumidamente, a metodologia desse trabalho, o que será feito no próximo item.

### *Metodologia*

O estudo parte do referencial de análise de políticas públicas, com destaque para as contribuições da literatura que tratam do processo de implementação da política.

Para Hogwood e Gunn<sup>11</sup>, a implementação se constitui num elemento primordial da política pública. Os autores afirmam existir consenso entre os cientistas sociais sobre esse processo como parte da produção de políticas (*policy-making*). A implementação não é uma fase estanque. É complexa e diversa, pois implementar é “pôr em ação” e, com isto, muitas questões podem vir a ser reformuladas. A maneira como

---

<sup>vi</sup> As principais normas do SUS no período 1990 a 2006 são: NOB SUS 01/91 e NOB SUS/92; NOB SUS 01/93; NOB SUS/96; NOAS SUS 01/01 e NOAS SUS 01/02; Pacto pela Saúde 2006.

uma política pública será colocada em curso pode se constituir de forma destoante de como foi formulada.

Sobre a fase de implementação da política pública, Meny e Thoenig<sup>12</sup> afirmam ser o momento onde “*se geram atos e efeitos a partir de um marco normativo de intenções, textos ou discursos.*” (p. 158).

Assim, os atores locais podem vir a ser reformuladores das políticas a partir das especificidades municipais. No Brasil, é preciso considerar a complexidade do modelo federativo, em que estados e municípios têm condições diferenciadas e realidades diversas. Nesse sentido, é importante analisar como se formulam e se implementam políticas em contextos específicos.

O estudo tem natureza predominantemente qualitativa. Segundo Minayo<sup>13</sup>, o método qualitativo tem fundamento teórico e permite descortinar processos sociais pouco conhecidos de grupos específicos, contribuindo para construção de novas abordagens, criação e revisão de novos eixos e conceitos durante a investigação: “*é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões*” (p. 57).

No que se refere ao nível federal, foi realizada uma análise da proposta nacional do NASF a partir dos propósitos dos formuladores da política, das estratégias de operacionalização e do desenho de sua configuração no âmbito da política nacional de atenção básica, expressos em documentos e dados oficiais.

Em relação à esfera estadual, buscou-se analisar o contexto de implementação do NASF no estado do Rio de Janeiro, a partir do papel desempenhado pelo gestor estadual na implementação da proposta e do panorama dos projetos municipais de adesão ao NASF.

Para a realização desse trabalho de campo foi necessário comparecer por diversas vezes à Superintendência de Atenção Básica do estado do Rio de Janeiro, o que propiciou conhecer de forma mais próxima à dinâmica e a organização de trabalho desse setor. Essa atividade demandou maior período para realização do que o anteriormente planejado, visto que os atores estaduais responsáveis pelo arquivo dos projetos municipais deslocavam-se diariamente aos municípios, o que dificultou a localização dos projetos e o prosseguimento das ações de pesquisa em menor tempo.

Para análise da implementação local, foram selecionados dois municípios do estado do Rio de Janeiro. Foram considerados como critérios de seleção: o porte populacional, a inserção regional, o credenciamento do NASF pelo Ministério da Saúde há mais de um ano e a maior possibilidade de acesso da pesquisadora por meio de

contato municipal anterior. Foram investigados os processos de implementação dos NASF ao nível local, seus contextos, especificidades, estratégias e relação com a política de saúde nos municípios.

A seleção dos municípios do estado do Rio de Janeiro foi uma tarefa difícil, pois quando elaborado o projeto de pesquisa, o NASF era uma proposta nacional ainda recente. Assim, o número de municípios fluminenses com adesão à proposta NASF há mais de um ano era pequeno.

O projeto de pesquisa previa a realização de três estudos de caso, abrangendo: um município de pequeno porte (menos de 50.000 habitantes), um município de médio porte (de 50.000 a 99.999 habitantes) e um município de grande porte (100.000 habitantes ou mais). No entanto, apesar de diversas tentativas de contato com gestores de atenção básica do único município de grande porte do estado do RJ que preenchia o critério de ter NASF implantado há mais de um ano, não foi possível realizar as ações previstas, por motivo de agenda dos atores locais, tendo sido esse município excluído da pesquisa.

A realização do trabalho de campo nos outros dois municípios selecionados - de pequeno e de médio porte - foi facilitada por contato prévio com atores locais atuantes na atenção básica. No entanto, os contextos locais diferenciados influenciaram a dinâmica de desenvolvimento da pesquisa, o tempo dedicado para a realização dessa atividade, bem como a disponibilidade de gestores e profissionais para as entrevistas previamente agendadas.

A partir da revisão bibliográfica preliminar realizada e do referencial teórico-metodológico, foram definidas as seguintes categorias de análise para o estudo: desenho nacional relativo ao NASF; composição dos NASF (nacional, estadual, municipal); papel e relação entre gestores do SUS na implementação da estratégia (federal, estadual, municipal); inserção dos NASF na política de saúde do município; processo político de implementação dos NASF nos municípios; características e funcionamento dos NASF. As categorias e variáveis da pesquisa estão no Quadro Síntese, ao final do item Metodologia.

A pesquisa envolveu diversas estratégias metodológicas:

1. Revisão bibliográfica nas bases de dados disponíveis para acesso online, como a Biblioteca Virtual em Saúde, Scielo (Scientific Electronic Library Online) e Portal de Periódicos da CAPES sobre os temas: Atenção Primária em Saúde, Estratégia Saúde da Família, Modelos de organização e atenção em saúde, Análise de políticas de saúde, Implementação de políticas de saúde.

2. Levantamento e análise documental: documentos e portarias do Ministério da Saúde identificadas no Saúde Legis, da Secretaria de Estado de Saúde, dos municípios selecionados;
3. Análise de dados primários e secundários, fornecidos diretamente pelos gestores do sistema e/ou obtidos nos sistemas de informação do SUS tais como: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Sala de Situação em Saúde<sup>vii</sup>;
4. Realização de seis entrevistas semi-estruturadas, assim distribuídas: (1) dirigente técnico de Atenção Básica da SES/RJ; (1) dirigente municipal da Estratégia Saúde da Família no município A e (1) dirigente municipal da Estratégia Saúde da Família no município B; (1) dirigente municipal do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no município B; (1) profissional do NASF que tenha papel de liderança e/ou coordenação da equipe, identificado pela coordenação da ESF e/ou dos NASF no município A e (1) profissional do NASF que tenha papel de liderança e/ou coordenação da equipe, identificado pela coordenação da ESF e/ou dos NASF no município B.

Inicialmente, no projeto de pesquisa, delimitou-se a realização de entrevistas apenas com os gestores municipais do NASF. No entanto, a partir de sugestões da banca examinadora de qualificação do projeto, foi incluída uma entrevista com profissional do NASF de cada município. Esse profissional foi indicado pelo gestor de atenção básica municipal, tendo como critério o seu destaque no exercício de papel de liderança/coordenação dentre os profissionais de composição dos núcleos municipais.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, gravadas e transcritas por profissional qualificado. Nesse trabalho, para a interpretação dos resultados das entrevistas, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temática. Minayo<sup>13</sup> (2008) define que para a realização dessa técnica é preciso descobrir núcleos de sentidos que fazem parte de uma comunicação, cujo significado e frequência tenham sentido para o objeto que está sendo investigado.

Bardin<sup>14</sup> aponta três etapas necessárias à operacionalização da análise temática: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação. É importante destacar que na análise desse trabalho são valorizados os

---

<sup>vii</sup> Atualmente a Sala de Situação em Saúde é designada Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde. Site: <http://189.28.128.178/sage/>, acesso em 31/08/12. Cabe mencionar as limitações dessa fonte de dados para esse estudo, uma vez que só existem informações sobre a implementação da ESF a partir do ano 2002.



significados em relação ao objeto investigado considerando as categorias de análise definidas na pesquisa.

Na análise das informações fornecidas foi respeitada a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde e o regimento interno do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)/ENSP quanto às normas éticas para o desenvolvimento de pesquisas.

Para garantir o sigilo e a confidencialidade dos relatos, algumas medidas foram tomadas: os arquivos de áudio e os arquivos das entrevistas transcritas estão armazenados em computador de uso restrito pela pesquisadora e protegido por senha; os dados ficarão sob responsabilidade da pesquisadora por cinco anos e serão destruídos após esse período.

Na apresentação dos resultados da pesquisa os municípios não são identificados pelo nome, apenas pelo porte populacional, sendo designados como municípios A e B. Os participantes das entrevistas não são identificados pelo nome. Contudo, no que se refere aos dirigentes municipais da Atenção Básica e profissionais dos NASF, há a identificação numérica - dirigente 1, 2, profissional 1, 2. De qualquer forma, existe o risco de identificação indireta desses sujeitos, dadas as posições que ocupam nos órgãos públicos.

O quadro síntese aponta a matriz analítica do estudo segundo as categorias de análise definidas.

**Quadro Síntese: Matriz de análise da pesquisa, segundo categorias, variáveis e fontes utilizadas**

CATEGORIAS	VARIÁVEIS	FONTES
<b>DESENHO NACIONAL RELATIVO AO NASF</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Histórico e contexto do processo de formulação da proposta NASF no Ministério da Saúde;</li> <li>- Inserção na Política Nacional de Atenção Básica;</li> <li>- Objetivos, diretrizes, modalidades, estratégias de operacionalização e recursos financeiros disponibilizados para a proposta.</li> </ul>	<p>Revisão Bibliográfica, Documentos do Ministério da Saúde referente à ABS e ao NASF, portarias federais.</p>
<b>COMPOSIÇÃO DOS NASF (NACIONAL, ESTADUAL, MUNICIPAL)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nacional: evolução do número, tipos de NASF credenciados e implantados, composição profissional nacional, razão ESF/NASF por UF e regiões;</li> <li>- Estadual: nível de cobertura, composição profissional, razão ESF/NASF por município com NASF;</li> <li>- Municípios: composição profissional, quantitativo de equipes cobertas por cada equipe NASF.</li> </ul>	<p>Dados dos sistemas de informação do Ministério da Saúde: sala de situação de saúde, CNES.</p> <p>Documentos da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro;</p> <p>Documentos das Secretarias Municipais de Saúde, incluindo projetos de implementação do NASF;</p> <p>Entrevista com um dirigente técnico da Atenção Básica da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro;</p> <p>Entrevista com coordenadores da Estratégia Saúde da Família e/ou NASF dos municípios.</p>
<b>PAPEL E RELAÇÃO ENTRE GESTORES DO SUS NA IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA (FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Funções e atribuições dos gestores federal, estadual e municipal na/no: formulação da proposta; planejamento; regulação, avaliação e monitoramento; prestação de serviços;</li> <li>- Relações intergovernamentais na implementação da proposta.</li> </ul>	<p>Análise documental: documentos e portarias;</p> <p>Entrevista com um dirigente técnico da Atenção Básica da Secretaria de Estado de</p>

		Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro; Entrevista com coordenadores da Estratégia Saúde da Família e/ou NASF dos municípios.
<b>INSERÇÃO DO NASF NA POLÍTICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Histórico e contexto de implementação da política de atenção básica;</li> <li>- Trajetória da Saúde da Família no município;</li> <li>- Modelos de atenção básica;</li> <li>- Área de abrangência da atenção básica;</li> <li>- Oferta de serviços de saúde;</li> <li>- Modelo de atenção e organização em saúde;</li> <li>- Configuração de rede.</li> </ul>	<p>Documentos das Secretarias Municipais de Saúde;</p> <p>Entrevista com coordenadores da Estratégia Saúde da Família e/ou NASF dos municípios.</p>
<b>PROCESSO POLÍTICO DE IMPLEMENTAÇÃO DOS NASF NOS MUNICÍPIOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antecedentes do NASF no município;</li> <li>- Experiências locais em relação ao processo de implementação do NASF;</li> <li>- Apresentação do projeto NASF ao Conselho Municipal de Saúde;</li> <li>- Papel das equipes de Saúde da Família na elaboração e conhecimento do projeto NASF;</li> <li>- Definição do território de atuação do NASF;</li> <li>- Processo de definição das categorias profissionais que compõem o NASF;</li> <li>- Estratégia de conformação da equipe NASF;</li> <li>- Participação do gestor estadual na implementação local;</li> <li>- Processo de aprovação do projeto NASF na CIB/RJ.</li> </ul>	<p>Documentos das Secretarias Municipais de Saúde;</p> <p>Entrevista com coordenadores da Estratégia Saúde da Família e/ou NASF dos municípios;</p> <p>Entrevista com um profissional selecionado de cada NASF.</p>
<b>CARACTERÍSTICAS E FUNCIONAMENTO DOS NASF</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Carga horária, formas de contratação e remuneração dos profissionais do NASF;</li> <li>- Estrutura física e equipamentos utilizados para o NASF;</li> <li>- Planejamento do processo de trabalho da equipe NASF;</li> <li>- Organização do atendimento, tipos de atendimento</li> </ul>	<p>Documentos das Secretarias Municipais de Saúde;</p> <p>Entrevista com coordenadores da Estratégia Saúde da Família e/ou NASF dos municípios.</p> <p>Entrevista com um profissional selecionado de cada NASF</p>

<p><b>MODELO DE ATENÇÃO DOS NASF</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ações e atividades desenvolvidas;</li> <li>- Processo de educação permanente, monitoramento e avaliação das ações da equipe NASF;</li> <li>- Relação entre equipes Saúde da Família e equipe NASF;</li> <li>- Relação do NASF com a rede municipal;</li> <li>- O NASF e a intersetorialidade.</li> <li>- Realidades locais que contribuem ou dificultam a proposta nacional do NASF.</li> </ul>	<p>Documentos das Secretarias Municipais de Saúde;</p> <p>Entrevista com coordenadores da Estratégia Saúde da Família e/ou NASF dos municípios.</p> <p>Entrevista com um profissional selecionado de cada NASF</p>

### *Estrutura da dissertação*

Além desta apresentação, a dissertação está estruturada em quatro capítulos. O **Capítulo 1** discute os conceitos da atenção primária à saúde, sua organização e o seu debate internacional, visto ser imprescindível tecer uma reflexão teórica e conceitual para a abordagem do tema. Faz-se uma exposição sobre as concepções e o papel da APS nos diferentes sistemas de saúde considerando que a compreensão a respeito da atenção primária está permeada por fatores econômicos, políticos e culturais, conforme afirmam Viana e Fausto<sup>15</sup>. Por meio da literatura selecionada, são abordadas as diferentes concepções sobre a organização e os modelos de APS ao nível internacional e no Brasil. Apresenta-se também um breve retrospecto da atenção básica em saúde no período do SUS a partir da descrição de quatro distintos momentos dessa política. Ainda nesse capítulo, aborda-se o processo e a organização do trabalho na Estratégia Saúde da Família, modelo adotado no Brasil para a ABS, situando o objeto desse trabalho – o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – como uma inovação incremental no referido modelo.

O **Capítulo 2** trata da proposta e o panorama nacional de implementação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. São apresentadas as características e as diretrizes dessa inovação da ABS brasileira, considerando sua organização, ferramentas e objetivos. É apresentada uma discussão sobre suas origens e sua construção no âmbito do Ministério da Saúde, considerando o contexto político vigente em dois momentos distintos do Governo Lula, época em que o NASF foi formulado. Por fim, expõem-se os dados nacionais de implementação da proposta com destaque para sua evolução no

território brasileiro, composição profissional e indicadores selecionados de implantação ESF/NASF nas regiões e unidades federativas.

No **Capítulo 3** é abordada a implementação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no contexto do estado do Rio de Janeiro. Inicialmente, apontam-se algumas notas sobre as especificidades do SUS no estado, com intuito de resgatar sua conformação histórica e as peculiaridades imbricadas nesse sistema de saúde. A partir dessa compreensão, busca-se contextualizar a atenção básica em saúde e o NASF no contexto estadual segundo a literatura e a análise dos projetos municipais de adesão aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. A partir dessa análise e da realização de entrevistas, é apresentado um panorama do perfil de implementação do NASF nos municípios fluminenses e é feita uma análise sobre o papel e a relação entre os gestores do SUS nesse processo.

Por fim, o **Capítulo 4** descreve e analisa a implementação local do NASF em dois municípios do estado do Rio de Janeiro. É realizada uma breve caracterização dos municípios-caso, considerando indicadores sobre o sistema de saúde e a atenção básica local. A seguir, apresenta-se o detalhamento da implementação do NASF nesses municípios a partir das seguintes categorias e variáveis de análise: papel e relação entre gestores do SUS, processo político de implementação dos NASF, características e organização dos NASF e modelo de atenção dos NASF. Ao final desse capítulo é exposto um quadro resumido sobre as principais características de implementação local dos NASF nos dois municípios.

Nas **Considerações Finais** é realizado um balanço sobre a implementação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, em que são discutidos os principais achados da pesquisa e expostos alguns desafios para a consolidação dessa proposta no âmbito da política de atenção básica brasileira.

## **Capítulo 1 – Organização da Atenção Primária à Saúde: debate internacional e modelo brasileiro**

### **Atenção Primária à Saúde: conceitos e debate internacional**

Várias são as interpretações que podem ser feitas sobre Atenção Primária à Saúde (APS) ao longo dos anos. Nesse trabalho, pretende-se seguir o delineamento realizado por Fausto<sup>16</sup> quanto a um sentido histórico e político das representações sobre o termo APS mais do que uma definição dura e normativa para sua compreensão.

Considera-se um marco importante do debate internacional sobre a APS a publicação, em 1920, no Reino Unido, do Relatório Dawson, que traz propostas para a organização do sistema de saúde naquele país. Nesse documento são mencionados três níveis distintos com vínculos formais entre si: centros de saúde primários, secundários e hospitais-escolas. Nas décadas seguintes, as descrições e funções de cada nível proporcionaram um fundamento para a organização dos serviços de saúde que influenciaram outros países, sugerindo um arranjo com níveis de atenção claramente definidos, onde centros de saúde situavam-se ao nível primário da atenção.<sup>2,17</sup>

Outro marco é o trabalho de Leavell e Clark, publicado em 1958, que enfatiza a formação de uma cultura médica que entenda a atenção primária como primeiro nível de atenção e primeiro contato das pessoas com o sistema de serviços de saúde. Tal trabalho sistematizou a base da medicina preventiva segundo graus de complexidade, definindo a prevenção em três fases: prevenção primária ou pré-patogenese, prevenção secundária ou diagnóstico, tratamento precoce e limitação da invalidez e prevenção terciária ou ações de reabilitação.<sup>16</sup>

Nos anos 70 ganham institucionalidade os programas de saúde relacionados aos signos da Medicina Preventiva e Comunitária, em que o tema da Atenção Primária à Saúde teve destaque no debate, sendo difundido, principalmente, por meio da Organização Mundial de Saúde.<sup>15</sup>

A trigésima reunião anual da Assembleia Mundial de Saúde, realizada em 1977, foi um evento relevante na trajetória do pensamento sobre a APS ao contribuir para a afirmação de compromissos políticos e a construção dos princípios orientadores da organização dos sistemas de saúde. No evento foi elaborada a declaração “Saúde para Todos no Ano 2000”, a qual propunha um nível de saúde que permitisse uma vida social e economicamente produtiva para todos os cidadãos do mundo.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em 1978, na cidade de Alma-Ata, Cazaquistão, também é considerada um marco nesse

contexto. Endossou que a APS deve ser uma assistência em saúde disponível aos indivíduos e às famílias da comunidade, com ampla participação, custos suportáveis para os países e núcleo central dos diversos sistemas de saúde.<sup>17</sup>

Em Alma-Ata, a atenção primária foi definida como principal modelo para alcance de um nível aceitável de saúde, sendo parte do desenvolvimento e da justiça social. Os países desenvolvidos e em desenvolvimento deveriam estruturar e incluir essa concepção nos seus sistemas de saúde. Ficaram estabelecidos elementos conceituais para a APS, dentre os quais se destacam a integração num sistema nacional de serviços locais de saúde, prioridade para ações intersetoriais, relação da saúde com o desenvolvimento econômico e a participação social.<sup>18,19</sup>

Mais recentemente, em 2003, a Organização Pan-Americana da Saúde buscou realizar uma análise crítica sobre o conceito da atenção primária com o intuito de desencadear um processo de debate sobre os princípios e a configuração da APS nos sistemas de saúde junto aos seus Estados-membros.<sup>17</sup>

Assim, em 2005, apresentou o documento intitulado “*Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas*” que resgata a discussão de atenção primária proposta em Alma-Ata e visa corroborar com o desenvolvimento e o fortalecimento dos sistemas de saúde baseados na APS em toda a região das Américas.<sup>4</sup>

A Organização Mundial de Saúde divulgou, em 2008, o relatório mundial de saúde “*Atenção Primária em Saúde Agora Mais do que Nunca*”, que busca tornar amplo e mais profundo o debate de sistematização da APS atualmente. Há propostas de reformas dos sistemas de saúde para que respondam aos desafios de um mundo em mudança e às crescentes expectativas de um melhor desempenho. Para isso, uma renovação substancial da atenção primária, na qual as pessoas estejam no centro dos cuidados de saúde, é fundamental.<sup>20</sup>

As reformas propostas nesse documento estão organizadas em quatro grupos: reformas da cobertura universal que contribuam para a equidade em saúde, justiça social e o fim da exclusão; reformas da prestação de serviços que considerem a reorganização dos serviços de saúde em torno das necessidades e expectativas das pessoas; reformas de política pública que garantam comunidades mais saudáveis e com ações públicas mais integradas e reformas da liderança que busquem promover um Estado menos autoritário, baseado na negociação participativa e inclusiva.

Este recente movimento de renovação da Atenção Primária à Saúde, impulsionado pelas agências internacionais em saúde, pode ser uma oportunidade de

tencionar necessárias mudanças nos modelos assistenciais dos sistemas de saúde em direção aos princípios abrangentes de APS preconizados em Alma-Ata.

A partir de revisão da literatura e dos debates internacionais sobre a Atenção Primária à Saúde, Vuori<sup>3</sup> aponta que a atenção primária pode ser definida a partir de quatro formas distintas de compreensão: um conjunto de atividades, um nível de atenção, uma estratégia para a organização dos serviços e uma filosofia que deve permear todo o sistema de saúde.

Já Starfield<sup>2</sup> afirma que a APS deve se constituir em uma atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, sendo parte integral e função central do sistema de saúde de cada país (o primeiro nível de contato dos indivíduos, famílias e comunidade com o sistema nacional de saúde), sendo o primeiro elemento para um processo de atenção continuada à saúde.

Starfield<sup>2</sup> critica a abordagem do primeiro eixo de interpretação da APS apontada por Vuori<sup>3</sup> de forma isolada dos demais. A autora o considera inadequado, uma vez que atividades restritas à atenção primária são poucas. Contudo, apoia uma inter-relação entre os eixos e conceitua a APS de forma ampla:

*“A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas (...) coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar (...) compartilha características com os outros níveis dos sistemas de saúde (...) a atenção primária não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas (...) a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde”<sup>2</sup> (pg. 28).*

É importante destacar aqui alguns princípios para a APS propostos por Starfield<sup>2</sup>. A autora define quatro atributos que, na sua concepção, devem balizar a organização da APS: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação.

Para funcionar como um serviço de *primeiro contato* a APS deve ser a porta de entrada para o sistema de serviços de saúde. Esse acesso deve acontecer de forma fácil e disponível, de modo que o cidadão possa realizar prontamente o diagnóstico e obter orientações para o manejo do problema de saúde.

Em relação ao princípio de *longitudinalidade*, a atenção primária deve possibilitar aos cidadãos uma relação pessoal de longa duração com os profissionais de saúde, independente da existência ou não de problema de saúde. Este princípio está relacionado ao vínculo e ao manejo clínico adequado dos problemas de saúde.



Sobre a *integralidade*<sup>viii</sup>, Starfield<sup>2</sup> aponta a exigência de se reconhecer as prioridades de saúde da população e os recursos para abordá-las. Assim, a APS deve prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns e agir como um agente para a prestação de serviços em relação a todos os outros enfoques de atenção necessários. Esse princípio se refere a que os serviços estejam ajustados às necessidades de saúde da população.

A *coordenação* implica garantir a continuidade do cuidado nos diferentes níveis de atenção, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante. Há um desafio posto aos profissionais de saúde da APS, pois estes nem sempre têm acesso às informações dos atendimentos da população realizados em outros níveis de atenção, o que dificulta a viabilidade de cuidado continuado. Para a autora, a essência da coordenação é a disponibilidade da informação sobre os problemas de saúde e os serviços prestados.

### **O papel da APS nos Sistemas de Saúde**

Diversos autores têm debatido o tema da APS, havendo diferentes interpretações sobre o seu papel e efetividade nos sistemas de saúde. Giovanella e Mendonça<sup>6</sup> destacam três linhas principais de interpretação sobre a atenção primária. A primeira refere-se a uma cesta de serviços restritos, ou seja, uma seletividade das ações, voltadas a objetivos específicos e satisfação de necessidades mínimas. A segunda caracteriza a APS como um dos níveis de atenção, correspondendo aos serviços médicos ambulatoriais não especializados de primeiro contato. A terceira linha é a concepção abrangente de APS, relacionada a um modelo assistencial prioritário para a reorganização do sistema de saúde e reordenamento do setor.

Giovanella<sup>21</sup> diz que as questões teóricas, práticas e ideológicas de cada sociedade vão interferir nos modelos de APS, resultando em diversidade de abrangências. O primeiro modelo de atenção primária, mais comumente observado nos países em desenvolvimento, são programas focalizados e seletivos com cesta restrita de serviços, não se configurando como estratégia de reorganização do sistema. As ações têm objetivos mínimos voltados a grupos de pobres, com recursos de baixa densidade tecnológica e sem possibilidade de acesso aos outros níveis do sistema. A autora

---

<sup>viii</sup>No caso brasileiro, alguns autores têm discutido o tema integralidade, tais como Pinheiro e Mattos<sup>22</sup>; Pinheiro et al.<sup>23</sup>. Mattos<sup>24</sup> afirma que a integralidade se constitui por diversos sentidos, sendo destacados três grandes conjuntos: a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural, com garantia de cuidado longitudinal; as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura e a organização do sistema de saúde de modo a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população.

argumenta que essa tendência vincula-se a uma concepção bem mais limitada do que a difundida na Conferência de Alma-Ata, em 1978.

O segundo modelo está mais relacionado aos países europeus, onde os serviços ambulatoriais de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde são realizados através de amplos serviços clínicos e às vezes de saúde pública, direcionados a resolver a maioria dos problemas de saúde.

O terceiro corresponde a uma atenção primária abrangente ou ampliada. Essa concepção vislumbra um modelo assistencial para reorientação e organização de um sistema de saúde integrado e integral centrado na APS. Nesse modelo, a atenção primária é a função central do sistema nacional de saúde, tal como preconiza Alma-Ata. Há um processo permanente de assistência sanitária (prevenção, promoção, cura, reabilitação), de desenvolvimento social e econômico e de priorização dos determinantes sociais de saúde.

Nesse caminho, Gil<sup>25</sup> também aponta a existência de diferentes interpretações sobre a APS. Em sua pesquisa, a autora encontrou diversas concepções sobre o tema e diz que a proposta de atenção primária seletiva, com cesta restrita de serviços, tem predominado nos países em desenvolvimento por meio de programas de atenção em saúde específicos para populações excluídas.

Como já sinalizado, a concepção de uma atenção primária restrita e seletiva contraria os propósitos preconizados na Declaração de Alma-Ata. Nesta, a APS foi definida como princípio primordial para todos os sistemas de saúde do mundo e não para ser exercida através de ações focalizadas. Desse modo, que discussões podem contribuir na reflexão sobre a tensão entre APS abrangente e restrita nos diversos países?

Sobre essa questão, Viana e Fausto<sup>15</sup> destacam a necessidade de discutir o papel da Atenção Básica em Saúde relacionando-o ao modelo das políticas de proteção social nos diferentes países. Para as autoras, esta configuração dará o tom sobre seu caráter. Ao existir uma proteção social “focalista”, a Atenção Básica em Saúde muitas vezes poderá ser definida como uma importante ferramenta de ações estratégicas para combate à pobreza e desigualdade social. Em um contexto de proteção social mais “universalista”, a ABS poderá ser vista como um “*componente estratégico da estruturação, operação, coordenação e instrumento de equidade dos sistemas nacionais de saúde*”<sup>15</sup> (p. 150).

Essas diferenças são sinalizadas no trabalho de Conill e Fausto<sup>26</sup> sobre as experiências da Atenção Primária à Saúde na América Latina e Europa. As autoras

apontam que as garantias universais em saúde, a solidariedade e a coesão social estão imbricadas ao modelo de proteção social bem como uma política de APS mais integrada está, em geral, vinculada aos modelos de proteção social menos segmentados<sup>ix</sup>. Considerar as peculiaridades dos sistemas de proteção social em cada país é importante para compreensão das diferentes formas de atenção primária nos sistemas de saúde.

É importante que nos vários sistemas de saúde baseados na APS seja definida uma gama de funções para a atenção primária, visto ser recomendado que realizem cobertura de 80% dos problemas de saúde mais frequentes da população de referência e que o nível primário de atenção constitua sua principal porta de entrada. A definição dessas funções, integrada e apropriada aos contextos específicos, permite que a atenção primária seja mais organizada e resolutiva<sup>27</sup>. Desse modo, apontar algumas discussões sobre organização e modelos de APS é importante para a compreensão e direcionamento para o caso brasileiro.

### **Organização e Modelos da APS**

Apesar de existir certo consenso sobre o alcance de melhores indicadores de saúde, menores custos e maior satisfação dos usuários nos sistemas de saúde orientados pelos princípios da APS, há muitas divergências sobre as formas de estruturá-los para que esses princípios sejam efetivados. Estudos comparativos têm apontado diferentes possibilidades para o primeiro nível de atenção como porta de entrada e acesso aos outros níveis de atenção.<sup>26,28</sup> Para sua caracterização é fundamental o entendimento sobre a posição da atenção primária na rede assistencial dos sistemas de saúde.

Um aspecto primordial de organização da atenção primária para o bom funcionamento do sistema é apontado por Starfield<sup>2</sup>. A autora sinaliza que a instituição da função *porta de entrada obrigatória* ou *primeiro contato* para a APS é fundamental e contribui para a *coordenação* dos cuidados pelo médico generalista. Rico, Saltman e Boerma<sup>29</sup> afirmam que uma boa organização dos serviços de atenção primária, com mecanismo de porta de entrada obrigatória por meio do médico generalista ou de família, resulta em contenção de custos e de medicamentos. Além disso, tende a ocorrer

---

<sup>ix</sup>Para Esping-Andersen<sup>30</sup>, a presença ativa do Estado, com maior ou menor intensidade, é que torna viável a expansão da proteção social. O autor aponta diferentes abordagens tipológicas para os modelos de proteção social: liberal; conservador/corporativo e social-democrata. O primeiro é relacionado ao poder estatal mínimo e liberdade de mercado na provisão de bens e serviços. No segundo tipo os direitos sociais estão vinculados a contribuições diretas, com diferenciação do status social e profissional. O terceiro eleva a responsabilidade pública acima da dinâmica mercadológica e da tradição familiar na provisão dos bens e serviços dos seus sistemas de proteção social. Há ampla oferta de benefícios e serviços sociais universais.

uma melhor integração entre os níveis de atenção e uso racional dos equipamentos médicos, realizando-se menor número de procedimentos especializados.

A atuação do médico generalista ou de família na porta de entrada da APS é discutida por Gervas y Fernández<sup>31</sup> que indicam a capacidade desse profissional em “filtrar” usuários que necessitam de acesso aos serviços e aos profissionais de saúde especializados. Para Gervas<sup>32</sup> a “función filtro” é uma adequação da intensidade da atenção comparada à gravidade da doença. Assim, os recursos tecnológicos devem ser reservados para quem mais necessita, evitando o uso desnecessário dos mesmos, com prestação de serviços apropriados em mínima quantidade e em máxima qualidade e com destaque para o papel central da clínica na ampliação da capacidade resolutive da APS.

A função filtro a ser exercida pela porta de entrada do sistema denomina-se, em inglês, “gatekeeping”. Saltman, Rico e Boerma<sup>28</sup> a consideram um mecanismo organizacional que pode ser percebido, ao menos no plano teórico, como promotor de integração do sistema. Os autores sinalizam que muitos estudos têm apontado evidências sobre a eficácia dos sistemas de saúde que estruturam a atenção primária a partir dessa lógica.

Campos<sup>27</sup>, no entanto, pondera que em alguns contextos – como no sistema de saúde norte-americano - *gatekeeping* pode ser uma forma de impedir o acesso de usuários aos níveis especializados do sistema, sem necessariamente existir a responsabilidade na resolução e condução dos problemas de saúde pelo médico generalista.

No entanto, essa concepção diferencia-se dos países com sistema de saúde de modelo universal, onde a APS é porta de entrada obrigatória e o médico generalista deve ser procurado sempre que houver necessidade de atenção<sup>6</sup>. Nesses países, a atenção primária é um serviço de primeiro contato e responsável pela referência aos serviços especializados. Nessa perspectiva, a função filtro é um instrumento que contribui na capacidade de coordenação dos cuidados pelo médico generalista e também na integração entre os níveis do sistema.

Campos<sup>27</sup> afirma que a função filtro do médico dependerá de sua formação, do processo de educação constante, das condições de trabalho e da disponibilidade de recursos diagnósticos e terapêuticos que lhe permitam a intervenção concreta sobre o problema. O autor atenta para o fato de que o desempenho dessa função também dependerá do funcionamento do serviço de saúde como um todo: as regras e direitos dos usuários, a capacidade instalada do sistema em cada região, o modo de acesso, dentre outros.

Assim, para Campos<sup>27</sup>, é importante que os generalistas estejam capacitados, atualizados e resolutivos em suas intervenções. No entanto, considera que essa capacidade resolutiva de problemas de saúde estará sempre relacionada aos diferentes contextos específicos históricos, geográficos e sociais.

Na maioria dos países europeus, por exemplo, o *General Practitioner* (GP) ou *Family Doctor* tem se destacado como o principal profissional médico da atenção primária, constituindo-se sua base, por meio de ações como um trabalhador independente ou como um funcionário público. Esse profissional é o principal responsável pelo exercício da função “*gatekeeper*”.<sup>32,33</sup>

No entanto, a organização dos sistemas de saúde varia nesses países, bem como o posicionamento desse profissional na APS. Essa variação é vinculada ao tipo de serviço responsável pelo primeiro contato e também ao papel a ser desempenhado pelo profissional que filtra as ações para a atenção especializada. Assim, em países com serviços nacionais de saúde, como no Reino Unido e na Espanha, o médico generalista vai exercer a função “*gatekeeper*” e ser o responsável pelos encaminhamentos necessários ao nível da atenção especializada.<sup>6</sup>

Diferentemente, nos países europeus com modelo de seguro social, como na Alemanha e na França, não existe divisão em níveis dos serviços ambulatoriais de saúde. Nesses países, os segurados possuem livre escolha para procurar um clínico geral ou um especialista e ter acesso aos serviços de saúde. Dessa forma, em geral não há separação da atenção ambulatorial em níveis da atenção prestada por generalistas ou especialistas, o que traz dificuldades para a coordenação dos cuidados.<sup>6,34</sup>

De qualquer forma, Gérvas<sup>33</sup>, atenta que existe uma carência de estudos que demonstrem melhores formas de organização do trabalho na atenção primária, na relação com as diversas populações, nas modalidades de pagamento e na composição dos profissionais (variedade, quantidade absoluta e proporcional). O autor considera uma tendência em alguns países europeus (Espanha, Finlândia, Grécia, Portugal e Suécia) a potencialização da cooperação interdisciplinar na APS, com presença de diversos profissionais nas equipes dos países que possuem centros de saúde públicos e trabalhadores assalariados, tais como: médicos, enfermeiros, dentistas, assistentes sociais.

Giovanella<sup>34</sup> considera que em alguns países da União Europeia a responsabilidade de capacidade resolutiva do médico da APS vem sendo compartilhada por outros profissionais. Atuam na atenção primária outros especialistas médicos, como pediatras e ginecologistas, assim como enfermeiras, dentistas, fisioterapeutas,

massagistas, visitantes domiciliares, educadores de saúde, entre outros. Desse modo, verifica-se que a função de coordenador da atenção do médico generalista pode ser compartilhada por outros profissionais, principalmente por existir uma complexidade crescente da atenção médica, com dificuldades para o generalista ser o único profissional a agir como “*gatekeeper*” e coordenador de todos os cuidados.

No caso brasileiro já existia historicamente uma diversidade de arranjos na atenção primária<sup>x</sup>, em que profissionais de diversas especialidades básicas – médico pediatra, médico ginecologista-obstetra, médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, etc – ao menos em municípios de médio e grande porte, atuavam em Centros de Saúde. Em algumas regiões do país, em que o acesso à saúde era mais difícil, existia a atuação do agente de saúde, por exemplo.<sup>16</sup> A partir da configuração dos anos 1990, a regulamentação nacional, por meio da indução do Programa Saúde da Família preconizou a formação de uma equipe mínima de profissionais para a atenção primária, composta por médico generalista<sup>xi</sup>, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

A direcionalidade para ampliação dos profissionais envolvidos na Saúde da Família, entretanto, passa a ser fortalecida a partir da incorporação de profissionais da Odontologia em equipes de Saúde Bucal a partir de 2001 e, mais recentemente, em 2008, com a conformação de equipes de profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A última constitui uma possibilidade de incrementar a atenção básica, no sentido de torná-la mais integral por meio da inserção de diversos profissionais que apoiam a equipe de Saúde da Família na resolutividade das ações.

Em relação ao NASF, seu diferencial é a inovação na forma de organização e atuação dos profissionais das especialidades básicas que anteriormente a ESF atuavam nos atendimentos individuais especializados dos diversos centros de saúde no Brasil. A partir da configuração dos núcleos, esses profissionais especialistas deixam de ser porta de entrada para a população e passam a ser apoio às equipes de Saúde da Família, por meio do matriciamento e de atendimentos específicos à população adscrita, desde que coordenados por essas equipes.

A proposta NASF utiliza o conceito de equipe de referência e do apoio matricial como ferramenta de trabalho e tem embasamento na diretriz da integralidade. Campos e Domitti<sup>35</sup> compreendem o apoio matricial como uma retaguarda

---

<sup>x</sup> Em referência à política brasileira será utilizado o termo Atenção Básica em Saúde, por ser a nomenclatura mais usada no país. Essa questão será retomada mais adiante.

<sup>xi</sup> No Brasil, não havia a exigência da formação específica de médico generalista (que é rara no país), mas sim da atuação na prática do médico da equipe como generalista.

especializada de equipes e profissionais, com oferta assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Por sua vez, equipes de referência teriam a responsabilidade pela condução assistencial dos casos, possibilitando uma melhor construção de vínculo entre profissionais de saúde e usuários.

Campos e Cunha<sup>36</sup> recomendam a adoção da proposta de equipe de referência e do apoio matricial por serem arranjos que propõem novas formas de contrato entre os serviços de saúde, profissionais e usuários. Assim, objetiva-se superar a tendência à fragmentação da atenção e a desresponsabilização assistencial, em busca do fortalecimento da integralidade e de uma melhor coordenação do cuidado, orientações presentes na proposta Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

Dessa forma, ao possibilitar uma ampliação de profissionais para a equipe que atua na atenção básica, o NASF vislumbra-se como um diferencial em relação à organização da atenção, se comparado a outros países. Antes, porém, de detalhar as características dessa inovação incremental na política de atenção básica brasileira, faz-se necessário um breve resgate histórico para a compreensão das especificidades desse nível de atenção no Sistema Único de Saúde, tema que será abordado no próximo item.

### **A Atenção Básica no Sistema Único de Saúde**

No contexto internacional há predomínio de uso do termo Atenção Primária à Saúde conforme observado no primeiro item desse capítulo. No Brasil, diferentemente, há maior utilização do termo Atenção Básica em Saúde a partir dos anos 90. Isto é reflexo de uma preocupação relacionada à afirmação de uma concepção abrangente para a APS<sup>xii</sup> que, no país, precisava pautar-se pelos princípios políticos e ideológicos do Sistema Único de Saúde de universalidade e integralidade, numa época em que uma concepção restrita para esse nível de atenção difundia-se no continente latino-americano.<sup>16</sup>

Atualmente, no Brasil, os termos Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica em Saúde são considerados equivalentes no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica<sup>xiii,1</sup>. Dessa forma, cumpre registrar que a afirmação de uma concepção mais abrangente para a atenção básica, vinculada aos princípios do SUS de universalidade e integralidade, tem sido reiterada nos documentos oficiais da política nacional.

A partir dessas considerações e da ampla disseminação do termo no país, nesse trabalho utiliza-se Atenção Básica em Saúde em referência à política brasileira, embora,

---

<sup>xii</sup>Conforme as diferentes concepções apresentadas no segundo item deste capítulo.

<sup>xiii</sup>Portaria MS/GM nº2.488, de 21 de outubro de 2011.<sup>37</sup>

oficialmente, não haja mais diferenciação entre a Atenção Primária à Saúde utilizada ao nível internacional e o termo utilizado no Brasil.

A partir dos anos 70, expandiram-se experiências locais de organização da atenção básica com propostas de ampliação do acesso aos serviços de saúde e reorganização das práticas no contexto brasileiro. Aliados a essa conjuntura, observaram-se à época, muitos questionamentos e críticas em relação ao modelo médico assistencial-privatista vigente no país. Este cenário corroborou medidas e propostas em direção a um movimento de reformulação do sistema de saúde brasileiro nos anos 80, chamado Movimento de Reforma Sanitária.<sup>6,16,19</sup>

Fleury<sup>38</sup> diz que a estruturação do movimento sanitário organizou-se por meio de diferentes lugares - universidades, sindicatos de profissionais de saúde, movimentos populares, o Congresso Nacional – sendo seu pilar a saúde como um objeto concreto e complexo, síntese de múltiplas determinações. Esse movimento produziu a construção do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, que se pautou na noção de crises - do conhecimento e da prática médica, do autoritarismo, do estado sanitário da população, do sistema de prestação de serviços de saúde - e objetivou a adoção de uma concepção ampliada de saúde, bem como a construção de um modelo analítico fundamentado na determinação social da doença.

Heimann e Mendonça<sup>39</sup> afirmam que o movimento sanitário brasileiro propôs mudanças de paradigma em direção à determinação social da doença. Isso contribuiu para a busca de um novo modelo de atenção com nova forma de organização dos serviços de saúde por meio de um sistema integrado e de acesso a todos os níveis de atenção. No entanto, Fausto<sup>16</sup> destaca que a atenção básica, apesar de fazer parte das discussões sobre a organização dos serviços de saúde, não foi o principal tema de destaque na agenda da reforma sanitária.

De qualquer forma, algumas ações importantes desenvolveram-se ao longo dos anos 80 e contribuíram para mudanças no primeiro nível de atenção. Uma das medidas do Plano do Conselho Consultivo da Administração Previdenciária (CONASP), lançado em 1982, foi a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), a partir de 1984, que permitiu avanços no processo de organização dos serviços naquele contexto. Sua existência propiciou a formação e ampliação de muitas práticas nos estados e municípios e possibilitou alternativas de organização da atenção em saúde, assim como um fortalecimento em termos orçamentários. Houve uma expansão da rede pública, principalmente da rede ambulatorial, e introdução de medidas descentralizadoras, mesmo que limitadas, mas inseridas num projeto de reforma que era muito maior.<sup>16,40</sup>



Sobre as Ações Integradas de Saúde, Giovanella e Mendonça<sup>6</sup> afirmam que sua implementação propiciou a criação de unidades municipais de saúde e uma ampliação da cobertura de serviços básicos. As AIS também estimularam uma ação unificada ao nível local, a partir do estímulo à integração do Ministério da Saúde com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, as secretarias municipais e estaduais de saúde, de forma a favorecer a organização do primeiro nível de atenção. Assim, proporcionaram um desenho para o nível local de saúde como o responsável por ações de caráter preventivo e assistência médica, devendo integrar o sistema de saúde pública e o de assistência médica previdenciária.

Como aperfeiçoamento das AIS, foi criado, em 1987, o Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde (SUDS), que trouxe em seu bojo a negação do sistema da época e a afirmação do novo sistema proposto pela Reforma Sanitária Brasileira.<sup>40</sup> Desse modo, as AIS deixaram de ser a estratégia de redefinição da política de saúde no contexto da Previdência Social e o SUDS entrou em cena a partir de um amplo incentivo financeiro do Governo Federal, objetivando contribuir para a consolidação de um sistema descentralizado e de direção única. Assim, tanto as AIS como o SUDS são considerados “*estratégias-ponte*” para o Sistema Único de Saúde e constituem importantes dispositivos aliados ao movimento de reforma sanitária.<sup>16,40</sup>

A atenção básica no SUDS foi preconizada a partir da criação dos distritos sanitários, onde a resolubilidade dos serviços de saúde, com orientação do nível local, deveria focar a atenção integral, com ações preventivas, curativas e regionalização dos serviços de saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, constituiu um marco no processo da Reforma Sanitária Brasileira, em que os princípios e diretrizes do SUS foram legitimados. Nesta conferência não existiu ênfase prioritária para os serviços básicos de saúde e a atenção primária não foi destaque como estratégia para reorientação da atenção em saúde, conforme a proposta defendida em Alma-Ata e na 7ª CNS. Assim, naquele momento, a atenção básica não configurava questão central para a reformulação do sistema, apesar da defesa de garantia de um sistema de saúde, no qual esta também estivesse presente, assim como a integração das ações de prevenção e cura.<sup>16</sup>

Sobre essa questão, é importante destacar a posição de Borges e Baptista<sup>7</sup> que afirmam não existir, tanto nos discursos políticos como no contexto do movimento e da reforma em saúde, uma prioridade constante para a temática da atenção básica.

O SUS foi legitimado na Constituição Federal de 1988<sup>41</sup> e por meio das leis 8080/90<sup>42</sup> e 8142/90<sup>43</sup>. No entanto, o seu desenvolvimento, logo no início da década de 90, esbarrou no que aponta Machado<sup>44</sup>: ao decorrer dos anos 90, existiam dois projetos em disputa que influenciaram as políticas de saúde. O projeto da Reforma Sanitária, que se relacionava a uma lógica de proteção social abrangente a partir de uma reestruturação da política de saúde; e o projeto da Reforma do Estado, de inspiração neoliberal, que trouxe restrições à concepção abrangente de seguridade social e ao SUS.

Esse cenário produziu diversos enfrentamentos para sua efetivação ao longo dos anos 90. Porém, apesar das dificuldades, o desenho do SUS permitiu avanços na reforma da organização dos serviços por meio de estratégias de ação, entre elas o fortalecimento da Atenção Básica em Saúde. Escorel et al<sup>45</sup> afirmam que o processo de implantação do SUS nesse período vinculou-se diretamente à adoção de uma série de medidas governamentais que objetivavam tornar mais forte a ABS, permitindo-a mais visível na política nacional de saúde.

Dada a importância da atenção básica, faz-se necessária uma descrição sobre seus distintos momentos no Brasil. O tema Atenção Básica em Saúde, discussão que perdura há bastante tempo, ganha força à época de Alma-Ata, expande-se nos anos 80, ainda que não tenha tido centralidade, mas modifica-se mais profundamente no período do SUS. Qual é o lugar ocupado pela ABS ao longo das últimas duas décadas?

O primeiro momento relaciona-se ao início da implantação do SUS na primeira metade dos anos 90. No início dessa década não existia uma operacionalização clara e objetiva da política nacional de saúde sobre a atenção básica. O recém-criado Ministério da Saúde também não dispunha de uma estrutura técnico-administrativa que ordenasse suas ações específicas, o que ocasionou fragmentação e áreas programáticas desintegradas que refletiram diretamente nas práticas de saúde ao nível local.<sup>16</sup>

Para a autora, houve uma ausência de propostas para um novo modelo de atenção defendido no movimento sanitário e assumido pelo SUS. No entanto, muitas experiências locais de atenção básica emergiram e desenvolveram-se por meio da descentralização e refletiram o discurso promovido na Reforma Sanitária que contradiz uma lógica “hospitalocêntrica” em direção a práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Algumas dessas experiências obtiveram visibilidade nacional e tornaram-se exemplos de modelos bem sucedidos, influenciando a organização da atenção à saúde nos diversos municípios e regiões brasileiras<sup>xiv</sup>.

---

<sup>xiv</sup> A autora cita em seu trabalho essas experiências diversas que serviram como alternativas à organização da atenção à saúde no Brasil: Distrito Sanitário; Sistemas Locais de Saúde (SILOS/OPAS); Ação

Em 1991, o Ministério da Saúde formulou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) a partir das experiências acontecidas em projetos desenvolvidos no Ceará. Inicialmente, o PACS teve por objetivo diminuir a mortalidade materna e infantil através da extensão da cobertura de serviços de saúde para áreas mais necessitadas do Norte e Nordeste do país. Também naquele momento existia um interesse emergencial no combate e controle de algumas endemias, bem como em fornecer suporte à assistência básica, em que as condições de interiorização da assistência médica eram precárias.<sup>6,46</sup>

Viana e Dal Poz<sup>46</sup> consideram o PACS um instrumento importante na implementação do SUS e na organização dos sistemas locais de saúde assim como um precursor da formulação do Programa Saúde da Família. Para Machado<sup>44</sup>, a importância do PACS como precursor do PSF se assenta em duas inovações principais: a primeira relaciona-se ao modelo de atenção, pois o PACS preconizava um deslocamento da atenção individual para uma atenção relacionada à família, destacava a importância das ações de promoção da saúde e prevenção das doenças e valorizava ações com a comunidade, diretrizes incorporadas pelo PSF. A segunda diz respeito à dimensão institucional, pela conformação de um grupo técnico na Fundação Nacional de Saúde envolvido com o PACS que, posteriormente, assumiu a responsabilidade pela construção e implantação do Programa Saúde da Família.

Nesse cenário, em 1993, foi formulada a proposta nacional do PSF. Esse programa tem como concepção a mudança do modelo assistencial a partir da instituição de uma equipe multiprofissional<sup>xv</sup> responsável por uma população adscrita em determinado território e a incorporação de práticas inovadoras voltadas para a família e comunidade, possibilitando maior atuação nos determinantes do processo saúde-doença. A implantação do PSF é considerada um marco para a atenção básica no Brasil por representar a configuração de uma política nacional específica, que até então não havia sido formulada na esfera federal de uma forma integrada, ainda que existissem diversas experiências singulares locais implementadas de maneira dispersa no país.<sup>xvi,45</sup>

---

Programática Oferta Organizada da Atenção (SES/SP); Modelo de Atenção em Defesa da Vida (MDV/UNICAMP/SP); Acolhimento (SMS Betim/MG e UNICAMP/SP); Vigilância à Saúde (ISC/UFBA); Saudecidade (Ministério da Saúde); Programa Médico de Família (Niterói/RJ) e o próprio Programa Saúde da Família, formulado pelo Ministério da Saúde em 1994.

<sup>xv</sup> Equipe multiprofissional composta por médico generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Essa equipe é constituinte do modelo de atenção da ABS brasileira por meio da Saúde da Família e propõe o médico generalista como porta de entrada (*gatekeeper*).

<sup>xvi</sup> Conforme apontado por Fausto<sup>16</sup> e sinalizado nesse trabalho.

Viana e Dal Poz<sup>46</sup> consideram o PSF como constituinte do processo de “*reforma incremental do SUS*” ou “*reforma da reforma de saúde*”<sup>xvii</sup>. Para esses autores, esse programa veio direcionar importantes mudanças na forma de remuneração das ações de saúde, com modificações importantes no sistema de pagamento por procedimentos; nas práticas assistenciais locais, com enfoque menos reducionista e mais multidisciplinar; nos modelos de organização dos serviços e na descentralização do sistema.

Machado<sup>44</sup> aponta que a estruturação do PSF iniciou-se no Ministério da Saúde como uma proposta em 1993 e, no ano seguinte, tornou-se uma política na gestão do ministro Henrique Santillo<sup>xviii</sup>. A autora afirma que, ainda que a ênfase da política nacional na primeira metade dos anos 90 não tivesse sido o debate sobre as práticas de atenção, o processo de descentralização permitiu que gestores locais percebessem uma necessidade de maior apoio federal para a transformação do modelo de atenção. Assim, a estruturação do PSF, que trouxe uma ênfase na família, passou a ser vista como importante nesse sentido.

Conforme sugere Castro<sup>8</sup> (p. 75), a partir de entrevista com dirigente do Ministério da Saúde à época, a formulação do PSF surgiu de forma muito incipiente e com deficiências relativas à sua operacionalização. No entanto, existia muita clareza sobre seu propósito de ser um instrumento para a reorganização do SUS e da municipalização.

É a partir de 1995 que o PSF passa a ter um maior destaque na agenda do Ministério da Saúde sendo definido como projeto prioritário do Governo Federal na Presidência de Fernando Henrique Cardoso. Assim, elenca-se aqui um segundo momento da atenção básica no período do SUS que perdurará até o final desse governo, em 2002. Para Machado<sup>44</sup>, o PSF foi atrativo como marco de governo por ser inovador e ter foco na família e na comunidade. Também representava uma possibilidade para mudanças no modelo de atenção e organização do sistema.

Nesse sentido, Fausto<sup>16</sup> aponta que o PSF veio desempenhar um importante papel no resgate do tema ABS na agenda da política nacional a partir de 1995. Desse modo, a Norma Operacional Básica 96 e sua regulamentação posterior enfatizaram a ABS como o primeiro nível de atenção e buscaram ampliar as transferências diretas do fundo nacional para fundos municipais e estaduais por meio do estabelecimento do Piso

---

<sup>xvii</sup> Viana e Dal Poz<sup>46</sup> citam France (1997) para apresentar dois tipos de reformas nos sistemas de saúde: 1) as reformas “big bang”, aquelas que trazem modificações mais profundas, de forma rápida e pontual; 2) as reformas incrementais, que realizam ajustamentos em menor escala e de forma sucessiva.

<sup>xviii</sup> Itamar Franco governa como Presidente da República à época.

de Atenção Básica (PAB) com dois eixos: fixo e variável. Nos anos seguintes à sua publicação, adotaram-se incentivos de mudanças no modelo de atenção básica e foram definidos indicadores de produção e de impacto epidemiológico para monitoramento da atenção básica nos municípios.<sup>6,16</sup>

A partir de então, o PSF passou a configurar a principal estratégia para a reorientação do modelo de organização da atenção à saúde por meio de critérios de fomento e incentivo financeiro.<sup>47</sup> Borges e Baptista<sup>7</sup> apontam que o discurso de prioridade para a atenção básica aparece mais relacionado à reorganização do sistema a partir da implementação da NOB 96. Para as autoras, essa legitimação contribuiu para a institucionalidade da política e garantiu maior possibilidade de sua continuidade por meio de recursos financeiros específicos.

Em suma, a NOB 96 pode ser considerada um marco que incitou a implantação do PSF nos municípios e uma ação do Governo Federal que elevou o PSF à condição de estratégia para a reestruturação do modelo de atenção do SUS. Para Fausto<sup>16</sup>, é essa NOB que marca o posicionamento do Ministério da Saúde quanto a um enfoque relacionado à Estratégia Saúde da Família e não apenas um programa isolado. O nome programa, no entanto, só foi definitivamente substituído em 2003, embora a lógica já fosse de estratégia.

Dessa forma, em 1998, ano em que os municípios passaram a contar com os recursos do PAB, observou-se um importante e expressivo aumento do número de equipes de Saúde da Família no território nacional. Para Machado<sup>44</sup>, o impulso relacionado a esse crescimento deveu-se à existência de um recurso específico para a Saúde da Família por meio do PAB variável. Nesse período assumiu a pasta do Ministério da Saúde, José Serra, que enfatizou o PSF como uma prioridade para a organização do sistema de saúde.

A força atribuída ao PSF nos debates e ações do Ministério da Saúde permitiu um avanço na discussão sobre uma atenção básica abrangente, vinculada a um modelo assistencial prioritário para a reorganização do sistema de saúde e reordenamento do setor. Assim, nesse período, foram realizadas algumas ações em direção a uma qualificação da ABS.

Uma das estratégias refere-se aos Pólos de Capacitação em Saúde da Família, que foram formulados com intuito de impulsionar as Universidades para a formação e a qualificação de recursos humanos na nova lógica da atenção básica. Os primeiros pólos foram estruturados em 1997 e viabilizados com recursos provenientes do

REFORSUS<sup>xix</sup>, projeto do Ministério da Saúde financiado com empréstimos internacionais do Banco Mundial.<sup>44,46</sup>

Outra importante ação nesse período foi a elaboração e publicação do Manual para a Organização da Atenção Básica, em 1998, que trouxe em seu bojo o Pacto de Indicadores da Atenção Básica. Além disso, foi criado, em 1999, o Sistema de Informação da Atenção Básica, o SIAB, que representou uma importante ferramenta de gestão e implementação de políticas, sendo um componente necessário para a avaliação da atenção básica. Essas iniciativas buscaram contribuir para a definição das responsabilidades dos gestores municipais nesse nível de atenção, a articulação das três instâncias de governo e a articulação de várias áreas programáticas atuantes na Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério.<sup>16</sup>

Ao final dos anos 90 aconteceram discussões no Ministério da Saúde sobre as limitações do PSF e o reconhecimento da necessidade de adoção de algumas estratégias assistenciais diferenciadas para o programa. É o caso, por exemplo, da inclusão de equipes de saúde bucal na Saúde da Família com vistas à ampliação das ações da atenção básica; da distribuição de medicamentos diretamente para as equipes de PSF; da implantação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)<sup>xx</sup>, que compreendia financiamento internacional para o fortalecimento da atenção básica e a ampliação da Saúde da Família em municípios com mais de 100 mil habitantes.<sup>6,44</sup>

A expansão do programa também favoreceu a criação do Departamento de Atenção Básica (DAB) no Ministério da Saúde. Em 2000, o DAB passou a integrar a Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) e agregou o PACS/PSF e as coordenações técnicas tradicionais dos programas de Saúde Coletiva. Assim, o DAB passou a reunir a estratégia atual de atenção básica aos programas já existentes para esse fim em um único setor do Ministério da Saúde.<sup>16,44</sup>

Em que pese a crescente adesão dos municípios e a expansão do PSF, ao final de 2002 ainda permaneciam desafios importantes. Mesmo em municípios de pequeno e médio porte, nem sempre o programa vinha sendo incorporado como uma estratégia

---

<sup>xix</sup> O projeto REFORSUS teve como objetivos: a recuperação física, tecnológica e gerencial de estabelecimentos de saúde do país que prestem serviços ao SUS; aprimoramento da gestão de políticas e de sistemas de saúde; a elevação do grau de responsabilidade técnica e gerencial dos órgãos e prestadores de serviços.<sup>48</sup>

<sup>xx</sup> O PROESF é uma iniciativa do Ministério da Saúde baseada em um acordo de empréstimo internacional entre o governo brasileiro e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), voltada para a organização e o fortalecimento da atenção básica à saúde no país. O projeto está estruturado em 3 componentes de atuação: componente I - apoio à conversão e expansão da estratégia de Saúde da Família; componente II- desenvolvimento de recursos humanos da estratégia de Saúde da Família; componente III – monitoramento e avaliação. O primeiro componente é dirigido aos municípios de 100.000 habitantes, já os demais são voltados para estados e municípios, independente do porte populacional.<sup>49</sup>

substitutiva para a reorientação do modelo de atenção. Destaque-se ainda a baixa cobertura da população em grandes centros urbanos e regiões metropolitanas.<sup>16,48</sup>

A exigência de uma série de pré-requisitos para a implantação do PSF, em alguns casos, foi uma alavanca na organização dos sistemas locais de saúde. Além disso, também funcionou como mecanismo de pressão no processo de descentralização e teve papel fundamental na mudança dos critérios de pagamento do sistema.<sup>6,46</sup>

Para Fausto<sup>16</sup>, naquele momento, o gestor federal priorizou ações no sentido de redefinir o modelo de atenção do SUS, pois induziu medidas para o fortalecimento da ABS como porta de entrada do sistema e também para a formação de redes regionalizadas e integradas de serviços de saúde. No entanto, a autora pondera alguns enfrentamentos necessários na condução da política de saúde nesse sentido.

Fausto<sup>16</sup> destaca a necessidade de se avaliarem flexibilidades nas diretrizes nacionais para a ABS conforme as diferentes características e realidades dos diversos municípios brasileiros. O PSF deve ser assumido como única estratégia apoiada pelo Ministério da Saúde num país que apresenta diversidade em suas necessidades locais? Quanto à integralidade, a autora sinaliza que a pouca integração do PSF com outros serviços da rede de saúde tem prejudicado essa diretriz. Assim, quais são as reais expectativas que o PSF traz para a reorganização do sistema de saúde na lógica de mudança do modelo de atenção?

De acordo com Machado<sup>44</sup>, para que o PSF seja uma estratégia de reestruturação do modelo, no sentido da integralidade da atenção, é fundamental que sua implantação conte com recursos adequados de investimento e custeio, assim como com profissionais bem capacitados e comprometidos e um sistema organizado de referências para ações e serviços de saúde dos diversos níveis de atenção. Do contrário, corre-se o risco de confundir a adoção do PSF com uma estratégia de medicina simplificada para populações carentes, o que seria contrário aos princípios do SUS.

Como um terceiro período da atenção básica no SUS elencou-se o governo de Lula, que vigorou de 2003 a 2010, com dois mandatos presidenciais. Logo ao assumir como primeiro Ministro de Saúde desse governo, Humberto Costa afirmou que o programa definia-se como uma política de Estado e não de governo.<sup>16</sup>

Dessa forma, a prioridade na agenda política para a ABS persistiu no Governo Lula. Uma ação nesse sentido foi a eleição da atenção básica em saúde como um dos eixos prioritários do Pacto pela Vida<sup>xxi</sup>, representando seu fortalecimento na agenda do

---

<sup>xxi</sup>Portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008<sup>50</sup>. O Pacto pela Vida contém os seguintes objetivos e metas prioritárias: I- Atenção à saúde do idoso; II- Controle do câncer de colo de útero e de mama; III-

Ministério da Saúde no ano de 2006. A Estratégia Saúde da Família foi descrita nesse documento como o modelo para a atenção básica e centro que ordenaria as redes de atenção à saúde do SUS.<sup>7,8,19</sup>

O Pacto pela Vida integra o Pacto pela Saúde 2006<sup>xxii</sup> – que define compromissos para o sistema de saúde – e, nele, a Saúde da Família foi assumida como prioridade. Em seu bojo existem possibilidades e recomendações para diferentes modos de organização da ABS, desde que sejam considerados os princípios da estratégia e respeitadas as diferenças loco-regionais.<sup>51</sup>

Logo em seguida, nesse mesmo ano e ainda como componente da Série Pactos pela Saúde, foi divulgada uma portaria que definiu a Política Nacional de Atenção Básica<sup>xxiii</sup>. Castro<sup>8</sup> destaca em seu trabalho o posicionamento do Secretário de Atenção à Saúde à época, José Gomes Temporão, e relata sua expressão ao apresentar o documento oficial: a PNAB representava o acerto do Ministério da Saúde em revitalizar a Atenção Básica no Brasil, sendo construída por meio de um processo participativo de vários atores envolvidos no campo da saúde pública.

A PNAB 2006 considerou a Saúde da Família como o modelo de substituição e reorganização da Atenção Básica no SUS. Veio reforçar a necessidade de expansão dessa estratégia como um modelo que garante a integração da ABS à rede de serviços de saúde em direção a uma organização do sistema local de saúde.

Essa política buscou ampliar o escopo e a concepção da ABS em sua forma abrangente, sendo entendida como uma gama de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação ao nível individual e coletivo. Suas ações devem ser realizadas por meio do trabalho em equipe direcionado à população de um território determinado e ser porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, com garantias de integralidade da atenção, longitudinalidade da atenção e coordenação dos cuidados.<sup>6,51</sup>

---

Redução da mortalidade infantil e materna; IV- Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, aids; V- Promoção da saúde; VI- Fortalecimento da atenção básica; VII- Saúde do trabalhador; VIII- Saúde mental; IX- Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; X- Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; XI- Saúde do homem. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1021](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1021) Acesso em 30/05/2012.

<sup>xxii</sup>O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais pactuados entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Sua implementação se dá por meio da adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação. É composto pelos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão do Sus. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1021](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1021) Acesso em 30/05/2012.

<sup>xxiii</sup>Portaria MS/GM nº 648 de 28 de março de 2006.<sup>52</sup>



Na avaliação de Castro<sup>8</sup>, entretanto, a publicação da PNAB não trouxe acentuadas mudanças em relação à concepção adotada no período anterior (1995-2002). Para a autora a diferença está nos princípios norteadores e nos fundamentos da atenção básica, que nesse documento são mais detalhados e caminham em consonância ao referencial teórico de Bárbara Starfield.<sup>2</sup> Já para Conill<sup>19</sup>, a PNAB 2006 apresentou uma importante mudança relacionada ao Pacto de Gestão que regulamentou o bloco financeiro da atenção básica, pois objetivou superar a excessiva fragmentação dos pagamentos.

De acordo com os argumentos de Sampaio<sup>53</sup>, a PNAB 2006 foi considerada um marco no avanço da Atenção Básica em Saúde no Brasil. Segundo o autor, a discussão sobre uma revisão normativa da ABS e da Saúde da Família se arrastou por vários anos, pois se temia que a mesma pudesse implicar modificações nos princípios fundamentais da estratégia em curso. O autor destaca, ainda, que, por meio da PNAB, tomou-se a decisão política de nomear a Saúde da Família como uma estratégia nacional e não mais um programa, buscando dar uma dimensão ampliada à ESF.

Outras ações importantes para a viabilidade da atenção básica foram empreendidas nesse período, haja vista a ampliação da abrangência populacional da Saúde da Família em 47,7% e um crescimento de 66,0% do número de equipes implantadas<sup>xxiv</sup>.

Nesse sentido, é importante elencar os destaques estratégicos no âmbito da ABS nesse período apontados por Castro<sup>8</sup>. A autora cita que a ênfase das ações centrou-se no fortalecimento da articulação intra e intersetorial, priorizando-se outras políticas do programa de governo para a saúde naquele momento. Como exemplos intrasetoriais são citadas as articulações com a política de saúde bucal<sup>xxv</sup> e a relação mais próxima entre saúde mental, vigilância em saúde e atenção básica, que representam iniciativas relevantes nesse período. Em relação à aproximação da atenção básica com a área de saúde mental, a autora destaca alguns frutos, como a elaboração de diretrizes específicas<sup>xxvi</sup>. Como exemplos de integração com outras políticas, pode-se citar a influência da agenda social do governo Lula e o fato de que a atenção básica precisava

---

<sup>xxiv</sup> Em 2003, a cobertura populacional da Saúde da Família é de 37,7 % e em 2010 é de 52,7%, enquanto que o número de equipes de Saúde da Família é de 19.068 em 2003 e de 31.660 em 2010. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>. Acesso em 30/05/2012.

<sup>xxv</sup> A Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente é uma das prioridades no Governo Lula e recebeu um financiamento de mais de R\$ 1,3 bilhão em 2006. Assim, como o PSF há ampliação de número de equipes e de população coberta por esse programa.<sup>8</sup>

<sup>xxvi</sup> Em 2003, um documento elaborado pela Coordenação de Saúde Mental e pela Coordenação de Gestão da Atenção Básica intitulado *Saúde Mental e Atenção Básica – o vínculo e o diálogo necessários*. Em

dar algumas respostas às políticas voltadas para grupos específicos, tais como populações quilombolas e ribeirinhas.

A criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família representou uma inovação muito importante na política de atenção básica nacional nesse período, pois busca ampliar a abrangência e a gama de ações por meio da inserção da ESF na rede de serviços e vem representar uma mudança de postura do gestor federal em relação a antigos entraves existentes nos debates setoriais. Por ser o objeto desse trabalho, os contextos de origem e a inserção do NASF na política nacional de ABS, a caracterização da proposta e as estratégias de operacionalização, bem como seu panorama nacional, serão detalhados no Capítulo 2.

O período do governo Dilma Rousseff, que tem apenas um ano e meio, tem apresentado indícios, ainda que em aberto, da configuração de um quarto momento da política nacional de atenção básica. Dado o caráter recente desse governo e a escassez de bibliografia específica, são aqui analisados, de forma preliminar, apenas documentos selecionados da política.

Uma medida marcante no primeiro ano de governo, em 2011, foi a divulgação de um Decreto Presidencial em junho, com o propósito de regulamentar a Lei 8080/90 e dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa<sup>xxvii</sup>. Esse decreto inovou a partir da regulamentação de um Contrato Organizativo das Ações Públicas de Saúde (COAP) que propõe um novo modelo de relação interfederativa com segurança administrativa, transparência e publicidade das articulações e pactuações entre os entes federados.

Além disso, o COAP também propõe incorporar elementos para impulsionar uma maior organização e integração das ações e serviços de saúde da rede regionalizada e hierarquizada na região de saúde. Seus mecanismos contratuais trazem avanços para a gestão, com a instituição da Região de Saúde como local privilegiado do planejamento e gestão do SUS; o reforço da atuação das Comissões Intergestores; a criação da Relação Nacional de Serviços e o Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS, inclusive na atenção básica.

---

2006, a Portaria MS/GM 1097/2006, que inclui parâmetros para ações de saúde mental na atenção básica na PPI, no âmbito do Pacto da Atenção Básica.

<sup>xxvii</sup> Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011<sup>54</sup>. O Decreto tem seis capítulos e traz disposições importantes sobre a Organização do SUS, o Planejamento da Saúde, a Assistência em Saúde e definições sobre Região de Saúde, Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, Porta de Entrada, Comissões Intergestores, Mapa da Saúde, Rede de Atenção à Saúde, Serviços Especiais de Acesso Aberto, Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica. Importante evento foi realizado no Rio de Janeiro em 19/10/2011 – o Seminário Estadual Contrato Organizativo das Ações Públicas de Saúde (COAP): uma nova forma de implementar o

Uma segunda medida que trouxe novidades em 2011 foi a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica<sup>xxviii</sup>. A nova política introduz algumas revisões em relação à PNAB 2006, mas também considera a consolidação da Estratégia Saúde da Família como forma prioritária para reorganização da Atenção Básica em Saúde no Brasil, ainda que com menor ênfase se comparada à política anterior.

Além de apontar a ampliação dos fundamentos e diretrizes para a atenção básica nacional, a PNAB 2011 apresenta outras inovações, dentre elas: a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população; algumas flexibilidades relacionadas à carga horária de profissionais e, mais acentuadamente, dos profissionais médicos; a criação de modalidade nova para a equipe de Saúde da Família denominada Equipe Transitória<sup>xxix</sup>; a inclusão de equipes de atenção básica para populações específicas bem como a inclusão de outras estratégias que foram formuladas posteriormente à antiga PNAB e que não constavam em sua publicação em 2006, dentre elas, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, o Programa Saúde na Escola, o Programa para Melhoria e Avaliação da Qualidade e as Academias da Saúde.

Dessa forma, a partir das inovações para a atenção básica observadas no governo Dilma Rousseff, pode-se dizer que talvez esteja se configurando um novo momento dessa política no Brasil. Apesar de ser um período em aberto e muito recente, as mudanças no desenho da nova política, na regulamentação complementar e portarias específicas, sinalizam indícios de que a atenção básica pode estar vivenciando o início de um quarto momento no período do SUS.

Algumas questões discutidas no interior do Ministério da Saúde no período de 2003 a 2005 não se transformaram em norma naquela época, mas retornaram com força ao centro da agenda e foram legitimadas nesse novo governo. Por exemplo, a ampliação do debate voltado para a Atenção Básica em Saúde como um todo e não apenas restrito à ESF; a flexibilização da carga horária dos profissionais; a enorme ênfase na avaliação e identificação de metas claras em prol da qualificação dessa atenção básica. Possivelmente, o retorno dessas questões para o cerne das discussões teve a influência

---

Pacto pela Saúde – promovido pelo COSEMS RJ, para ampliação dos debates dos gestores do SUS estadual relacionados ao Decreto Presidencial.

<sup>xxviii</sup> Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011<sup>37</sup>.

<sup>xxix</sup> Castro<sup>8</sup> aponta em sua pesquisa, que a proposta de Equipe Transitória de PSF foi debatida no interior do Ministério da Saúde (período 2003-2005), em momento de dúvidas sobre o prosseguimento de indução do PSF nos mesmos moldes ou a inclusão de propostas alternativas a esse modelo. À época, após muitos debates no CNS, a proposta de equipe em transição não é aprovada. O debate do período 2003-2005 será retomado no Capítulo 2.

dos atores que estão interferindo na política atualmente, que retomaram uma série de embates que já haviam estado presentes no período anterior.

O quadro 1.1 apresenta uma síntese da discussão desse item e elenca, em cada um dos momentos apresentados, os elementos do contexto e as principais iniciativas/estratégias adotadas na política nacional de atenção básica no período do SUS.

**Quadro 1.1: Síntese dos momentos da Atenção Básica em Saúde no período SUS, segundo suas variáveis.**

<b>Momentos</b>	<b>Contexto</b>	<b>Principais iniciativas/estratégias federais na atenção básica</b>
<b>1º momento (1990-1994)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Governos Collor e Itamar</li> <li>- Reforma do Estado</li> <li>- Início da implantação do SUS</li> <li>- Força do municipalismo com ênfase na descentralização</li> <li>- Diversas experiências locais na AB</li> <li>- AB não ocupa lugar de destaque na agenda federal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PACS (1991)</li> <li>- Debate e criação do PSF no âmbito da FUNASA, sob a influência de experiências locais. (1993/1994)</li> </ul>
<b>2º momento (1995-2002)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Governo FHC</li> <li>- Reforma do Estado</li> <li>- Saúde da Família adotada como prioridade de governo com destaque na agenda política</li> <li>- Novos mecanismos financeiros para a AB</li> <li>- Estratégias para qualificação do PSF</li> <li>- Peso da gestão Serra</li> <li>- Discussões sobre as limitações do PSF no MS, principalmente nos grandes centros urbanos</li> <li>- Desafios de incorporação do PSF como uma estratégia substitutiva para a reorientação do modelo e atenção nos vários municípios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expansão do PSF</li> <li>- Regulamentação da NOB 96, com a criação dos PAB fixo e variável</li> <li>- Pólos de Capacitação (1997)</li> <li>- Manual para a Organização da AB (1998), contendo o Pacto de Indicadores da Atenção Básica</li> <li>- Criação do SIAB (1999)</li> <li>- Criação do DAB (2000)</li> <li>- Implantação do PROESF</li> </ul>
<b>3º momento (2003-2010)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Governo Lula</li> <li>- PSF como uma política de Estado e não de governo</li> <li>- Continuidade de prioridade para a ABS, com reafirmação do modelo ESF</li> <li>- Decisão política de mudança do Programa para Estratégia Saúde da Família</li> <li>- Mudanças na excessiva fragmentação dos pagamentos, por meio da criação do Bloco Financeiro da AB</li> <li>- Ampliação da abrangência populacional da Saúde da Família em 47,7% e, em 66,0% do número de equipes implantadas</li> <li>- Dois momentos distintos de debate no interior do MS: 2003-2005 e 2006-2010</li> <li>- 2003-2005: diferentes opiniões dos atores políticos e questionamentos sobre a manutenção da ESF como única estratégia para a reorganização da AB, propostas de flexibilização e rediscussão da ESF</li> <li>- 2006-2010: a ESF retoma lugar de destaque e é reafirmada como modelo principal da ABS no Brasil</li> <li>- NASF: saída virtuosa para os embates e diretriz que atende aos diversos interesses conflitantes no MS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PNAB 2006</li> <li>- Pacto pela Saúde 2006</li> <li>- Fortalecimento das articulações intrasetoriais: AB articulada às políticas de saúde bucal, saúde mental e vigilância em saúde</li> <li>- Fortalecimento de integração da AB com outras políticas, segundo prioridades da agenda social do Governo Lula, com necessidades de respostas da AB a grupos específicos: populações quilombolas e ribeirinhas</li> <li>- Debates sobre os Núcleos de Saúde Integral (2006)</li> <li>- Diretrizes nacionais para elaboração de editais de seleção pública de ACS (2006)</li> <li>- Cadastro Nacional para equipes PSF e PACS no CNES (2007)</li> <li>- Debates e formulação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (2008)</li> </ul>
<b>4º momento (2011-.....)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Início do Governo Dilma</li> <li>- Discussões do período 2003-2005 retornam com força ao centro dos debates, com algumas legitimações na nova PNAB</li> <li>- Inovações no desenho da nova política de AB: ampliação no âmbito da AB, não restrita à ESF; flexibilização da carga horária dos profissionais; forte ênfase na avaliação para qualificação da AB</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nova PNAB 2011</li> <li>- Contrato Organizativo das Ações Públicas de Saúde</li> <li>- Programa Saúde na Escola</li> <li>- Programa para Melhoria e Avaliação da Qualidade</li> <li>- Academias da Saúde</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria da autora, a partir das diversas fontes citadas ao longo desse item.

Após essa breve retrospectiva da trajetória da atenção básica no período do SUS, apresenta-se no item seguinte o desenho organizativo da Estratégia Saúde da Família.

### **Estratégia Saúde da Família: processo e organização do trabalho**

A Estratégia Saúde da Família é concebida como modelo da atenção básica e o centro ordenador das redes de atenção à saúde preconizada pelo gestor federal no SUS. Conforme observado no item anterior, consolidar e qualificar essa estratégia tem sido um destaque da política nacional de saúde, mediante a indução de diversas propostas ao longo dos anos, dentre elas o Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Antes, porém, de abordar o objeto desse trabalho, o NASF, torna-se necessário tecer algumas considerações sobre as características do processo e da organização do trabalho na Saúde da Família. Buscando aproximar-se de uma concepção abrangente de atenção primária, a Estratégia Saúde da Família é baseada nos princípios do SUS e busca se aproximar dos atributos da APS elencados por Starfield<sup>2</sup> – *primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação – com centralidade na família e na comunidade.*

A equipe de trabalho preconizada para a ESF tem um caráter multiprofissional – médico generalista<sup>xxx</sup>, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde<sup>xxxi</sup> – e atua com uma definição prévia de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente de determinada área. Essa equipe ainda pode ser acrescida com equipe de Saúde Bucal - cirurgião dentista, auxiliar ou técnico de saúde bucal.<sup>1</sup>

A Estratégia Saúde da Família tem como objetivo reorganizar a prática assistencial, deslocando a centralidade do indivíduo para o enfoque familiar em seu contexto sócio-cultural. Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando-se os critérios de equidade. O número de agentes comunitários de saúde deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 12 ACS por equipe de Saúde da Família.<sup>1</sup>

A ESF é a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde e o primeiro nível de atenção, o que supõe a integração à rede de serviços mais complexos. Nesse modelo,

---

<sup>xxx</sup> Conforme mencionado anteriormente, ainda não se exige a formação de médico generalista, por ser uma formação escassa no Brasil. No entanto, a função a ser desempenhada pelo profissional médico na Saúde da Família é de generalista.

o médico generalista deve ser o “*gatekeeper*” e, assim, exercer a *função filtro* para o atendimento das demandas e resolubilidade das ações. No entanto, a ESF é constituída por equipe multiprofissional para atuação na ABS, ou seja, o cuidado não se baseia somente centrado no profissional médico, mas também conta com outros profissionais da equipe para o atendimento às demandas da população.<sup>45</sup>

Essa realidade remete uma característica peculiar ao caso brasileiro, diferenciando-a de outras experiências internacionais, pois incorpora o trabalho em equipe multidisciplinar e inclui ainda o agente comunitário de saúde, trabalhador com atuação específica na ABS.<sup>56</sup> Dessa forma, Escorel et al<sup>45</sup> apontam que o médico generalista e os outros profissionais devem conhecer as famílias do seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar programa de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde-doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica.

Para o Ministério da Saúde, a ABS caracteriza-se:

*“Por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.”<sup>1</sup>*

Campos et al.<sup>56</sup> também sinalizam diretrizes para a ordenação do trabalho da equipe de Saúde da Família: trabalho em equipe interdisciplinar, responsabilidade sanitária por um território, construção de vínculo entre equipe e usuários, abordagem do sujeito, da família e do seu contexto, busca de ampliação dos cuidados na ABS, reformulação e ampliação do saber clínico, articulação da ABS à rede de serviços de saúde.

São inúmeros os desafios à reestruturação dos serviços de saúde baseados na atenção básica, considerando essas diretrizes abrangentes e em face da realidade prévia

---

<sup>xxxii</sup> O agente comunitário de saúde é um trabalhador recrutado na comunidade com o objetivo de fazer a ligação da equipe de Saúde da Família com a família e a comunidade.<sup>55</sup>

do sistema de saúde brasileiro<sup>xxxii</sup>. Agregue-se a isso o fato das múltiplas realidades locais no Brasil que acabam por gerar necessidades diversas para gestores e profissionais colocarem em prática as recomendações preconizadas para a ABS brasileira.

Assim, o que se observa, segundo Cohn<sup>57</sup>, é uma implantação da Estratégia Saúde da Família de forma multifacetada. Somado às distintas realidades socioeconômicas e estruturas familiares nos diversos municípios, o enfrentamento das complexidades nos sistemas locais de saúde com práticas e saberes consolidados anteriores a essa proposta vem corroborar uma variedade de configurações para a Saúde da Família ao nível local.

Desse modo, diferentes formas de organizar a atenção básica têm sido observadas, possibilitando arranjos heterogêneos e com diversidade de conformação da equipe de profissionais ao nível local. Destacam-se aqui alguns exemplos dos modelos diversos de organização da ABS, com vistas à qualificação e resolubilidade das ações, ainda que preservem algumas características do modelo induzido e financiado pelo Ministério da Saúde.

Dois casos merecem destaque por terem introduzido inovações na conformação das equipes locais de atenção básica que, posteriormente, influenciaram, em alguma medida, a formulação nacional da proposta NASF: a experiência de Campinas (SP) e a de Belo Horizonte (MG).

Em Campinas (SP), a experiência designada como Saúde da Família Paidéia teve início em 2001<sup>xxxiii</sup>. A inovação do Paidéia foi basear a atenção básica municipal nos princípios de equipe de referência e do apoio matricial para sua concepção e desenho, onde as equipes de referência – as equipes de Saúde da Família – recebiam o matriciamento por meio das equipes de apoio, formada por profissionais de saúde de diversas áreas e de especialidades médicas básicas<sup>xxxiv,58</sup>

---

<sup>xxxii</sup> Podem-se citar algumas dessas dificuldades: baixa capacidade resolutiva da ESF, clínica ineficaz, pouca integração da ABS com a rede de saúde, precário sistema de contratação de pessoal, empecilhos à fixação de profissionais médicos, dificuldades nos processos de educação permanente da equipe bem como a ausência de formação especializada por parte dos profissionais para atuação na ESF. <sup>8,16,44,56</sup>

<sup>xxxiii</sup> Paidéia é um conceito antigo, clássico, e que significa desenvolvimento integral do ser humano. Foi criado na época em que os gregos sonhavam com cidades democráticas. Em Campinas/SP o Projeto Paidéia de Saúde da Família visava trabalhar com um conceito ampliado de Família: grupo que co-habita um mesmo espaço; ampliar as redes de apoio e de solidariedade entre as equipes, as famílias e outras organizações. (CAMPINAS, 2001)

<sup>xxxiv</sup> Gastão Wagner de Sousa Campos é o autor que tem contribuído com produção bibliográfica a esse respeito. Esse autor foi Secretário Municipal de Saúde de Campinas/SP à época de formulação da Saúde da Família Paidéia e Secretário Executivo do Ministério da Saúde à época de formulação do Núcleo de Saúde Integral, proposta anterior que culminou no NASF. Esse arranjo organizacional será melhor abordado no Capítulo 2.



Naquele município existia um modelo de atenção básica funcionando anterior à formulação e implantação da ESF e esse arranjo prévio foi considerado nessa implementação. Os vários Centros de Saúde da cidade organizavam-se por áreas especializadas (programas) – saúde da criança, do adulto, da mulher, bucal, mental. Essas áreas foram mantidas e passaram a servir de apoio às equipes de Saúde da Família Paidéia<sup>xxxv</sup>. Essas equipes, por sua vez, tinham característica diferenciada da equipe mínima proposta pelo gestor federal, pois incluíam outras especialidades médicas – o pediatra, o gineco-obstetra e o clínico geral.<sup>58</sup>

Outro dispositivo inovador no Paidéia de Campinas/SP foi o apoio às equipes de referência, realizado por Núcleos de Saúde Coletiva, formados por três representantes das próprias equipes e que se reuniam periodicamente para avaliação e acompanhamento das ações em saúde de uma determinada região. Por meio dessa reflexão coletiva, os núcleos identificavam as principais necessidades e implementavam ações específicas para realizar o atendimento das mesmas.<sup>59</sup>

Caldas e Eller<sup>59</sup> afirmam em sua pesquisa que a criação e a forma adotada para as equipes de referência tornaram o atendimento médico mais ágil nesse município. No entanto, citam opiniões dos gestores locais para exemplificar desafios postos a esse modelo: a questão cultural, que moldou o comportamento para a especialização e a “divisão” do conhecimento, tanto dos profissionais quanto dos usuários e a criação prática de uma matriz do saber entre os especialistas e os médicos generalistas, pois, apesar de compartilharem informações e reconhecerem o usuário em sua integridade, ainda havia dificuldades em aplicar a matricialização na resolução de problemas mais complexos.

Um segundo exemplo de organização da ABS diferenciada do modelo inicialmente proposto pelo Ministério da Saúde é o caso de Belo Horizonte/MG. A ESF foi implantada formalmente, nos moldes federais, em 2002 e legitimada por meio do Programa BH Vida: Saúde Integral, que tem a orientação de garantir a atenção à saúde de forma integral e universal aos cidadãos de Belo Horizonte, além do compromisso político com a construção do SUS.<sup>60</sup>

No entanto, em BH/MG, existiam algumas características da ESF que são peculiares. A primeira refere-se a sua estruturação, que foi realizada em Centros de Saúde já existentes na rede, sem haver, num primeiro momento, criação de novas estruturas para atuação das equipes de Saúde da Família. Dessa forma, a Estratégia

---

<sup>xxxv</sup> Este apoio efetivar-se-á por meio da elaboração de protocolos específicos, da sugestão de prioridades e de projetos, bem como se encarregando de processos de educação continuada da equipe e de usuários.<sup>58</sup>

Saúde da Família foi estabelecida de modo a integrar as equipes aos centros de saúde já existentes.

Uma segunda peculiaridade da ESF diz respeito à organização do modelo assistencial, pois havia um incentivo para a inserção de outros profissionais na ABS por meio da conformação de equipes de saúde da família “ampliadas”. A depender da necessidade, outros profissionais médicos de clínicas básicas - ginecologista, pediatra e clínico geral, profissionais não médicos, como o assistente social, e também equipes de saúde mental poderiam participar da Saúde da Família.<sup>60</sup>

No momento de implantação da ESF, essa participação foi adotada como ‘equipes de apoio’, nas quais especialistas de centros de saúde atendiam os casos mais agudos ou mais complexos, funcionando como retaguarda e suporte para as equipes de saúde da família. Esses profissionais e especialistas de apoio atuavam nos centros de saúde e eram acionados quando necessário, mas a responsabilidade clínica e sanitária da população coberta pertencia à equipe de saúde da família, sendo a equipe básica da ESF a porta de entrada da população adscrita.<sup>61</sup>

Giovanella et al.<sup>61</sup> apontam em sua pesquisa que, para os gestores de Belo Horizonte, a integração das equipes de Saúde da Família aos centros de saúde preexistentes possibilitou definir uma lógica comum de organização da Atenção Básica, evitando a dissonância entre diferentes propostas assistenciais. Segundo esses gestores a característica principal da experiência do PSF em Belo Horizonte foi a articulação do atendimento da demanda espontânea à programada no entendimento ampliado de acolhimento, que incluía pronto-atendimento e garantia de referência especializada.

Em revisão bibliográfica sobre estudos que abordassem a participação de outros profissionais na Saúde da Família – assistente social, fisioterapeuta, psicólogo e nutricionista - no período de 1997-2006, Marins<sup>62</sup> apresenta uma considerável produção científica nesse sentido. Embora a pesquisa, inicialmente, visasse identificar experiências de inserção dessas quatro categorias profissionais, a fonte pesquisada permitiu localizar apenas artigos sobre a inserção de psicólogos e nutricionistas na ESF. Observa-se assim que, além da conformação de equipes básicas segundo a norma federal, no território nacional já havia diversas experiências de incorporação de outros profissionais de saúde à ESF, compondo um cenário bastante diversificado.

Esse panorama de diversidade local para a organização do modelo assistencial da ABS no Brasil, com conformação diferenciada da equipe de profissionais, vem corroborar, num sentido mais amplo, o entendimento de que uma multiplicidade de combinações poderia ser incluída no âmbito da política nacional de ABS. Consideram-

se ainda as diferenças loco-regionais e as demandas do processo saúde-doença nos diversos municípios brasileiros, que também contribuem nessa direção em contraposição a um modelo único para esse fim.

De qualquer forma, permaneceu o modelo Saúde da Família induzido pelo gestor federal como o centro ordenador da atenção básica e porta de entrada preferencial ao sistema de saúde. Entretanto, uma nova proposta foi formulada em 2008 com o objetivo de ampliar o escopo das ações na Estratégia Saúde da Família: o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. A partir da inserção de outras especialidades médicas e de outros profissionais no primeiro nível de atenção, o NASF é um arranjo que permite legitimar nacionalmente diferentes arranjos no âmbito da ABS ainda que mantido o modelo Saúde da Família como estratégia central de sua organização.

No capítulo seguinte são apresentadas as questões imbricadas na constituição do NASF, suas características e diretrizes, assim como um panorama nacional de implementação dessa proposta.

## **Capítulo 2 – O Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta e panorama nacional**

### **A proposta do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: características e diretrizes**

A proposta do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi formulada pelo Ministério da Saúde, em debates com outros atores nacionais, com o objetivo de ampliar o escopo da atenção básica e sua resolutividade, considerando o modelo de organização adotado no Brasil - a Estratégia Saúde da Família. Além disso, configura-se como um arranjo com potencial para enfrentar os desafios de colocar em prática o conjunto de funções da APS. Neste trabalho, considera-se que a atuação do NASF deve estar referida, principalmente, a dois atributos de Starfield<sup>2</sup> para a APS: *a integralidade e a coordenação*.

O NASF é constituído por uma equipe de apoio formada por profissionais, de diferentes áreas de conhecimento, que atuam nos territórios de responsabilidade das equipes de Saúde da Família. Sua principal diretriz é a integralidade da atenção e, assim, deve contribuir na organização de uma rede de cuidado em conjunto com essa equipe, com objetivo de superar a lógica fragmentada da atenção à saúde.

O conceito de integralidade é também, uma das diretrizes do SUS, ao lado da universalidade do acesso, do cuidado organizado em rede, da prioridade das ações preventivas sem detrimento das assistenciais, bem como da equidade da oferta e das oportunidades em saúde.<sup>42</sup>

Há certo consenso de que a amplitude da prática da integralidade exige que os sistemas organizados a partir da APS reconheçam a grande variedade de necessidades relacionadas à saúde e disponibilizem os recursos para abordá-las. Assim, a integralidade deve ser considerada como um valor e a sua busca, um processo em construção no SUS.<sup>63</sup> Nessa perspectiva, é relevante considerar a equipe de Saúde da Família um campo fértil ao fomento da atenção integral, bem como o apoio dos profissionais do NASF uma contribuição necessária para esse fim.

São diversas as ferramentas para a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF, tais como o apoio matricial, a clínica ampliada, o projeto terapêutico singular, o projeto de saúde no território, a pactuação do apoio. Essas ferramentas estão descritas em documento específico do Ministério da Saúde

referente ao NASF<sup>xxxvi</sup>. Destaca-se aqui o apoio matricial, visto ser um conceito central da proposta que se complementa com o processo de trabalho em “equipes de referência”.

Como visto anteriormente, Campos e Domitti<sup>35</sup> apontam que o apoio matricial e a equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde. Nessa perspectiva, a equipe de Saúde da Família seria a referência do cuidado para o sujeito e o NASF configuraria o apoio matricial a essa equipe.

Dessa forma, o papel da equipe matricial é ampliar, apoiar e qualificar o processo de produção do cuidado, sendo composta por profissionais de determinadas especialidades da área da saúde e adotando condutas diversificadas que sejam efetivas para cada caso específico. Os apoiadores matriciais devem acompanhar as atividades das equipes de referência, auxiliando-as na proposição de processos de co-gestão do trabalho em equipe e de novas estratégias de ação no território que permitam um cuidado integral e singular dos sujeitos e grupos.

Sendo a integralidade a essência que delimita a constituição do NASF são importantes duas reflexões sobre suas diretrizes e ferramentas. A primeira relaciona-se à qualificação da assistência e da gestão na Saúde da Família. A presença de outros profissionais de saúde e especialidades médicas visa aprimorar um trabalho em saúde que seja menos fragmentado e mais integral. Assim, a inserção dessa equipe possibilita uma ampliação do arcabouço de conhecimentos na atenção básica e pode aperfeiçoar a função “*gatekeeper*”, a partir da dimensão técnico-pedagógica do apoio matricial, considerada uma facilitadora de processos de aprimoramento profissional na ESF.

A segunda, inter-relacionada à primeira, refere-se à construção de uma rede organizada em saúde. Giovanella e Mendonça<sup>6</sup> apontam que o mecanismo “*gatekeeper*” não deve ser isolado e precisa garantir o acesso aos outros níveis do sistema. A partir do trabalho da equipe NASF, essa função pode tornar-se mais resolutiva e promover um maior acesso da população aos outros níveis do sistema de saúde. Nesse sentido, o NASF pode ser um dispositivo que favoreça uma ABS coordenadora do cuidado e, também, a conformação de uma rede organizada entre atenção básica e os outros níveis do sistema.

O NASF foi proposto com o intuito de estender a abrangência da atenção básica e, também, promover uma maior qualidade das ações nesse âmbito da atenção. É

---

<sup>xxxvi</sup> BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Cadernos de Atenção Básica nº 27**, Brasília: Ministério

uma proposta que pretende aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde, uma vez que deve incluir ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção e reabilitação da saúde, humanização dos serviços, educação permanente, integralidade e organização territorial dos serviços de saúde.

A proposta do NASF foi lançada nacionalmente em 2008<sup>64</sup>, posterior à publicação da PNAB em 2006, não existindo, assim, sua inclusão no documento original dessa política.<sup>55</sup> Como já mencionado a publicação da nova Política Nacional de Atenção Básica em 2011 incluiu essa proposta como constituinte da ABS brasileira, com significativas modificações, principalmente, no que tange aos tipos de composição das equipes NASF, que será discutido mais adiante.<sup>1</sup>

O quadro 2.1 apresenta os objetivos, as diretrizes, as atribuições dos gestores municipal e estadual, bem como o financiamento do NASF, considerando a Portaria de sua constituição e a atual PNAB.

**Quadro 2.1: Objetivos, Diretrizes, Financiamento e Atribuições dos Gestores do NASF em 2008 e em 2011.**

Aspectos	Núcleo de Apoio à Saúde da Família (2008)	Núcleo de Apoio à Saúde da Família (2011)
<b>Objetivos</b>	Ampliar a abrangência e o escopo das ações de atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.	Ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, buscar 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.
<b>Diretrizes</b>	Integralidade da Atenção; Multiprofissionalidade e transdisciplinaridade; Responsabilização compartilhada; Base territorial - vínculo e responsabilização; Qualificação e complementaridade do trabalho das equipes de saúde da família; Promoção da Saúde; Humanização da Atenção; Promoção do autocuidado e fortalecimento da cidadania.	Integralidade da atenção; Interdisciplinaridade; Territorialização; Educação Permanente em Saúde; Educação Popular; Intersetorialidade; Participação Social; Humanização; Promoção da Saúde.
<b>Financiamento</b>	Incentivo federal de Implantação (parcela única): _ NASF 1: o valor de R\$ 20.000,00 _ NASF 2: o valor de R\$ 6.000,00  _ Incentivo federal de custeio (a cada mês): _ NASF 1: valor de 20.000,00 _ NASF 2: valor de R\$ 6.000,00  Os valores dos incentivos financeiros para os NASF implantados serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de NASF cadastrados no SCNES.	Incentivo federal de Implantação (parcela única): _ NASF 1: o valor de R\$ 20.000,00 _ NASF 2: o valor de R\$ 6.000,00  _ Incentivo federal de custeio (a cada mês): _ NASF 1: valor de 20.000,00 _ NASF 2: valor de R\$ 6.000,00  Os valores dos incentivos financeiros para os NASF implantados serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de NASF cadastrados no SCNES. (Portaria Nº 2.489, de 21 de outubro de 2011).
<b>Atribuições do município</b>	Definir a composição dos NASF, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações; Definir o território de cada NASF; Planejar as ações que serão realizadas pelos NASF; Definir o plano de ação do NASF em conjunto com as ESF; Selecionar, contratar e remunerar os profissionais para os NASF, em conformidade com a legislação vigente; Manter atualizado o cadastro de profissionais, de serviços e de estabelecimentos sob sua gestão; Disponibilizar a estrutura física adequada para garantir os recursos de custeio necessários ao desenvolvimento das atividades dos NASF; Realizar avaliação de cada NASF; Assegurar o cumprimento da carga horária dos	Definir a composição dos NASF, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas; Definir o território de cada NASF; Planejar as ações que serão realizadas pelos NASF; Definir o plano de ação do NASF em conjunto com as ESF; Selecionar, contratar e remunerar os profissionais dos NASF, em conformidade com a legislação vigente; Manter atualizado o cadastro de profissionais, de serviços e de estabelecimentos sob sua gestão; Disponibilizar a estrutura física adequada para garantir os recursos de custeio necessários ao desenvolvimento das atividades dos NASF;

	profissionais de cada NASF; Estabelecer estratégias para desenvolver parcerias com os demais setores da sociedade e envolver a comunidade local no cuidado à saúde da população de referência, de modo a potencializar o funcionamento do NASF.	Realizar avaliação de cada NASF; Assegurar o cumprimento da carga horária dos profissionais de cada NASF; Estabelecer estratégias para desenvolver parcerias com os demais setores da sociedade e envolver a comunidade local no cuidado à saúde da população de referência, de modo a potencializar o funcionamento do NASF.
<b>Atribuições do estado</b>	Identificar a necessidade e promover a articulação entre os Municípios, estimulando, quando necessário, a criação de consórcios intermunicipais para implantação de NASF 1 entre os Municípios que não atinjam as proporções estipuladas no artigo 5º da Portaria GM nº 154; Assessorar, acompanhar e monitorar o desenvolvimento das ações dos NASF; Realizar avaliação e/ou assessorar sua realização; Acompanhar a organização da prática e do funcionamento dos NASF segundo os preceitos regulamentados na Portaria GM nº 154.	Promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria dos serviços da Atenção Básica; Prestar apoio institucional aos municípios no processo de implantação, acompanhamento, e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família; Disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção à saúde; Articular instituições, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Básica e das equipes de Saúde da Família.

Fonte: Portaria MS/GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008 e Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Elaboração própria da autora.

O NASF deve vincular-se a um determinado número de equipes de Saúde da Família, ser orientado pela organização de território adscrito e os membros de sua equipe devem realizar as práticas em saúde nesses territórios. Em sua composição podem existir profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuarão em parceria e apoio aos profissionais das equipes de Saúde da Família.<sup>63</sup>

A composição dos profissionais de cada equipe NASF deve ser definida pelos gestores municipais e pelas equipes de Saúde da Família em função das necessidades de saúde, vulnerabilidades socioeconômicas, perfil epidemiológico da população e disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. Há recomendação para a inclusão de pelo menos um profissional de Saúde Mental na equipe NASF em virtude dos significativos dados epidemiológicos sobre transtornos mentais no país.<sup>63</sup>

A composição do NASF está relacionada a nove áreas estratégicas: saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares. Recomenda-



se que essas áreas estratégicas não sejam de atuação específica e exclusiva de uma categoria profissional, mas, sim, multidisciplinar, considerando as necessidades de saúde da população.<sup>63</sup>

O Ministério da Saúde recomenda metodologias gerais e específicas para o processo de trabalho em cada uma dessas nove áreas estratégicas, tais como: estudo e discussão de casos, projetos terapêuticos, orientações e atendimentos em conjunto, visitas domiciliares. É possível existir ainda um atendimento direto e individualizado dos profissionais do NASF desde que sejam situações extremamente necessárias e com encaminhamento e discussões anteriores entre equipes de Saúde da Família e do NASF.

Segundo o documento da PNAB, publicado em 2011, o NASF pode ser definido em duas modalidades: NASF 1 e NASF 2. O quadro 2.2 mostra a quantidade de equipes vinculadas, as categorias e a carga horária dos profissionais do NASF por modalidade.<sup>1</sup> O quadro foi elaborado considerando as normas federais publicadas que, de alguma forma, trouxeram modificações ao NASF desde a data de sua implementação.

**Quadro 2.2: Síntese da Regulamentação Referente à Quantidade de Equipes Vinculadas, as Categorias e a Carga Horária dos Profissionais do NASF por Modalidade**

Portarias	Quantidade de equipes vinculadas por tipo	Categorias Profissionais	Carga Horária dos Profissionais
Portaria MS/GM n° 154, de 24/01/2008	<b>NASF 1:</b> 08 a 20 equipes de SF <b>NASF 2<sup>xxxvii</sup>:</b> no mínimo, 03 equipes de SF <b>Para municípios com menos de 100 mil hab. da Região Norte:</b> 05 a 20 equipes de SF	<b>NASF 1:</b> deve ser composto por, no mínimo, cinco, dos seguintes profissionais: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, educador físico, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional. <b>NASF 2:</b> deve ser composto por, no mínimo, três, dos seguintes profissionais: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, educador físico, nutricionista e terapeuta ocupacional.	40 horas semanais, com as seguintes exceções: Profissionais médicos: podem compor dois profissionais de 20 horas/semana de diferentes especialidades, em lugar de um profissional médico de 40 horas/semana. Fisioterapeutas: devem ser dois profissionais de 20 horas/semana cada um. Terapeutas Ocupacionais: devem ser dois profissionais de 20 horas/semana cada um.
Portaria MS/GM n° 2843, de 21/09/2010 (revogada pela Portaria MS/GM n° 2488, de 21/10/11)	<b>NASF 3<sup>xxxviii</sup>:</b> 04 a 07 equipes de SF	Pode ser formado dentre os profissionais elencados nos dois tipos de NASF da Portaria GM n° 154, de 24/01/2008.	Equipara-se a carga horária descrita acima.
Portaria MS/GM n° 2488, de 21/10/11 – Política Nacional de Atenção Básica	<b>NASF 1:</b> 08 a 15 equipes de SF <b>NASF 2:</b> 03 a 07 equipes de SF <b>Para municípios com menos de 100 mil hab. dos estados da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense:</b> 05 a 09 equipes <b>NASF 3:</b> extinto por essa portaria. Os NASF 3 já existentes devem tornar-se tipo 2.	Podem compor os NASF 1 e 2 as seguintes ocupações do CBO: Médico Acupunturista, Assistente Social, Profissional/Professor de Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Ginecologista/Obstetra, Médico Homeopata, Nutricionista, Médico Pediatra, Psicólogo, Médico Psiquiatra, Terapeuta Ocupacional, Médico Geriatra, Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.	<b>NASF 1:</b> a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo, 200 horas semanais. Nenhum profissional pode ter carga horária inferior a 20 horas semanais e cada ocupação isolada deve ter, no mínimo, 20 e, no máximo, 80 horas semanais. <b>NASF 2:</b> a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo, 120 horas semanais. Nenhum profissional pode ter carga horária inferior a 20 horas semanais e cada ocupação isolada deve ter, no mínimo, 20 e, no máximo, 40 horas semanais.

Fontes: Portaria MS/GM n° 154, de 24/01/2008; Portaria MS/GM n° 2843, de 21/09/2010; Portaria MS/GM n° 2488, de 21/10/11. Elaboração própria da autora.

<sup>xxxvii</sup> Pela portaria GM n° 154/2008 o NASF 2 possui as seguintes diferenciações: a quantidade de profissionais, a definição das categorias específicas, onde, por exemplo, não é permitido a inclusão da categoria médica e a densidade populacional do município (abaixo de 10 habitantes/Km<sup>2</sup>). Pela PNAB 2011, a diferenciação ocorre pela quantidade de equipes vinculadas, de 03 a 07, sendo mantido o repasse de recursos financeiros a no máximo 01 (uma) equipe NASF 2 por município.

<sup>xxxviii</sup> O NASF tipo 3 é criado para municípios com menos de 20 mil habitantes e tem prioridade de atenção integral e, em Saúde Mental, para usuários de crack, álcool e outras drogas. O repasse financeiro mensal para o custeio de suas ações é de R\$ 6.000,00.

### **O Núcleo de Apoio à Saúde da Família: origens e construção da proposta nacional**

A proposta do Núcleo de Apoio à Saúde da Família foi formulada como uma possibilidade de alocar profissões da saúde atuantes na ABS, mas que estiveram ausentes na conformação da equipe mínima induzida pelo Ministério da Saúde, e, assim, buscar dotar esse modelo de qualidade, resolutividade e integralidade da atenção. Dessa forma, o NASF foi desenhado como uma proposta intermediária que se relaciona à atuação de profissionais que não estão inseridos diretamente na equipe mínima de Saúde da Família, mas que também não estão inseridos na atenção especializada. Quais são as suas origens?

A formulação do NASF está imbricada à configuração de dois momentos distintos na política nacional de ABS durante o Governo Lula. No primeiro momento, 2003-2005, vigoram no interior do Ministério da Saúde diferentes opiniões dos diversos atores a respeito do modelo de atenção básica adotado no país. Há questionamentos sobre a manutenção da ESF como estratégia única para a reorganização da ABS.<sup>65</sup>

Nesse período, acontecem debates que visam à flexibilização do modelo de ABS e rediscussão da ESF, pois a realidade dos serviços é bastante diferente da idealizada pelo programa. Atores no Ministério da Saúde defendiam a necessidade de flexibilizar as diretrizes da Saúde da Família para aproximação às diferentes realidades locais. Três pontos de tensão são principais nesse debate: a Saúde da Família como estratégia única ou a possibilidade de indução de outros modelos na ABS; a flexibilização do modelo ESF, principalmente no que diz respeito à composição da equipe e carga horária e o enfrentamento de problemas ou limitações da estratégia no que tange ao modelo de atenção proposto.<sup>8</sup> (p. 118)

No momento posterior, 2006-2010, a Saúde da Família retoma o lugar de destaque e é reafirmada como modelo principal da ABS no Brasil. Nesse contexto, o NASF é construído como uma proposta que vai atender a interesses múltiplos conflitantes no interior do Ministério da Saúde, sem modificar o modelo de organização da ESF já existente.

Dessa forma, é importante destacar que o NASF é considerado uma saída virtuosa para os embates no interior do Ministério da Saúde. No momento de sua elaboração, grupos de poder têm posições diferentes, embora sejam defensores da ABS: um grupo defende a manutenção do modelo PSF tal como concebido em 1994-1995 e outro grupo almeja a flexibilização desse modelo. Assim, o NASF possibilita a reafirmação da Saúde da Família com os moldes iniciais de porta de entrada e o atendimento a uma série de interesses que perpassam os debates naquele momento, sendo considerada uma iniciativa com potencial de promover a integração generalizada do modelo de atenção e a inovação mais expressiva da atenção básica nesse período.<sup>7,8,65</sup>

A discussão sobre a criação destes núcleos de apoio tem início no ano de 2004, constituindo tema das reuniões da Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde, com a nomenclatura Núcleo de Saúde Integral (NAI). Atente-se que seu molde inicial entra no debate no primeiro período apontado por Castro<sup>8</sup>, mas seu desenho final concretiza-se no momento posterior, quando é publicada a portaria de sua constituição<sup>xxxix</sup>. Os quadros 2.3 e 2.4 resumem as análises dos Sumários Executivos da CIT e dos Resumos Executivos e das Atas do CNS em que a temática esteve presente no período 2003-2008.

---

<sup>xxxix</sup>Portaria GM n° 154 de 24 de janeiro de 2008.

**Quadro 2.3: Análise dos Sumários Executivos da CIT em que Consta a Temática no Período 2003-2008**

Data	Temáticas de AB presentes na pauta	Discussão relevante para o NASF
09 /12 / 2004  (Reunião Ordinária)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diretrizes para a política de medicina natural e práticas complementares – SAS</li> <li>-Responsabilização de estados e municípios na atenção básica – SAS</li> <li>-Assistência Farmacêutica Básica – GM/SAS</li> <li>-Núcleos de Saúde Integral – SAS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proposta da Secretaria de Atenção à Saúde: criar os Núcleos de Saúde Integral em municípios com 50 mil habitantes ou mais, ou com 40 mil habitantes ou mais, no caso da Amazônia Legal, nas seguintes modalidades: alimentação e nutrição; atividade física; reabilitação; saúde mental; serviço social. O Conasems quer discutir melhor a proposta; quer saber qual o critério de necessidade utilizado para incluir estes profissionais e não outros, considerando que estes profissionais estão há muito tempo pressionando o SUS em vários fóruns.</li> </ul>
17 / 02 / 2005  (Sem Informação sobre o tipo de reunião)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diretrizes para a política de medicina natural e práticas complementares – SAS</li> <li>- Núcleos de Saúde Integral – SAS.</li> <li>- Assistência Farmacêutica Básica – GM/SAS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CONASS questiona se os Núcleos de Saúde Integral não vão retirar recursos que estão alocados para a atenção primária da saúde.</li> <li>- O Ministério esclareceu que o objetivo dos núcleos é ampliar a capacidade resolutiva das equipes do PSF.</li> <li>- O CONASS propôs reservar os recursos da região norte para que os municípios pequenos pudessem alocá-los de outra forma.</li> <li>- O secretário da SAS deixou claro que estes recursos são destinados a ampliação da atuação das equipes de saúde da família podendo os municípios, da região norte, alocá-los tanto para implantação dos núcleos como para expansão das equipes de PSF.</li> <li>- Após questionamentos, esclarecimentos e discussões o plenário aprovou o documento ficando o Ministério da Saúde com o compromisso de garantir os recursos destinados à região amazônica que poderão ser utilizados pelos municípios tanto na implantação dos núcleos como na expansão das equipes de PSF.</li> </ul>
21 / 06 / 2007  (Reunião Ordinária)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Núcleo de Atenção Integral</li> <li>- Programa de Educação Tutorial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O DAB apresentou informe sobre a minuta de Portaria que cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família. O MS está propondo a flexibilização da composição das equipes do Núcleo e o estabelecimento de um orçamento para viabilizar os núcleos.</li> <li>- O debate entrou na pauta na CIT em fevereiro de 2005, quando o DAB/SAS/MS, em conjunto com a Secretaria Executiva (SE/MS), apresentou a proposta de criação dos Núcleos de Saúde Integral, no âmbito da estratégia da Saúde da Família. O Núcleo visa a qualificação da atenção básica com ênfase na estratégia Saúde da Família, a ampliação do acesso às ações de atividade física, saúde mental, reabilitação, alimentação e nutrição e serviço social; a promoção da autonomia dos usuários e famílias; e, o fortalecimento da cidadania. Os núcleos foram compostos inicialmente pelas seguintes modalidades de ação desenvolvidas em conjunto com a Atenção Básica: atividade física e saúde (ações que promovam</li> </ul>

		atividades físicas e práticas corporais), saúde mental (ações voltadas a usuários e familiares em situação de risco psicossocial) e reabilitação (ações que propiciem a redução das incapacidades e deficiências).
30 / 08 / 2007 (Reunião Ordinária)	- Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Situação da migração dos cadastros SIAB CNES	- O Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS) apresentou proposta de implementação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF tem como objetivo ampliar a abrangência, o escopo e a resolutividade das ações da Atenção Básica, apoiando a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços.  - Os Núcleos, compostos por no mínimo cinco profissionais de nível superior de diferentes ocupações (Médico Acupunturista, Assistente Social, Professor de Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Ginecologista, Médico Homeopata, Nutricionista, Médico Pediatra, Psicólogo, Médico Psiquiatra, e Terapeuta Ocupacional), atuarão em parceria com os profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF), compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes.  - O CONASS e o CONASEMS propuseram reduzir para cinco o número mínimo de equipes vinculadas à cada Núcleo na Região Norte.  - O CONASEMS sugeriu encaminhar a questão para o Grupo de Trabalho de Atenção Básica da Câmara Técnica da CIT com o objetivo de estudar as possibilidades de alterar a proposta.
24 /04 / 2008 (Reunião Ordinária)	- Situação das pactuações de Assistência Farmacêutica Básica - NASF - Saúde da Família no Brasil - Situação Atual e Perspectivas - Estudo Amostral 2008. DAB/SAS	- O CONASEMS solicitou um ad referendum da CIT para promover alterações na Portaria do NASF para os NASF tipo 2 de forma que os municípios possam organizar suas equipes, antes do período de impedimento eleitoral.

Fonte: Atas e sumários da CIT de 2004 a 2008. Quadro elaborado a partir do material de pesquisa gentilmente cedido por Ana Luisa Barros de Castro.

**Quadro 2.4: Análise dos Resumos Executivos e Atas do CNS em que Consta a Temática no Período 2003-2008**

Data	Temáticas da AB presentes na pauta	Discussão relevante para o NASF
02 e 03 abril/2003 (Reunião Ordinária 129 <sup>a</sup> )	- Reorganização da atenção básica	O Secretário Executivo Gastão Wagner de Sousa Campos destacou a existência de três grandes eixos/desafios para a construção de uma política pública de qualificação da gestão no SUS, segundo os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade das ações, sendo um deles, a Mudança do Modelo de Atenção em Saúde: estabelecer uma nova sistemática no ordenamento das ações em saúde, valorizando a Atenção Básica. Destacou dentre outros compromissos do Governo, o de criar equipes de referência do PSF nos municípios
07 e 08 julho/2004 (Reunião Ordinária 144 <sup>a</sup> )	- Financiamento da atenção básica  - Pacto da atenção básica	- Afra Suassuna, diretora do DAB, apresentou a proposta de equipes matriciais de apoio, visando a resolutividade no âmbito da saúde mental, da reabilitação, atividades físicas e práticas complementares. - Conselheiro Francisco Batista Júnior ressaltou também a importância de rediscutir o modelo do Programa Saúde da Família (PSF), em virtude de dificuldades operacionais, de condições de trabalho e de profissionais.
08 e 09 junho/2005 (Reunião Ordinária 155 <sup>a</sup> )	- Núcleos integrais de atenção à saúde  - Transição das equipes do PSF	- Afra Suassuna destacou como objetivos principais da proposta de criação dos núcleos integrais de atenção, a qualificação da Atenção Básica com ênfase na estratégia Saúde da Família, ampliando a resolubilidade e integralidade das ações, ampliação do acesso às ações de atividade física, saúde mental, reabilitação, alimentação e nutrição e serviço social, ampliação e implementação de práticas que contribuem para a construção do cuidado em saúde, na perspectiva do auto cuidado, promoção da autonomia dos usuários e famílias e fortalecimento da cidadania. - Enfatizou que os profissionais envolvidos na proposta seriam: a) Núcleo completo: psicólogo, fisioterapeuta, assistente social, nutricionista e profissional de educação física; b) Modalidade saúde mental: psiquiatra ou psicólogo e terapeuta ocupacional e assistente social; c) Modalidade reabilitação: fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e assistente social; d) Modalidade alimentação/nutrição e atividade física: nutricionista, profissional de educação física e instrutor de práticas corporais; e e) Modalidade atividade física: profissional de educação física e instrutor de práticas corporais. - Sobre o processo de implantação, explicou que o município poderia implantar o Núcleo com todas as modalidades ou poderia optar por realizar a implantação das modalidades separadamente, de acordo com as necessidades locais de saúde. Para aderir à proposta, disse que os municípios teriam que elaborar Plano Municipal de Implantação dos Núcleos, a ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e homologado na Comissão Intergestores Bipartite, que seria a responsável por encaminhar a documentação ao Departamento de Atenção Básica/SAS /MS. - Ressaltou que, nesse processo, o Estado teria como atribuição contribuir para a implementação da proposta, apoiando os municípios técnica e financeiramente e realizar o acompanhamento e avaliação do desenvolvimento das ações dos Núcleos. - O município seria responsável por elaborar, executar, acompanhar e avaliar a implementação dos Núcleos; garantir recursos financeiros para o desenvolvimento das atividades; estabelecer estratégias de parceria com os demais setores da sociedade e integrar os Núcleos ao sistema de saúde local. - Salientou que as experiências dos municípios que já trabalhavam com essas modalidades eram extremamente positivas e serviram de subsídio para elaboração da proposta. - O Secretário de Atenção à Saúde (SAS/MS), Jorge José Pereira Solla salientou também que essa proposta fora

		<p>elaborada a partir de experiências de municípios, buscando criar condições adequadas de operacionalização e atender a grande expectativa de qualificação da Atenção Básica, fortalecendo a estratégia Saúde da Família</p> <p>- Conselheira Maria Eugênia C. Cury disse que não era contrária ao mérito da proposta, contudo, tinha preocupação com duas questões, em especial: possibilidade de agravar a precarização da força de trabalho, pois os municípios, por não disporem de profissionais para compor os Núcleos, teriam que realizar contratações sem concurso público; e o fato de não apontar ações para a melhoria da rede instalada de Atenção Básica, para que as unidades servissem, efetivamente, de porta de entrada no Sistema.</p> <p>- O Plenário definiu, ainda, que o texto final, independente de haver consenso ou não, será votado na próxima reunião do CNS.</p>
08 e 09 agosto/2007 (Reunião Ordinária 176 <sup>a</sup> )	Núcleo Integral de Atenção à Saúde	<p>- O representante do DAB/MS, Luiz Fernando Rolin, iniciou a sua apresentação explicando que o objetivo dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) era ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade. Disse que foram definidas como áreas estratégicas: atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; assistência farmacêutica; serviço social; saúde mental; saúde da criança; saúde da mulher; e saúde do idoso. Detalhou que a composição dos NASF. A respeito do processo de trabalho, esclareceu que os profissionais atuariam em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família, com compartilhamento das práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF e apoio às equipes por meio de capacitação permanente. Por fim, destacou que os NASF não se constituiriam como porta de entrada do sistema e deveriam atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes Saúde da Família.</p> <p>- Conselheiro Paulo César de Souza manifestou surpresa com a ausência do médico veterinário na proposta de composição dos NASF, uma vez que nos municípios com IDH mais baixo não havia vigilância sanitária e controle de zoonoses, quando 75% das doenças emergentes eram consideradas zoonoses.</p>
22 fevereiro 2008 (Reunião Ordinária 182 <sup>a</sup> )	Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF	<p>- Conselheira Rosane Nascimento apresentou proposta de texto para a Portaria nº. 154/08, que os NASF, entendendo a necessidade de adequá-la à Portaria nº. 971/07, que institui a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. A proposta foi aprovada.</p>

Fonte: Atas e sumários do CNS de 2004 a 2008. Quadro elaborado a partir do material de pesquisa gentilmente cedido por Ana Luisa Barros de Castro.



A partir da análise dos quadros, percebe-se que discussões sobre a temática de ampliação/participação de outras categorias profissionais da saúde no modelo Saúde da Família estão presentes nas reuniões da CIT e do CNS desde 2003 até se configurar nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, em 2008. Assim, é possível afirmar que, o processo político é longo, complexo, permeado por debates, mediações e dificuldades até que se tome uma decisão política na constituição de uma nova proposta.

Dessa forma, observa-se que desde o início da proposta NASF, o argumento central foi a qualificação da atenção básica, tendo como perspectiva a ampliação da abrangência e escopo da ABS e maior articulação com a rede de serviços. Estas questões correspondem, em certa medida, aos principais pontos de crítica ao modelo ESF. Por outro lado, reforçam a ideia de que as equipes Saúde da Família permanecem como porta de entrada do sistema, uma vez que a atuação do NASF é reforçada no sentido do apoio matricial, diferentemente do modelo de atenção anterior à ESF, verificado nos centros de saúde, cujo desenho centrava-se no atendimento ambulatorial especializado.

A criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família representa, segundo Castro<sup>8</sup>, uma *“significativa inovação na política de atenção básica brasileira, (...) mudança de postura do gestor federal e o enfrentamento de antigas questões que demandavam ajustes”* (p. 124).

A primeira questão relaciona-se à ampliação das ações e o desafio de garantir a efetividade e a resolutividade das ações ainda na ABS, uma vez que permanecem os desafios relacionados à inefetividade do atendimento às demandas da população na atenção básica e ao frequente uso de emergências e pronto-atendimentos como porta de entrada. Para a autora, o NASF pode possibilitar uma maior amplitude da atenção e contribuir para maior resolução dos problemas de saúde ainda no nível primário do sistema.

Como segunda questão, a autora aponta a inserção dos profissionais de saúde atuantes na ABS. Apesar de admitir a importância da inclusão de outras categorias profissionais na equipe de atenção básica, o Ministério da Saúde não preconiza que estes se tornem porta de entrada para o sistema. Em contrapartida, há forte reivindicação das diferentes categorias profissionais para inclusão de outras especialidades na Saúde da Família, bem como das especialidades médicas básicas nesse âmbito, por demandas que vão desde necessidades de atenção integral ao usuário até interesses corporativistas.

Constituir um Núcleo de Apoio à Saúde da Família e manter a porta de entrada do sistema por meio da equipe mínima preconizada anteriormente foi uma alternativa à

“flexibilização” da composição das equipes básicas de Saúde da Família. Também possibilitou o atendimento às demandas de diferentes corporações da saúde que estavam reivindicando sua inserção na Saúde da Família, principalmente no Conselho Nacional de Saúde.

No entanto, Castro<sup>8</sup> pondera que uma forte influência para a formulação da proposta NASF pode ter sido o fato de que o profissional médico generalista não esteja conseguindo responder resolutivamente aos diversos problemas de saúde da população devido a problemas de formação ainda centrada na especialidade/hospital e, conseqüentemente, uma significativa dificuldade de profissionais serem capazes de exercer a função filtro de forma eficaz e necessária a esse processo de trabalho.

Assim, é importante refletir sobre essa proposta e sua inserção na política nacional de atenção básica. A existência do NASF traz uma nova conformação de profissionais que atuam na Saúde da Família, podendo ser um disparador de mudanças, conflitos e acertos no fazer cotidiano do trabalho em saúde na ABS. Sua implementação ao nível local pode ser uma tarefa desafiadora e, por isso, considerar a trajetória desse processo pode contribuir para discussões que ampliem o olhar sobre suas ações no âmbito da atenção básica. É importante considerar nesse caminho em que medida a instituição do NASF vem cooperar para maior qualidade da atenção em saúde.

### **Panorama nacional de implementação do NASF**

Da proposta inicial, lançada em 2008, até a divulgação de novas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, em 2011<sup>1</sup>, houve um expressivo aumento das categorias profissionais admitidas para compor o NASF: passaram de 13 (treze) para 19 (dezenove). Outros destaques de inovação dessa PNAB para o NASF foram: 1) sua vinculação às equipes de atenção básica de populações específicas - consultório de rua, equipes ribeirinhas e fluviais e, também, a Academia da Saúde; 2) a flexibilização da carga horária dos profissionais da equipe com o objetivo de fixação dos profissionais, um dos principais entraves para a implementação da política de atenção básica e 3) a extinção do NASF tipo intermunicipal, mantido o financiamento apenas aos já habilitados, o que pode significar um retrocesso no processo de ações mais regionalizadas na saúde.

Merecem ênfase algumas ponderações sobre o NASF intermunicipal. Esse tipo de núcleo era uma modalidade a ser incentivada pelo gestor estadual para promover a articulação entre os municípios, estimulando, quando necessário, a criação de

consórcios intermunicipais para implantação de NASF 1 entre os municípios que não atingissem as proporções estipuladas na portaria de regulamentação.

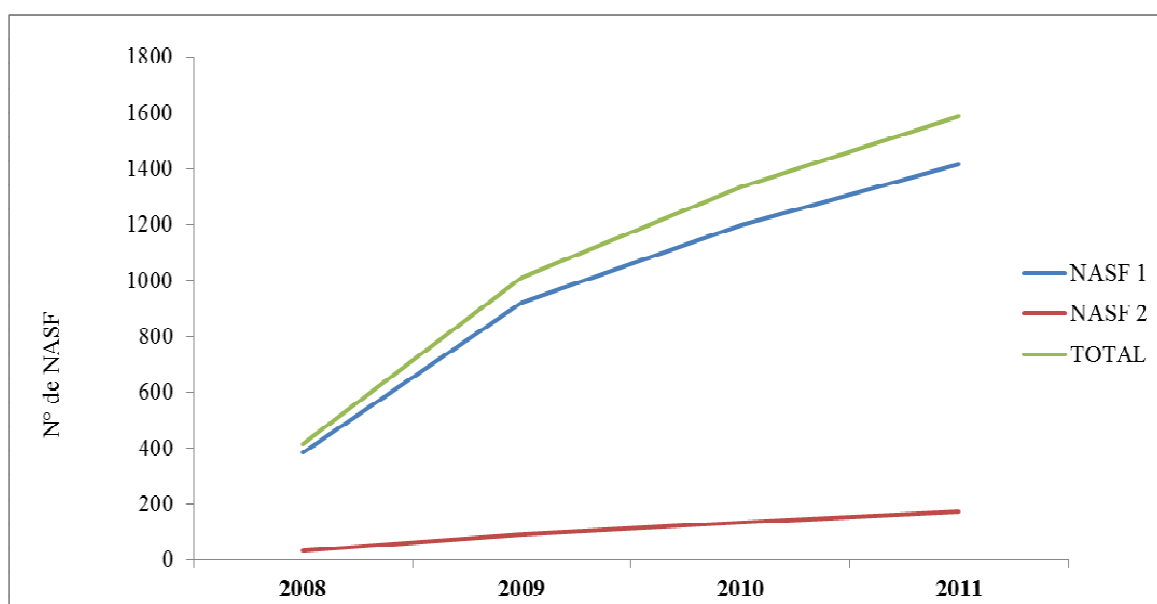
No Brasil, os dados mostram uma evolução considerável do número de NASF intermunicipais, o que poderia representar um resultado positivo para os processos de regionalização da saúde. Em 2008 foram credenciados no país 21 NASF intermunicipais, sendo que na primeira portaria<sup>xl</sup> de credenciamento foram aprovados 09 núcleos desse tipo. Ao final de 2011 existiam 136 NASF intermunicipais.

Em pesquisa documental sobre o NASF no estado do Rio de Janeiro, foi localizado 1 (um) NASF planejado e negociado entre dois municípios para funcionar como intermunicipal. Posteriormente às exigências da CIB/RJ, a implantação desse NASF intermunicipal não foi concretizada, sendo substituída por 2 (dois) NASF do tipo 3.

Outros dados sobre a implementação nacional do NASF merecem ser destacados. A primeira portaria de credenciamento dessa proposta habilitou 92 municípios à implantação, totalizando 179 NASF 1, 09 NASF 2 e 12 NASF intermunicipais. Em dezembro de 2011, existiam no país 1.589 núcleos, sendo 1.415 NASF 1 e 174 NASF 2.

A figura 2.1 aponta a evolução do número de NASF implantados no Brasil no período de 2008 a 2011.

**Figura 2.1: Evolução do Número de NASF Implantados – Brasil, 2008-2011.**

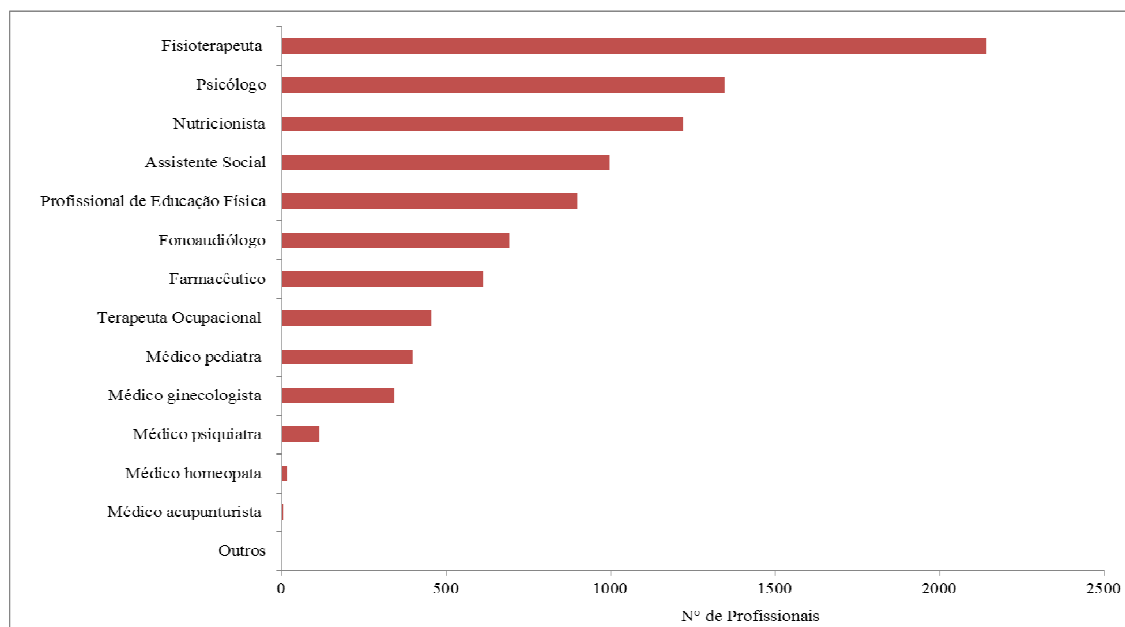


Fonte: CNES/DATASUS, dezembro de 2011.

<sup>xl</sup>Portaria MS/GM n°1.107, 04/06/08.

A figura 2.2 representa os dados relativos à composição nacional dos NASF, por ocupação profissional, em dezembro de 2011.

**Figura 2.2: Quantidade de Profissionais de NASF credenciados por Ocupação Profissional - Brasil, 2011.**



Fonte: CNES/DATASUS, dezembro de 2011.

Em relação à composição dos profissionais nos NASF observa-se que a categoria profissional mais frequente nacionalmente é o fisioterapeuta, seguida por psicólogo, nutricionista e assistente social. Vale ressaltar que essas quatro categorias foram apontadas por Marins<sup>62</sup>, em seu estudo sobre a participação de outros profissionais além da equipe mínima na Saúde da Família, por relacionar-se a uma maior demanda das equipes e por já existirem experiências locais de inserção de, ao menos, duas dessas categorias – fisioterapeuta e assistente social.

Outra observação importante é a pequena quantidade das especialidades médicas em relação às outras categorias profissionais da saúde. Isso corrobora o resultado da análise sobre os condicionantes da formulação da proposta, em que se observou a forte influência da reivindicação de outras categorias para inserção na ESF. Entretanto, destaca-se dentre as especialidades médicas a prevalência de pediatras e ginecologistas/obstetras, o que pode representar a legitimação desses profissionais, historicamente e com atuação no âmbito da ABS.

A tabela 2.1 expõe alguns indicadores selecionados de implantação da ESF e do NASF por UF, Regiões e total do Brasil em 2011.

**Tabela 2.1: Indicadores selecionados de implantação da ESF e do NASF – UF, Regiões, Brasil – 2011.**

Região	UF	População Estimada 2011	Nº de Equipes Saúde da Família (2011)	Abrangência Estimada ESF % (2011)	Nº NASF 1	Nº NASF 2	Nº NASF Total	Razão Equipe Saúde da Família/ NASF
Norte	AC	746.386	138	60,0	7	2	9	15,3
	AM	3.538.387	515	48,1	30	1	31	16,6
	AP	684.309	128	63,0	15	2	17	7,5
	PA	7.688.593	952	41,9	52	5	57	16,7
	RO	1.576.455	277	58,0	8	0	8	34,6
	RR	460.165	79	54,6	4	2	6	13,1
	TO	1.400.892	408	86,9	15	4	19	21,4
<b>Total</b>		<b>15.864.454</b>	<b>2.497</b>	<b>50,9</b>	<b>131</b>	<b>16</b>	<b>147</b>	<b>16,9</b>
Nordeste	AL	3.143.384	755	72,3	40	9	49	15,4
	BA	14.097.534	2.748	61,9	103	45	148	18,5
	CE	8.530.155	1.834	69,3	140	10	150	12,2
	MA	6.645.761	1.783	77,9	80	11	91	19,5
	PB	3.791.315	1.242	92,9	97	11	108	11,5
	PE	8.864.906	1.870	68,2	125	11	136	13,7
	PI	3.140.328	1.108	96,6	53	27	80	13,8
	RN	3.198.657	863	75,4	53	27	80	10,7
SE	2.089.819	529	81,4	9	0	9	58,7	
<b>Total</b>		<b>53.081.950</b>	<b>12.732</b>	<b>72,5</b>	<b>700</b>	<b>151</b>	<b>851</b>	<b>18,1</b>
Centro-Oeste	DF	2.609.998	110	14,7	4	0	4	27,5
	GO	6.080.716	1.159	61,7	38	14	52	22,2
	MS	2.477.542	450	60,0	16	18	34	13,2
	MT	3.075.936	589	63,2	8	12	20	29,4
<b>Total</b>		<b>14.058.094</b>	<b>2.308</b>	<b>53,2</b>	<b>66</b>	<b>44</b>	<b>110</b>	<b>20,9</b>
Sudeste	ES	3.547.055	567	51,6	4	3	7	81,0
	MG	19.728.701	4.333	69,8	227	30	257	16,8
	RJ	16.112.678	1.880	39,4	97	1	98	19,1
	SP	41.587.182	3.524	28,7	125	0	125	28,1
<b>Total</b>		<b>80.364.410</b>	<b>10.304</b>	<b>41,8</b>	<b>453</b>	<b>34</b>	<b>487</b>	<b>21,1</b>
Sul	PR	10.512.349	1.822	56,0	62	6	68	26,7
	RS	10.733.030	1.232	36,5	16	7	23	53,5
	SC	6.317.054	1.400	70,4	42	0	42	33,3
<b>Total</b>		<b>27.386.891</b>	<b>4.454</b>	<b>51,7</b>	<b>120</b>	<b>13</b>	<b>133</b>	<b>33,4</b>
<b>BRASIL</b>		<b>190.755.799</b>	<b>32.295</b>	<b>53,4</b>	<b>1415</b>	<b>174</b>	<b>1.589</b>	<b>20,3</b>

Fontes: Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde, Maio/2012, acesso em 20/05/2012 e IBGE, Maio/2012, acesso em 20/05/12.

A tabela 2.1 aponta que no Brasil a razão equipe de Saúde da Família/NASF está acima da faixa recomendada pelo Ministério da Saúde. No país essa razão é 20,3 quando deveria estar entre 8 e 15, devido à quantidade de equipes de Saúde da Família que devem ser vinculadas a cada NASF. No entanto, esse dado demonstra que a proposta NASF tem a possibilidade de se capilarizar no país, com vistas a um adequado atendimento quantitativo às equipes já existentes no Brasil. Visto que a abrangência

populacional da Estratégia Saúde da Família também tem possibilidade de expansão nacional, é possível que a proposta NASF venha a aumentar por meio de novos credenciamentos, à medida que também novas equipes de saúde da família venham a ser implantadas.

Em relação às regiões do Brasil, a que apresenta menor razão equipe de Saúde da Família/NASF é a região norte (16,9) e a que tem o maior número é a região sul (33,4). Dessa forma, é possível sugerir que na primeira, os municípios em média aderiram mais ao NASF, enquanto que na segunda, ainda há elevada possibilidade de aumento do número de NASF. Esses dados também podem revelar que o NASF tem maior credenciamento no Norte, por dificuldades de inserção de outros profissionais de saúde e especialidades médicas básicas anteriores ao incentivo financeiro que essa proposta permite. No entanto, na região sul, outras formas de organizar a ABS, com a inserção de outros profissionais, já poderiam estar bem desenvolvidas nos municípios, o que pode explicar em parte uma menor adesão à proposta. Por não se tratar do objeto específico dessa pesquisa, essas considerações podem ser indicativos para outros estudos de implementação do NASF. Cabe considerar ainda que nenhuma região do país está, em média, dentro da faixa de razão equipe Saúde da Família/NASF recomendada pelo Ministério da Saúde.

Quanto à implementação por Unidades da Federação, destaca-se o Amapá por ter um número inferior à quantidade de equipes para cada NASF (7,5) e o Espírito Santo por ter uma razão mais elevada, de, em média, 81 ESF para cada NASF. Somente sete UF estão de acordo com a faixa recomendada para a relação ESF/NASF: um estado da região norte (RR); cinco estados da região nordeste (CE, PB, PE, PI, RN) e um estado da região centro-oeste (MS).

Em 2011, o estado do Rio de Janeiro tinha 1.880 equipes de Saúde da Família, com abrangência populacional estimada da ESF de 39,4%. O estado possuía 97 NASF 1 e 1 NASF 2, com razão ESF/NASF de 19,1. O capítulo seguinte aborda, especificamente, a implementação do NASF no estado do Rio de Janeiro.

### **Capítulo 3 – O Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Estado do Rio de Janeiro**

Este capítulo apresenta e analisa a implementação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no estado do Rio de Janeiro. Para esse objetivo, o capítulo inicialmente aborda as especificidades do SUS e, a seguir, a atenção básica e o NASF no contexto estadual. Por fim, é apresentado o papel e a relação entre os gestores do SUS na implementação do NASF, bem como o perfil dessa implementação nos municípios fluminenses.

As análises foram realizadas considerando diversas fontes de informação, tais como estudos publicados sobre o tema, documentos oficiais, dados dos projetos municipais de adesão ao NASF fornecidos pela Secretaria de Estado de Saúde, observação direta da Superintendência de Atenção Básica do Rio de Janeiro, assim como entrevista com um dirigente estadual.

#### **As especificidades do SUS no estado do Rio de Janeiro: algumas notas**

O Rio de Janeiro tem uma condição histórica peculiar em relação aos outros estados da federação, o que reflete no desenvolvimento do SUS. Sua configuração atual é fruto da fusão, em 1975, entre o antigo estado da Guanabara (ex-capital federal) e o antigo estado do Rio de Janeiro.

O antigo estado da Guanabara, atual município do Rio de Janeiro, detinha uma “economia forte”, com amplo setor de serviços e importante parque industrial à época, além de grande expressão política e cultural no cenário nacional. Entretanto, o antigo estado do Rio de Janeiro possuía uma economia com predominância agropecuária, pouca expressão industrial e política. A maioria dos municípios era pobre e bastante dependente do estado e do Governo Federal.<sup>66</sup>

Parada<sup>66</sup> afirma que a junção desses dois estados de características e origens diferentes, influencia as relações intergovernamentais ainda hoje e destaca duas importantes consequências da junção de “um estado forte com um estado fraco” para a política estadual de saúde. A primeira diz respeito às dificuldades encontradas pelo novo estado para desenvolver as ações de saúde sob sua responsabilidade. A segunda encontra-se nas questões federativas, que, no caso da saúde, tornaram bastante complexa a relação da capital com o estado e com os outros municípios.

Como primeira consequência, o autor aponta as dificuldades nas funções assumidas pela “*secretaria da fusão*”, pois estiveram desde o início perpassadas por transformações econômicas, políticas, administrativas e federativas advindas dessa nova

realidade. Desse modo, a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, órgão responsável pela gestão da saúde no estado, foi constituída num locus de disputa de poder, se comparada ao componente da racionalidade técnica.

Quanto à segunda consequência apontada pelo autor, Gerschman<sup>67</sup> compreende a fusão como o nascimento de um “*conflito federativo*” presente até os dias atuais. (p.86) A autora aponta que as dificuldades para implementar o SUS no estado estão mais relacionadas à falta de acordos políticos para a viabilização de políticas integradas do que à ausência de atribuições da esfera estadual.

A organização do SUS no estado do Rio de Janeiro tem estreita relação com sua conformação histórica. Parada<sup>66</sup>, ao citar a fusão, refere que a SES/RJ é relativamente frágil na gestão do SUS, mas também aponta que o município do Rio de Janeiro é relativamente forte e independente. Como foi ex-capital da república, a cidade do Rio de Janeiro tem um expressivo número de hospitais federais e forte presença do setor público, com abundância de serviços de diferentes níveis de complexidade representados também por unidades estaduais e municipais.

Essa conformação está relacionada às especificidades do SUS no estado do Rio de Janeiro, que acaba por influenciar também a organização da atenção básica e da Estratégia Saúde da Família, assim como sua forma de inserção no sistema. Ressalta-se um grande desafio para a gestão estadual ao existir uma abundância de equipamentos públicos de saúde, mas com dificuldades importantes para a integração entre esses serviços e articulação em rede, diretamente relacionadas às peculiaridades de constituição desse estado.

A implementação do SUS modifica o papel das esferas de governo devido ao processo de descentralização político-administrativa. Conforme as normas federais editadas no início dos anos 90, tal processo privilegiou maior descentralização da gestão do SUS para os municípios<sup>xli</sup>. Em relação ao papel do gestor estadual no SUS, merece destaque a NOB SUS 01/96, por avançar nas responsabilidades do estado, ainda mais evidenciadas nas NOAS 01/01 e 02/02 e no Pacto pela Saúde.<sup>51</sup>

O ritmo de adesão às diferentes normas variou entre os estados da federação. Quanto ao estado do Rio de Janeiro a habilitação das condições de gestão avançada indicadas pela NOB SUS /96 foi tardia. Apenas com a habilitação na NOAS SUS 01/02 foi que o estado do Rio de Janeiro passou a receber transferências diretas de recursos federais do Fundo Nacional para o Fundo Estadual de Saúde. O atraso dessa condição



ocasionou uma transferência de recursos federais para o Fundo Estadual inferior, se comparada às transferências diretas para os fundos municipais, uma vez que a totalidade dos municípios do estado já estava habilitada à Gestão Plena do Sistema Municipal anterior à habilitação estadual.<sup>69</sup>

No que se refere à descentralização do SUS, Gerschman<sup>67</sup> considera o Rio de Janeiro um “*estado-problema*”, por ausência de políticas mais incisivas e pela dependência orçamentária da União. A não habilitação do estado à NOB/96 gerou uma relação direta entre os municípios e a federação, o que tornou fraco seu papel e atribuições. Outra questão que interfere na implementação do SUS refere-se às competências pouco definidas entre o estado e o município do Rio de Janeiro e entre ambos e os municípios do interior, o que tem origem no processo singular de conformação desse estado.

Assim, o contexto histórico do estado do Rio de Janeiro aliado às características de seu processo de descentralização, marcado pela municipalização nos anos 1990, com transferências diretas do Fundo Nacional para os municípios; a habilitação estadual tardia e o limitado poder financeiro do estado trazem dificuldades para a gestão do SUS. Dessa forma, ainda que iniciativas tenham sido empreendidas pela SES/RJ quanto ao papel de coordenação do sistema no estado, a realidade dessa composição se reflete em obstáculo para o seu desempenho.<sup>69</sup>

Atualmente, o estado do Rio de Janeiro está dividido em 92 municípios. Tem população estimada de aproximadamente 16 milhões de habitantes, o que corresponde a 8,4% da população brasileira, e tem a maior densidade demográfica das unidades federadas. Situa-se na região Sudeste do Brasil, com fronteiras aos Estados de Minas Gerais, São Paulo e Espírito Santo. É uma das menores unidades da federação, com área total de 43.780,16 Km<sup>2</sup>, o que corresponde a 0,51% do território nacional.<sup>70,71</sup>

O Plano Diretor de Regionalização da Saúde estabelece uma divisão do estado em nove Regiões de Saúde, quais sejam: Metropolitana I, Metropolitana II, Serrana, Norte, Noroeste, Baixada Litorânea, Centro-Sul, Médio Paraíba e Baía de Ilha Grande<sup>xlii</sup>. Em 2009, durante o processo de regionalização da saúde, a capital chegou a ser apresentada como uma região de saúde supracitada, totalizando dez Regiões de

---

<sup>xli</sup> Norma Operacional Básica do SUS 01/91; Norma Operacional Básica do SUS 01/92; Norma Operacional Básica do SUS 01/93. Para uma discussão do papel e conteúdo das Normas Operacionais Básicas do SUS nos anos 1990, ver LEVCOVITZ ET AL.<sup>68</sup>

<sup>xlii</sup> Estado do Rio de Janeiro. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Diretor de Regionalização. Rio de Janeiro, 2001.<sup>72</sup>

Saúde no estado<sup>xliii</sup>.

O quadro 3.1 apresenta as características sócio-demográficas e sócio-econômicas de cada região de saúde. Para essa finalidade, considerou-se importante destacar os dados populacionais, a densidade demográfica, as principais atividades econômicas e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de cada região.

---

<sup>xliii</sup>A nova Região de Saúde Capital é instituída pela Deliberação CIB n° 753, de 13/11/2009. Em seu estudo, Vianna<sup>69</sup> diz que cada região de saúde do estado possui também um Colegiado de Gestão Regional, conforme preconiza o Pacto pela Saúde.<sup>51</sup>

**Quadro 3.1: Características Sócio-Demográficas e Sócio-Econômicas das Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro**

Região de Saúde	Nº de Municípios	População	% da Pop. em relação ao estado	Hab/Km <sup>2</sup>	Principais Atividades Econômicas	IDH-M (2000)
<b>Baía de Ilha Grande</b>	3	231.221	1,4	100,1	Turismo, indústria de construção naval, usinas de energia nuclear, pesca, agricultura familiar.	0,78
<b>Baixada Litorânea</b>	9	636.156	4,0	210,8	Setor secundário (proveniente da exploração do petróleo na Bacia de Campos), Turismo, setor de serviços.	0,78
<b>Centro-Sul</b>	11	316.400	1,9	237,8	Criação de gado, olericultura, Turismo	0,77
<b>Capital</b>	1	6.161.047	38,8	4.831,8	Indústrias, Setores terciário, secundário e de serviços, turismo, serviços especializados em setores, órgãos e instituições públicas.	0,84
<b>Médio Paraíba</b>	12	879.678	5,5	158,4	Setor terciário com amplo desenvolvimento de indústrias. Comporta parque industrial diversificado. Agropecuária também é destaque (produção de leite).	0,8
<b>Metropolitana I</b>	11	3.636.490	22,9	1.095,2	Pólos industriais, setor terciário	0,68
<b>Metropolitana II</b>	7	1.912.177	12,0	683,7	Atividades rurais e desenvolvimento de setor terciário.	0,8
<b>Noroeste</b>	14	333.799	2,1	54,2	Fraca expansão de atividades industriais e terciárias. Aumento do setor de extração mineral (exploração de rochas ornamentais)	0,75
<b>Norte</b>	8	788.769	4,9	81,8	Setor secundário da economia, associado à exploração do petróleo e gás natural.	0,75
<b>Serrana</b>	16	922.268	5,8	107,8	Indústria diversa (metalurgia, vestuário e têxtil). Turismo e agricultura.	0,79
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>15.872.362</b>	<b>100,0</b>	<b>363,2</b>	-	<b>0,76</b>

**Fonte:** Elaboração própria da autora a partir dos dados da Base de Indicadores dos Colegiados de Gestão Regional<sup>73</sup>; do PNUD<sup>74</sup> e do trabalho de Vianna.<sup>69</sup>

Quanto ao porte populacional dos municípios do estado do Rio de Janeiro, Kuschnir et al.<sup>70</sup> destacam que todas as regiões, exceto a Capital e Metropolitanas I e II,

são constituídas por um número significativo de municípios de pequeno e médio porte. Do total de municípios do estado, 30% têm menos de 20 mil habitantes e 30% têm entre 20 e 50 mil, o que totaliza 60% de municípios com menos de 50 mil habitantes.

### **A Atenção Básica e o NASF no Rio de Janeiro**

Para compreender a Atenção Básica em Saúde no estado do Rio de Janeiro é importante considerar que, conforme dito anteriormente, de forma geral, a esfera estadual tem tido um papel limitado na implementação da política de atenção básica no Brasil.

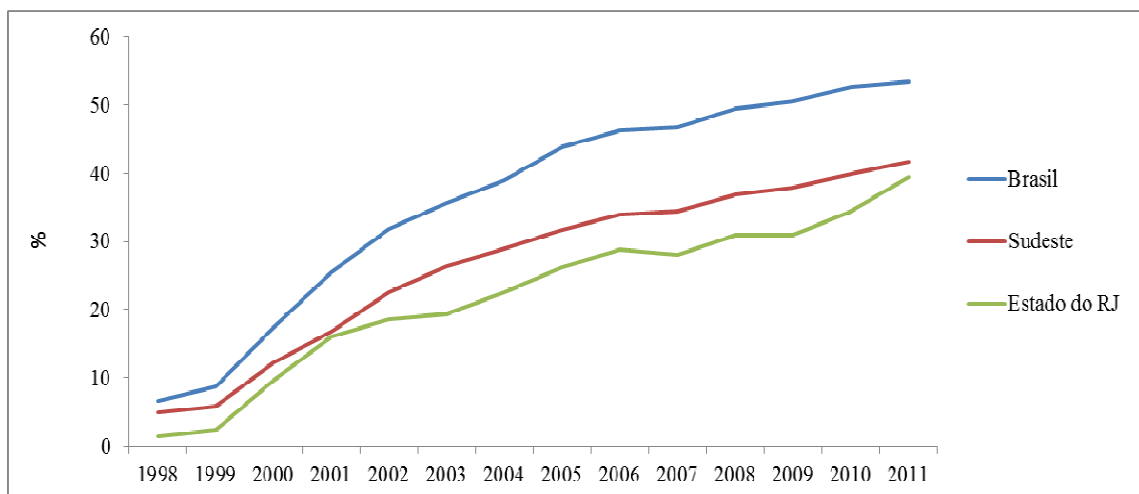
Assim, a organização da ABS estadual expressa fortemente algumas características da política nacional relativa à atenção básica e ao modelo de descentralização preconizado e, também, às especificidades próprias do estado do Rio de Janeiro.

As transformações da atenção básica no período do SUS variam de acordo com as distintas condições de gestão local do sistema pelos municípios, dado que a característica da política nacional é que a gestão da ABS seja descentralizada. Aliado a isso, está o contexto histórico e as formas de descentralização no estado do Rio de Janeiro, o que tem ocasionado dificuldades para a coordenação do sistema. Dessa forma, as peculiaridades da atenção básica nesse estado são fortemente influenciadas pelas características dos municípios, considerando o perfil municipal e a capacidade de gestão do SUS, o que permite uma variedade para a organização local da ABS.

Corroborando com essa questão o trabalho de Machado et al.<sup>75</sup>, em pesquisa realizada sobre a configuração da atenção básica e da ESF em 22 municípios com mais de cem mil habitantes do estado do Rio de Janeiro. As autoras apontam que nos municípios analisados convivem diferentes modalidades de atenção básica e configurações diversificadas desse nível de atenção e de inserção da Saúde da Família nos sistemas municipais.

A figura 3.1 apresenta a evolução da abrangência populacional estimada da Estratégia Saúde da Família no estado do Rio de Janeiro, considerando também a abrangência estimada para o Brasil e para a Região Sudeste.

**Figura 3.1: Abrangência Populacional Estimada da Estratégia Saúde da Família de 1998 a 2011. Brasil, Sudeste e Estado do Rio de Janeiro.**



Fonte: MS/DAB Obtido em: <http://dab.saude.gov.br> e Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde, acesso em 08/09/12.

Cumprir destacar que a evolução da Estratégia Saúde da Família no estado do Rio de Janeiro até o ano de 2001 é ascendente e acompanha o crescimento na Região Sudeste e no Brasil, embora fique abaixo de ambos. Ressalta-se uma queda da abrangência populacional no ano de 2007, também representada nas linhas do Brasil e do Sudeste, com posterior ascensão no ano de 2008. A diminuição da abrangência percentual estimada em 2007 pode estar relacionada às mudanças da PNAB 2006, que limita o quantitativo de pessoas acompanhadas em até 4.000 para cada equipe de Saúde da Família.

No que tange às regiões de saúde do estado, a região Centro-Sul apresenta a maior abrangência populacional da ESF (81,4%), seguida da Baía da Ilha Grande (73,1%), enquanto a menor abrangência é observada na Capital (27,6%). No entanto, observa-se que, na maioria das regiões, os municípios apresentam percentuais de abrangência bastante desiguais, influenciando na média da região. Ainda assim, a região Centro-Sul alcançou 100% de abrangência em quase todos os municípios, exceto em Paracambi (61,8%) e em Três Rios (94,8%), destacando-se das demais regiões nesse aspecto.<sup>76,77</sup>

O município do Rio de Janeiro vem ampliando o número de suas equipes, mas permanece entre os mais baixos percentuais de abrangência populacional do estado. Além da ESF, o município dispõe de postos e centros de saúde que realizam atendimentos de ABS, ratificando a diversidade de organização da atenção básica no estado do RJ citada anteriormente. Conforme observado em outros estados da federação, a abrangência da Saúde da Família na região metropolitana é pequena em

relação às outras regiões. No entanto, a região Metropolitana II apresenta percentual de 77%, com 91% de abrangência em Niterói e 100% em Tanguá.<sup>70</sup>

No que se refere à implementação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no estado, a adesão dos municípios fluminenses à proposta ocorre desde o ano de publicação da regulação federal, em 2008. No período compreendido entre 2008 e 2011, trinta e quatro municípios enviaram projetos de implantação de NASF para aprovação da Comissão Intergestores Bipartite/RJ. Destes, trinta e três projetos foram aprovados, sendo trinta NASF 1, um NASF 2 e dois NASF 3<sup>xliv</sup>. Trinta e um projetos foram localizados na SES/RJ e utilizados na análise.<sup>xlv</sup>

Cabe explicitar o fluxo para a implantação do NASF nos diversos municípios fluminenses. Na regulamentação nacional constava um modelo para que cada município elaborasse seu projeto de adesão ao NASF. Recomendava-se que essa elaboração fosse efetuada em conjunto com equipe gestora das Secretarias Municipais de Saúde e as equipes de Saúde da Família, com base nos indicadores de saúde de cada localidade. Após elaboração do projeto, o Conselho Municipal de Saúde deveria avaliar e submeter à aprovação dos conselheiros de saúde em reunião ordinária ou extraordinária. Após aprovação dos CMS, os projetos eram apreciados tecnicamente na SES/RJ e submetidos à aprovação na CIB/RJ, para então serem encaminhados à Comissão Intergestores Tripartite.

A tabela 3.1 apresenta a quantidade de projetos municipais de NASF recebidos na SES/RJ por ano. Observa-se que existe uma maior quantidade de projetos municipais recebidos no ano inicial de instituição do NASF, com gradual diminuição nos anos posteriores.

---

<sup>xliv</sup> Os NASF 3 tornaram-se NASF 1, após a Política Nacional de Atenção Básica 2011, que revogou a Portaria MS/GM nº 2843, de 21/09/2010, a qual instituiu o NASF tipo 3.

<sup>xlv</sup> Os municípios de Porciúncula e Rio Bonito foram excluídos da análise, por não serem localizados seus projetos na SES/RJ. O NASF do município de Mesquita é incluído na análise, pois apesar de não constar na Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde, para a SES/RJ é legitimado seu credenciamento, segundo informações dos técnicos responsáveis pela Região Metropolitana I.

**Tabela 3.1: Quantidade de Projetos Municipais de NASF Recebidos na SES/RJ por Ano**

Ano	Quantidade de Projetos Recebidos
2008	17
2009	6
2010	4
2011	3
Sem data	1
<b>Total</b>	<b>31</b>

Fonte: SES/RJ. Elaboração própria da autora.

A tabela 3.2 mostra a quantidade de NASF solicitada pelos municípios por modalidade e a quantidade aprovada pela CIB/RJ para credenciamento.

**Tabela 3.2: Quantidade de NASF Propostos pelos Municípios e Quantidade de NASF Credenciados pela CIB/RJ, por tipo, 2011.**

Tipo de Modalidade	Quantidade Proposta	Quantidade Credenciada
NASF 1	107	92
NASF 2	0	1
NASF 3	3	2
INTERMUNICIPAL	1	0
<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>95</b>

Fonte: SES/RJ. Elaboração própria da autora.

Verifica-se uma aprovação de quantidade de NASF inferior à quantidade solicitada pelos municípios, bem como alteração de modalidade NASF 1 para NASF 2. Sobre o fato de o credenciamento ser inferior ao número de solicitações, existem duas hipóteses. A primeira refere-se a pouca consistência dos projetos municipais mencionada na entrevista do dirigente estadual, sendo que alguns precisaram ser revistos pela equipe técnica da SES/RJ e reformulados pelos técnicos municipais. A segunda hipótese, que não foi possível investigar nesse estudo, é que a CIB tenha considerado que a quantidade de credenciamento de NASF solicitada pelos municípios era superior ao necessário para apoiar as equipes de Saúde da Família existentes no estado, visto que em média o número de NASF aprovados, conforme será apresentado em indicador adiante, já se encontra dentro da faixa recomendada pelo Ministério da Saúde.

A tabela 3.3 exhibe um panorama percentual de municípios que aderiram à proposta NASF até dezembro de 2011, por região de saúde do estado do Rio de Janeiro.

**Tabela 3.3: Adesão dos Municípios ao NASF, por Região de Saúde, Estado do Rio de Janeiro, 2011.**

Regiões	Nº de municípios com NASF	Nº de municípios sem NASF	% de adesão (aprox.)
Baía de Ilha Grande	2	1	66
Baixada Litorânea	4	5	44
Capital	1	0	100
Centro-Sul Fluminense	6	5	54
Médio Paraíba	6	6	50
Metropolitana I	2	9	18
Metropolitana II	4	3	57
Noroeste	4	10	28
Norte	2	6	25
Serrana	2	14	12
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>59</b>	<b>35</b>

Fonte: SES/RJ. Elaboração própria da autora.

Atenta-se que os maiores percentuais de adesão são os da região da Baía de Ilha Grande e da Metropolitana II, ambas com pequena quantidade de municípios. Entretanto, a região que apresenta maior quantidade de municípios – a Região Serrana – é a que possui menor percentual de adesão, apenas 12%.

A figura 3.2 mostra o mapa estadual, com destaque em vermelho para os municípios que aderiram à proposta NASF. Observa-se que esses municípios, predominantemente, localizam-se nas regiões geográficas do centro ao sul do estado do Rio de Janeiro, com menor adesão nas regiões serrana e norte fluminense.





**Tabela 3.4: Indicadores Selecionados de Implantação da ESF e do NASF nos Municípios do Estado do Rio de Janeiro com NASF Implantados – 2011**

Região de Saúde	Município	Pop. Est. 2011	Nº ESF (2011)	Abrang. SF % (2011)	Nº NASF 1	Nº NASF 2	Nº NASF Total	Razão Equipe Saúde da Família/ NASF
<b>Baía de Ilha Grande</b>	Angra dos Reis	173.370	37	75,3	4	0	4	9,2
	Mangaratiba	37.343	11	100,0	1	0	1	11,0
<b>Baixada Litorânea</b>	Armação dos Búzios	28.279	8	100,0	1	0	1	8,0
	Casimiro de Abreu	36.360	10	97,6	1	0	1	10,0
	São Pedro da Aldeia	89.739	12	47,1	1	0	1	12,0
	Saquarema	75.906	11	51,1	1	0	1	11,0
<b>Capital</b>	Rio de Janeiro	6.355.949	506	27,6	47	0	47	10,7
<b>Centro Sul-Fluminense</b>	Areal	11.540	5	100,0	1	0	1	5,0
	Eng. Paulo de Frontin	13.324	6	100,0	1	0	1	6,0
	Mendes	17.981	7	100,0	1	0	1	7,0
	Paraíba do Sul	41.367	17	100,0	2	0	2	8,5
	Três Rios	77.851	22	94,8	2	0	2	11,0
<b>Médio Paraíba</b>	Barra Mansa	178.355	31	60,1	3	0	3	10,3
	Pinheiral	22.968	8	100,0	1	0	1	8,0
	Piraí	26.637	10	100,0	1	0	1	10,0
	Rio Claro	17.517	8	100,0	1	0	1	8,0
	Rio das Flores	8.633	4	100,0	0	1	1	4,0
	Volta Redonda	259.012	60	80,2	8	0	8	7,5
<b>Metropolitana I</b>	Belford Roxo	472.008	32	23,5	3	0	3	10,6
<b>Metropolitana II</b>	Mesquita	168.966	14	28,6	1	0	1	14,0
	Seropédica	79.179	16	70,6	1	0	1	16,0
	Maricá	131.355	14	37,8	1	0	1	14,0
	São Gonçalo	1.008.065	166	57,2	15	0	15	11,0
	Silva Jardim	21.356	8	100,0	1	0	1	8,0
<b>Norte Fluminense</b>	Macaé	212.433	25	41,7	3	0	3	8,3
	Quissamã	20.747	8	100,0	1	0	1	8,0
<b>Noroeste Fluminense</b>	Bom Jesus do Itabapoana	35.546	10	97,4	1	0	1	10,0
	Itaperuna	96.542	18	64,7	2	0	2	9,0
	Santo Antonio de Pádua	40.735	10	85,0	1	0	1	10,0
<b>Serrana</b>	Bom Jardim	25.539	8	100,0	1	0	1	8,0
	Cachoeiras de Macacu	54.713	9	57,2	1	0	1	9,0

Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde. Acesso em 19/07/12/IBGE/Projetos Municipais NASF/SES/RJ.

De acordo com a tabela 3.4 é possível observar que todos os municípios do estado do Rio de Janeiro que aderiram ao NASF e que possuem 100% de abrangência populacional da ESF encontram-se dentro da faixa quantitativa da proposta recomendada pelo Governo Federal: um NASF para cada 8 a 15 equipes de Saúde da Família. Assim, segundo essa recomendação, a possibilidade de expansão adicional dos núcleos nesses municípios é limitada.

Entretanto, os municípios com pequena e média abrangência da Estratégia Saúde da Família têm a possibilidade de ampliá-la, o que também pode significar um aumento das equipes de NASF, embora nesse momento já estejam dentro da faixa recomendada pelo Ministério da Saúde. Destaca-se dentre os municípios com adesão ao NASF, o município de Seropédica, como a maior possibilidade de expansão da proposta, visto que apresenta uma relação entre o número de equipes de Saúde da Família e NASF superior a média nacional recomendada – entre 8 e 15 equipes para cada núcleo – e com possibilidade de ainda elevar sua abrangência na ESF.

No próximo item será abordado o papel e a relação entre os gestores do SUS – federal, estadual e municipal – na implementação da proposta.

### **O NASF no Rio de Janeiro: o papel e a relação entre os gestores do SUS na implementação**

O propósito desse item é apresentar as funções e atribuições dos gestores federal, estadual e municipal quanto à formulação da proposta; o planejamento; a regulação, avaliação e monitoramento; a prestação de serviços e, também, as relações intergovernamentais nesse processo, segundo entrevista realizada com um dirigente estadual da área de atenção básica.

Sobre a formulação nacional da proposta NASF, o dirigente estadual aponta que seu objetivo é atender às necessidades de apoio das equipes de Saúde da Família, pois percebe um isolamento em suas ações de saúde. Assim, considera que a finalidade do Ministério da Saúde ao elaborar a proposta é ofertar um maior respaldo técnico às equipes, bem como buscar um trabalho mais integral, por incluir outros profissionais de saúde e especialidades médicas básicas.

Na entrevista, esse dirigente diz que o NASF adentra a atenção básica como mais uma proposta de "cima para baixo", por meio de indução financeira e formulação de uma portaria, à qual o nível estadual tem que se adequar. Cita ainda que sempre houve uma dificuldade por parte da própria equipe técnica da ABS estadual na compreensão de sua essência e de sua forma de funcionamento.

O NASF veio para atender um vazio que é sentido pelas equipes nos municípios, eu acho que as equipes Saúde da Família até hoje trabalham de uma forma muito solitária, muito sem apoio, muito sem ter respaldo, respaldo técnico, respaldo administrativo e até gerencial também. É de apoio mesmo para trabalhar de forma integrada. É uma proposta boa, mas está engatinhando ainda. (...) não é fácil, é uma coisa meio complicada ainda, meio confusa, pelo menos eu acho, então assim solta a portaria, a gente recebe a portaria: “Ah, é o NASF”, “Ah, não sei o que...” E todo mundo tem que estimular o seu município, mostrar ao seu município o que é NASF, qual a finalidade do NASF.

Quanto ao papel do gestor estadual, o entrevistado define-o como um estimulador da descentralização e, portanto, com o objetivo de contribuir para a maior autonomia dos municípios na gestão da Atenção Básica em Saúde. Assim, percebe que a esfera estadual no Rio de Janeiro tem incentivado a adesão dos municípios às propostas nacionais de qualificação da atenção básica. No caso do NASF, considera incipiente sua prioridade política, se comparado a outras propostas mais recentes, como é o caso do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

Então, o papel do gestor que eu vejo é que ele estimula, que ele incentiva os municípios a adotarem essas estratégias para cada vez melhorar, cada vez ter uma Atenção Básica que dê conta das necessidades da população. É de estímulo mesmo, é que realmente os municípios se apropriem dessas portarias, desses dispositivos para melhorar a Atenção Básica.

No que se refere às ações de assessoria, acompanhamento, monitoramento e avaliação, realizadas pela gestão estadual para a implementação do NASF, o dirigente afirma que não estão sendo realizadas de forma adequada. Como impedimentos aponta o acúmulo de atividades para os técnicos, que avalia serem insuficientes para as demandas do trabalho e também a baixa prioridade política para essa proposta no estado do Rio de Janeiro.

Afirma também que os municípios realizam a implementação sem o apoio da esfera estadual e muitas vezes relacionando-se diretamente ao gestor federal. Esse fato corrobora as consequências do próprio processo histórico da implementação do SUS no estado, onde há uma relação direta dos municípios com o nível federal e a coordenação a ser desempenhada pela SES/RJ se mantém frágil ao longo dos anos. Isso pode gerar sérias consequências para a gestão do SUS, inclusive no que se refere à implementação da proposta NASF.

Quase nenhum acompanhamento, a verdade. Não tem quase nenhum. Porque é o seguinte, pelo menos nós aqui a gente tem uma infinidade de demandas, entendeu? É tipo assim, a gente está trabalhando numa demanda daqui a pouco vem outra assim de cima pra baixo. O Município está fazendo, não está tendo acompanhamento adequado nosso não. Mas não é porque a gente

não queira, porque a gente não está tendo pernas. Entendeu? Estão recebendo incentivo do Ministério, eles estão fazendo lá ao modo deles.

Há um destaque em sua entrevista quanto à participação da assessoria de Saúde Mental da SES/RJ na avaliação dos projetos municipais do NASF. O dirigente estadual cita-a como fundamental, pois contribuiu com os técnicos da ABS para uma melhor compreensão dos itens a serem analisados e aprovados para o credenciamento dos NASF. Quanto ao apoio da Saúde Mental no processo de avaliação e qualificação dos projetos municipais, observou-se na fala de um dos técnicos da SES/RJ, que “*a proposta do NASF foi carro-chefe da Saúde Mental na ABS.*” (Técnico da SES/RJ)

A parte do pessoal da Saúde Mental eu acho que tomou muito para si também o NASF, entendeu? Então eu acho que ficou assim meio que, nós da Atenção Básica, ficou meio que dependendo muito do pessoal da Saúde Mental. Inclusive os projetos de NASF não passavam por nós sem estar junto com o pessoal da Saúde Mental.

Sobre a adesão dos municípios à proposta do NASF, o entrevistado considera-a pouco estimulada pelo estado, como já citado anteriormente. Percebe ainda que os gestores municipais, assim como os estaduais, têm dificuldades na compreensão da proposta, com necessidade de maior aprofundamento sobre sua essência a ser estimulada pela esfera estadual, por meio de seminários, fóruns, oficinas, visitas locais.

Eu acho que o NASF na minha visão, por conta do estado, não foi uma coisa muito, digamos assim, explorada. O NASF para mim ainda é num nozinho, uma coisa que tem muito ainda o que a gente explorar e dar conta junto com o município. O município já tem muita diferença do que é o NASF, de como funciona o NASF. Tem município aí que entende que NASF é uma equipe, um bando de profissionais soltos, com raríssimas exceções, o NASF ainda está solto.

Ainda sobre essa questão, aponta também que os gestores municipais têm sinalizado essa necessária assessoria na implementação da proposta por parte da esfera estadual:

Ontem mesmo o pessoal cochichou assim: “pelo amor de Deus, eu quero uma resposta sobre NASF. Chama todo mundo para a gente conversar sobre o NASF.” Ela falou: “A gente não está sabendo, está todo mundo batendo cabeça.” Então está faltando por parte nossa da gestão do estado trabalhar mais a questão do NASF, acompanhar, porque não tem não, vou dizer a verdade, não tem. Ainda está muito aquém.

Quando questionado sobre experiências municipais de implementação do NASF que sejam relevantes, o dirigente estadual diz desconhecer experiências que se sobressaiam. Após longo período de silêncio na entrevista, cita a experiência de um município, pertencente à sua região de saúde, como destaque, apesar de apontar que conhece muito pouco sobre a implementação local da proposta. Refere ainda que nunca

ouviu comentários de outros técnicos sobre experiências dos NASF municipais.

Como fator dificultador para a implementação do NASF tanto no âmbito estadual quanto no municipal, o entrevistado aponta o desconhecimento do conteúdo da proposta. De acordo com esse ator, o estranhamento sobre o seu significado é percebido nos municípios pelos gestores, pelos profissionais das equipes de saúde da família e das equipes do NASF, e no estado pela própria equipe técnica da Superintendência de ABS. Isso aponta fragilidades nos processo de indução da proposta nacional e necessidade de maior legitimação da mesma na Atenção Básica em Saúde.

Como possibilidades para a proposta NASF, o dirigente estadual aponta a contribuição para a resolutividade, o incentivo à maior integração da equipe de Saúde da Família com os demais setores da rede de saúde municipal, de outras áreas de políticas públicas, assim como com outros serviços que integrem a própria região de saúde.

Eu acho que o NASF vem implementar mais a questão do trabalho coletivo. Aí puxa aí a Academia da Saúde, de trabalhar com a associação de moradores. Eu acho, porque a equipe ela fica muito centrada ali na unidade ainda. Eu acho que a equipe do NASF, o NASF vem para isso, eu acho que vem para potencializar as ações da equipe Saúde da Família.

O perfil das propostas de implementação do NASF nos municípios do Rio de Janeiro, segundo os projetos municipais de adesão enviados à SES/RJ, é apresentado no item seguinte.

### **O NASF no Rio de Janeiro: o perfil das propostas de implementação nos municípios**

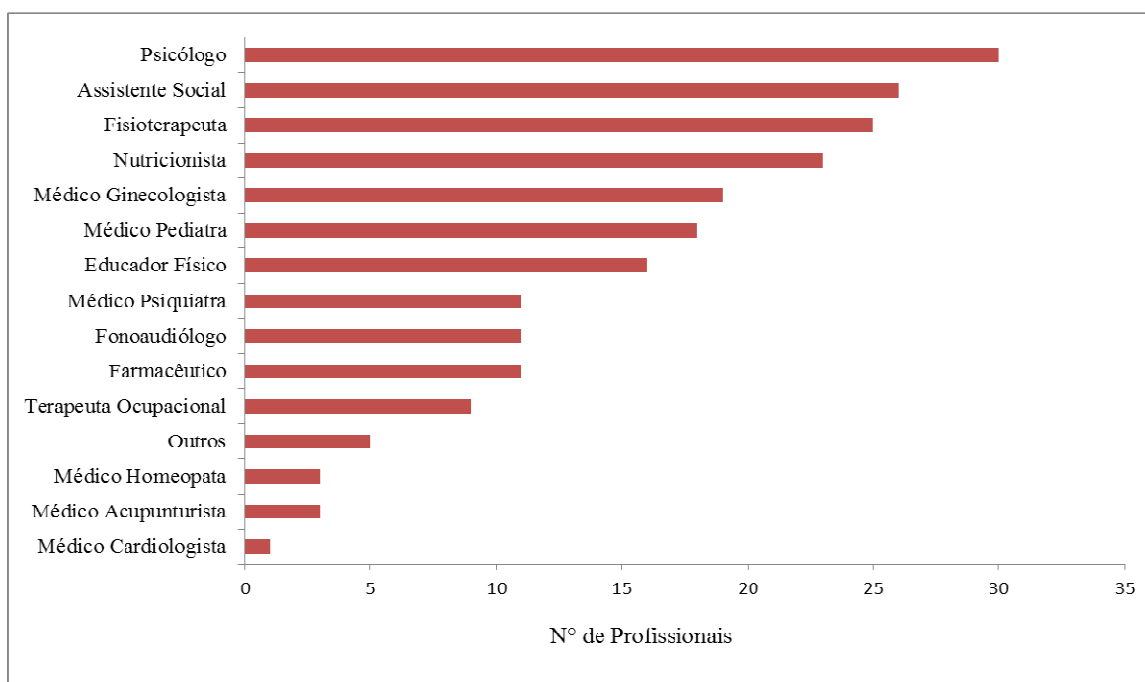
Analisar os projetos municipais dos NASF credenciados pela SES/RJ no período 2008-2011 é o objetivo desse item. Para isso, foram priorizadas as seguintes categorias de análise: composição dos NASF, características e proposta de funcionamento dos NASF. Nesse item, também foram consideradas algumas contribuições da entrevista com o dirigente estadual.

Ressalta-se que no trabalho de campo não foram encontrados dados sistematizados de implementação estadual do NASF, tais como relatórios ou outros documentos, que informassem um mapeamento/balanco da adesão à proposta pelos municípios fluminenses. Assim como citado na entrevista do dirigente estadual, percebe-se nas observações de campo, baixa prioridade política para o NASF naquele momento. Observou-se que as ações de trabalho estavam mais voltadas às atividades do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), proposta mais recente induzida pelo gestor federal.

### Composição dos NASF

A figura 3.3 mostra a distribuição dos profissionais que comporiam os NASF no estado do Rio de Janeiro por ocupação profissional, mapeada a partir dos projetos enviados à SES/RJ.

**Figura 3.3: Distribuição dos Profissionais do NASF por Ocupação – Estado do Rio de Janeiro – 2011.**



Fonte: Projetos Municipais NASF/SES/RJ.

Observa-se que as categorias profissionais mais frequentemente escolhidas no estado para compor os NASF são: psicólogo, assistente social, fisioterapeuta e nutricionista. Logo em seguida, vêm as especialidades médicas básicas, representadas pelos médicos ginecologista e pediatra. Na categoria “outros” constam nos projetos as seguintes definições: médico clínico geral para a saúde do homem, médico neurologista, enfermeiro, fisioterapeuta acupunturista e psicólogo acupunturista.

Talvez o peso da Saúde Mental em relação à proposta NASF tenha influenciado a maior escolha pelo profissional psicólogo no estado do Rio de Janeiro. Comparando-se com o perfil nacional de composição profissional (ver figura 2.2, no Capítulo 2) chama a atenção que as quatro profissões mais prevalentes sejam as mesmas, apenas invertendo-se a ordem de predominância, já que no conjunto Brasil a categoria mais elencada para atuação no NASF é fisioterapeuta, seguida de psicólogo, nutricionista e assistente social. Quanto às especialidades médicas básicas, os municípios do estado compõem suas equipes da mesma forma que a maioria dos

municípios brasileiros que tem NASF, com médicos ginecologistas e pediatras.

Quando solicitam em seus projetos mais de uma equipe NASF, alguns municípios do Rio de Janeiro optam por formar equipes iguais e outras equipes diferenciadas. Dos trinta e um projetos analisados, em dez constam o requerimento para mais de um NASF. Dentre estes, metade define a mesma conformação profissional para ambas as equipes e a outra metade apresenta definição diferente para cada NASF.

Em dezessete projetos são citados os critérios quanto à definição das categorias profissionais que irão compor os núcleos de apoio. São eles: enfrentamentos vivenciados no cotidiano de trabalho; dados epidemiológicos; decisão do gestor local, segundo as prioridades e necessidades locais; disponibilidade de profissionais; carência de especialidades médicas (Ginecologia e Pediatria); diagnóstico situacional local na visão de gestores, profissionais e do controle social; demanda reprimida; oferta de serviços; características da rede de serviços de saúde municipal.

No processo de definição das categorias profissionais para atuação no NASF não está claro em nenhum projeto a participação das equipes de Saúde da Família, conforme preconiza a portaria que instituiu o NASF. Isso pode resultar, em parte, no desconhecimento e despreparo das equipes sobre a proposta quando os profissionais do NASF iniciam suas atividades no território, conforme se observa na pesquisa de campo nos dois municípios selecionados, o que será retomado adiante.

Quanto à escolha de profissionais para comporem os NASF municipais, o dirigente estadual cita em sua entrevista que na análise dos projetos pelo estado foi respeitada a decisão do gestor municipal. O entrevistado considera que as ocupações profissionais para compor a equipe dos NASF tenham sido definidas conforme as necessidades do território e os dados epidemiológicos. Aponta ainda que o gestor estadual somente interferiu com algumas orientações sobre a composição profissional dos NASF municipais quando a equipe técnica que analisou os projetos não compreendia os motivos para a escolha de determinado profissional.

#### *Gestão do Trabalho e Capacitação dos Profissionais dos NASF*

A tabela 3.5 informa os tipos de processo seletivo para a contratação dos profissionais do NASF mencionados nos projetos municipais.



**Tabela 3.5: Distribuição dos Projetos Municipais, segundo Tipos de Processo Seletivo Adotado para Contratação dos Profissionais do NASF – Estado do Rio de Janeiro, 2011.**

<b>Tipos</b>	<b>Quantidade</b>
<b>Processo Seletivo Público</b>	<b>23</b>
- Análise de currículo e entrevista	13
- Análise de currículo, entrevista e avaliação escrita	5
- Análise de currículo, experiência, análise de títulos e entrevista	2
- Somente entrevista	2
- Análise de currículo	1
<b>Concurso Público</b>	<b>4</b>
- Concurso Público	2
- Concurso Público e análise de currículo	1
- Concurso Público, Análise de currículo e entrevista	1
<b>Seleção Interna</b>	<b>1</b>
- Seleção interna para profissionais efetivos	1
<b>Sem Informação</b>	<b>3</b>
<b>Total</b>	<b>31</b>

Fonte: Projetos Municipais do NASF/SES/RJ

É possível observar por meio da tabela 3.5 que a forma de seleção profissional para os NASF é, prioritariamente, o processo seletivo público realizado por diversas modalidades, tais como análise de currículo, entrevista, avaliação escrita, experiência profissional, análise de títulos. O concurso público é pouco citado para a seleção local de profissionais e apenas um município opta por uma seleção interna dos profissionais da própria rede.

A tabela 3.6 exibe a forma de contratação para os profissionais do NASF a ser adotada pelos municípios fluminenses, segundo os projetos avaliados.

**Tabela 3.6: Distribuição dos Projetos Municipais, segundo Forma de Contratação dos Profissionais do NASF – Estado do Rio de Janeiro, 2011.**

Forma de Contratação	Quantidade
<b>Contratação Temporária</b>	<b>24</b>
- Contrato Temporário por CLT	17
- Contrato Administrativo de Prestação de Serviços Anual	3
- OSCIP	2
- CLT por OSS	1
- RPA	1
<b>Cargo Público</b>	<b>2</b>
- Estatutário	2
<b>Contratação Temporária e Cargo Público</b>	<b>3</b>
- OSCIP e Estatutário	1
- Contrato por ONG e Estatutário	1
- Cooperativa e Estatutário	1
<b>Sem Informação</b>	<b>2</b>
<b>Total</b>	<b>31</b>

Fonte: Projetos Municipais do NASF/SES/RJ

A tabela 3.6 mostra que a forma de contratação dos profissionais do NASF predominante nos municípios do RJ tem sido a temporária, por diversos meios: Consolidação das Leis de Trabalho, OSCIP, OSS, Organização Não-Governamental, cooperativas<sup>xlvi</sup>. Alguns municípios citam o aproveitamento de profissionais do quadro estatutário para a inserção no NASF por meio de processo seletivo interno, conforme observado também no tabela 3.5.

Ao analisar os dados sobre o processo de seleção e a forma de contratação para os profissionais do NASF no estado, considera-se que tem ocorrido de forma a priorizar vínculos de trabalho mais frágeis, pois ambos não potencializam uma maior fixação dos profissionais e a concretização de vínculos de trabalho mais sólidos. Essa realidade aproxima-se do mercado de trabalho da Estratégia Saúde da Família nacionalmente, em que se observam diversas formas precárias de seleção e contratação dos profissionais, nos vários municípios brasileiros.

Na tabela 3.7 é apresentada a distribuição dos projetos segundo menção às estratégias de capacitação para os profissionais dos NASF. Destaque-se que em mais de um terço dos projetos essa informação não estava disponível.

<sup>xlvi</sup> Observa-se que algumas dessas modalidades não são excludentes. Por exemplo, o profissional pode ser contratado por uma Organização Não-Governamental, por meio de contrato CLT. Não foi possível aprofundar essa análise por limitações da fonte de informação utilizada (projetos municipais de adesão ao NASF do estado do Rio de Janeiro)

**Tabela 3.7: Distribuição dos Projetos Municipais segundo Estratégias de Capacitação dos Profissionais do NASF – Estado do Rio de Janeiro, 2011.**

<b>Estratégia</b>	<b>Quantidade</b>
Parceria com a SES	3
Telessaúde	2
Educação Permanente	2
Curso Introdutório e Educação Permanente	2
Educação Permanente e parceria com ETIS/SES/RJ	1
Parceria com a SES e Universidades Locais	1
Palestras, fóruns, relatos de experiência e estudo do perfil epidemiológico	1
Educação Permanente, parceria com UNIFOA e UERJ	1
Curso introdutório, parceria com SES, UERJ, Telessaúde, visita de experiências em outros municípios	1
Parceria com a SES e IESC/UFRJ	1
Educação Permanente, parceria com ENSP e participação em congressos	1
Educação Permanente e curso oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde	1
Atualizações Permanentes	1
Cursos, Seminários, Fóruns de Discussões em parceria com a SES	1
Educação Permanente e Telessaúde	1
Sem Informação	11
<b>Total</b>	<b>31</b>

Fonte: Projetos Municipais do NASF/SES/RJ

Observa-se que grande parte dos projetos aponta capacitação e treinamento para os profissionais dos núcleos, porém de forma bastante diversificada. Alguns deles definem parceria com a SES/RJ para esse fim. Também são citadas outras entidades e estratégias, tais como: parcerias com universidades, com a ENSP, educação permanente, telessaúde, entre outros.

#### *Ações e Atividades dos NASF*

A natureza de atuação do NASF – apoio matricial e/ou atendimento direto – não está clara em dezessete projetos. Em treze projetos essa natureza é definida como apoio matricial e atendimento direto à população e um projeto aponta apenas o apoio matricial às ESF. Nenhum projeto cita somente o atendimento direto à população.

Nos projetos, as ações e atividades a serem desenvolvidas pelos NASF estão, predominantemente, distribuídas pelas áreas estratégicas de atuação previstas na regulamentação federal. Nenhum projeto apresenta uma definição objetiva de atuação integrada do núcleo, com atividades conjuntas específicas para o apoio às equipes de Saúde da Família. As ações por área estratégica são, em sua maioria, uma reprodução das diretrizes nacionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Quatro projetos sequer apresentam as propostas de atividades dos profissionais do NASF. Essa constatação reflete a limitada capacidade de formulação dos gestores municipais, que têm forte tendência em seguir e reproduzir as diretrizes nacionais, sem considerar sua autonomia

na execução das políticas locais.

No que se refere à relação do NASF com a rede de saúde municipal e com outras áreas de políticas públicas, verifica-se que há indicação de ações em dezessete projetos sobre a integração com a rede municipal enquanto que em dezoito projetos há propostas de integração com outras áreas de políticas públicas, o que está em consonância com as diretrizes nacionais do NASF.

O próximo capítulo apresenta dois estudos de caso sobre a implementação local do NASF em municípios fluminenses.

## **Capítulo 4 – O Núcleo de Apoio à Saúde da Família nos Municípios Fluminenses: dois estudos de caso**

Este capítulo descreve e analisa a implementação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em dois municípios do estado do Rio de Janeiro. Inicialmente, faz-se uma breve caracterização dos sistemas de saúde de cada um dos municípios estudados, com ênfase na organização da atenção básica. A seguir, analisa-se em mais detalhe o processo de implementação dos NASF nos dois municípios.

As análises foram realizadas a partir de algumas fontes de informação como documentos, dados fornecidos pelas Secretarias Municipais de Saúde, observação direta da sede do NASF e das unidades de saúde da Família, bem como entrevistas com os atores locais.

### **Breve caracterização do sistema de saúde nos municípios-caso**

É importante considerar as diversas realidades nos municípios brasileiros ao se analisar a implementação de políticas, principalmente, no que se refere à atenção básica dado que é fortemente descentralizada. Características como tamanho, estrutura dos serviços de saúde, capacidade gestora, aspectos políticos, dentre outros, são importantes na definição da forma como serão implementadas as políticas ao nível local.

Os municípios fluminenses selecionados para essa pesquisa têm características bem diferenciadas. O município A é de pequeno porte e localiza-se na região da Baixada Litorânea. Já o município B é de médio porte, está localizado na região Centro-Sul Fluminense e é um Pólo Regional de Saúde. As atividades econômicas de ambos são distintas, em que as do primeiro município vinculam-se à pesca e ao turismo e as atividades do segundo, ao comércio e à indústria. O município A tem emancipação mais recente, com conformação do sistema de saúde municipal posterior à implantação do Sistema Único de Saúde. O município B, entretanto, é mais antigo e tem uma história do sistema de saúde relacionado ao modelo médico-assistencial privatista anterior à constituição do SUS.

A tabela 4.1 apresenta dados sócio-demográficos, socioeconômicos e indicadores selecionados de saúde dos dois municípios-caso do estudo.

**Tabela 4.1: Breve Caracterização dos Municípios-Caso**

<b>Dados</b>	<b>Município A</b>	<b>Município B</b>
<b>Localização Geográfica</b>	Baixada Litorânea	Centro-Sul Fluminense
<b>Faixa Populacional (Hab)</b>	Menos de 50.000	50.000 a 99.999
<b>PIB Per Capita (2009)</b>	R\$ 32.465,38	R\$ 17.150,56
<b>Principais Atividades Econômicas</b>	Turismo e Pesca	Indústria e Comércio
<b>IDH-M (2000)</b>	0,79	0,78
<b>Taxa de Mortalidade Infantil (2010)</b>	6/1000	13/1000
<b>Cobertura de Plano de Saúde (2011)</b>	10%	22%
<b>Abrangência Populacional Saúde da Família (2011)*</b>		
- SAGE (MS)	100%	94,8%
- SMS	63%	76%
<b>Nº de Equipes de Saúde da Família (2011)</b>	8	21
<b>Nº de NASF (2011)</b>	1	2
<b>Razão ESF/NASF (2011)</b>	8,0	11,0

Fontes: Elaboração própria da autora a partir de: IBGE (Pop.); IPEA (PIB); PNUD (IDH-M); MS/SVS/DASIS/SIM (Taxa de Mortalidade Infantil); Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (Abrangência Populacional Estimada Saúde da Família, Nº ESF, Nº NASF); Documentos Municipais e entrevistas com dirigentes locais (Abrangência Populacional Efetiva Saúde da Família)

\*Os dados obtidos na Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde, às vezes podem apresentar diferenças em relação aos dados dos municípios.

#### *O Sistema de Saúde e a Atenção Básica no município A*

O município A é considerado de pequeno porte. Seu sistema de saúde municipal tem uma composição público-privado que pode ser considerada relativamente equilibrada, pois é formada por um total de 35 estabelecimentos de saúde, dos quais 15 são da esfera pública e 20 da rede privada. (Tabela 4.2)

**Tabela 4.2: Tipo de Estabelecimento por Esfera Administrativa, município A, 2012.**

<b>Tipo de Estabelecimento</b>	<b>Estadual</b>	<b>Municipal</b>	<b>Privada</b>	<b>Total</b>
Posto de Saúde/Centro de Saúde/Unidade Básica	0	9	3	<b>12</b>
Policlínica	0	1	1	<b>2</b>
Consultório Isolado	0	0	7	<b>7</b>
Clínica/Centro de Especialidade	0	1	4	<b>5</b>
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	0	0	5	<b>5</b>
Unidade de Vigilância em Saúde	0	1	0	<b>1</b>
Pronto Socorro Geral	0	1	0	<b>1</b>
Secretaria de Saúde	0	1	0	<b>1</b>
Hospital Geral	0	1	0	<b>1</b>
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	<b>20</b>	<b>35</b>

Fonte: CNES/DATASUS, Julho, 2012.

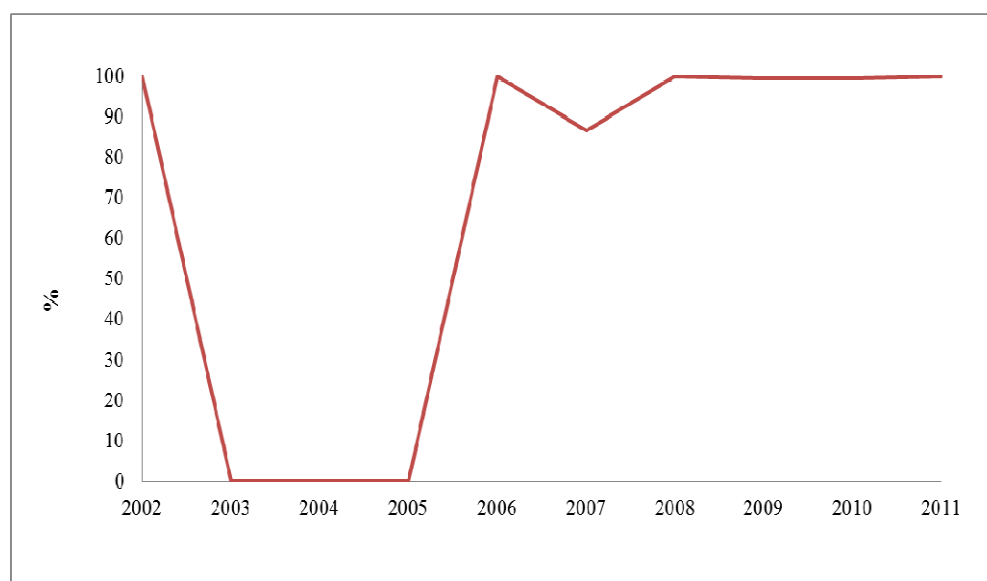
O sistema público municipal tem uma significativa oferta de serviços. A atenção básica compreende nove unidades básicas, todas com equipes de saúde da família e também um serviço de vigilância em saúde. De média complexidade, além da policlínica, existe ainda um centro de especialidades próprio relacionado ao tratamento de reabilitação fisioterápica. Outro destaque na rede municipal é a existência de um hospital público municipal, assim como de serviços de urgência e emergência.

Desde sua emancipação, em 1995, existe um predomínio no município de unidades de atenção básica, o que sugere uma prioridade local para esse nível do sistema. Em um primeiro momento, entre os anos 1995 e 2004, optou-se localmente por adotar um modelo de Atenção Básica em Saúde nos moldes do Programa Médico de Família, seguindo a linha do município de Niterói. Nessa época houve forte influência dos atores desse município, que realizaram treinamentos para os profissionais locais referentes a esse modelo. Em 2005, o município adaptou o modelo médico de família às diretrizes nacionais da Estratégia Saúde da Família, que hoje se encontra implantada com nove equipes<sup>xlvii</sup>.

A figura 4.1 apresenta a evolução da abrangência populacional da Estratégia Saúde da Família no município A, no período de 2002 a 2011.

<sup>xlvii</sup> A quantidade de nove equipes foi apontada nas entrevistas, porém nos dados municipais disponíveis na Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde constam apenas oito equipes de Saúde da Família.

**Figura 4.1: Abrangência Populacional da Estratégia Saúde da Família no município A – 2002 a 2011.**



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde, acesso em 08/09/12.

Observa-se por meio da figura 4.1 que nos anos de 2003 a 2005, a abrangência populacional da ESF foi registrada como 0%. De acordo com informações obtidas com um dirigente municipal, essa queda pode estar atrelada a problemas com o Sistema de Informação da Atenção Básica municipal. No entanto, esse dirigente não atuava no município nesse período e inexistente registro histórico ou documental ao nível local que confirme essa hipótese<sup>xlviii</sup>.

No município A, existem sete equipes de Saúde Bucal, com uma abrangência populacional de 85,4%, conforme dados da Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde<sup>xlix</sup>. No Plano de Saúde Municipal 2010-2013 constam metas de ampliação das ações de saúde bucal na ESF, tais como: promoção de educação em saúde nas escolas; melhorias de infra-estrutura dos consultórios e promoção de educação permanente para as equipes de saúde bucal.

A figura 4.2 mostra a evolução das transferências federais da atenção básica - compostas pelo PAB fixo e pelo PAB variável - para o município A no período de 2002 a 2011<sup>1</sup>.

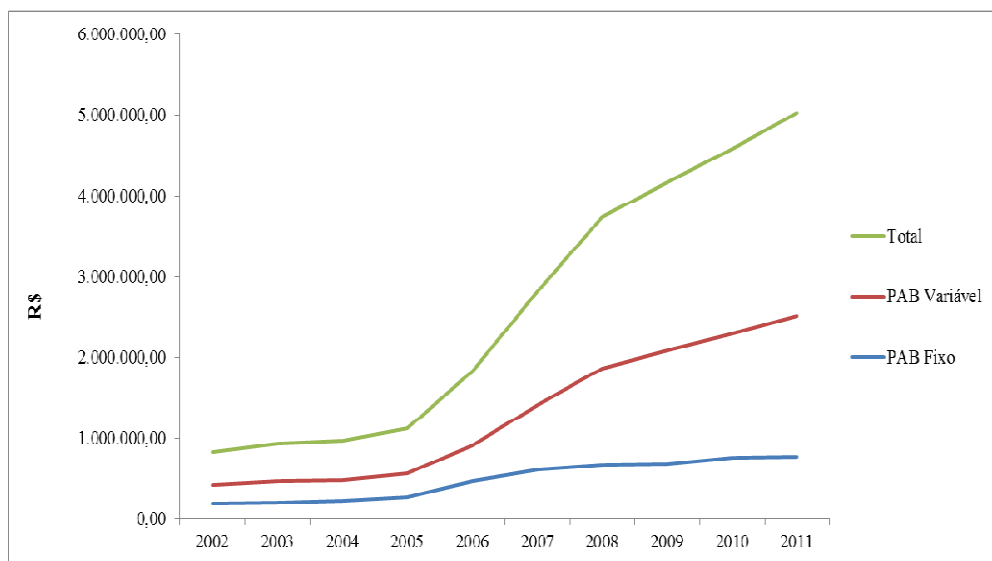
<sup>xlviii</sup> Na entrevista com o dirigente municipal citou-se a abrangência populacional efetiva da ESF em 63% e não em 100%, conforme dados da Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde.

<sup>xlix</sup> Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>, acesso em 23/08/12.

<sup>1</sup> O Piso da Atenção Básica foi instituído como forma de financiamento da atenção básica pela Norma Operacional Básica (NOB) 01/96 e passou a ser implementado a partir de 1998. O PAB fixo consiste em um valor transferido a todos os municípios que são calculados pela multiplicação de um valor per capita fixado pelo Ministério da Saúde pela população do município. O PAB variável representa os recursos federais destinados ao financiamento de estratégias nacionais de organização da atenção básica.<sup>78</sup>



**Figura 4.2: Recursos de Composição do PAB do Município A - 2002 a 2011.**

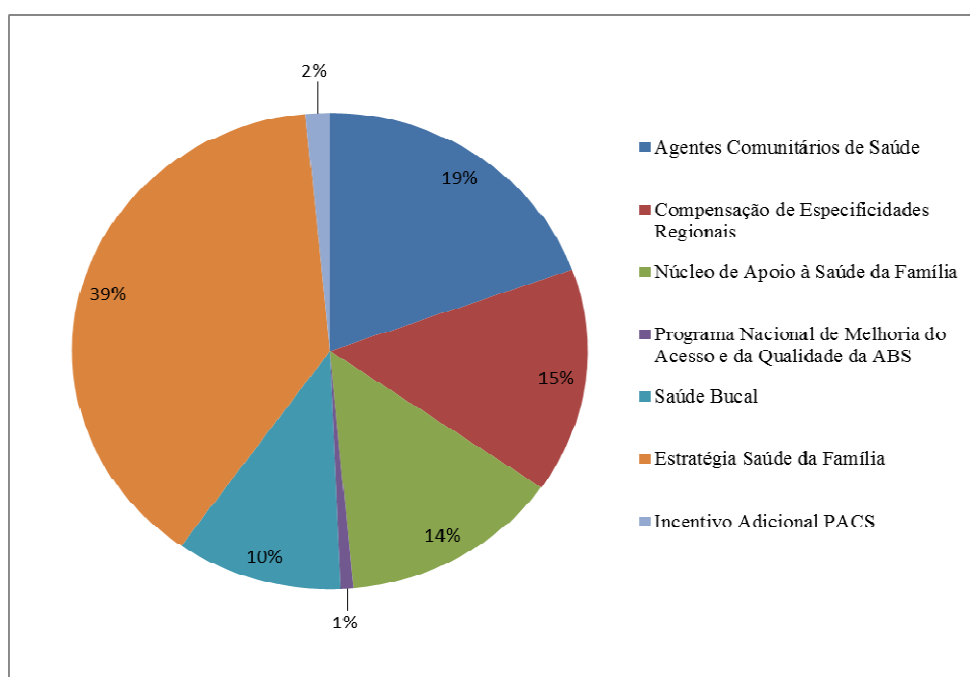


Fonte: Fundo Nacional de Saúde. Obtido de: [www.fns.gov.br](http://www.fns.gov.br), acesso em 08/09/12

Os dados do município A mostram que houve elevado crescimento nos recursos do PAB. O maior crescimento foi em relação ao PAB variável, o que reflete a adesão do município aos diversos programas federais. O montante do PAB fixo teve variação menor, praticamente mantendo-se constante, por ser calculado a partir de um valor per capita que só sofreu reajustes mais expressivos a partir de 2003 (Figura 4.2).

A figura 4.3 apresenta a composição do PAB variável no ano de 2011, explicitando melhor a participação de cada programa no total de recursos disponibilizados.

**Figura 4.3: Composição % do PAB Variável – Município A, 2011.**



Fonte: Fundo Nacional de Saúde. Obtido de: [www.fns.gov.br](http://www.fns.gov.br), acesso em 08/09/12

Os programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde representaram cerca de 50% do financiamento do PAB variável em 2011, por serem as estratégias de atenção básica com maior destinação de recursos federais. O terceiro maior valor de financiamento do PAB variável foi a Compensação de Especificidades Regionais, seguido pelo NASF. Esses dados mostram que a proposta NASF envolveu um importante volume de recursos no ano de 2011, o que contribuiu para o fortalecimento financeiro do Bloco de Atenção Básica municipal.

O projeto de adesão ao NASF do município A foi enviado à SES/RJ no ano de 2008. No projeto constava que o interesse de implementação dos núcleos fundamentava-se na descentralização e integralidade da assistência. Foi proposta a seguinte composição profissional para o NASF: assistente social, educador físico, fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo. No entanto, sua implementação ocorreu apenas em 2010, após mudança da gestão municipal, tendo ocorrido um movimento de reformulação do projeto e reorganização do processo de trabalho do NASF pelos atores locais. O município possui uma equipe NASF que abrange todas as equipes de Saúde da Família. À época da pesquisa, em 2011, a equipe do NASF era composta por: médico psiquiatra, médico pediatra, fisioterapeuta, nutricionista, educador físico, terapeuta ocupacional, psicólogo e assistente social, totalizando oito profissionais, diferentemente do número mínimo apontado na proposta nacional, que é de cinco profissionais para cada NASF 1.

#### *O Sistema de Saúde e a Atenção Básica no município B*

O município B é definido como médio porte e dispõe de 217 estabelecimentos de saúde, sendo 38 pertencentes ao setor público e 177 serviços privados, o que demonstra uma presença mais marcante do setor privado. (Tabela 4.3)

**Tabela 4.3: Tipo de Estabelecimento por Esfera Administrativa, município B, 2012.**

<b>Tipo de Estabelecimento</b>	<b>Estadual</b>	<b>Municipal</b>	<b>Privada</b>	<b>Total</b>
Posto de Saúde/Centro de Saúde/Unidade Básica	0	23	0	<b>23</b>
Policlínica	0	2	4	<b>6</b>
Consultório Isolado	0	0	130	<b>130</b>
Clínica/Centro de Especialidade	0	4	23	<b>27</b>
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	0	1	16	<b>17</b>
Unidade de Vigilância em Saúde	0	1	0	<b>1</b>
Pronto Atendimento	0	1	0	<b>1</b>
Centro de Atenção Psicossocial	0	2	0	<b>2</b>
Central de Regulação de Serviços de Saúde	1	0	0	<b>1</b>
Secretaria de Saúde	1	1	0	<b>2</b>
Hospital Geral	0	0	2	<b>2</b>
Hospital Especializado	0	0	1	<b>1</b>
Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar	0	2	1	<b>3</b>
Central de Regulação Médica das Urgências	0	1	0	<b>1</b>
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>38</b>	<b>177</b>	<b>217</b>

Fonte: CNES/DATASUS, Julho, 2012.

O município B tem significativa dependência do setor privado na prestação dos serviços hospitalares e o sistema público municipal caracteriza-se, principalmente, pela oferta de serviços de atenção básica (postos de saúde / centros de saúde / unidades básicas) e atenção secundária (duas policlínicas, quatro clínicas / centro de especialidades, dentre as 27 presentes no município), conforme observado na tabela anterior. Assim, a rede privada tem ampla expressão no município, incluindo os dois únicos hospitais gerais e o hospital especializado (psiquiátrico), e diversas unidades de diagnose e terapia.

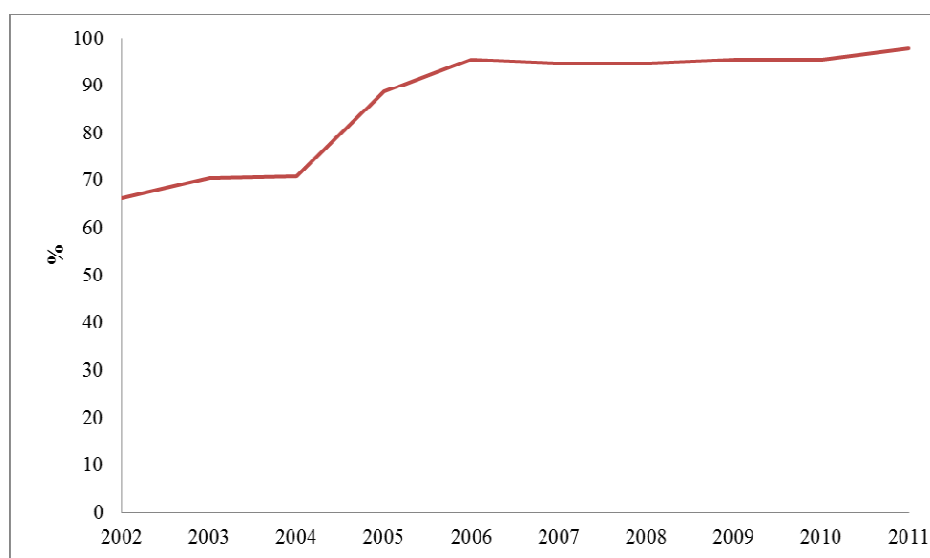
No município, ainda se encontram dois estabelecimentos de esfera estadual, que são a Central de Regulação Regional de Internação Centro-Sul Fluminense e o Centro Regional em Saúde do Trabalhador. (Tabela 4.3).

A constituição do modelo de atenção à saúde foi predominante de assistência médica individual até os anos 90, com atendimento curativo e especializado. Em meados da década de 90, a partir de mudanças na política de saúde local, foram empreendidas alterações no modelo vigente e realizados investimentos na atenção básica, induzidos pela esfera federal. Um marco histórico foi a habilitação do município em Gestão Plena da Atenção Básica pela Norma Operacional Básica SUS 01/96, em abril de 1998, o que possibilitou o custeio de ações na assistência básica municipal.<sup>79</sup>

Em 2000, foi implantado o Programa Saúde da Família (PSF) no município, com a inauguração de nove unidades de saúde. A implantação do PSF buscou mudar a lógica de organização da atenção básica no município, que, anteriormente, era desenvolvida em unidades centralizadas e com ênfase na assistência individual. Em sua pesquisa, Souza<sup>79</sup> enfatiza que houve resistência em relação a essa mudança, principalmente por parte dos profissionais médicos, o que ocasionou dificuldades para mudanças no processo de trabalho. Na pesquisa sobre o NASF, um dos entrevistados apontou que o início da Saúde da Família municipal esteve muito atrelado a um modelo biomédico, com características político-partidárias muito evidentes na indicação para o trabalho de ACS e de médicos, bem como ausência de organização dos fluxos da rede de saúde relacionada a esse modelo.

O gráfico 4.4 apresenta a evolução da abrangência populacional da Estratégia Saúde da Família no município B no período de 2002 a 2011.

**Figura 4.4: Abrangência Populacional da Estratégia Saúde da Família no Município B – 2002 a 2011.**



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde, acesso em 08/09/12.

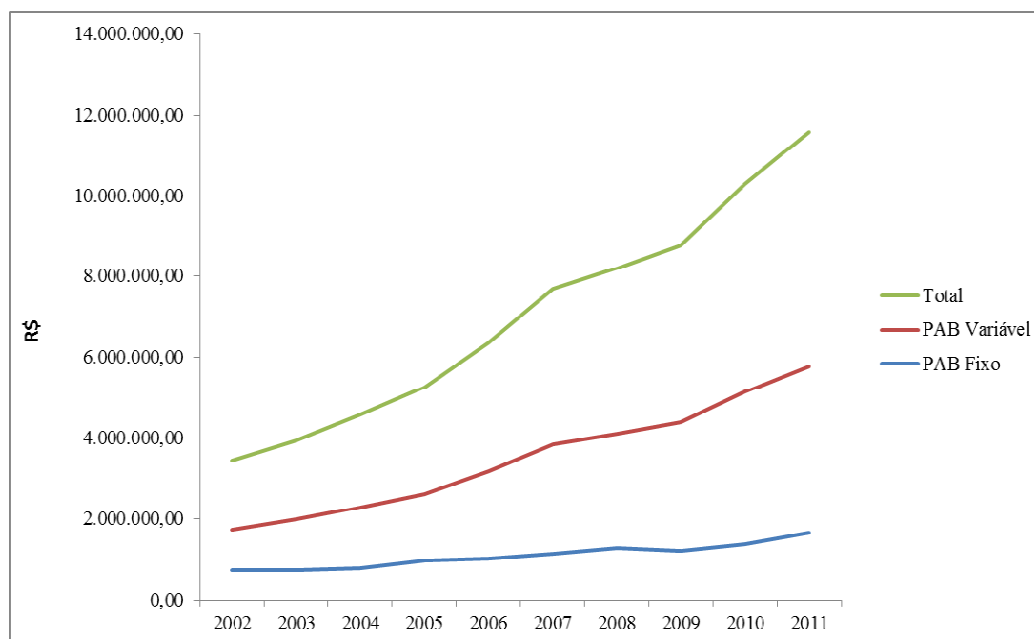
No que se refere à abrangência populacional da ESF no município B, constata-se que tem considerável ascensão a partir do ano 2004 e segue em forma linear desde 2006. (Figura 4.4). Atualmente, o total de população coberta na ESF municipal é de 94,8%, com o total de 21 equipes de Saúde da Família<sup>li</sup>.

No município B, as equipes de Saúde Bucal na atenção básica somam-se em 22 e tem uma abrangência populacional de 97,5%, conforme dados da Sala de Gestão

Estratégica do Ministério da Saúde<sup>lii</sup>. Isso significa que todas as equipes de Saúde da Família contam com uma equipe de Saúde Bucal.

A figura 4.5 mostra a evolução das transferências federais da atenção básica – compostas pelo PAB fixo e pelo PAB variável – para o município B, no período de 2002 a 2011.

**Figura 4.5: Recursos de Composição do PAB do Município B – 2002 a 2011.**



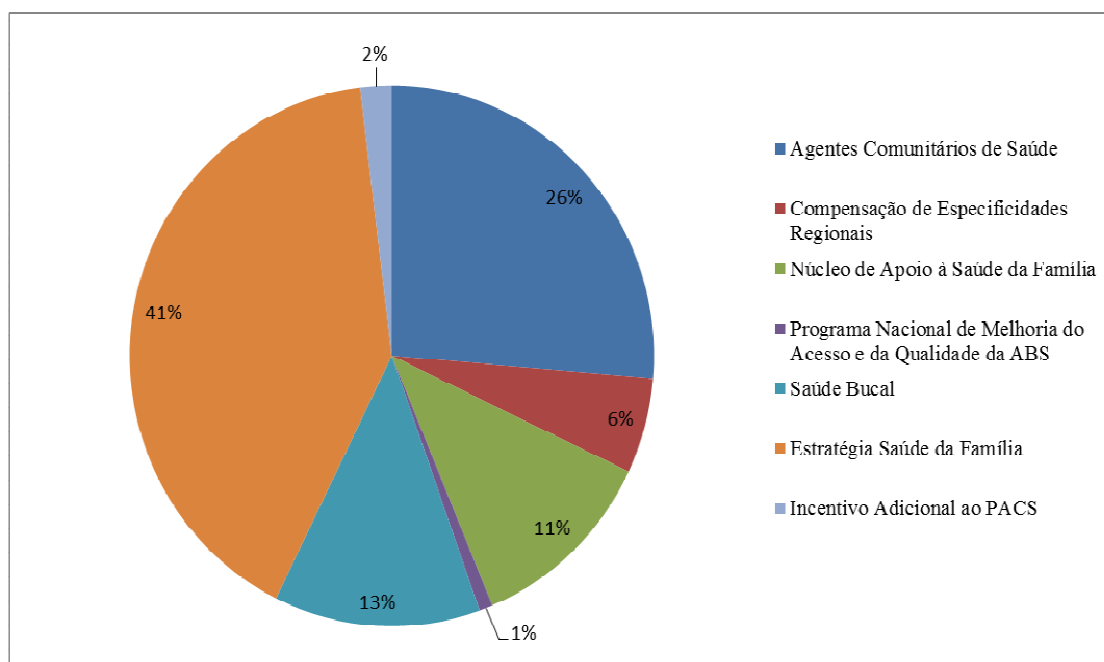
Fonte: Fundo Nacional de Saúde. Obtido de: [www.fns.gov.br](http://www.fns.gov.br), acesso em 08/09/12.

Os dados da figura 4.5 assemelham-se ao encontrado no município A, onde se verificou elevado crescimento nos recursos do PAB no período apontado. Também houve maior crescimento do PAB variável, o que reflete a adesão do município aos diversos programas federais, enquanto o montante do PAB fixo teve variação menor.

A figura 4.6 mostra a composição do PAB variável segundo incentivos financeiros federais específicos para o município B no ano de 2011.

<sup>li</sup> No Plano Municipal de Saúde 2010-2013<sup>80</sup> consta a abrangência populacional da ESF em 76%, assim como na entrevista com o dirigente municipal 1. Assim, difere da informação encontrada na Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde.

**Figura 4.6: Composição % do PAB Variável – Município B - 2011.**



Fonte: Fundo Nacional de Saúde. Obtido de: [www.fns.gov.br](http://www.fns.gov.br), acesso em 08/09/12.

Por meio da figura 4.6 observa-se que os programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde representaram cerca de 70% do financiamento do PAB variável em 2011, por serem as estratégias de atenção básica com maior destinação de recursos federais. O terceiro maior valor de financiamento do PAB variável foi o componente Saúde Bucal, o que indica uma significativa importância dessas equipes na ESF. O NASF vem em seguida, como um relevante investimento dos recursos federais na atenção básica local.

Nesse município uma nova gestão da secretaria de saúde, assumida após as eleições municipais de 2008, parece ter buscado uma maior organização da ABS. Segundo os entrevistados, o gestor local tem procurado montar uma equipe de profissionais gestores, o que não acontecia no governo anterior, em que havia uma centralização das ações em apenas alguns atores locais. Nas entrevistas, citou-se muito a mudança de posição da gestão atual, com maior prioridade para a ABS, buscando efetivá-la como a principal porta de entrada do sistema municipal de saúde.

O projeto do NASF do município B foi formulado e enviado à SES/RJ no ano de 2008, mas sua implantação ocorreu a partir de 2009, após mudança da gestão municipal. No projeto municipal foi solicitada a conformação de três equipes, mas apenas duas foram aprovadas pela CIB/RJ, com os seguintes profissionais para ambas:

<sup>lii</sup> Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>, acesso em 23/08/12. Segundo o Plano Municipal de Saúde 2010-2013<sup>80</sup>, a quantidade de equipes de Saúde Bucal é vinte e uma.

educador físico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, médico pediatra, médico ginecologista-obstetra, médico cardiologista.

Cada equipe NASF abrange nove equipes de Saúde da Família, o que significa 85,7% de abrangência em relação ao total de equipes. Em 2011, época da pesquisa, a composição das duas equipes NASF era diferente da requisitada no projeto, tendo sido incluído o assistente social e excluído o médico cardiologista. No total, são sete profissionais, diferentemente do número mínimo estabelecido na proposta nacional, tal como no município A.

### **A implementação do NASF nos municípios-caso**

Nesse item será apresentada a implementação do NASF nos dois municípios-caso segundo as seguintes categorias e variáveis de análise: papel e relação entre gestores do SUS; processo político de implementação do NASF; características e organização do NASF e modelo de atenção do NASF.

#### *Papel e relação entre gestores do SUS*

Essa categoria da pesquisa busca apreender como os dirigentes municipais percebem as funções e atribuições dos gestores federal, estadual e municipal quanto à formulação, planejamento, regulação, avaliação, monitoramento e prestação de serviços, bem como quanto às relações intergovernamentais na implementação do NASF.

Em relação ao papel federal, constatou-se uma percepção de distanciamento da realidade local e desconhecimento sobre a implementação das políticas municipais. O nível federal é visto como um formulador dessas políticas, uma estrutura que planeja e induz as ações por meio do financiamento, mas sem monitorar seus resultados. Dessa forma, na visão dos entrevistados, o NASF tem se desenvolvido com características próprias e, possivelmente, diferentes do que está proposto nacionalmente:

Vem lá de cima, mas, e aí? Está tendo avaliações, está tendo respaldo para esses municípios? Simplesmente se soltou essa portaria, criou-se o NASF, mas foi o que eu falei: cada município começou a engatinhar, pela interpretação que ele estava tendo da lei. E aí, cada um pode interpretar de acordo com os seus interesses, com seus objetivos, cada um vai interpretar de uma forma e da forma que bem entende. (Dirigente – Município A)

No entanto, sobre o distanciamento do gestor federal no monitoramento dos resultados locais e sua relação com a diversidade de implementação local, é importante sinalizar duas questões. A primeira refere-se ao papel desse gestor, que é o de formular as propostas nacionais e, no contexto federativo, contar com o papel do gestor estadual no monitoramento e avaliação da implementação local. A segunda questão refere-se à

autonomia municipal na implementação das políticas nacionais, ou seja, existem princípios e diretrizes que as condicionam, no entanto os municípios têm liberdade para relacioná-las ao contexto local.

Os entrevistados também citaram o relativo isolamento do nível local na implementação do NASF quando questionados sobre o papel do gestor estadual. Apontou-se a necessária aproximação e articulação do estado com os municípios, pois o primeiro é visto como afastado e ausente do nível local. Assim, ao contrário do gestor federal, que está mais distante fisicamente, o nível estadual é considerado diferente e poderia estar mais próximo do contexto municipal.

Como percepção sobre esse distanciamento, o dirigente 1 do município B apontou uma possível sobrecarga dos técnicos da ABS da SES/RJ, o que dificulta uma maior aproximação dos municípios. Já o dirigente 2 enfatizou que o movimento de buscar uma assessoria sempre parte dos municípios para o estado e não o contrário, o que representa uma iniciativa constante dos atores locais para o aprimoramento na implementação das políticas.

No caso do NASF, os dirigentes de ambos os municípios apontaram a iniciativa da SES/RJ – o Fórum Permanente Mensal da Atenção Básica - como uma importante atividade que auxiliou os gestores municipais a aproximarem-se do gestor estadual. O referido Fórum possibilitou a ida desses dirigentes à SES/RJ, no entanto, ambos consideraram que a maior presença da gestão estadual nos municípios seria importante para a continuidade das ações da Secretaria de Estado de Saúde/RJ no nível local:

Eu peço auxílio ao estado, mas eu acho que falta um pouco desse olhar o estado para com o município; ou seja: “deixa eu ir dar uma olhadinha em como esse projeto está funcionando”; ou “deixa eu ligar para auditar, monitorar.” Eu acho que o estado, ele está sobrecarregado de muitas coisas.  
(Dirigente 1-Município B)

Essa iniciativa do Fórum Permanente da Atenção Básica é importante, porque é um momento em que, uma vez no mês, as pessoas se juntam, e conseguem discutir, dar suas opiniões, mostrar suas angústias. Mas eu acho que o próprio estado devia estar mais presente dentro do município.  
(Dirigente-Município A)

Sobre os papéis do gestor federal e estadual é importante destacar a relação federativa na descentralização do SUS, uma das justificativas que embasam esse estudo. No Brasil, a atenção básica é fortemente regulada e financiada por recursos federais e eminentemente descentralizada, com uma relação mais direta entre os níveis federal e municipal. Essa questão, além de influenciar a gestão da ABS municipal, também fragiliza o papel do gestor estadual, que, de acordo com o pacto federativo na saúde,



deveria ter um papel de coordenação e, portanto, estar mais presente na implementação local das políticas de saúde.

Quanto ao papel municipal, é fundamental a decisão política do gestor local na implementação de propostas formuladas nacionalmente. Nos dois municípios percebeu-se, por meio das entrevistas, uma priorização da gestão local para a implementação do NASF:

(...) o Secretário Municipal, ele conseguiu entender essa proposta (NASF); que era mais uma ação que vinha a complementar, ia tentar melhorar essa Unidade. (Dirigente – Município A)

Do governo municipal, atualmente, é o que eu estava te falando: o NASF está sendo, como se diz assim, a bola da vez! Então, assim, está sendo implementado, o NASF está sendo melhorado, está-se apostando no NASF. (Dirigente 2 – Município B)

No que se refere às percepções da relação entre as três esferas de governo na implementação da proposta, citou-se entre os dirigentes uma insuficiente articulação entre os níveis federal, estadual e municipal. Criticou-se o pouco diálogo entre as esferas de governo e as relações enfraquecidas, sendo que cada nível desenvolve seu papel de forma isolada e distanciada.

Um dos dirigentes do município B apontou não haver relação entre as três esferas de governo, excetuando-se o financiamento. Disse ainda que a implementação do NASF só se realizou no município, predominantemente, por uma decisão do gestor local. Já o dirigente do município A citou o Sistema de Informação da Atenção Básica para exemplificar a desarticulação entre as três esferas de governo no que concerne à implementação do NASF. O dirigente alegou ser necessário um maior conhecimento dos níveis federal e estadual sobre a realidade local, a fim de aprimorar as políticas:

Criou-se o NASF, criou-se algum tipo de análise dessa atuação do NASF dentro do programa? Eu não tenho nada; eu criei um programa, mas eu não tenho nada dentro do meu sistema de informação que me fale do NASF. O que esse cara está fazendo, fez visita? fez grupo? fez o quê? Então, por isso que eu falo assim: eu acho que não tem essa comunicação. Eu acho que eles têm que escutar, cada um, um pouquinho mais aos outros; e escutar principalmente quem está na ponta para saber: “e aí? A gente formulou, mas o que a gente pode trazer, o que vocês podem me dar de resposta para isso, para que a gente possa estar melhorando? Isso não existe”. (Dirigente-Município A)

Sobre a participação das três esferas de governo no financiamento da proposta NASF os dirigentes dos dois municípios divergiram em suas colocações. Para o dirigente do município A, o financiamento federal da proposta apenas possibilita a indução de sua implementação local, pois existe uma significativa contrapartida municipal. Isso favorece muitos investimentos locais nas ações para o NASF com garantia de financiamento próprio. Já para os dirigentes do município B, o

financiamento federal e municipal para o NASF está acontecendo de forma satisfatória, com maior evidência de investimentos por parte do gestor federal, seguido do municipal.

Sobre o financiamento da esfera estadual para o NASF, os entrevistados alegaram ser insuficiente. Essa constatação remete às fragilidades históricas desse gestor quanto ao papel de financiador de políticas de saúde, o que é contrário às responsabilidades dos entes federativos no contexto do SUS, no qual o estado também deveria ter uma contrapartida de recursos financeiros.

Quanto à existência de assessoria, acompanhamento, monitoramento e avaliação para o desenvolvimento das ações do NASF pelos governos federal e estadual, os entrevistados também as consideraram ausentes. Citaram que não há respaldo dos outros níveis de governo para as ações desenvolvidas localmente. Dessa forma, os dirigentes de ambos os municípios referiram observar uma diversidade de interpretações sobre a proposta e que estas resvalam em equivocadas maneiras de implementar o NASF. Apontaram novamente um isolamento local no conhecimento sobre a proposta, o que poderia ser diferente caso os gestores de outras esferas de governo estivessem mais próximos no exercício dessas funções:

Eu não vi ninguém, até agora, do estado ou do Ministério me ligar para dizer assim: “e aí, como é que está?”. Eu não vi ninguém aqui, in loco dizer assim: “cadê tua equipe, o que está fazendo”. Então, é o que eu falo: eles soltam e cada um dá seu jeito. (...) E às vezes as diferentes interpretações de matriciamento e de NASF, se dão por conta disso; porque não tem essas esferas ligadas juntamente com o município. (...) não tem ninguém vindo aqui, ajudar a engatinhar. Estamos engatinhando por nossas próprias pernas (...) Eu não tenho esse respaldo de nenhuma das esferas; isso eu não te tenho. (Dirigente-Município A)

### *Processo político de implementação dos NASF*

A partir da análise dos documentos municipais e das entrevistas realizadas com os dirigentes e profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família apresenta-se um panorama do processo político de implementação dos NASF nos dois municípios.

A portaria que instituiu o NASF foi divulgada pelo Ministério da Saúde em 2008, ano de eleições municipais. Tal contexto influenciou o processo de implementação inicial do NASF nos municípios selecionados. A formulação do projeto NASF foi feita por uma equipe gestora e a prática das ações foi iniciada por outros atores locais, devido às mudanças de gestão. Isso ocasionou certo desconhecimento dos entrevistados sobre a forma como foram elaborados os projetos municipais e resultou em iniciativas locais de reformulação da proposta original do NASF.

Algumas questões ficaram evidentes nesse processo que vai da elaboração do projeto à época de realização da pesquisa. Em ambos os municípios o início das ações do núcleo ocorreu sem preparo prévio dos profissionais. A entrada dos profissionais do NASF nos territórios de Saúde da Família ocorreu sem o conhecimento prévio das equipes sobre as atividades a serem desempenhadas. Nesse primeiro momento, os entrevistados afirmaram que o NASF realizava apenas atendimentos individuais à população adscrita da ESF.

Contudo, a partir das mudanças de gestão, os dois municípios buscaram reformular o NASF. No município A, esse processo de mudança teve uma evidente parceria da equipe municipal de Saúde Mental, o que contribuiu para uma maior clareza da gestão da ABS sobre a importância e as características da proposta. Buscou-se uma nova construção para o NASF local, como uma equipe de profissionais especialistas que veio contribuir para a composição de uma rede de serviços em saúde, mas principalmente, para a diminuição dos limites de ação da Saúde Mental na ABS, conforme segue:

O start disso tudo foi quando a própria Saúde Mental do município começou a dar uma ajuda para gente, dentro da Saúde da Família; e a gente, meio que foi no peito e na raça reestruturando o NASF (..) e a gente vê que essa proposta do NASF, ela sai muito pela Saúde Mental, né (...) A gente vê que bate sempre, em todo município está tendo muito isso: o ponto de partida, o start, vem pela Saúde Mental mesmo. (Dirigente-Município A)

(...) a Coordenadora do Programa de Saúde Mental, brigando pela implementação do NASF, pela importância que o NASF tem, como uma equipe que pode estar prestando um serviço junto à composição de uma rede de serviços no município, junto com a Saúde Mental, junto a todos os dispositivos, e mais estritamente as questões da Saúde Mental (Profissional-Município A)

A influência da equipe de saúde mental na implementação do NASF do município A pode estar relacionada ao acúmulo de conhecimentos que os atores locais dessa área têm em relação ao tema matriciamento, seja por questões de formação ou também por competências adquiridas por meio da experiência profissional.

A fase de reformulação do NASF no município A teve início com uma nova conformação da equipe em janeiro de 2010, na qual os profissionais da equipe anterior foram substituídos e começaram a trabalhar novos três profissionais. Posteriormente, em maio do mesmo ano, aconteceu uma ampliação da equipe para sete profissionais: médico psiquiatra, médico pediatra, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, educador físico.

Nesse mesmo mês e ano, a equipe do NASF passou a se reunir mensalmente. Nessas reuniões aconteceu um processo de organização e planejamento do trabalho com as seguintes atividades: busca de informações sobre o caráter da proposta nacional a partir de leituras de bibliografia e documentos sobre o NASF; elaboração de questionário às equipes de Saúde da Família para maior conhecimento das funções dos profissionais; agendamento de visitas às USF para apresentação dos profissionais do núcleo; sistematização das respostas dos questionários encaminhados às equipes; elaboração das atividades de cada área estratégica do NASF local com discussão e troca de informações entre os profissionais da equipe. Em uma dessas reuniões também foi apresentado o processo de planejamento do NASF do município de Belo Horizonte/MG, com vistas ao conhecimento dessa experiência local.

Uma das atividades da equipe do NASF foi elaborar e organizar um evento, que contou com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde, para a sensibilização dos profissionais da Estratégia Saúde da Família quanto à proposta e organização das atividades conjuntas com o NASF.<sup>liii</sup> Deste evento participaram todas as equipes de Saúde da Família do município e cada uma teve a oportunidade de apresentar suas principais demandas, bem como discuti-las em conjunto com os profissionais do NASF durante as oficinas de trabalho realizadas. Também se contou com a participação de especialistas convidados das áreas de ABS e de Saúde Mental nesse evento.<sup>liv</sup>

A capacitação prévia sobre o conteúdo e os objetivos da proposta permitiu ao município A uma organização das ações em saúde do NASF de forma coletiva e participativa, anterior ao início das atividades nos territórios em outubro de 2010.

O dirigente 2 do município B citou que o início da implementação local do NASF foi confuso, pois os profissionais das equipes de Saúde da Família encaminhavam atendimentos individuais aos profissionais especialistas e estes se recusavam a atender, o que gerou conflitos nesse momento inicial. Isso remete às ambiguidades em relação à atuação do NASF, pois a necessidade do atendimento individual não é contrária à necessidade do apoio matricial às equipes. No entanto, constatou-se que há uma dificuldade de clareza sobre essa questão quando observada a implementação local.

No momento da pesquisa, o processo de reformulação do NASF ainda era muito incipiente no município B. Além das mudanças eleitorais, a coordenação do

---

<sup>liii</sup> O tema do evento foi: “NASF-Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Ação Multiprofissional na Atenção Básica” e ocorreu no dia 20/08/10.

<sup>liv</sup> Ressalta-se a presença de um representante da Sociedade de Medicina de Família do estado do Rio de Janeiro e de um representante da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

NASF também estava sendo modificada, o que representa a interferência da instabilidade político-eleitoral nas questões técnico-assistenciais. O momento era de ajustes e de organização para capacitações dos profissionais sobre o NASF. A coordenação local do núcleo almejava um maior estreitamento dos especialistas do núcleo ao apoio matricial, visto que as práticas locais estavam relacionadas apenas ao atendimento individual. Para esse fim, buscava-se um apoio da SES/RJ.

Nos dois municípios não houve, num primeiro momento, uma participação das equipes de Saúde da Família na formulação do projeto do NASF, ficando a cargo do gestor local a sua elaboração. Isso pode ter levado à proposição de projetos distantes da realidade e das necessidades identificadas pelas equipes de Saúde da Família.

No que se refere à definição do território para a atuação do NASF, os atores do município B consideraram que foram escolhidas as unidades de Saúde da Família que expressavam maiores necessidades da população local. No município A o NASF abrange todo o território das equipes de Saúde da Família.

Tanto no município A quanto no município B não existiram experiências anteriores de inserção de outras categorias profissionais na Estratégia Saúde da Família. Os entrevistados desconheciam os critérios utilizados para a definição das categorias profissionais do projeto NASF. No entanto, o dirigente do município A apontou que, no momento de reformulação, a escolha e os critérios das categorias profissionais que comporiam o NASF tiveram o apoio da coordenação da Saúde Mental municipal:

Foi uma construção, a gente foi sentando. É o que eu falei: a partir do momento em que a gente começou a realmente retomar o NASF em si, foi meio que um empurrão mesmo que a Saúde Mental deu na gente (...) Quem fez esses primeiros contatos foi a Coordenadora da Saúde Mental. Então a gente foi fazendo os contatos com esses profissionais; eles foram comprando a nossa ideia; e aí eles foram sendo inseridos dentro da equipe. (Dirigente-Município A)

O dirigente 1 do município B apontou que a escolha das categorias profissionais para o NASF considerou as necessidades dos territórios e teve foco na assistência em saúde individual. O dirigente 2 apontou que nesse processo priorizou-se o objetivo de atendimento à demanda reprimida, principalmente, no que se refere às especialidades médicas. Nesse sentido, o profissional também relatou que a escolha desses profissionais pode ter sido planejada com vistas a desafogar os atendimentos de especialistas na atenção de média complexidade.

A decisão política relativa ao processo de seleção dos profissionais para a atuação no NASF ocorreu de forma diferenciada nos municípios-caso. No município A, os profissionais foram selecionados a partir de um aproveitamento da rede municipal de saúde e também por meio de um conhecimento prévio dos profissionais da própria

região de saúde, com realização de contatos prévios, expertise e experiências exitosas em outros municípios vizinhos. No município B, a forma de seleção adotada foi a análise de currículos e entrevistas por meio de seleção aberta.

Essa diferenciação na forma de seleção pode ter contribuído para a formação de uma equipe mais experiente no município A em relação ao município B. No último, observou-se a inserção de profissionais muito jovens e sem conhecimento nas áreas da atenção básica e da ESF para atuação no NASF. Constatou-se na pesquisa de campo que essa forma de seleção possibilitou uma oportunidade de trabalho para profissionais recém-formados nessa região, onde alguns estão vivenciando seu primeiro emprego. Dessa forma, diferenças no processo de seleção dos profissionais para o NASF podem se refletir na implementação local da proposta.

Ainda em relação ao processo político de formulação da proposta, os entrevistados não souberam responder se houve debate, mas afirmaram ter havido aprovação do projeto municipal do NASF no Conselho Municipal de Saúde. Os entrevistados desconheciam o processo de debate e aprovação do referido projeto na Comissão Intergestores Bipartite/RJ.

Sobre a participação da SES/RJ na implementação local da proposta, o dirigente 1 do município B apontou que esse gestor apenas realizou a análise do projeto. Já o dirigente do município A disse não ter havido qualquer diálogo com a SES/RJ no processo de reformulação do NASF e citou como aconteceu o conhecimento do gestor estadual sobre a implementação municipal do NASF:

Não houve esse diálogo. O que houve é assim: a Secretaria de Estado acabou tendo participação, ciência de como a gente estaria implementando, porque teve um encontro regional no Espírito Santo (...) Foi quando eu coloquei que a gente começou a montar de novo, a remodelar essa equipe outra vez, que o NASF não estava com a proposta que era; que então a gente juntou os profissionais, depois partiu para o Encontro e tudo. E daí é que a assessoria da Atenção Básica também escutou (...) gostou desse tipo de construção que a gente estava tendo dentro do município e me convidou para estar indo lá. Então, assim, a participação do estado, em si, foi nesse momento, e aí o estado tomou ciência. (Dirigente – Município A)

De qualquer forma, a partir do conhecimento do representante da SES/RJ sobre a reformulação local do NASF no município A, o dirigente foi convidado a apresentar sua experiência local no encontro do Fórum Mensal Permanente de Atenção Básica da SES/RJ, em setembro de 2010, cujo tema foi “Saúde da Família e Apoio Matricial: compartilhando saberes para a promoção do cuidado”.

### *Características e organização dos NASF*

Existem diversas realidades políticas, institucionais e de organização dos sistemas de saúde nos municípios brasileiros. Assim, considera-se que é preciso levar em conta essas características ao analisar a conformação dos NASF locais, pois está relacionada ao tamanho, à estrutura dos serviços de saúde, à capacidade gestora, aos aspectos políticos, dentre outros. Para a caracterização dos NASF nos municípios, foram utilizadas como fontes de informação as entrevistas realizadas com dirigentes e profissionais dos municípios pesquisados, bem como algumas observações registradas durante o trabalho de campo.

Para os entrevistados do município A, a vinculação administrativa e técnica do NASF está atrelada à Estratégia Saúde da Família e à ABS. O dirigente municipal entrevistado é o coordenador da ESF e não existe uma coordenação específica para o NASF. Observou-se nesse município uma nítida proximidade das ações do núcleo com as atividades da ESF.

No município B, constatou-se uma dificuldade na resposta sobre a vinculação técnica e administrativa da proposta, tanto por parte do dirigente 1 quanto do profissional entrevistado. O profissional apontou que o NASF é diretamente vinculado ao Secretário Municipal de Saúde enquanto que o dirigente 1 respondeu que está vinculado apenas à coordenação do NASF. Nesse município, verificou-se um distanciamento e desvinculação entre as coordenações de Saúde da Família e do NASF. Sendo assim, os dados sugerem uma implementação do NASF com frágil vinculação à ESF desde a gestão do sistema de saúde.

O quadro 4.1 apresenta a carga horária semanal, as formas de contratação e as faixas de remuneração dos profissionais do NASF no município A e no município B.

**Quadro 4.1: Carga Horária Semanal, Formas de Contratação e Faixa de Remuneração dos Profissionais do NASF, Município A e Município B.**

Item	Município A	Município B
<b>Carga Horária Semanal</b>		
- Outros Profissionais de Saúde	20 horas	40 horas*
- Médicos	20 horas	20 horas
<b>Forma de Contratação</b>	Contratação Temporária e Cargo Público	Contratação Temporária
<b>Faixa de Remuneração dos Profissionais (R\$)</b>	2.500,00	691,68 a 3.800,00**

Fonte: Entrevistas semi-estruturadas e documentos municipais. Elaboração própria da autora.

\*Exceto as categorias de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, que podem fazer 20 horas semanais, conforme previa a portaria GM/MS 154/08. Na época da pesquisa de campo ainda não vigoravam as novas regras de carga horária do NASF conforme a PNAB 2011.<sup>1</sup>

\*\*O menor salário consta na Lei Municipal nº3381<sup>81</sup>, e o maior salário foi informado na entrevista com o dirigente 1.

Em relação ao quadro 4.1 observou-se que no município A a carga horária semanal e a remuneração tem isonomia para todos os profissionais do NASF. Vale destacar que esse município adotou carga horária de trabalho diferenciada da proposta nacional vigente à época de realização da pesquisa. A forma de contratação para o NASF no município A é mista, com aproveitamento de alguns profissionais estáveis e que já pertenciam à rede.

Já no município B a diferenciação salarial entre as categorias profissionais é significativa, o que causa dificuldades para a gestão do NASF. O dirigente 1 citou que a política salarial do município para a ESF é inadequada e o mesmo tem acontecido com o NASF. De qualquer forma, os profissionais do NASF ainda estão em desvantagem se comparados seus salários ao dos profissionais da ESF. A categoria do NASF que tem menor salário é o educador físico e a que tem maior salário é o médico<sup>iv</sup>.

No município A, os entrevistados consideraram adequados e satisfatórios os equipamentos e a estrutura física para o NASF. O espaço físico onde está alocado o núcleo é o mesmo da Gerência da Estratégia Saúde da Família e da Gerência de Programas na Secretaria Municipal de Saúde. Os equipamentos utilizados nessa estrutura são iguais para ambas as gerências e para o NASF: computadores com acesso à internet, impressora, telefone, mesa de reunião com cadeiras e armários. Além disso,

<sup>iv</sup> A Lei Municipal nº 3381<sup>81</sup> prevê os seguintes salários: educador físico (40 h/s) – R\$ 691,68; fisioterapeuta (40 h/s), psicólogo (40 h/s), assistente social (40 h/s), nutricionista (40 h/s) – R\$ 926,10 e coordenador municipal do NASF (40h/s) – R\$ 912,45. O salário dos médicos foi citado na entrevista com o dirigente 1 e equipara-se ao médico da ESF. (R\$ 3.800,00)



existem outros equipamentos para serem utilizados pelos profissionais do núcleo: veículo, recursos audiovisuais, TV. As Unidades de Saúde da Família desse município apresentaram boa estrutura física e condições satisfatórias para a realização de atividades compartilhadas entre os profissionais das equipes de saúde da família e do NASF, bem como o uso comum de materiais e equipamentos.

No município B, a estrutura física dos NASF localiza-se em uma das policlínicas. A sala do NASF é compartilhada com a coordenação do Programa de Tuberculose, que também é um atributo da Coordenação do NASF. Na mesma policlínica fica localizada a Secretaria Municipal de Saúde e suas gerências. No entanto, a sala do NASF não é próxima às outras coordenações da ABS, mas sim aos consultórios médicos de especialidades. Os dirigentes citaram que serão destinados em breve dois novos espaços, um para cada NASF. No momento da pesquisa, os seus equipamentos ainda estavam em processo de compra: computador com internet, recursos audiovisuais, macas e bebedouros.

O profissional entrevistado do município B considerou a estrutura física e os equipamentos muito precários para as atividades do NASF. Referiu que a ausência de uma sede própria para o núcleo dificulta os atendimentos individuais nas USF, pois são espaços físicos inapropriados, sem ambiente adequado e específico para as ações dos profissionais do NASF.

Nos dois municípios os profissionais do NASF deslocam-se a cada dia para unidades diferentes a fim de realizar suas atividades. No entanto, o planejamento e a organização do processo de trabalho são diferentes em cada um deles. No município A, conforme já citado, o início das ações nos territórios foi precedido por evento que reuniu profissionais das equipes de Saúde da Família e do NASF para conhecimento prévio das demandas. Essa ação possibilitou uma organização das atividades em função das necessidades apresentadas, com elaboração de cronograma mensal e visitas às USF. No momento da pesquisa, estava sendo elaborado o primeiro cronograma de atividades mensais do NASF, conforme a fala de um dos entrevistados:

Tudo é um processo de construção dentro da nossa equipe, né. Então, é aquilo que a gente vai e volta, recua, muda.(...)Então, esse processo de trabalho foi feito todo em função dessa demanda; o cronograma foi montado, todo, em função da demanda.(...) E, a partir deste ano, a gente começou a montar o cronograma mensal pelas Unidades. (Dirigente-Município A)

No planejamento e elaboração do processo de trabalho do NASF no município B, não houve registro de busca prévia dos atores locais para um melhor conhecimento sobre a proposta. Também não aconteceu uma investigação de demandas das equipes anterior ao início das atividades. Nesse município, aconteceram reuniões da

coordenação do NASF com os profissionais especialistas, objetivando o planejamento das propostas de ação de cada área de conhecimento. Essa limitada articulação com as equipes de Saúde da Família ocasionou muitos conflitos no processo de trabalho, conforme se observou nas falas dos entrevistados:

Quando nós entramos no NASF, nós tínhamos uma Coordenadora e aí a equipe se uniu, em várias reuniões e cada especialista montou uma proposta de atuação; e assim é que a gente começou a trabalhar: dentro dessa proposta de atuação, né. O psicólogo vai fazer Educação em Saúde com relação a Planejamento Familiar, Álcool e Drogas, vai identificar, vai... Enfim, então, hoje, cada profissional tem sua própria rotina. (Dirigente 1 -Município B)

Então, foi o que eu te falei. Assim, foi tudo muito confuso no início, porque ninguém sabia como ia acontecer. A gente começou a elaborar mesmo a partir do momento em que a gente foi para a equipe de Saúde da Família. (Profissional – Município B)

As atividades realizadas pelos profissionais do NASF no município A partem de um planejamento prévio com as equipes de Saúde da Família, elaboração de cronograma mensal e reunião sistematizada semanal dos profissionais do núcleo. No município B, o dirigente 1 apontou que é realizada reunião mensal para a equipe do NASF, contudo não relacionou seu objetivo a uma organização prévia do trabalho mas, sim, à apresentação de produtividade e metas. Cada profissional tem seu planejamento de atividades. Não existe troca de informações entre a equipe do núcleo e as equipes de Saúde da Família de forma sistematizada.

Quando questionados sobre ações diferentes do NASF local em relação ao que preconiza sua portaria federal, os entrevistados do município A apontaram não existir diferenças entre a proposta formulada nacionalmente e a implementada localmente. Já o dirigente 2 do município B sinalizou que uma diferença seria o peso dos atendimentos individuais em saúde realizado pelos profissionais do NASF. O profissional disse que as ações dos núcleos são mais caracterizadas por atendimentos individuais e menos pelo apoio matricial.

Por meio dessas falas, verificou-se mais uma vez a abordagem dicotômica entre atendimento individual e apoio matricial no processo de implementação do NASF no município B, o que pode ser considerado um falso dilema. Essa questão teve origem na formulação da proposta nacional, quando aconteceram debates sobre o caráter de atuação do NASF ser de apoio matricial e/ou envolver atendimentos diretos.

Dessa forma, o NASF foi uma proposta adotada no âmbito nacional para que se mantivesse o modelo de porta de entrada da Estratégia Saúde da Família e se expandisse o escopo de atuação da atenção básica, principalmente relacionado à concepção do apoio matricial por outros profissionais especialistas. De qualquer forma, considera-se

que a assistência individual não é incompatível com o apoio matricial e os profissionais dos núcleos podem realizar os dois tipos de ação, desde que coordenados pelas equipes de Saúde da Família e integrados ao modelo assistencial da Atenção Básica em Saúde.

### *Modelo de Atenção dos NASF*

Nesse item apresentam-se os resultados da pesquisa relativos ao modelo de atenção do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, abrangendo: o caráter/natureza do NASF; as ações e atividades desenvolvidas; o processo de educação permanente, o monitoramento e a avaliação das ações do NASF; a relação entre o NASF e as ESF e a relação do NASF com a rede municipal de saúde e de outras políticas públicas. Para tanto foram utilizados os dados das entrevistas e também documentos municipais.

No município A, o caráter e a natureza do NASF vinculam-se ao apoio matricial e à assistência individual em casos específicos previamente discutidos com as equipes de saúde da família. No município B, conforme já sinalizado anteriormente, o falso dilema entre assistência individual e apoio matricial apareceu nas falas dos entrevistados, ao ser apontado um destaque para a assistência direta em saúde nas ações do núcleo e uma necessidade de mudança para o apoio matricial:

O caráter do trabalho do NASF, ele está funcionando, assim, totalmente de assistência à população (...) O que eu cheguei à conclusão? Que o NASF, ele é para dar esse apoio matricial, ele foi feito para isso. No sentido de quê? De aumentar essa resolutividade, qualificar, de proporcionar aos agentes comunitários de saúde, aos técnicos, aos próprios enfermeiros, eles voltarem esse olhar. (Dirigente 1- Município B)

O município A possui dois instrumentos de registro das atividades do NASF: um livro ata das reuniões da equipe e um livro de ocorrência das ações realizadas pelos profissionais. O quadro 4.2 apresenta os tipos de atividades desenvolvidas, a especificação da atividade e os profissionais que a realizaram, obtidos por meio do livro de ocorrências da equipe do NASF no ano de 2010 e da entrevista com o profissional do NASF.

**Quadro 4.2: Tipo, Especificação e Profissionais Responsáveis das Atividades Desenvolvidas pelo NASF – Município A, 2010.**

<b>Tipo de Atividade</b>	<b>Especificação da Atividade</b>	<b>Profissionais Responsáveis</b>
<b>Consultas clínicas individuais a partir da referência das ESF</b>	Atendimentos individuais previamente agendados pelas equipes de Saúde da Família	Médico Psiquiatra Assistente Social Fisioterapeuta
<b>Discussão de casos clínicos</b>	Matriciamento nas consultas de puericultura	Médico Pediatra
	Orientação das equipes para alguns casos mais graves em Saúde Mental	Médico Psiquiatra
<b>Ações clínicas compartilhadas com os profissionais da ESF</b>	Puericultura	Médico Pediatra
	Saúde Mental	Médico Psiquiatra
<b>Atividades de educação permanente com os profissionais da ESF</b>	Capacitação em aleitamento materno para os profissionais da ESF	Nutricionista e Médico Pediatra
<b>Discussões sobre o processo de trabalho da equipe de AB e também do próprio apoio</b>	Reuniões semanais da equipe NASF	Todos os profissionais do NASF
<b>Elaboração de intervenções no território em conjunto com as equipes de saúde da família</b>	Grupo de sala de espera	Médico Psiquiatra
	Evento sobre Bolsa Família e Promoção de Atividades Físicas	Assistente Social e Educador Físico
	Roda de Conversa e Atividades Físicas em grupos de gestantes	Psicólogo e Educador Físico
	Atividades físicas para hipertensos	Educador Físico
	Oficina de culinária	Nutricionista
	Atividades específicas em grupos de adolescentes grávidas	Psicólogo Nutricionista Educador Físico
	Roda de conversa sobre direitos sociais	Assistente Social
	Elaboração de folders educativos sobre o NASF, a importância da atividade física e cuidados com pacientes depressivos, ações do Terapeuta Ocupacional e Fisioterapeuta no NASF.	Todos os profissionais do NASF
<b>Realização de visitas domiciliares em conjunto com as equipes de saúde da família</b>	Diversas visitas domiciliares sinalizadas pelas equipes de Saúde da Família, programadas e realizadas em conjunto, principalmente, com o enfermeiro e o ACS.	Médico Pediatra Médico Psiquiatra Terapeuta Ocupacional Fisioterapeuta Assistente Social

Fonte: Livro de Ocorrências da equipe NASF e entrevista com profissional (Município A). Elaboração própria da autora.

\*A definição dos tipos de atividade foi adaptada do instrumento do PMAQ-Módulo2, no que concerne às atividades previstas para a equipe Saúde da Família/NASF, cedido pela equipe responsável pelo projeto.

A equipe do NASF também desenvolveu algumas atividades relacionadas à gestão, tais como a construção de relatório das atividades do NASF para o novo Secretário Municipal de Saúde, com agendamento de reunião para sua apresentação e discussão, e também a organização de um Plano de Ações e Metas a curto, médio e longo prazo a ser executado no ano seguinte.

A inexistência de instrumento de registros no município B não permitiu um maior detalhamento das ações desenvolvidas pelo NASF e a análise limitou-se aos dados das entrevistas. As atividades do NASF nesse município são: atendimentos individuais, sala de espera, atividades em escolas, visitas domiciliares sinalizadas pelas equipes de Saúde da Família, mas não necessariamente em conjunto com as mesmas:

Eu vou cada dia para um PSF. Pacientes que precisam ser atendidos individualmente, que são as prioridades, eu marco. Quando tem atendimento de médico, por exemplo, é dia do Hiperdia; eu faço uma sala de espera com os pacientes do Hiperdia. Ou é dia de Demanda Livre, eu faço Sala de Espera com os pacientes da Demanda Livre. Igual eu te falei: o grupo é mais difícil, que a população não vai, não comparece. Quando há possibilidade de a gente estar indo aos colégios, eu sempre vou, sempre gosto de trabalhar com colégio, porque acredito que a gente vai começar daí. A prevenção e a promoção a gente vai atingir aí, porque a população adulta já é muito condicionada ao atendimento individual. Aí, assim, eu faço os atendimentos; quando é pedido, quando já demanda, a gente faz Visita Domiciliar; quando consegue formar o grupo, a gente faz. (Profissional-Município B)

No município A, o profissional entrevistado afirmou que todas as ações do NASF têm relação com o trabalho em equipe, pois se busca uma escuta diferenciada para as necessidades da equipe e os profissionais do núcleo precisam estar atentos a isso. Percebeu-se uma participação ativa dos profissionais do NASF nas ações da ESF, mesmo que ainda não exista uma presença sistematizada desses profissionais nas reuniões semanais das equipes de Saúde da Família. No município B, os entrevistados não mencionaram características para um trabalho em equipe.

Por meio da análise dos dados sobre atividades e ações de trabalho em equipe dos NASF, percebe-se que no município A a implementação da proposta aconteceu de forma mais integrada, em que profissionais do NASF tem contínuo contato com as equipes de Saúde da Família para troca de informações e planejamento de atividades conjuntas, o que pode contribuir no aumento da capacidade resolutiva dessas equipes. Já no município B essa integração ainda é incipiente e pode apontar necessidade de melhor organização do trabalho para a realização de práticas assistenciais mais coordenadas entre equipes do NASF e equipes de Saúde da Família.

Nos dois municípios, até o momento da pesquisa, ainda não haviam ocorrido ações sistematizadas para a formação e a capacitação dos profissionais do NASF. No município A estava sendo planejada uma capacitação sobre o uso de álcool e outras

drogas. O profissional apontou que existem trocas de informações entre os profissionais do NASF sobre capacitações que podem ser feitas às equipes de Saúde da Família, o que permite a contribuição de todas as categorias profissionais no planejamento das capacitações.

A relação entre a equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família foi considerada positiva em ambos os municípios. Os entrevistados do município A afirmaram que essa relação é uma construção, uma parceria com boa receptividade pelas equipes e vista como uma oportunidade de apoio. Entretanto, no município B, apesar de amigável, os entrevistados apontaram alguns entraves como, por exemplo, pouco conhecimento das equipes de Saúde da Família sobre a proposta e uma comunicação mais próxima dos profissionais do NASF apenas com alguns membros, como o enfermeiro e o ACS.

Quanto à relação do NASF com outros serviços de saúde e sua possibilidade de ser um articulador da rede, as entrevistas apontaram características divergentes nos dois municípios. Em ambos, existe um trabalho ainda muito inicial para a articulação com outros serviços de saúde e não se constatou uma sistematização do trabalho para essa finalidade. No entanto, é preciso considerar a necessidade de uma organização interna da atenção básica e o NASF pode ser um propulsor para esse fim em ambos os municípios.

Sobre o município A, as informações obtidas nas entrevistas sinalizaram uma boa relação com outros serviços de saúde. A articulação com esses serviços é vista como necessária na resolução das demandas de saúde, assim como a constituição de um trabalho em rede. A integração de toda a rede é vista como necessária e como um dos objetivos do NASF. Contudo, ainda é uma articulação inicial, pois também há desconhecimento da rede sobre a essência do NASF. Os entrevistados citaram que a primeira oportunidade para um trabalho mais sistematizado e articulado com a rede surgiu a partir do ambulatório de saúde mental, que já realizou convite para a participação dos profissionais do NASF nas reuniões semanais.

A gente fica sendo a ponte não só com a Saúde da Família, mas com os outros dispositivos da saúde. Que eu acho que a intenção é que a gente possa, de fato, constituir uma rede de serviços. (Profissional-Município A)

A própria equipe se preocupou em ir procurar os órgãos responsáveis – as policlínicas, o hospital – para estar colocando qual é o nosso papel; para que a gente está vindo. Como houve já essa demanda imediata da Unidade, a única, ainda, entrada que a gente teve foi dentro da Saúde Mental, na Policlínica Municipal. Assim, eles têm reuniões semanais, em que a nossa própria equipe foi convidada a participar; e até para estar entendendo qual o papel da Saúde Mental do município; e a Saúde Mental também estar entendendo o nosso

papel. Mas já está começando a ter essa divulgação e a gente está tentando esclarecer qual o nosso papel no Município. (Dirigente-Município A)

Na entrevista com o profissional do município B, a relação com a rede foi relatada como distante e sem articulação. Há citação de resistência por parte dos outros serviços em aceitar encaminhamentos do NASF:

Eu acho meio distante, acho que é muito distante até. Porque a gente não tem muita ligação com esses outros setores. (...) na realidade eu acho muito distante uma coisa da outra. Quando a gente precisa fazer encaminhamento mesmo, existe uma resistência muito grande dos outros setores. Então, assim, não acontece muito essa articulação, não. (Profissional-Município B)

O dirigente 1 do município B sinalizou uma aproximação com os profissionais do Centro de Atenção Psicossocial por terem um conhecimento melhor sobre os objetivos do NASF. Esse ator também apontou uma busca de maiores informações sobre a rede de serviços para a realização de encaminhamentos. Já o dirigente 2 do município B considerou que essa articulação com a rede existe apenas por meio de ações pontuais, para casos e usuários específicos, mas que o núcleo ainda não funciona como articulador da rede de serviços.

No início a gente teve um pouco de dificuldade em articular com a rede. Os gestores, por exemplo, do CAPS, que já tinham conhecimento, já tinha escutado falar no NASF e tal, a gente teve uma aceitação maior. (Dirigente 1 - Município B)

Pontualmente, eles desenvolvem ações buscando resolutividade de algum caso, de algum paciente; pontualmente. Mas ele não funciona como articulador, não. (Dirigente 2 -Município B)

Os entrevistados citaram algumas iniciativas no que se refere ao desenvolvimento de atividades do NASF junto às outras áreas de políticas públicas em ambos os municípios. As ações, no entanto, são ainda incipientes, sem sistematização e sem contato formal entre as secretarias municipais. As áreas de educação e assistência social foram apontadas como potenciais parcerias, inclusive com a realização de alguns trabalhos nos territórios, conforme segue:

A gente não teve, não se preocupou em estar montando um momento de reunião com as outras Secretarias, formalizado (...) No momento a gente ainda não estruturou essas ações oficialmente; a gente vem pensando. Por exemplo, a Secretaria de Educação, a educadora física do NASF, por exemplo, a gente vem pensando, junto à Secretaria de Educação, o que a gente poderia, enquanto projeto, desenvolver junto à Educação. Com relação à gravidez na adolescência, a gente pode trabalhar junto com as escolas. Mas é isso: a gente ainda não tem isso formalizado e constituído; a gente vem construindo esse percurso na medida da necessidade. (Profissional-Município A)

A gente está agora com o programa Saúde na Escola, onde o NASF está inserido, que é um programa novo que o município foi contemplado. O NASF já estava dentro das escolas, que é um lugar ótimo para fazer, um espaço para fazer Educação em Saúde (...) a gente tem um articulação com o

CRAS – que é com o Serviço Social, com a Secretaria Social. (Dirigente 1-Município B)

A experiência local de implementação do NASF ocorreu de forma diferenciada nos municípios pesquisados. No município A, o profissional entrevistado apontou que a implementação contribuiu para a diminuição do isolamento e da angústia dos profissionais das equipes de Saúde da Família. A partir das ações do NASF, o desestímulo dos trabalhadores da ESF por não resolutividade, por limites de recursos e de conhecimentos, tem sido minimizado. Já para o dirigente entrevistado, a experiência local de implementação possibilitou ampliar o olhar da própria gestão para a Saúde da Família. O NASF veio contribuir para compartilhar responsabilidades com a gestão da atenção básica, aprimorar estratégias locais de ações na ESF e apoiar as equipes.

No município A alguns fatores locais favoreceram a implementação da proposta: as necessidades demandadas pelas equipes de Saúde da Família ao NASF; a aceitação e a adesão dos profissionais das equipes de Saúde da Família e o apoio político do gestor local. Um fator local que dificultou foi o desconhecimento da população sobre o NASF citado pelo dirigente entrevistado. Os principais avanços alcançados na implementação até o momento são: o aprimoramento dos conhecimentos das equipes de Saúde da Família; a maior resolutividade das demandas da população e maior articulação com a rede, ainda que inicial.

Como dificuldades locais do município A relacionadas às regras nacionais foram mencionadas: a carga horária de 40 horas semanais; a pouca clareza do conteúdo da proposta NASF; a não participação e o desconhecimento por parte dos atores locais na fase de formulação nacional da proposta. São desafios apontados para a consolidação do NASF local: a redução e a resolução das demandas apresentadas pelas equipes de Saúde da Família; uma maior adesão da população às ações do NASF e a solidificação da proposta NASF na ABS.

No município B, a ausência de planejamento local foi apontada pelos entrevistados como causa principal dos desencontros iniciais em relação ao NASF. Como fatores locais que contribuíram para o desenvolvimento do NASF foram citados a existência de bons profissionais no núcleo e o engajamento da recente coordenação para o aperfeiçoamento da proposta. Os entrevistados apontaram alguns elementos locais dificultadores na implementação: o precário espaço físico das USF e do NASF; o desconhecimento das equipes de Saúde da Família sobre o NASF, assim como da população e da própria rede de serviços de saúde; os salários precários e inferiores aos salários da ESF e a forma de contratação dos profissionais do NASF.



É importante destacar que as questões colocadas pelos entrevistados do município B são relacionadas à gestão. A insuficiente ou inadequada atuação da gestão da atenção básica pode ocasionar entraves importantes para a atuação do NASF e das equipes de Saúde da Família. Assim, os principais problemas mencionados são de ordem da organização do trabalho para a realização das práticas assistenciais. As condições e a capacidade que tem o gestor municipal para essa organização é fundamental para a implementação local da proposta NASF.

Foram considerados limitados os avanços alcançados a partir da implementação pelos entrevistados. No entanto, o dirigente 2 avaliou um avanço nas ações de promoção e prevenção da saúde desenvolvidas nas unidades. Como dificuldades locais observadas na implementação local foram apontadas: a forma de apresentar a produção da equipe NASF para a gestão e para os profissionais das equipes de Saúde da Família; a resistência do profissional médico da ESF à proposta NASF e a desarticulação entre as coordenações do NASF e da Saúde da Família. A realização da educação permanente com os profissionais foi mencionada como uma dificuldade local relacionada às regras nacionais, por ter que interromper os atendimentos nas USF. Assim, percebeu-se que há uma cultura local forte para a priorização da produtividade de atendimentos em detrimento das capacitações. Foram destacados os seguintes desafios para o NASF local: ter uma sede própria; promover maior articulação com as outras coordenações da ABS; ter nova forma de contratação dos profissionais; oferecer melhores salários; buscar profissionais no mercado que tenham perfil e conhecimento para atuação no NASF.

O quadro 4.3 apresenta um resumo dos resultados principais da análise da implementação local do NASF nos dois municípios-caso segundo as variáveis da pesquisa.

**Quadro 4.3: Resumo dos Resultados Principais da Análise de Implementação do NASF nos Dois Municípios-Caso segundo suas variáveis.**

Variável	Município A	Município B
<b>Início da implementação</b>	2009	2009
<b>Composição Profissional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- assistente social</li> <li>- educador físico</li> <li>- fisioterapeuta</li> <li>- médico psiquiatra</li> <li>- médico pediatra</li> <li>- nutricionista</li> <li>- psicólogo</li> <li>- terapeuta ocupacional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- assistente social</li> <li>- educador físico</li> <li>- fisioterapeuta</li> <li>- médico ginecologista</li> <li>- médico pediatra</li> <li>- nutricionista</li> <li>- psicólogo</li> </ul>
<b>Nº de NASF</b>	01	02
<b>Equipamentos e Estrutura Física</b>	- apontados como adequados e satisfatórios	- apontados como precários
<b>Funcionamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mais relacionado ao gerenciamento e matriciamento;</li> <li>- deslocamento diário dos profissionais às USF.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mais relacionado ao atendimento individual especializado;</li> <li>- deslocamento diário dos profissionais às USF.</li> </ul>
<b>Organização</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- conhecimento prévio de demandas das equipes de saúde da família;</li> <li>- elaboração de cronograma mensal de atividades em conjunto com as equipes de Saúde da Família;</li> <li>- visitas sistematizadas às USF;</li> <li>- reunião semanal da equipe NASF.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- reunião da coordenação NASF com os profissionais para elaboração de proposta de ação para cada área de conhecimento de forma isolada e sem conhecimento prévio das demandas das equipes de Saúde da Família;</li> <li>- planejamento das atividades realizado por cada profissional separadamente;</li> <li>- reunião mensal para apresentação de resultados e metas.</li> </ul>
<b>Modelo de Atenção</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- integração entre apoio matricial e assistência individual;</li> <li>- atividades: consultas clínicas individuais, discussão de casos clínicos, ações clínicas compartilhadas, atividades de educação permanente para profissionais da ESF, discussões sobre o processo de trabalho da ESF e do NASF, elaboração de intervenções no território em conjunto com as equipes, visitas domiciliares conjuntas.</li> <li>- trabalho em equipe em desenvolvimento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dicotomia entre apoio matricial e assistência individual;</li> <li>- atividades: atendimentos individuais, sala de espera, atividades em escolas, visitas domiciliares nem sempre conjuntas;</li> <li>- não foi mencionado o trabalho em equipe.</li> </ul>

<b>Relação com as equipes de saúde da família</b>	- considerada positiva, com boa receptividade e oportunidade de apoio do NASF.	- considerada positiva, embora tenha sido apontado o pouco conhecimento das equipes sobre a proposta e a maior proximidade dos profissionais do NASF apenas com enfermeiros e ACS.
<b>NASF e a rede de saúde</b>	- relação ainda inicial, sem sistematização de um trabalho mais integrado; - integração com a rede foi citada como necessária e um dos objetivos do NASF; - maior proximidade com saúde mental.	- relação ainda inicial, sem sistematização de um trabalho mais integrado; - relação com a rede foi mencionada como distante e sem articulação; - maior proximidade com saúde mental.
<b>NASF e a intersetorialidade</b>	- processo ainda inicial, sem sistematização ou contatos formais; - educação e assistência social são áreas da política pública que se apresentaram como potenciais parcerias.	- processo ainda inicial, sem sistematização ou contatos formais; - educação e assistência social são áreas da política pública que se apresentaram como potenciais parcerias.
<b>Experiência local de implementação</b>	- processo produtivo, com diminuição do isolamento e angústias das equipes de saúde da família; - aumento da resolutividade da ESF; - contribuiu para ampliar o olhar da gestão da atenção básica, compartilhar as responsabilidades da gestão, aprimorar estratégias de ação local e apoiar as equipes.	- ausência de planejamento local resultou em desencontros iniciais na implementação.
<b>Fatores locais que favoreceram a implementação</b>	- necessidades demandadas pelas equipes de Saúde da Família para o NASF; - aceitação e adesão dos profissionais da ESF à proposta; - apoio político do gestor	- bons profissionais do NASF; - empenho da nova coordenação para aperfeiçoamento da proposta.
<b>Fatores locais que dificultaram a implementação</b>	- desconhecimento da população sobre o NASF	- precário espaço físico das USF e do NASF; - desconhecimento da proposta por parte das equipes de Saúde da Família, da população e da rede de saúde; - salários precários e inferiores aos da ESF; - forma de contratação dos profissionais.
<b>Avanços alcançados na implementação</b>	- aprimoramento dos conhecimentos das equipes; - maior resolutividade das demandas da população; - maior articulação com a rede, ainda que inicial.	- ampliação da quantidade de atendimentos se comparados à Policlínica Municipal; - melhorias nas ações de promoção e prevenção de saúde desenvolvidas nas USF.

<p><b>Dificuldades locais observadas na implementação</b></p>	<p>- não foram citadas</p>	<p>- forma de apresentação da produção do NASF para a gestão e profissionais da ESF;  - resistência do profissional médico da saúde da família à proposta NASF;  - distanciamento e desarticulação entre as coordenações do NASF e da ESF.</p>
<p><b>Dificuldades locais relacionadas às regras nacionais</b></p>	<p>- carga horária semanal;  - pouca clareza sobre o conteúdo da proposta;  - não participação dos atores locais na formulação da proposta.</p>	<p>- limites da educação permanente.</p>
<p><b>Desafios para a consolidação do NASF</b></p>	<p>- reduzir e resolver as demandas das equipes de Saúde da Família;  - tornar o trabalho da ABS mais resolutivo;  - maior adesão da população;  - efetividade da proposta.</p>	<p>- criar sede própria para o NASF;  - maior articulação do NASF com outras coordenações da ABS municipal;  - modificar a forma de contratação dos profissionais;  - melhorar os salários.</p>

## Considerações Finais

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) visa buscar uma atenção mais integral na Estratégia Saúde da Família e contribuir na resolutividade de suas ações. Seu papel é apoiar as equipes de Saúde da Família no território adscrito, sem constituir uma porta de entrada especializada no sistema de saúde. Dessa forma, a instituição do NASF objetiva qualificar a atenção básica e reafirmar o modelo ESF como porta de entrada preferencial do sistema.<sup>65</sup>

O estudo consistiu em analisar a implementação do NASF, compreendido como uma estratégia da Política Nacional de Atenção Básica. Para esse fim, apresentou-se o desenho e a evolução nacional do NASF, entre 2008 e 2011, a situação da implantação dessa proposta no contexto do estado do Rio de Janeiro e a análise da implementação local em dois municípios fluminenses.

A formulação da proposta nacional do NASF esteve imbricada à configuração de dois momentos distintos na política de atenção básica durante o Governo Lula. O primeiro momento, 2003-2005, representou um período de debates que visavam a flexibilização do modelo de Atenção Básica em Saúde e rediscussão da Estratégia Saúde da Família, expressando diferentes posições dos atores do Ministério da Saúde. No momento posterior, 2006-2010, a Saúde da Família é reafirmada como modelo principal da atenção básica no Brasil. Nesse contexto, o NASF é construído como uma estratégia que vai buscar conciliar as diferentes propostas no interior do Ministério da Saúde, sem modificar o modelo de organização da ESF já existente. Sua formulação possibilitou manter os moldes originais de porta de entrada da ABS e deslocar o debate da flexibilização desse modelo para o âmbito do apoio às equipes de Saúde da Família.<sup>65</sup>

Os dados empíricos da pesquisa ao nível nacional mostraram que a proposta NASF teve uma considerável evolução quantitativa no período 2008-2011, embora a razão do número de equipes de Saúde da Família para cada NASF - que no Brasil totalizou 20,3 - ainda esteja acima da faixa recomendada pelo Ministério da Saúde - 8 a 15 equipes de Saúde da Família para cada NASF. Agregue-se a isso que nenhuma região do país está, em média, dentro da faixa equipes de Saúde da Família/NASF indicada, bem como apenas sete Unidades da Federação tem a razão condizente com o que preconiza o Ministério da Saúde até o momento.

De qualquer forma, considera-se que a expansão do NASF foi expressiva, embora desigual no território nacional. No entanto, essa é uma proposta recente na atenção básica e tem potencial de expansão adicional nas localidades em que ainda não foi atingida a quantidade de NASF recomendada pela regulamentação federal para apoiar as ESF existentes. Os núcleos também podem vir a aumentar sua capilaridade na medida em que os municípios com baixa abrangência populacional da ESF venham a implantar novas equipes de Saúde da Família.

Quanto à composição profissional dos NASF ao nível nacional, observou-se que a categoria profissional de saúde mais frequente é o fisioterapeuta, seguida por psicólogo, nutricionista e assistente social. Também se observou uma pequena quantidade de especialidades médicas se comparada às outras categorias da saúde, destacando-se como as mais indicadas o médico pediatra e o médico ginecologista.

Esse dado enfatiza o resultado da análise sobre os condicionantes de formulação da proposta em que se observou uma forte influência da reivindicação de outras categorias profissionais de saúde para a inserção na Estratégia Saúde da Família. Assim, o NASF além de reafirmar a porta de entrada do sistema por meio da Saúde da Família, também foi uma inovação no que se refere à possibilidade de inserção de outras categorias da saúde na ESF com a perspectiva do apoio matricial.<sup>65</sup> Nesse sentido, o NASF possibilitou uma ampliação do mercado de trabalho na atenção básica para várias categorias profissionais atuantes na área da saúde.

Segundo Hogwood e Gunn<sup>11</sup>, o momento da implementação é um elemento chave da política e permite contribuir para um processo maior de produção de políticas (*policy-making*). Em países federativos a implementação de políticas pode ser bastante complexa. Nesse sentido, Lima et al.<sup>9</sup> destacam os desafios sobre a análise do papel do Estado nos estudos de política de saúde no Brasil, visto que o contexto político democrático federativo permite o exercício do poder estatal por três entes governamentais – União, estados e municípios.

Machado<sup>10</sup> aponta que no caso da saúde, o processo de descentralização político-administrativa a partir da implementação do SUS, permitiu diversas alterações no papel das esferas de governo, com forte regulação do gestor federal por meio de normas e portarias relacionadas a mecanismos financeiros e ampliação de seu poder de indução sobre os estados e os municípios desde os anos 1990.

Dessa forma, o contexto das relações federativas no Brasil permite uma atenção básica eminentemente descentralizada para os municípios, mas fortemente regulada por normas nacionais e financiada por recursos federais. Assim, o pacto federativo brasileiro influencia diretamente a gestão da ABS e, por isso, foi muito importante nessa pesquisa considerar suas implicações para a implementação do NASF, uma vez que também expressa a descentralização da ABS brasileira.

Ainda que exista uma ênfase na gestão da atenção básica fortemente descentralizada para o nível municipal, a regionalização representa um aspecto crítico para que a atenção básica seja resolutive, no entanto, ainda é pouco desenvolvida. Incentivar ações regionais é importante para se pensar em estratégias de articulação em rede e o fortalecimento dos sistemas de saúde locais, em prol do atendimento das necessidades de saúde de uma determinada população. Nesse estudo, por exemplo, verificou-se que a única iniciativa de desenho regional relacionada ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família, foi a previsão do NASF do tipo intermunicipal na regulamentação de 2008. Apesar de uma implantação relativamente expressiva dessa modalidade nos dois anos seguintes, tal proposta foi suprimida da regulamentação federal, expressa na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011.

Os dirigentes entrevistados, tanto da esfera estadual quanto da municipal, relataram que avaliam o papel do gestor federal como formulador e indutor da proposta NASF por meio do financiamento e instituição de portaria específica, o que reafirma as características de regulação que vem desempenhando o Ministério da Saúde desde a conformação do SUS. Embora avaliem que esse gestor esteja distante das ações de avaliação e monitoramento na implementação do NASF, os dirigentes municipais apontam que têm se relacionado mais diretamente com o nível federal se comparado às relações que mantêm com o nível estadual na implementação dessa proposta.

Essa constatação na implementação local do NASF contribui para reflexão sobre os dilemas das relações federativas apontadas por Lima et al<sup>9</sup> e Machado<sup>10</sup>, uma vez que os dirigentes dos municípios-caso se queixam de sua limitada autonomia, pela forte indução federal. Contribui ainda nesse sentido, as evidentes queixas dos entrevistados quanto ao limitado apoio do gestor estadual e do próprio Ministério da Saúde na implementação das políticas formuladas nacionalmente, bem como a ausência desses entes na avaliação e monitoramento das ações locais.

O predomínio do relacionamento mais direto entre União e municípios, com frágil participação dos estados, tem relação com o modelo de descentralização municipalista predominante no período do SUS, o que é ainda mais evidente na atenção básica. No caso do estado do Rio de Janeiro, as fragilidades de atuação do estado na saúde podem ainda ter relação com a história de implementação do SUS nesse estado, onde foi desenvolvida ao longo dos anos uma comunicação direta entre os municípios e o Ministério da Saúde. No entanto, no caso específico do NASF, também pode estar atrelada à baixa prioridade política para a proposta no estado do Rio de Janeiro quando comparada a outras iniciativas federais para a atenção básica. Somado a isso, está o acúmulo de atividades dos técnicos da SES/RJ apontado nas entrevistas com atores do estado e dos municípios.

Dessa forma, os dados obtidos mostram que, na implementação do NASF, as ações de assessoria, acompanhamento, monitoramento e avaliação têm sido incipientes por parte do gestor estadual. Não tem havido apoio técnico estadual para um melhor conhecimento do conteúdo da proposta e o aprimoramento de sua implementação tem dependido eminentemente de iniciativas dos atores municipais. De acordo com Lima et al.<sup>9</sup>, essa constatação pode ser relacionada a uma das macrofunções de Estado na saúde, a regulação. De acordo com os dados obtidos na pesquisa, é possível afirmar que as estratégias de coordenação e avaliação de sistemas de saúde, com vistas a assegurar processos, garantir determinadas características comuns e resultados mais uniformes, tem se dado de forma limitada.

Os resultados da pesquisa reforçam o que vários autores têm apontado em relação à baixa atuação do gestor estadual, seja no funcionamento ou mesmo em relação aos limites para atuar no território municipal. A baixa definição de políticas regionalizadas colabora para isto, uma vez que a regionalização é o lócus que melhor contextualiza a intervenção estadual.

Quanto ao papel do gestor municipal, é fundamental sua decisão política na implementação de propostas formuladas nacionalmente. Os resultados da pesquisa mostraram que, no caso do NASF, ocorreu uma priorização dos gestores locais para sua implantação, assim como uma clareza quanto aos objetivos da proposta para a qualificação da Atenção Básica em Saúde.

Sobre as relações intergovernamentais na implementação dos núcleos, os dirigentes entrevistados apontaram ser baixa a articulação entre os níveis federal,



estadual e municipal. Essa relação apenas é mais evidente no que se refere ao financiamento, embora a participação do gestor estadual nesse item tenha sido considerada insuficiente.

Portanto, a implantação do NASF no estado do Rio de Janeiro tem sido condicionada pela própria organização mais geral da atenção básica em saúde no estado, que por sua vez expressa as características da descentralização da política de atenção básica no país, as especificidades próprias desse estado e as dificuldades apresentadas pelo gestor estadual na coordenação do sistema. Assim, a implementação do NASF nos municípios tem sido bastante diversificada, de acordo com as distintas condições de gestão dos sistemas locais e as decisões políticas dos atores municipais.

O panorama de implementação do NASF no estado do Rio de Janeiro, a partir de dados secundários analisados mostrou que, no período 2008-2011, 35% dos municípios fluminenses aderiram à proposta NASF. Os maiores percentuais de adesão correspondem às Regiões da Baía de Ilha Grande e da Metropolitana II, enquanto que o menor percentual foi o da Região Serrana.

No estado do Rio de Janeiro - diferentemente dos dados empíricos relacionados ao Brasil, Regiões e UF - a maioria dos municípios está dentro da faixa recomendada pelo Ministério da Saúde - 8 a 15 equipes de Saúde da Família para cada NASF. Apenas um município, Seropédica, encontra-se com uma relação de equipes de Saúde da Família para cada NASF, em média, ainda acima da preconizada. Relacionando os dados do NASF aos de implementação da ESF, dos trinta e um municípios analisados, dezoito possuem abrangência populacional da Saúde da Família acima de 80%. Assim, é possível afirmar que no estado do Rio de Janeiro a implementação do NASF tem abrangido a maioria das equipes de Saúde da Família e seguido a mesma tendência de implementação da ESF nessas localidades, já que majoritariamente, os municípios com NASF têm alta abrangência populacional da Saúde da Família.

A composição profissional dos NASF nesse estado aproxima-se da composição nacional, em que as quatro categorias profissionais mais frequentes são as mesmas, apenas invertendo-se a ordem de prevalência, já que o psicólogo foi o profissional mais indicado, seguido por assistente social, fisioterapeuta e nutricionista. Tal como no conjunto do Brasil, as especialidades médicas priorizadas foram o médico ginecologista e o médico pediatra.

No que se refere à gestão do trabalho verificou-se nesse estudo que o processo seletivo dos profissionais do NASF assim como a forma de contratação tem ocorrido de modo a priorizar vínculos mais frágeis, por meio de processo seletivo público e contratação temporária, muitas vezes sob intermediação de terceiros. Essa realidade aproxima-se do mercado de trabalho da Estratégia Saúde da Família em que, nacionalmente, se observam diversas formas precárias de seleção e contratação dos profissionais. O aprofundamento dessa questão não foi possível em virtude de limitações da fonte de pesquisa utilizadas, exigindo estudos específicos.

Constatou-se pouca clareza quanto à natureza de atuação do NASF – apoio matricial e/ou atendimento direto. Nos projetos analisados, as ações e atividades a serem desenvolvidas pelo núcleo estavam, predominantemente, divididas por áreas estratégicas, tal como define a portaria que instituiu a proposta. Quanto à relação do NASF com a rede municipal e outras áreas de políticas públicas são consideráveis as propostas de integração tanto com a rede de saúde quanto com outras políticas.

A implementação do NASF nos municípios-caso ocorreu em período de mudança de gestão devido às eleições municipais em 2008, fato que influenciou o processo inicial de configuração dessa proposta nos municípios selecionados, uma vez que os projetos elaborados foram reformulados por novos atores da política de saúde local. Relaciona-se esse dado à questão apontada por Meny e Thoenig<sup>12</sup> quanto ao condicionamento das políticas ao trabalho dos executores, que a modificam, transformam a sua maneira, enquanto uma base ativa. Desse modo, é possível afirmar que as questões e os interesses próprios dos atores locais envolvidos na política de saúde municipal influenciam as características de implementação das propostas formuladas nacionalmente.

Nesse sentido, o processo de reformulação do NASF aconteceu de forma diferenciada em cada um dos municípios. No município A, a gestão da atenção básica contou com a parceria da equipe de saúde mental, que pode estar relacionada ao acúmulo de conhecimentos que os atores locais dessa área têm em relação ao tema matriciamento, seja por questões de formação ou também por competências adquiridas por meio da experiência profissional. No ano de 2010 foi conformada uma nova equipe para o NASF, a qual se tornou em agente das mudanças locais para a proposta, por meio da organização e planejamento do trabalho de forma coletiva e participativa. Esses

profissionais buscaram uma capacitação prévia sobre o conteúdo e os objetivos do NASF, anterior ao início das atividades nos territórios, em outubro de 2010.

O processo de reformulação do NASF no município B era incipiente no momento da pesquisa, em que ainda estavam acontecendo ajustes e organização para capacitações dos profissionais do NASF e mudança recente em sua coordenação. O momento de implementação da proposta nesse município ficou evidente como uma dicotomia sobre o caráter de intervenção do NASF em ser um apoio matricial e/ou atendimento direto. A coordenação local do núcleo buscava um maior estreitamento dos profissionais especialistas ao apoio matricial, visto que as práticas locais estavam muito mais relacionadas apenas ao atendimento individual.

A tensão entre apoio matricial e atendimento individual, registrada na pesquisa de campo, pode ser considerada um falso dilema, uma vez que na proposta do NASF, a assistência individual não é excluyente do apoio matricial e os profissionais dos núcleos podem realizar as duas ações, desde que a coordenação do cuidado seja das equipes de Saúde da Família. A ênfase no apoio matricial, no entanto, é marcante na proposta nacional do NASF, talvez pela preocupação de seus formuladores em afirmar os núcleos como integrantes da Estratégia Saúde da Família, com vistas à mudança do modelo de atenção e não somente à ampliação da oferta de atendimentos especializados.

Castro e Machado<sup>65</sup> apontam o NASF como uma saída para a manutenção do modelo de porta de entrada da ESF, em que se buscou evitar o planejamento apenas do atendimento ambulatorial tradicional e sim, estar mais atrelado à concepção do apoio matricial. Dessa forma, a relação do NASF com o apoio matricial trouxe uma resignificação da forma de atuação das diversas categorias profissionais que já atuavam na ABS brasileira, uma vez que transferiu sua intervenção da porta de entrada, para o âmbito do apoio às equipes de Saúde da Família. Desse modo, apesar desses profissionais especialistas realizarem alguns atendimentos à população adscrita, suas atividades devem estar mais voltadas para dentro da ESF, no suporte às equipes de Saúde da Família vinculadas a cada NASF.

Considerando-se a influência dos atores locais e as trajetórias prévias da atenção básica e da configuração mais geral do sistema de saúde, as características do modelo de atenção do NASF foram diferentes em cada um dos municípios-caso. O município A é de pequeno porte e com emancipação mais recente, já no período SUS e tem uma rede de saúde formada por significativos recursos especializados públicos. Nesse município

observou-se uma natureza do NASF vinculada tanto ao apoio matricial quanto aos atendimentos específicos, desde que coordenados pelas equipes de Saúde da Família.

Já no município B, que é de médio porte e tem emancipação mais antiga, com características históricas de um atendimento em saúde muito fortemente relacionado ao modelo médico-assistencial privatista anterior ao SUS, verificou-se uma implementação do NASF mais relacionada ao atendimento ambulatorial especializado, nos moldes tradicionais. No entanto, no momento da pesquisa observou-se que a nova gestão da Secretaria Municipal de Saúde estava buscando fortalecer a Estratégia Saúde da Família e a inserção do NASF nessa estratégia.

De qualquer forma, a visão dos formuladores da proposta nacional do NASF foi sustentar o modelo anteriormente estabelecido, a Saúde da Família, sem que a inserção de outras categorias profissionais configurasse em um modelo ambulatorial especializado. Desse modo, a inovação do NASF foi a organização da atuação de outras especialidades na atenção básica vinculada à lógica da ESF, ou seja, o atendimento à família, ao território e à comunidade adscritos com uma equipe mínima de referência para a porta de entrada preferencial.

Cabe considerar ainda, o destaque da saúde mental tanto na formulação quanto na implementação local da proposta NASF. Na formulação da proposta nacional dos núcleos, havia o envolvimento de atores relacionados ao campo da saúde mental, uma área com densidade técnica no que se refere ao conceito do apoio matricial. Também já existiam experiências anteriores de expansão de modalidades de atenção extra-hospitalar, como é o caso dos Centros de Apoio Psicossociais (CAPS), cuja expansão suscitou debates sobre a necessidade de aproximação e melhoria do cuidado em saúde mental no âmbito atenção básica. Desse modo, garantiu-se na regulamentação federal a recomendação de ser indicado pelo menos um profissional da saúde mental para cada NASF implantando no país.

Assim, a implantação do NASF pode ser considerada uma janela de oportunidade utilizada pelo campo da Saúde Mental para maior estreitamento de ações com a atenção básica. No que se refere especificamente ao estado do Rio de Janeiro, observou-se que a equipe técnica de saúde mental da SES/RJ esteve muito imbricada na análise dos projetos municipais e com forte estreitamento com a equipe técnica da Superintendência de Atenção Básica na implementação do NASF. Nesse estado, diferentemente do conjunto do Brasil, o profissional mais indicado para compor os

NASF foi o psicólogo. É possível que a maior frequência do psicólogo no estado do Rio esteja relacionada não apenas ao conteúdo da regulamentação nacional, mas também à atuação destacada da equipe técnica da área de Saúde Mental da SES-RJ no apoio à proposta, conforme identificado na pesquisa.

A influência da área da saúde mental nesse estado também foi observada na implementação local, onde ficou muito evidente a parceria técnica na reformulação e determinação da composição profissional do NASF no município A. No município B, apesar de não haver um estreitamento mais evidente como no município A, também citou-se que a relação com outras áreas do sistema de saúde tem sido mais facilitada com a equipe de saúde mental local, por já existir um conhecimento sobre as características da proposta do NASF.

Este estudo buscou, ao investigar a implementação do NASF em dois municípios fluminenses, contribuir para a reflexão sobre os significados, possibilidades e limites dessa proposta, no que concerne ao aprimoramento da atenção básica em saúde no Brasil. Devido aos limites da pesquisa, os estudos de caso assumiram um caráter bastante exploratório e levantaram questões que requerem investigações específicas, tais como: o caráter da atuação desses núcleos, suas relações com as equipes de Saúde da Família, as implicações da incorporação de outros profissionais para a atenção em áreas específicas do cuidado, os resultados da atuação dos NASF em termos da ampliação do acesso, da integralidade e da qualidade da atenção, entre outras.

Em termos gerais, o estudo revelou que o processo de implementação do NASF desvenda questões ainda mal equacionadas no âmbito da atenção básica e fragilidades da gestão pública em saúde que extrapolam esse nível de atenção, concernentes às relações entre esferas de governo, às condições de inserção e de trabalho dos profissionais, à integração com o restante da rede de serviços e com outras áreas da política pública, entre outras. O enfrentamento dessas questões é fundamental para o fortalecimento efetivo da atenção básica como eixo estruturante do sistema de saúde brasileiro, conforme formalmente anunciado nas diretrizes nacionais do SUS, mas nem sempre garantido nas condições reais de implementação das políticas.

## Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. (Série E. Legislação em Saúde) Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
2. STARFIELD, B **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.
3. VUORI, H **Health for all, primary health care and general Practitioners**. Journal of the Royal College of General Practitioners, September 1986, 36: 398-402. Disponível em <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1960528&blobtype=pdf> Acesso em: 10/08/2010.
4. OPAS/OMS. **Renovação da atenção primária nas Américas. Documento de posicionamento da Organização Pan-americana de Saúde**. Washington: Panamerican Health Organization- PAHO/WHO, 2005.
5. SALTMAN, R **Drawing the strands together: primary care in perspective**. In: SALTMAN, RB; RICO, A; BOERMA, W Editors. **Primary care on the driver's seat? Organizational reform in European primary care**. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Berkshire: Open University Press, 2006, pg. 68-82.
6. GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, MHM. **Atenção Primária em Saúde**. In: GIOVANELLA L. ET AL. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 575-626.
7. BORGES, CF; BAPTISTA, TWF **A política de atenção básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades**. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, mar/jun, 2010, p. 27-53.
8. CASTRO, ALB **A condução federal da política de atenção primária à saúde no Brasil: continuidades e mudanças no período de 2003 a 2008**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.
9. LIMA, LD; MACHADO, CV; BAPTISTA, TWFB; PEREIRA, AMM. **O Pacto Federativo Brasileiro e o Papel do Gestor Estadual no SUS**. In: UGÁ, MAD. (ORGS.) **A Gestão do SUS no Âmbito Estadual: o caso do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010, pg. 27-58.
10. MACHADO, CV. **O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90**. Cadernos de Saúde Pública, 2007, 23(9): 2113-2126.
11. HOGWOOD, BW; GUNN, LA **Policy Analysis for the Real World**. Oxford: Oxford University Press, cap. 11-Implementation, 1984, p. 196-218.

12. MENY, I.; THOENIG, JC. **Las Políticas Públicas**. Ariel Ciência Política, Versión española a cargo de Francisco Morata, Cap. VI-La implementación, 1992, p. 158-193.
13. MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 11ª ed., 2008.
14. BARDIN, L **Análise de Conteúdo**. Editora 70, 1979.
15. VIANA, ALD; FAUSTO MCR **Atenção Básica e Proteção Social: Universalismo x focalismo e espaço não mercantil da assistência**. In: VIANA, A. L. D., ELIAS P. E. M., IBÁÑEZ N. (Org.). **Proteção social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005, p.150-167.
16. FAUSTO, MCR. **Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira**. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.
17. ANDRADE, LOM; BARRETO, IVHC; BEZERRA, RC **Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família**. In: CAMPOS, GWS ET AL. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 783-836.
18. DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.
19. CONILL, EM **Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e a Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, 2008, vol. 24, Sup 1: S7- S27.
20. WHO-World Health Organization. **Atenção primária à saúde: mais necessária que nunca**. The World Health Report 2008. Geneva: WHO; 2008.
21. GIOVANELLA, LA. **Atenção Primária à saúde seletiva ou abrangente?** Cadernos de Saúde Pública, 2008, vol. 24, Sup.1: S21 –S23.
22. PINHEIRO, R; MATTOS, RA (ORGS.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS, ABRASCO, 2001.
23. PINHEIRO, R; SILVA JR, ALS; MATTOS, RA (ORGS) **Atenção Básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008.
24. MATTOS, RA. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, RA (ORGS.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS, ABRASCO, 2001. p. 39-64.

25. GIL, CRR. **Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro.** Cadernos de Saúde Pública, 2006, 22(6): 1171-1181.
26. CONNIL, EM; FAUSTO MCR **Análisis de la problemática de la integración APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social.** Documento técnico. Rio de Janeiro, 2007.
27. CAMPOS, GWS **El filo de la navaja de la función filtro: reflexiones sobre la función clínica em el Sistema único de Salud em Brasil.** Revista Brasileira de Epidemiologia, 2005, 8(4): 477-483.
28. SALTMAN, RB; RICO, A; BOERMA, W Editors. **Primary care on the driver's seat? Organizational reform in European primary care.** European Observatory on Health Systems and Policies Series. Berkshire: Open University Press, 2006.
29. RICO, A; SALTMAN, RB; BOERMA, WGW **Organizational restructuring in European health systems: the role of primary care.** Social Policy & Administration: vol. 37, 2003, nr. 6, p. 592-608.
30. ESPING-ANDERSEN, G. **As três economias políticas do Welfare State.** Lua Nova, Rio de Janeiro, nº. 24, 1991.
31. GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ, MP. **El fundamento científico de la función de filtro del médico general.** Revista Brasileira de Epidemiologia, 2005; 8 (2): 25-18.
32. GÉRVAS, J. **Atención Primaria, de la teoría a la práctica.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1: S7-S27, 2008.
33. GÉRVAS, J. **Atención Primaria de Salud en Europa: tendencias a principios del siglo XXI. Una reflexión con motivo de los XXV años de la Declaración de Alma Ata** Artículo de Opinión. SEMERGEN 2004; 30(5):245-57.
34. GIOVANELLA, LA. **Atenção primária à saúde nos países da União Européia: configuração e reformas organizacionais na década de 1990.** Cadernos de Saúde Pública, 2006, 22(5): 951– 963.
35. CAMPOS, GWS; DOMITTI, AC **Apoio Matricial e Equipe de Referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, fev, 2007, 23(2):399-407.
36. CAMPOS, GWS; CUNHA, GT **Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde.** Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, 2011, p.961-970.
37. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº2.488, 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 (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: 2011.



38. FLEURY, S. **Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (3): 743-752, 2009.
39. HEINMANN LS, MENDONÇA MH. **A trajetória da Atenção Básica em saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade.** In: LIMA NT. (ORG.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 481-502
40. PAIM, JS **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
41. BRASIL. Senado Federal. **Constituição Federal de 1998.** Brasília, 1988.
42. BRASIL. Senado Federal. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Brasília, 1990.
43. BRASIL. Senado Federal. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990.** Brasília, 1990.
44. MACHADO, CV **Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002.** Rio de Janeiro: Museu da República, 2007a.
45. ESCOREL, S., GIOVANELLA, L., MENDONÇA, MHM, SENNA, MCM. **O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil.** *Rev. panam. salud pública* 2007, 21: 164-176.
46. VIANA, ALD; DAL POZ, MR. **A reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família.** *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15 (suplemento): 2005, p. 225-264.
47. NASCIMENTO, VB.; COSTA, IMC. **PSF, descentralização e organização de serviços de saúde no Brasil.** In: COHN, A. (Org.) **Saúde da Família e SUS: convergências e dissonâncias.** RJ: Beco do Azogue; SP: CEDEC, p. 67-92, 2009.
48. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos síntese dos principais resultados.** Elaborado por ESCOREL, S. (Coord.); GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, MHM.; MAGALHÃES, R; SENNA, MCM. Brasília, 2002.
49. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família. Informe da Atenção Básica.** Ano IV, n. 17. Brasília, 2003.
50. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº325, de 21 de fevereiro de 2008.** Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Brasília: 2008.

51. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: 2006
52. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº648, de 28 de março de 2008.** 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 (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: 2008.
53. SAMPAIO, LFR **Debate sobre o artigo de Connil.** Cadernos de Saúde Pública, 2008, 24(Sup 1):S19 –S21.
54. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: 2011.
55. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Série Pactos pela Saúde 2006, vol. 4, Brasília: MS, 2006.
56. CAMPOS, GWS GUTIÉRREZ, AC; GUERRERO, AVP; CUNHA, GT **Reflexões sobre a Atenção Primária e a estratégia de Saúde da Família.** In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (Orgs.) **Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada.** São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008, p. 132-153.
57. COHN, A (Org.) **Saúde da Família e SUS: convergências e dissonâncias.** Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo: CEDEC, 2009.
58. CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **As Diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde - Gestão 2001 – 2004. Projeto Paidéia de Saúde da Família.** 2001. Disponível em: <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/diretrizes.htm>. Acesso em 28/05/2012.
59. CALDAS, EL; ELLER, EP **Programa Paidéia de Saúde da Família-Campinas/SP.** In: OLIVEIRA, FM ET AL (ORGS). **20 Experiências de Gestão Pública e Cidadania - Ciclo de Premiação 2003.** São Paulo: Programa Gestão Pública e Cidadania, 2005, p. 285-297. Disponível em: <http://www.eaesf.fgvsp.br/subportais/ceapg/Acervo%20Virtual/Cadernos/Experi%C3%AAncias/2003/SAOPAULO-Campinas.pdf> Acesso em: 30/05/2012.
60. PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde 2005-2008.** Belo Horizonte; 2005. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/gpld/planomunicipaldesaude20052008.pdf> Acesso em 30/05/2012.
61. GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, MHM. **Estudos de Caso sobre Implementação da Estratégia Saúde da Família em Quatro Grandes Centros Urbanos-Relatório Final Belo Horizonte.** FIOCRUZ/ENSP, 2009.

62. MARINS, SSS. **Experiências de outros profissionais na Saúde da Família: uma revisão bibliográfica.** Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.
63. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica no. 27**, Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
64. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº154, de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília: 2008.
65. CASTRO, ALB; MACHADO, CV **A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000** *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 22 [ 2 ]: 477-506, 2012.
66. PARADA, R **A Construção do Sistema Estadual de Saúde: Antecedentes e Formas de Inserção.** *PHYSIS Revista de Saúde Coletiva* 2001; 1(1): 19-104.
67. GERSCHMAN, S. **Formulação e implementação de políticas de saúde no estado do Rio de Janeiro.** In: UGÁ, MA ET AL. (ORGS) **A Gestão do SUS no Âmbito Estadual.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010.p.69-88.
68. LEVCOVITZ E; LIMA LD, MACHADO CV **Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas.** *Ciência e Saúde Coletiva*, 2001, 6 (Sup 2): 269-291.
69. VIANNA, RP **Colegiados de gestão regional no Estado do Rio de Janeiro: atores, estratégias e negociação intergovernamental.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.
70. KUSCHNIR, R. CHORNY, A; LIMA E LIRA, AM; SONODA, G; FONSECA, TMP **Regionalização no Estado do Rio de Janeiro: o desafio de aumentar acesso e diminuir desigualdades.** In: UGÁ, MA ET AL. (ORGS) **A Gestão do SUS no Âmbito Estadual.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010, p.215-240.
71. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. 2012. Disponível em: <http://www.ibge.com.br> Acesso em: 14/06/12
72. ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização.** Rio de Janeiro, 2001.
73. VIANA, ALD; LIMA, LD (Coordenadoras). **Base de indicadores dos Colegiados de Gestão Regional.** Disponível em: <http://189.28.128.98/painelbr/view/>. Acesso em: 10/06/2012.

74. PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO - PNUD. **Atlas do Desenvolvimento Humano**. 2011. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/idh>. Acesso em: 11/06/2012.
75. MACHADO, CV; LIMA, LD; VIANA, LS **Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 24, Sup 1, 2008, S42-S57.
76. KUSCHNIR, R (Coord.) **Saúde/2008 Atlas de serviços de saúde do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, RJ: Fundação Oswaldo Cruz; Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, 2009.
77. BRASIL. Ministério da Saúde. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde**. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>, Acesso em: 30/05/2012.
78. BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do SUS NOB-SUS 01/96**. Publicada no Diário Oficial da União de 6 de novembro de 1996. Brasília.
79. SOUZA, ROA. **A atenção básica em saúde no município de Três Rios: uma análise da gestão e organização do sistema de saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.
80. PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS RIOS. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Três Rios: 2010
81. PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS RIOS. **Lei nº 3381 de 11 de maio de 2010**. Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária do Programa Núcleo de Apoio à Saúde da Família-NASF, nos termos do Art.37, inciso IX, da Constituição da República. Três Rios: 2010.

## **Apêndices**

### **Apêndice A - Roteiro de Entrevista para Dirigentes Municipais de Atenção Básica**

#### **Para uso exclusivo da pesquisadora:**

Data da entrevista:

Nome:

Local:

Cargo/função ocupada na SMS:

Tempo em que está no cargo/função:

Trajatória profissional relevante anterior ao cargo (formação e atuação profissional; se atuava em SMS ou SES):

#### **“Política Municipal de Atenção Básica e Saúde da Família”**

1. O que você conhece sobre o histórico e implementação da Atenção Básica em seu município? (origens, mudanças, influências)
2. Fale sobre a trajetória da Saúde da Família no município.
3. Como você define o modelo de Atenção Básica em Saúde do município? (porta de entrada, acesso, organização, coordenação do cuidado)
4. Que tipos de serviços e ações integram a Atenção Básica no município? Como eles se articulam?
5. Que outros serviços integram o sistema de saúde do município (públicos e privados)?
6. Quais os mecanismos de integração/coordenação da Atenção Básica com os demais serviços de saúde?
7. A partir da realidade municipal, como você caracteriza o papel da atenção básica no sistema de saúde do município?

#### **“Processo Político de Implementação do NASF”**

8. Fale, por favor, como surgiu a proposta do NASF e como foi a elaboração do projeto do NASF no município. (quando foi, como conheceu a proposta nacional, SES, coordenação)
9. O município já tinha alguma experiência anterior de inserção de outros profissionais na AB/SF? Qual?
10. Já havia alguma experiência anterior de equipe de profissionais de apoio à AB/SF similar ao NASF?
11. Houve participação das equipes de Saúde da Família no conhecimento e elaboração do projeto do NASF? Como?
12. Como foi decidido o território de atuação do NASF no município?
13. Como foram definidas as categorias profissionais que compõem o NASF?

14. Comente, por favor, sobre a escolha e inserção dos profissionais na equipe NASF. (seleção, forma de contratação)
15. Que categorias compõem o (s) NASF e quantas equipes de Saúde da Família são cobertas por cada equipe NASF?
16. Como aconteceu o processo de apresentação e aprovação do NASF ao Conselho Municipal de Saúde?
17. Houve alguma discussão sobre o NASF com a SES, anterior e/ou durante a elaboração do projeto municipal?
18. Como foi o processo de aprovação do projeto municipal do NASF na CIB?

#### **“Caracterização da Estratégia Municipal do NASF”**

19. A quem está vinculado o NASF administrativa e tecnicamente?
20. Em que estrutura física foi alocada a equipe NASF?
21. Quais são os equipamentos do NASF?
22. Quando o NASF começou a funcionar? Que categorias profissionais estavam inseridas nesse momento?
23. Qual é a carga horária de trabalho dos profissionais da equipe NASF?
24. Qual é a forma de contratação e remuneração dos profissionais do NASF?
25. Como foi pensado e elaborado o planejamento do processo de trabalho da equipe NASF?
26. Qual é o caráter/natureza do trabalho do NASF? (atendimento direto, assistência em saúde, apoio matricial)
27. Como está organizado o atendimento dos profissionais do NASF e que tipos de atendimento/ações/atividades realizam? (rotinas, reuniões, discussões)
28. Existem atividades de formação/capacitação para os profissionais do NASF? Quais são?
29. Como é a relação do NASF com as equipes de saúde da família?
30. Como é a relação do NASF com outros serviços de saúde (especialidades, policlínicas, hospitais, pronto socorro, apoio diagnóstico)? O NASF serve de articulador entre a SF e outros serviços municipais de saúde?
31. O NASF desenvolve ações junto a outras secretarias/áreas de política pública? Quais e como?
32. Na implementação do NASF municipal, houve ações diferentes do que está preconizado na proposta nacional? Comente.

#### **“Papel e Relação entre os gestores”**

33. Como você vê o papel federal na proposta do NASF? (planejamento, regulação, financiamento, prestação de serviços)
34. Como você vê o papel estadual na implementação do NASF? (planejamento, regulação, financiamento, prestação de serviços)
35. Como é o papel municipal na implementação do NASF? (planejamento, regulação, financiamento, prestação de serviços)
36. Como é a relação entre essas 3 esferas na implementação do NASF?
37. Em relação ao financiamento, como é a participação das 3 esferas de governo?
38. Você considera que existe assessoria, acompanhamento, monitoramento e avaliação para o desenvolvimento das ações do NASF pelos governos federal e estadual? De que forma?

**“Avanços, dificuldades, desafios”**

39. Qual a sua visão sobre a experiência local de implementação da proposta NASF?
40. Em sua opinião, que elementos da realidade local, contribuem ou dificultam a implementação da proposta do NASF?
41. Que avanços foram alcançados na implementação do NASF?
42. Quais as dificuldades observadas na implementação do NASF municipal?
43. Você pode apontar questões preconizadas na proposta nacional que foram difíceis de concretizar na implementação do NASF municipal?
44. Que desafios você apontaria para a consolidação do NASF no município?
45. Comentários.

## **Apêndice B - Roteiro de Entrevista para Profissionais dos NASF**

### **Para uso exclusivo da pesquisadora:**

Data da entrevista:

Nome:

Local:

Cargo/função ocupada na SMS:

Tempo em que está no cargo/função:

Trajatória profissional relevante anterior ao cargo (formação e atuação profissional; se atuava em SMS ou SES):

### **“Processo Político de Implementação do NASF”**

1. Fale, por favor, como surgiu a proposta do NASF e como foi a elaboração do projeto do NASF no município. (quando foi, como conheceu a proposta nacional, SES, coordenação)
2. Houve participação das equipes de Saúde da Família no conhecimento e elaboração do projeto do NASF? Como?
3. Os profissionais que compõem o NASF participaram da elaboração e/ou implementação da proposta municipal?
4. Você sabe como foi decidido o território de atuação do NASF no município? E sobre as categorias profissionais que compõem o NASF?
5. O que você sabe informar sobre o processo de apresentação e aprovação do NASF ao Conselho Municipal de Saúde?

### **“Caracterização da Estratégia Municipal do NASF”**

6. A quem está vinculado o NASF administrativa e tecnicamente?
7. Qual é a carga horária de trabalho dos profissionais da equipe NASF?
8. Qual a sua opinião sobre a estrutura física e equipamentos do NASF?
9. Como foi pensado e elaborado o planejamento do processo de trabalho da equipe NASF?
10. Qual é o caráter/natureza do trabalho do NASF? (atendimento direto, assistência em saúde, apoio matricial)
11. Como está organizado o atendimento dos profissionais do NASF e que tipos de atendimento/ações/atividades realizam? (rotinas, reuniões, discussões)
12. O que você poderia apontar sobre características de trabalho em equipe do NASF?
13. O que você poderia apontar sobre características de trabalho em equipe NASF/ESF? Os profissionais do NASF participam das reuniões da ESF?



14. Existem atividades de formação/capacitação para os profissionais do NASF? Quais são?
15. Como é a relação do NASF com as equipes de saúde da família?
16. Como é a relação do NASF com outros serviços de saúde (especialidades, policlínicas, hospitais, pronto socorro, apoio diagnóstico)?
17. O NASF serve de articulador entre a SF e outros serviços municipais de saúde? De que forma? O que favorece ou desfavorece esse trabalho articulado?
18. O NASF desenvolve ações junto a outras secretarias/áreas de política pública? Quais e como?
19. Na implementação do NASF municipal, houve ações diferentes do que está preconizado na proposta nacional? Comente.

**“Avanços, dificuldades, desafios”**

20. Qual a sua visão sobre a experiência local de implementação da proposta NASF?
21. Em sua opinião, que elementos da realidade local, contribuem ou dificultam a implementação da proposta do NASF?
22. Que avanços foram alcançados na implementação do NASF?
23. Quais as dificuldades observadas na implementação do NASF municipal?
24. Você pode apontar questões preconizadas na proposta nacional que foram difíceis de concretizar na implementação do NASF municipal?
25. Que desafios você apontaria para a consolidação do NASF no município?
26. Comentários.

## **Apêndice C - Roteiro de Entrevista para Dirigente Estadual da Atenção Básica**

### **Para uso exclusivo da pesquisadora:**

Data da entrevista:

Nome:

Cargo/função ocupada na SESDEC:

Tempo em que está no cargo/função:

Trajetória profissional relevante anterior ao cargo (formação e atuação profissional; se atuava em SMS ou SES):

### **“Opinião sobre a proposta nacional do NASF”**

1. Qual a sua opinião sobre a formulação da proposta NASF elaborada pelo Gestor Federal?
2. O que você pensa sobre o papel do Gestor Estadual em relação a essa proposta?

### **“Movimento de adesão/proposta de implementação nos municípios do estado do Rio de Janeiro”**

3. Como foi o processo de implementação dos NASFs nos municípios do estado do Rio de Janeiro?
4. Como se deu a adesão dos municípios à estratégia?
5. Como você avalia a composição profissional dos NASFs municipais do Estado do Rio de Janeiro?

### **“Papel estadual no processo de implementação”**

6. Que ações de assessoria, acompanhamento, monitoramento e avaliação estão sendo desenvolvidas pelo Gestor Estadual no que se refere ao NASF?
7. O estado desenvolve ações de acompanhamento na organização da prática e do funcionamento dos NASFs municipais? Quais?

### **“Visão sobre as experiências municipais”**

8. Você conhece alguma experiência municipal relevante na implementação do NASF que possa destacar?

### **“Fatores que favoreceram/dificultaram a implementação”**

9. Em sua opinião, que realidades locais, contribuem ou dificultam a implementação da proposta nacional do NASF?
10. Você tem algum destaque na esfera estadual sobre fatores que possibilitaram ou dificultaram a implementação da proposta NASF?

**“Possibilidades e Limites da proposta NASF”**

11. Em sua opinião, quais são as possibilidades e os limites da proposta NASF?
12. Você tem mais alguma consideração a realizar?

#### **Apêndice D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e a implementação em municípios do Estado do Rio de Janeiro”, desenvolvida como parte do mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

O (a) Sr (a) foi selecionado por ser considerado ator chave para a pesquisa e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Os objetivos do estudo são: caracterizar a proposta nacional do NASF, considerando a sua justificativa, inserção na política de Atenção Básica, desenho e estratégias de operacionalização; apresentar a evolução e composição no território nacional dos NASFs no período de 2008 a 2010; analisar o processo de implementação dos NASF em três municípios do Estado do Rio de Janeiro; identificar possibilidades e limites do NASF como estratégia de qualificação da Atenção Básica em Saúde.

Sua participação na pesquisa consistirá em responder a uma entrevista semi-estruturada com duração de cerca de uma hora relacionada a esses temas.

Caso o Senhor (a) autorize, a entrevista será gravada e transcrita por profissionais qualificados. Para assegurar o sigilo e a confidencialidade dos relatos, os arquivos de áudio e as entrevistas transcritas serão armazenados em computador de uso restrito pela pesquisadora e protegido por senha; os dados ficarão sob responsabilidade da pesquisadora por cinco anos e serão destruídos após esse período.

Na apresentação dos resultados da pesquisa, os municípios e os participantes das entrevistas não serão identificados pelo nome. Contudo, os municípios poderão ser identificados por letras (município A, B e C), os dirigentes estaduais, os dirigentes municipais da Atenção Básica e os profissionais do NASF por números (dirigente ou profissional 1,2,3).

Além das entrevistas, outras estratégias metodológicas serão utilizadas, como análise documental e dados dos sistemas de informações de acesso público. A análise será de responsabilidade da pesquisadora, a partir do conjunto do material da pesquisa.

Sua participação na pesquisa contribuirá para um olhar mais ampliado sobre a proposta NASF, as contribuições advindas das realidades locais, os avanços e as dificuldades encontrados. Possibilitará um maior conhecimento sobre o processo de implementação do NASF e uma maior reflexão sobre as medidas e critérios adotados pelo Ministério da Saúde na formulação de propostas para a Atenção Básica em Saúde.

O (a) Sr (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional da pesquisadora principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

#### **Shirley Soares da Silva Marins do Patrocínio**

Mestranda em Saúde Pública  
Av. João Ribeiro, 155, apt. 503  
Pilares – Rio de Janeiro/RJ - CEP 20.750-092  
Tels.: (21) 9676-8672 e 3273-9689  
E-mail: [sssmarins@yahoo.com.br](mailto:sssmarins@yahoo.com.br)

#### **Comitê de Ética em Pesquisa**

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - térreo  
Tel: (21) 2598-2863 E-mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)

#### **Cristiani Vieira Machado**

Pesquisadora - Orientadora  
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 7º andar  
Tel: (21) 2598-2849  
E-mail: [cristiani@ensp.fiocruz.br](mailto:cristiani@ensp.fiocruz.br)

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.