

Núcleo de Apoio à Saúde da Família: análise de uma década da produção normativa do Ministério da Saúde

Support Center for Family Health Care: analysis of a decade of normative production by the Ministry of Health

Talita Abi Rios Timmermann¹ , Liara Saldanha Brites¹ , Cristianne Maria Famer Rocha¹ 

¹ Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Porto Alegre (RS), Brasil.

Como citar: Timmermann TAR, Brites LS, Rocha CMF. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: análise de uma década da produção normativa do Ministério da Saúde. *Cad Saúde Colet*, 2023; 31(2):e31020270. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202331020270>

Resumo

Introdução: Trazemos à cena a Atenção Básica e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), equipe multiprofissional que proporciona suporte qualificado para os outros profissionais da Estratégia da Saúde da Família. **Objetivo:** Descrever a trajetória de uma década de NASF (2008-2018) e sua expansão neste período. **Método:** Análise de conteúdo de documentos produzidos pelo Ministério da Saúde (MS), entre janeiro a setembro de 2008. Os achados foram organizados em uma linha cronológica, com análise das ferramentas de trabalho mais frequentes e dados de implantação. **Resultados:** Existem onze Portarias, treze materiais escritos e sete vídeos com conteúdo de suporte técnico-pedagógico para práticas. Ainda que exposto às sucessivas transformações legais, houve uma expansão considerável em 10 anos de existência, com ampliação de equipes e inserção de 19 categorias profissionais, apresentando múltiplas possibilidades de atuação. Os documentos apontam para atuação do NASF através do apoio matricial, embora a atual Política Nacional de Atenção Básica não o reconheça. **Conclusão:** Conhecer a trajetória do NASF é relevante para compreendermos as mudanças que ocorreram e as propostas que surgirão. Uma década é pouco tempo para consolidar uma prática inovadora, em um país cujos direcionamentos por meio das mudanças normativas podem caminhar em uma velocidade bem maior.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Marcos Regulatórios.

Abstract

Background: We bring to the scene the Primary Health Care and the Support Center for Family Health (NASF) in Brazil, a multi-professional team that provides qualified support to other professionals in the Family Health Strategy. **Objective:** Describe the trajectory of a decade of NASF (2008-2018) and its expansion in this period. **Method:** Content analysis of documents produced by the Ministry of Health, between January and September 2008. The results were organized in a chronological line, with analysis of the most frequent work tools and implementation data. **Results:** There are 11 ordinances, 13 written materials, and 7 videos as technical and pedagogical support for Core Actions practices. Although exposed to successive legal changes, there has been a considerable expansion in these 10 years of existence, not only in the number of teams, but also in the insertion of 19 professional categories and their multiple possibilities of action. The documents point to NASF's strategy of action through matrix support, although the current National Primary Care Policy does not recognize it. **Conclusion:** Knowing the trajectory of NASF is relevant for understanding the changes that have occurred and the proposals that will arise. A decade is little time to consolidate an innovative practice in a country whose direction through normative changes can move at a much greater speed.

Keywords: Family Health; Primary Health Care; Regulatory Frameworks.

Correspondência: Talita Abi Rios Timmermann. E-mail: talitagaucha@gmail.com

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: Jul. 15, 2019. **Aprovado em:** Mar. 25, 2021



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) surgiu em 2008, com o objetivo de ampliar as ações e a resolubilidade da Estratégia Saúde da Família (ESF). Nesse cenário de fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS, termo equivalente, no Brasil, à Atenção Básica – AB¹), outras categorias profissionais além daquelas previstas nas equipes mínimas de Saúde da Família (eSF) (como médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico em enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS))^{1,2} passaram a se integrar no desenvolvimento de ações em equipe, prevenção de doenças e promoção da saúde nos territórios.

Os debates para inserção de diferentes categorias profissionais na AB datam de 2004, com o Núcleo de Saúde Integral³. Serviram como base para formulação da política do NASF estas proposições discutidas no MS: a conformação de “Equipes de transição para a ESF”, cujo objetivo era induzir o processo de transição para ESF através de uma ampla rede de unidades de saúde e diferentes profissionais e especialidades; e de “Equipes Matriciais”, que lidaria com temas específicos, como saúde mental, reabilitação, atividade física e práticas complementares³. Portanto, o NASF tem sua constituição fortemente calcada nos conceitos da Clínica Ampliada e do Apoio Matricial, sempre no intuito de superar o cuidado fragmentado, na corresponsabilização entre as equipes e no aumento da resolutividade no âmbito da Atenção Primária em Saúde^{4,5}.

Porém, em 2017, na atualização da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o conceito de Apoio foi suprimido e substituído pelo conceito de Ampliação das ações, como trataremos mais adiante.

A equipe multiprofissional do NASF foi formada com o intuito de proporcionar um suporte qualificado para as eSF, com trabalho integrado e colaborativo entre os diferentes profissionais^{2,3,6}. Sua criação foi considerada uma ação de enfrentamento aos conhecidos desafios da APS, como garantir a resolução de problemas de saúde, a efetividade das ações e a reafirmação da prioridade da ESF⁷.

Existem relatos mundiais sobre a inserção de especialistas na APS^{8,9}, porém, não se pode afirmar que sejam similares ao que é realizado pelo NASF, especialmente se considerarmos as particularidades dos sistemas nacionais de saúde. Um estudo sobre a gênese do NASF no Brasil⁴ refere que, desde sua criação até 2016, poucas publicações analisaram o cenário nacional, de forma ampla. Predominavam publicações de experiências pontuais sobre o trabalho do NASF em alguns municípios ou restritas à inserção e atuação de categorias profissionais nessas equipes.

Em 2018, o NASF completou 10 anos desde sua criação. Em busca de publicações do MS (sites e biblioteca virtual) e científicas, para comemorar a data e subsidiar atividades de formação de profissionais para atuação no NASF, constatamos a dificuldade de encontrar uma publicação que conectasse as publicações oficiais sobre o NASF e descrevesse cronologicamente sua construção. Ao longo desse artigo, pretendemos descrever a trajetória de uma década de NASF (2008-2018), a partir de seus marcos históricos legais e sua expansão neste período.

MÉTODOS

Para este estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa, foi realizada a análise de conteúdo de documentos produzidos pelo MS, utilizando a ferramenta de busca pelo termo “NASF”, especificamente no site do MS¹⁰ e na Biblioteca Virtual¹¹. O período compreende janeiro de 2008 (marco legal da criação do NASF) a setembro de 2018 (10 anos e oito (8) meses de criação do NASF e um ano após a publicação da nova PNAB). Os achados foram organizados em uma linha cronológica, por período de publicação, e alinhados por temáticas. Foram também listadas as ferramentas de trabalho do NASF-AB mais frequentes identificadas nos documentos e analisados os dados de implantação dos três tipos de equipe NASF (eNASF), no período supracitado, a partir de dados públicos disponibilizados pelo MS no Histórico de Cobertura da ESF¹².

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Compõem este estudo onze Portarias sobre o NASF, sendo nove vigentes^{2,6,13-19} e duas revogadas^{1,20}, além de treze materiais escritos^{5,21-32} e sete vídeos³³⁻³⁹ com conteúdo de suporte técnico-pedagógico para práticas das ações das eNASF. A Figura 1 apresenta, em uma linha cronológica, estes materiais que serão descritos ao longo desse estudo.

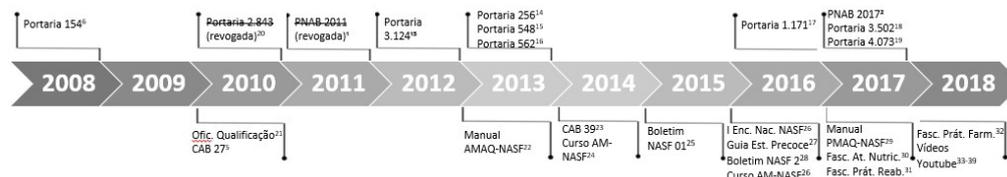


Figura 1. Linha do tempo NASF

O percurso do NASF: as diferentes proposições e formatos

O marco legal inicial é a Portaria nº 154/2008⁶, que registra a criação do NASF, descrevendo seu objetivo de ampliar a oferta e serviços das ações na AB, a resolubilidade e prestar apoio à eSF. Preconizava a composição das equipes por profissionais de diferentes áreas de conhecimento e categorias, e as classifica em duas modalidades: NASF 1 e NASF 2. O que as diferenciava era a carga horária de trabalho, o número de profissionais que compunham a eNASF, o número de eSF vinculadas ao NASF e o valor de repasse financeiro pelo governo federal.

À época, ocorria nesse momento a reivindicação da atuação de diferentes categorias na APS, motivada pela preocupação com a atenção integral e em função dos interesses corporativistas³. A estruturação do NASF, então, atendeu a essas solicitações, inserindo treze profissões que eram mais conhecidas por atuarem na atenção especializada, a saber: médico acupunturista, assistente social, professor de educação física na saúde, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista-obstetra, médico homeopata, médico pediatra, psicólogo clínico, médico psiquiatra, nutricionista e terapeuta ocupacional⁶. Isso ocorreu por meio do fomento financeiro do MS para atuação interdisciplinar e integrada na AB.

Em 2011, a atualização da PNAB¹ (a anterior datava de 2006⁴⁰), passou a constar o NASF em seu conteúdo. Nela, houve o reforço do modelo de gestão de trabalho do NASF por meio do Apoio Matricial (AM), além de possibilitar que a eNASF atuasse em outras redes, como no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), e a vinculação junto às Academias da Saúde e equipes de Atenção Básica para Populações Específicas (como o Consultório na Rua e Equipes Ribeirinhas e Fluviais). Outra importante modificação foi referente ao número de eSF que cada eNASF poderia apoiar. Houve redução do número máximo de 20 para 15 eSF para cada NASF do tipo 1, representando uma diminuição da rotatividade dos profissionais entre os diferentes territórios adscritos e, com isto, ampliando a possibilidade do apoio e formação de vínculos junto aos profissionais da ESF e usuários destes locais.

Um modelo de NASF 3, direcionado exclusivamente às ações na área de saúde mental, foi criado em 2010²⁰ e logo extinto, no ano de 2011¹. A portaria fazia parte de uma série de documentos e editais do MS que priorizavam os usuários de crack, álcool e outras drogas baseados no cenário epidemiológico do país⁴¹. O formato atual de NASF 3 só foi estabelecido no ano seguinte, em 2012¹³, assinalando para intenção da universalização do acesso ao NASF, uma vez que permitiu a municípios que contassem com apenas uma ou duas eSF que pudessem aderir à política. Até esse momento, os municípios precisavam ter no mínimo três eSF para cadastrar uma eNASF. Considerando que cada eSF era responsável por 2 mil a 4 mil habitantes, a antiga normativa representava a exclusão de centenas de municípios brasileiros que continham apenas uma ou duas equipes na AB. A portaria de 2012 também reduziu o número de eSF para vinculação de NASF 1 e 2, ampliando, novamente, as possibilidades de cuidado às populações vinculadas às eSF.

Em 2013, foram definidas regras para a inserção no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e a inclusão na Tabela de Serviços Especializados¹⁴, funções necessárias para registro das ações e repasse de recursos aos municípios. Um apontamento para a expansão das possibilidades de atuação do NASF é a inclusão de mais seis profissões na composição do NASF: médico geriatra; médico clínico; médico do trabalho; médico veterinário; sanitarista; e educador social.

No mesmo ano, houve a ampliação dos valores de repasse mensal para custeio¹⁵ e a definição do incentivo financeiro para participação no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)¹⁶. Esta publicação representava não só a garantia de recurso para as eNASF no PMAQ, mas, principalmente, tratava-se da primeira orientação explícita do MS quanto aos indicadores de saúde para avaliação e monitoramento das ações realizadas pelos NASF na AB.

Todos estes documentos foram discutidos e aprovados de forma tripartite (envolvendo gestores do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde) e demonstram as adaptações e modificações legais que se fizeram necessárias para construir uma equipe interdisciplinar que se adequasse às práticas na AB e desse apoio às eSF. O Quadro 1 representa a conformação das eNASF após os ajustes mencionados em todo seu percurso histórico.

As transformações previstas repercutiram no crescimento do NASF nesta década de existência, em relação ao número de equipes, à inserção de 19 profissões na AB, assim como nas múltiplas possibilidades de atuação destes.

Ao longo deste trabalho observou-se que na base dos sistemas do MS não há dados públicos, entre 2008-2018, que sejam suficientes para demonstrar a expansão numérica de profissionais e de qualificação dos indicadores de saúde, bem como de cobertura populacional abarcada por essa política. Porém, considerando a presença de equipes, o NASF parte de 395 equipes no ano de sua criação, para praticamente 14 vezes mais, com 5.418 em 2018, diante de uma realidade de 43.639 eSF.

A expansão do número de equipes nos 10 anos de NASF (Figura 2) acompanhou a da eSF. Ainda que a ampliação das eSF seja maior, em tempo e números, ambas equipes caminham juntas na ampliação e consolidação do trabalho da ESF na AB. Uma plausível explicação para o crescimento a partir de 2013 são as induções e apostas ministeriais por meio das revisões normativas de NASF em 2012 (como a universalização do NASF e a ampliação do valor do incentivo federal), do PMAQ e dos programas de provimento de médicos (como o Programa de Valorização da Atenção Básica e o Programa Mais Médicos⁴²) que provocaram novos credenciamentos de eSF.

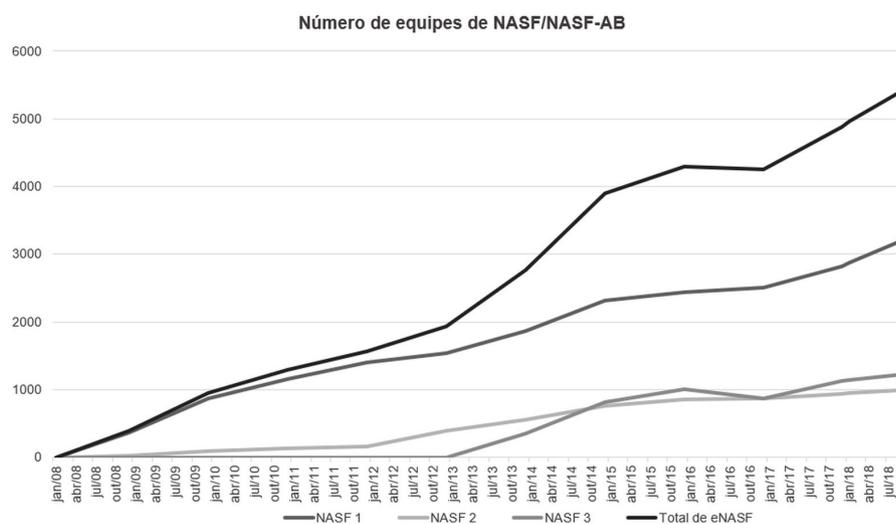


Figura 2. Número de equipes de NAS

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

Modalidade EqNASF	Vinculação à EqSF e carga horária de trabalho	Profissionais que podem compor a equipe (comum a todas as modalidades)
NASF 1	Um NASF para cinco (5) até nove (9) EqSF, com somatório de carga horária dos profissionais mínima de 200h/semanais	• Arte-Educador
		• Assistente Social
		• Farmacêutico
		• Fisioterapeuta
		• Fonoaudiólogo
		• Ginecologista/Obstetra
		• Médico Acupunturista
		• Médico do Trabalho
		• Médico Geriatra
		• Médico Homeopata
		• Médico Internista
		• Médico Pediatra
	R\$ 20.000,00	• Médico Psiquiatra
		• Médico Veterinário
		• Nutricionista
		• Profissional de Ed. Física
NASF 2	Um NASF para 3 a 4 EqSF, com somatório de carga horária dos profissionais mínima de 120h/semanais	• Psicólogo
		R\$ 12.000,00
NASF 3	Um NASF para 1 a 2 EqSF, com somatório de carga horária dos profissionais mínima de 80h/semanais.	• Terapeuta Ocupacional
		R\$ 8.000,00

Fonte: elaboração das autoras a partir dos documentos do Ministério da Saúde sobre NASF.

O percurso do NASF: o caminho teórico-prático

Seguindo nas publicações do MS, foram identificados 18 materiais que sinalizam um caminho teórico-prático para o trabalho do NASF, sendo dois Cadernos de Atenção Básica (CAB)^{5,23}, três fascículos³⁰⁻³² e sete vídeos³³⁻³⁹. Os mesmos serão apresentados abaixo, em ordem cronológica de publicação.

O primeiro texto institucional sobre o processo de trabalho do NASF, o CAB nº 27⁵, passou a ser o instrumento teórico dos profissionais do NASF por um período de quatro anos. Lançado somente dois anos após a criação do NASF⁴, ele aborda as Diretrizes do NASF e apresenta as primeiras orientações para as práticas e cinco ferramentas tecnológicas - nomenclatura utilizada para designar as estratégias utilizadas pela eNASF para organizar e desenvolver o processo de trabalho: a Pactuação do Apoio, a Clínica Ampliada, o AM, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Projeto de Saúde no Território (PST). Até então, as equipes baseavam sua produção de trabalho apenas com o que estava descrito na Portaria de criação.

No mesmo ano, foi publicado o Manual sobre o “Projeto de Oficina de Qualificação do NASF”²¹, apresentado em resposta a uma das prioridades do MS: reduzir a mortalidade infantil na região Nordeste e na Amazônia Legal. Esse material propôs a discussão do processo de trabalho e capacitação para reduzir a mortalidade infantil, a partir de oficinas estaduais que ocorreram em alguns estados, como Ceará⁴³ e Mato Grosso⁴⁴.

Convergindo com a inclusão dos NASF no PMAQ, em 2013, foi publicado o material de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ). Tratava-se do primeiro instrumento de autoavaliação específico para as eNASF, elaborado com base nas orientações e definições disponíveis no CAB nº 27⁵, na PNAB de 2011¹ e no CAB nº 39²³, que naquele período ainda se encontrava em elaboração e não havia sido publicado. Apesar do avanço no estímulo teórico à autoavaliação, as instruções práticas para o desenvolvimento do PMAQ só surgiram quatro anos depois, com a publicação do Manual do 3º ciclo²⁹. De qualquer forma, o PMAQ demonstra o esforço em superar a dificuldade de captar e mensurar o trabalho do NASF e a colaboração entre os profissionais. Portanto, há evidências de resultados satisfatórios e apontamentos de desafios a serem superados, como a insuficiência de investimento na capacitação continuada e qualificação dos profissionais, em especial com relação ao monitoramento do plano terapêutico, à atenção compartilhada e aos indicadores em saúde⁴⁵. E há de se considerar que os efeitos do trabalho do NASF podem ser notados de forma indireta, por meio do resultado das eSF no PMAQ, uma vez que essas equipes e os residentes em seus territórios são parte do trabalho dos apoiadores do NASF⁴⁶.

A fim de instrumentalizar e mobilizar os profissionais dos NASF-AB, em 2014, o MS lançou o “Curso de AM na AB com ênfase nos NASF” (Curso AM-NASF), que também foi realizado em 2016 e 2019 abordando conteúdos como: Implantação do NASF; Ferramentas, práticas e intervenções compartilhadas: consulta compartilhada, PTS, grupos; gestão do cuidado; e monitoramento e avaliação²⁴.

Na sequência, o CAB nº 39 (“NASF – Volume 1: Ferramentas para gestão e para o trabalho cotidiano”)²³ trouxe modificações em relação ao CAB nº 27, com uma linguagem mais coloquial, bem como mostra uma apresentação de casos clínicos e a atualização das portarias. Assim como o CAB antecessor, esse é uma tentativa de pensar o cotidiano do trabalho e apresenta algumas estratégias que podem ser utilizadas no território da AB, com sugestões e possibilidades para a atuação dos profissionais por meio da inserção de novas ferramentas tecnológicas: formação de Grupos; formulação de Genograma; Ecomapas; realização de Atendimento Domiciliar Compartilhado; e Atendimento Compartilhado.

O “Boletim do NASF” é um informativo que apresenta um panorama nacional dos NASF, mas contou com apenas duas edições publicadas. A edição de 2015²⁵ versou sobre PMAQ (2º ciclo), e-SUS AB (*software* público utilizado na AB) e as dificuldades observadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde, como o desconhecimento ou o não cumprimento dos objetivos e diretrizes do NASF pelos gestores municipais e pelos trabalhadores. Por outro lado, a edição de 2016²⁸ teve foco no uso do e-SUS, com aspectos direcionados ao uso e registro de informações e produção. Ambos boletins apontavam para a necessidade de capacitação e fomento para participação em seminários, oficinas e cursos. Em resposta a essa demanda, no ano de 2016, o MS realizou o “1 Encontro Nacional de Equipes do NASF” e a 2ª edição do Curso AM-NASF²⁶.

Em novembro de 2015, o Brasil havia declarado emergência nacional em Saúde Pública por casos de infecção pelo Zika vírus e aumento da prevalência de microcefalia no Brasil⁴⁷, o que deu visibilidade ao potencial do NASF na estimulação precoce. Por contenção de despesas em meio a uma crise político-econômica, o MS desde 2014 não credenciava novos NASF, porém, devido ao cenário da saúde naquele período, autorizou, em junho de 2016, a implantação de mais 44 eNASF¹⁷ e publicou um Guia de Estimulação Precoce²⁷. Em 2017, os municípios com NASF receberam recursos para “kits de estimulação precoce”, a fim de fortalecer as ações de cuidado das crianças suspeitas ou confirmadas com síndromes causadas por Zika, sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes vírus^{18,19}.

Chegando ao ano de 2017, e publicada entre críticas, uma breve consulta pública e discussão entre representantes da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e técnicos do MS⁴⁸, foi publicada a nova PNAB² trazendo mudanças para o NASF. A PNAB de 2011¹, revogada,

citava que os profissionais do NASF deveriam atuar de forma integrada e apoiar os demais profissionais, atuando diretamente no AM às eSF vinculadas. Mencionava a ampliação da clínica e expunha como exemplos de ações de apoio: “discussão de casos, atendimentos conjuntos ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho”. A PNAB de 2017 não menciona tal conceito de AM, muito embora mantenha essas ações e ferramentas ao longo de seu conteúdo.

O conceito de “Apoio”, que desde 2008 acompanhava e compunha a sigla do NASF, foi substituído pela palavra “Ampliado” e subtraído da PNAB vigente. Isto, somado à permissão da vinculação das eNASF às equipes de AB/APS (eAB/eAPS), põe em dúvida as intenções e possíveis repercussões práticas desta ampliação. Diferente das eSF, as eAB não precisam ter ACS nem microáreas definidas e podem compor uma equipe com apenas médico e enfermeiro, em carga horária semanal inferior a 40 horas. O trabalho do NASF pressupõe uma gestão conjunta dos desafios encontrados pelas equipes, sejam eles casos clínicos ou do território (que no caso das eAB não é definido) e espaços conjuntos para fazer a tomada de decisões sobre as abordagens utilizadas, ou seja, apenas um exemplo seria a dificuldade na realização de espaços dialógicos gerado pelos desencontros devido as diferentes cargas horárias entre profissionais. Apesar de haver críticas à ESF⁴⁹, a decisão de ampliação com pouca discussão e sem uma proposta de qualificação para a ESF e/ou um modelo mais promissor que este, soa como um apagamento histórico dos 25 anos de existência da ESF na consolidação dos princípios do SUS e, conseqüentemente, põe em xeque a manutenção do NASF.

Alheio à discussão da supressão do conceito de AM e sem evidenciar novas orientações às práticas do NASF, ainda no final de 2017, foram publicados dois fascículos, desdobramentos do CAB nº39, com foco na Atenção Nutricional³⁰ e nas Práticas em Reabilitação³¹ e elaborados a partir dos relatos de diversos profissionais da AB, estudos acadêmicos e experiências dos trabalhadores. As mesmas características também compõem o fascículo sobre Práticas Farmacêuticas³², publicado em 2018. Esses manuscritos avançam na discussão sobre o “modo de fazer”, principalmente por trazer a teoria alinhada com a prática. O CAB anterior, nº 27, focava no AM e suas ferramentas, com cunho no atendimento coletivo, o que dava margem à interpretação de que não era possível o atendimento individual, uma discussão sempre muito presente nos diálogos entre os profissionais do NASF.

Em 2018, o MS começou a publicar, mensalmente, vídeos em comemoração aos 10 anos. Os sete vídeos dialogam sobre: diretrizes³³; AM³⁴; PTS³⁵; curso de AM na AB³⁶; o papel do NASF-AB³⁷; ferramentas de gestão³⁸; e sistemas de informação da AB³⁹.

O Quadro 2 sintetiza as definições do MS das principais ferramentas tecnológicas que estruturam o trabalho do NASF e aponta onde é possível identificar essas informações de forma mais detalhada.

Para esse trabalho, utilizamos a PNAB vigente (2017), os dois CAB e os três Fascículos, por serem os materiais mais densos de teoria e orientadores das práticas. Temos assim, como ferramentas mais frequentes em seus escopos as seguintes: Educação Permanente, PTS, AM, Atendimento Específico e Grupos - sugerindo que estas foram as mais induzidas pelo MS, embora não necessariamente as mais executadas na prática cotidiana.

O uso das ferramentas varia conforme as singularidades das eNASF e dos territórios adscritos à eSF. Estudos têm evidenciado a necessidade de qualificação para atuar no SUS, uma vez que a formação de muitos profissionais não é compatível com a realidade do trabalho em saúde pública⁵⁰. Especificamente acerca do NASF, por mais indutoras que sejam as publicações ministeriais, estudos têm apontado para a necessidade de capacitações específicas e de forma continuada para as diferentes categorias profissionais que compõem a equipe, especialmente no que tange ao uso mais adequado e integrado das múltiplas ferramentas disponíveis^{45,51,52}.

Observa-se que os documentos ministeriais sinalizam o AM como estratégia, embora a atual PNAB não o reconheça, o que pode demonstrar uma limitação das publicações oficiais à definição das práticas cotidianas. Alguns autores apontam outras possibilidades de apoio: o apoio à gestão; o apoio institucional; o apoio gerencial-administrativo; o apoio político-

Quadro 2. Ferramentas Tecnológicas do NASF

Ferramentas Tecnológicas	Definição	Onde buscar mais informações institucionais
Apoio Matricial	Suporte assistencial. Suporte técnico-pedagógico.	CAB 27 ⁵ e 39 ²³ ; Fascículos: Atenção Nutricional ³⁰ , Práticas em Reabilitação ³¹ e Práticas Farmacêuticas ³² ; e Vídeos #2 ³⁴ e #6 ³⁸
Atendimento Compartilhado	Atendimento de paciente ou família entre a eSF e eNASF.	PNAB 2017 ² ; CAB 39 ²³ ; Fascículo Práticas Farmacêuticas ³² ; e Vídeos #5 ³⁷ e #6 ³⁸
Atendimento Domiciliar Compartilhado	Ampliação do campo de prática, como um recurso diagnóstico e terapêutico.	PNAB 2017 ² ; CAB 39 ²³ ; Fascículos Práticas em Reabilitação ³¹ e Práticas Farmacêuticas ³² ; e Vídeos #5 ³⁷ e #6 ³⁸
Atendimento Específico	Atendimento direto ao paciente ou família realizado por profissionais da eNASF.	PNAB 2017 ² ; CAB 39 ²³ ; Fascículos: Atenção Nutricional ³⁰ , Práticas em Reabilitação ³¹ e Práticas Farmacêuticas ³² ; e Vídeo #6 ³⁸
Clínica Ampliada	Compreensão ampliada do processo saúde-doença, construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas e suporte para profissionais da saúde.	CAB 27 ⁵ ; Fascículo Práticas em Reabilitação ³¹ ; e Vídeo #1 ³³
Ecomapa	Mapeamento de redes, apoios sociais e ligações da família com a comunidade.	CAB 39 ²³ ; Vídeo #6 ³⁸
Educação Permanente	Processo de educação e formação profissional permanente que possibilita a análise coletiva do processo de trabalho. O processo envolve dimensões organizacionais, técnicas, sociais e humanas.	PNAB 2017 ² ; CAB 27 ⁵ e 39 ²³ ; Fascículos: Atenção Nutricional ³⁰ , Práticas em Reabilitação ³¹ e Práticas Farmacêuticas ³² ; e Vídeo #6 ³⁸
Genograma	Organização de dados referentes à família e seus processos relacionais.	CAB 39 ²³ ; Vídeo #6 ³⁸
Grupos	Práticas de cuidado em grupo com função de educação em saúde, empoderamento e corresponsabilização.	PNAB 2017 ² ; CAB 39 ²³ ; Fascículos: Atenção Nutricional ³⁰ , Práticas em Reabilitação ³¹ e Práticas Farmacêuticas ³² ; e Vídeo #6 ³⁸
Interconsulta	Ambas PNABs citam como ferramenta, porém não descrevem o conceito.	PNAB 2017 ² e Vídeo #5 ³⁷
Pactuação de Apoio	Avaliação do território. Pactuação do processo de trabalho e metas.	CAB 27 ⁵ e 39 ²³
Projeto Saúde no Território	Proposta de ações efetivas na produção da saúde em um território.	CAB 27 ⁵
Projeto Terapêutico Singular	Proposta de condutas e terapêuticas articuladas, para sujeito individual ou coletivo, em equipe.	PNAB 2017 ² ; CAB 27 ⁵ e 39 ²³ ; Fascículos: Atenção Nutricional ³⁰ , Práticas em Reabilitação ³¹ e Práticas Farmacêuticas ³² ; e Vídeos #3 ³⁵ #6 ³⁸

Fonte: elaboração das autoras a partir dos documentos do Ministério da Saúde sobre NASF.

institucional; o apoio técnico-pedagógico; o apoio técnico assistencial; e o apoio político-comunitário^{46,52} cujas eNASF podem se apropriar e executar em seus contextos de trabalho.

Assim, a limitação apresentada pelos profissionais das eNASF de pouca ou nenhuma formação para o uso da ferramenta de AM e as demais, e a dificuldade para legitimar as ferramentas aponta que, para além de revisões normativas, é importante o investimento através de recursos financeiros e materiais de trabalho, em formação acadêmica, formação continuada e educação permanente, com apoio quanto à gestão do processo de trabalho e organização da rede de atenção à saúde⁴⁶.

O NASF e seus modos do caminhar

Ao olhar essa década de caminhada, é possível observar uma trajetória marcada por tropeços e acertos, entre modificações legais para sua estruturação e entre publicações para (re)orientação das práticas.

O NASF foi criado a partir da demanda por distintos profissionais na AB e do tensionamento dos secretários municipais de saúde por cofinanciamento destas categorias, mas sua consolidação perpassa questões maiores que o custeio⁴. Ele surgiu como uma inovação, uma aposta, para sustentar a ESF como prioridade. Em uma arena constante, onde novas propostas (como a ESF e a Clínica Ampliada) disputam o espaço ocupado pelos modelos de atenção em saúde hegemônicos.

Os documentos do MS aqui apresentados induzem a noções e experimentos de novas práticas, mas mudanças como estas são processuais, não ocorrem por decreto e não dependem apenas dos profissionais. O NASF está inserido no desafio em que trabalhadores (do NASF e das eSF) necessitam saber atuar como equipe, realizando ações na lógica da Clínica Ampliada e condizentes com a situação de saúde dos territórios e que a Rede de Atenção em Saúde também deve operar no mesmo sentido. Essas dificuldades refletem um trabalho desarticulado entre equipes e uma combinação de práticas conflitantes entre modelos hegemônicos e não hegemônicos^{4,46,51,53,54}.

É proposto um caminho (o mesmo da ESF) ao NASF e se espera um novo modo de caminhar de categorias profissionais historicamente marcadas por uma atuação clínica em prevenção secundária e terciária. Contraditoriamente, a demora ou insuficiência do MS a induzir, por meio de suas publicações e ações de educação continuada e permanente, pode ter dificultado esse percurso, quiçá, a sustentação do modelo preconizado.

Os profissionais costumam buscar orientação ministerial para guiar suas práticas. Seguem, por exemplo, aquilo que é transmitido pelo MS em seus programas estratégicos verticalizados e nas propostas de saúde. Logo, é desejável que o MS tenha um papel mais ativo na reorientação nas práticas e que os processos de trabalho do NASF possuam uma clareza quanto a sua estrutura, de maneira mais definida, cujas ferramentas sejam de acordo com as realidades dos territórios da APS, para além da lógica medicalizadora centrada apenas na doença e no indivíduo⁵³.

CONSIDERAÇÕES

Conhecer a história e trajetória do NASF, a partir dos marcos legais analisados, é relevante para compreendermos as transformações, reformulações e adaptações que ocorreram e as propostas que surgirão a partir de então. Uma década é um tempo pequeno para consolidar uma prática inovadora como o NASF, em um país diverso como o Brasil, com um sistema de saúde universal ainda jovem, cujos direcionamentos por meio das mudanças normativas podem caminhar em uma velocidade bem maior.

A publicação da nova PNAB ocorreu ao término da década analisada aqui, não permitindo acompanhar todos os seus desdobramentos, em especial com relação à supressão da lógica de Apoio. E, a título de informação, durante o tempo de revisão editorial deste estudo, foram publicados novos documentos⁵⁵⁻⁵⁷ que excluem o PMAQ, alteram formas de financiamento federal na AB e tocam, diretamente, o NASF. Há um cenário de incertezas sobre como se dará o processo de trabalho daqui por diante. Como a gestão municipal sustentará financeiramente

as eNASF sem subsídio do MS? Os documentos normativos foram suficientes para sustentar a proposta do NASF ante o programa Previnde Brasil? As atuais mudanças nas políticas da APS colaboraram para o avanço ou retrocesso do NASF? Assim, assinalamos para que os próximos anos de NASF sejam narrados por mais autores, desta forma analisando as transformações mais recentes.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, 2011.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Anexo XXII. Portaria de Consolidação nº 02, de 28 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, 2017.
3. Castro ALB, Fausto MCR. A política brasileira de Atenção Primária à Saúde. In: Machado CV, Baptista TWF, Lima LD, organizadores. Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 173-96.
4. Almeida ER. A gênese dos NASF [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2016.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes do Nasf: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 154, de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília, 2008.
7. Castro ALB, Machado CV. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. *Physis*. 2012;22(2):477-506. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000200005>.
8. Zepeda JES. Construção de modelo de avaliação da integração dos NASF na Atenção Primária [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2013.
9. Santos MLM, Medeiros AA, Batiston AP, Pontes ERJC, Ferrari FP, Fernandes JM, et al. Competências e atribuições do fisioterapeuta na Atenção Primária à Saúde. *Fisioterapia Brasil*. 2016 jan-fev;15(1):69-76. <http://dx.doi.org/10.33233/fb.v15i1.316>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica [Internet]. 2018 [citado em 2015 dez 2]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Biblioteca [Internet]. 2018 [citado em 2016 fev 12]. Disponível em <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/index>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura da Saúde da Família [Internet]. 2018 [citado em 2018 nov 1]. Disponível em: <https://acesso-egestoraps.saude.gov.br/login>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.124, de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília, 2012.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 256, de março de 2013. Estabelece novas regras para o cadastramento das equipes que farão partes dos NASF no SCNES. Diário Oficial da União, Brasília, 2013.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 548, de abril de 2013. Define o valor de financiamento para o NASF modalidade 1, 2 e 3. Diário Oficial da União, Brasília, 2013.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 562, de abril de 2013. Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do PMAQ. Diário Oficial da União, Brasília, 2013.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.171 de 16 de junho de 2016. Credencia Municípios a receberem incentivos referentes aos NASF. Diário Oficial da União, Brasília, 2016.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.502, de 19 de dezembro de 2017. Diário Oficial da União, Brasília, 2017.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 4.073, de 29 de dezembro de 2017. Altera a Portaria n.º 3.502/GM/MS, de 19 de dezembro de 2017. Diário Oficial da União, Brasília, 2017.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.843, de 20 de setembro de 2010. Cria os NASF 3. Diário Oficial da União, Brasília, 2010.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Oficina de Qualificação do NASF. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. AMAQ-Nasf. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. NASF – Vol. 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

24. Melo EA, Pereira LA. organizadores. Caderno do curso: apoio matricial na Atenção Básica, com ênfase nos NASF. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2014.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Boletim 01 – NASF. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Nasf, e-SUS AB e PMAQ são destaques no 12º Congresso Internacional da Rede Unida. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. A estimulação precoce na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Boletim 02 - NASF. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica e Nasf. PMAQ – Terceiro ciclo (2015-2017). Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Contribuições dos NASF para a Atenção Nutricional. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Práticas em reabilitação na AB. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Práticas Farmacêuticas no Nasf AB. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
33. Brasil. Departamento de Atenção Básica. #1 As diretrizes do Nasf-AB [vídeo]. 2018 [citado em 2018 fev 27]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=WSwtHKx2xlg>
34. Brasil. Departamento de Atenção Básica #2 Apoio Matricial - Nasf-AB [vídeo]. [citado em 2018 abr 6]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=4I4AIDRTpno>
35. Brasil. Departamento de Atenção Básica. #3 Projeto Terapêutico Singular | Nasf-AB [vídeo]. 2018 [citado em 2018 maio 4]. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=dcC7Uh_zc0I
36. Brasil. Departamento de Atenção Básica. #4: Curso Apoio Matricial na AB com ênfase nos NASF-AB [vídeo]. 2018 [citado em 2018 maio 30]. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=NRZuU_E-BFO
37. Brasil. Departamento de Atenção Básica. #5: O papel do Nasf-AB na Coordenação do Cuidado [vídeo]. 2018 [citado em 2018 jul 9]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=JDVQxJnmknU>
38. Brasil. Departamento de Atenção Básica. #6: Ferramentas de gestão do cuidado/gestão da clínica [vídeo]. 2018 [citado em 2018 ago 3]. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=SGUXXPL_fLU
39. Brasil. Departamento de Atenção Básica. #7: Os sistemas de informação da AB e o Nasf [vídeo]. 2018 [citado em 2018 set 14]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ZnpzzWVTvjw>
40. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006 (revogada). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, 2006.
41. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Portal Conasems [Internet]. 2010 [citado em 2015 nov 21]. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/index.php/comunicacao/ultimas-noticias/82-ms-lanca-portarias-que-priorizam-o-enfretamento-ao-crack-e-outras-drogas>
42. Pinto HA, Oliveira FP, Santana JSS, Santos FOS, Araujo SQ, Figueiredo AM, et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. Interface (Botucatu). 2017;21(1):1087-101. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0520>.
43. ESP-CE – Escola de Saúde Pública do Ceará. Notícias [Internet]. 2010 [citado em 2016 mar 24]. Disponível em: http://www.esp.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1048:oficinas-preparam-nasf-para-reducao-da-mortalidade-infantil
44. Mato Grosso. Governo do Estado de Mato Grosso. Notícia [Internet]. 2010 [citado em 2016 mar 24]. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/noticia/2787>
45. Brocardo D, Andrade CLT, Fausto MCR, Lima SML. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. Saúde Debate. 2018 set;42(1):130-44. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s109>.
46. Melo EA, Miranda L, Silva AM, Limeira RMN. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. Saúde Debate. 2018;42(N. esp. 1):328-40. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S122>.
47. Freitas PSS, Bussinger ECA, Lacerda LCX, et al. O surto de Zika vírus: produção científica após Declaração de Emergência Nacional em Saúde Pública. Arch Health Invest. 2018;7(1):12-6. <https://doi.org/10.21270/archi.v7i1.2285>.

48. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica. *Saúde Debate*. 2018;42(116):11-24. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>.
49. Merhy EE, Franco TB. PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães HM Jr, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003.
50. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Mundo Saúde*. [Internet]. 2010;34(1):93-6 [citado em 2020 set 10]. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf
51. Silva ATC, Aguiar ME, Winck K, Rodrigues KGW, Sato ME, Grisi SJFE et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2012;28(11):2076-84 [citado em 2016 mar 24]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v28n11/07.pdf>
52. Magalhães FJ, Abi RT, Santos SV. Ferramentas e práticas do NASF em saúde do fisioterapeuta. *Fisioter Mov*. 2016 dez;29(4):741-50. <https://doi.org/10.1590/1980-5918.029.004.AO10>.
53. Arce VAR, Fontes TC. Práticas de saúde e modelo de atenção no âmbito do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Salvador (BA). *Saúde Debate*. Set 2017;41(esp 3):228-40. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s317>.
54. Santos ST, Guadalupe MM. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS?. *Saúde Debate*. Out 2018;42(esp 2):145-58. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s210>.
55. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União, Brasília*, 2019.
56. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.222 de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. *Diário Oficial da União, Brasília*, 2019.
57. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Saúde da Família. *Nota Técnica nº 3*. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.