

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

**Talita Abi Rios Timmermann**

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

**Porto Alegre**

**2016**

**Talita Abi Rios Timmermann**

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

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

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

**Porto Alegre**

**2016**

### CIP - Catalogação na Publicação

Timmermann, Talita Abi Rios

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

Orientadora: Cristianne Maria Famer Rocha.

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

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

## **Agradecimentos**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Minha gratidão!

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

O que ela quer da gente é coragem.

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

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

## Resumo

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

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

## Abstract

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

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



## LISTA DE QUADROS E FIGURAS

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

## LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

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

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

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

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

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

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

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AM – Apoio Matricial

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

APS – Atenção Primária à Saúde

CAB – Caderno de Atenção Básica

CdP – Comunidade de Práticas

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DAB – Departamento de Atenção Básica

EaD – Educação a Distância

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

EqNASF – Equipe NASF

EqSF – Equipe de Saúde da Família

ESF – Estratégia de Saúde da Família

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PICs – Práticas Integrativas e Complementares

PMM – Programa Mais Médicos

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

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PSE – Programa Saúde na Escola

PSF – Programa de Saúde da Família

PST – Projeto de Saúde no Território

PTS – Projeto Terapêutico Singular

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

## SUMÁRIO

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

## 1. Para ler cantando

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

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

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

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

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

---

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





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

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



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

---

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



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

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



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

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

---

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





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

Finalizo e recomeço, cantando assim:

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



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

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

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



### 2.1 A sinfonia

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

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



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

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

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

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



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

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

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

---

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

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



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

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

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

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

---

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



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

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



## 2.2 Uma nota

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

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

---

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



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

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

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

---

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

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



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

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

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

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

---

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





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

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

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



### 2.3 As partituras

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

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

Outras Portarias que se referem ao NASF são: a Portaria nº 256/2013, que estabelece o cadastramento das equipes NASF ao Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e a inclusão do profissional sanitarista e do profissional de educação física de licenciatura ou bacharelado (Brasil, 2013a); a Portaria nº 548/2013, que define os valores de repasse mensal, pelo Piso da Atenção Básica Variável, a cada modalidade do NASF, distribuído da seguinte forma: R\$ 20.000,00 para o NASF 1, R\$ 12.000,00 para o NASF 2, e R\$ 8.0000,00 para o NASF 3 (Brasil, 2013b); e a Portaria nº 562/2013, que define o valor do incentivo financeiro do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) a cada modalidade de NASF (Brasil, 2013c).

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



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

<b>Modalidade EqNASF</b>	<b>Vinculação a EqSF e carga horária de trabalho</b>	<b>Profissionais que compõe a equipe (comum a todos)</b>
<b>NASF 1</b>	Um NASF para 5 até 9 EqSF, com somatório de carga horária dos profissionais mínima de 200h/semanais	b Médico Psiquiatra b Médico Geriatra b Médico Internista b Ginecologista/Obstetra b Médico Pediatra b Médico Homeopata b Médico Acupunturista b Médico do Trabalho b Médico Veterinário b Sanitarista b Fisioterapeuta b Terapeuta Ocupacional b Fonoaudiólogo b Psicólogo b Nutricionista b Assistente Social b Farmacêutico b Arte-Educador b Profissional de Educação Física
<b>NASF 2</b>	Um NASF para 3 a 4 EqSF, com somatório de carga horária dos profissionais mínima de 120h/semanais	
<b>NASF 3</b>	Um NASF para 1 a 2 EqSF, com somatório de carga horária dos profissionais mínima de 80h/semanais.	

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

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

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



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

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

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

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

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



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

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

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

Fonte: Sistematização da autora (2016)



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

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

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



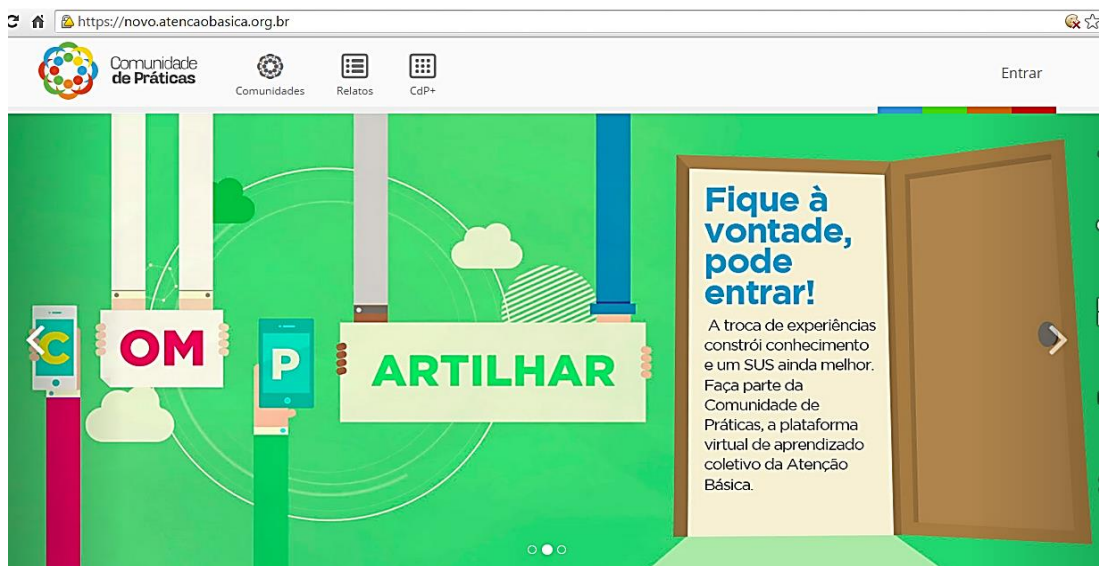


Figura 1: Site da CdP (Brasil, 2015c)



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

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

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

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

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



---

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





### 3. Entre ensaios e improvisos

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

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

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

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



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

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

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



#### 4. Como reger estas partituras

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

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

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

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

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



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

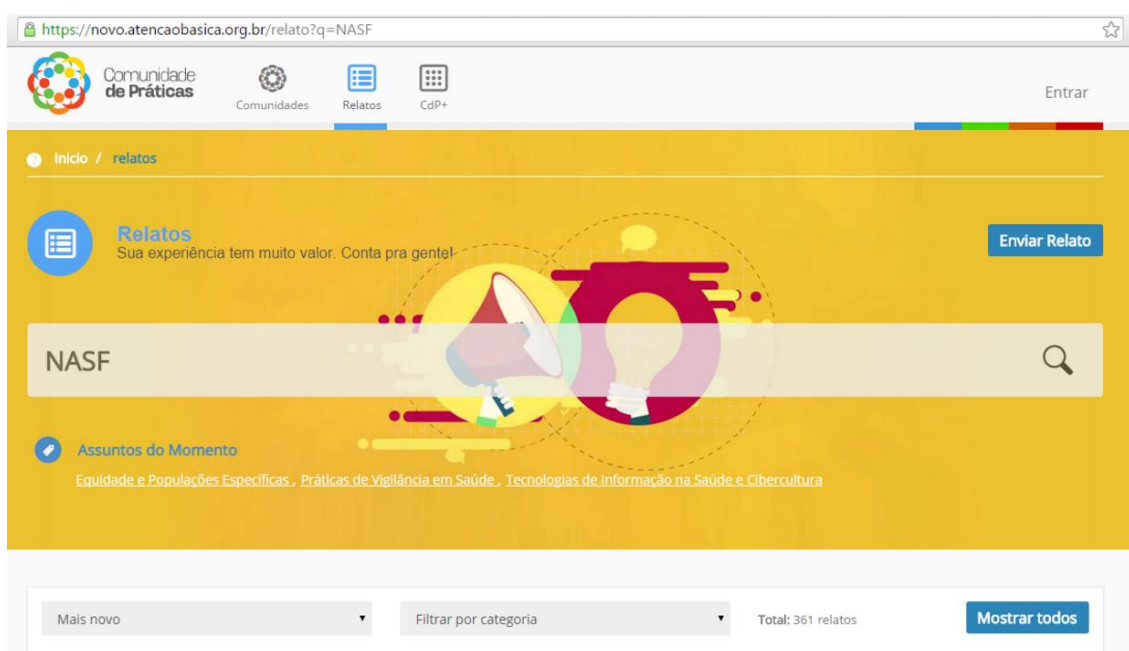


Figura 3: Site da CdP: busca de relatos de experiência com o termo NASF (Brasil, 2015d)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

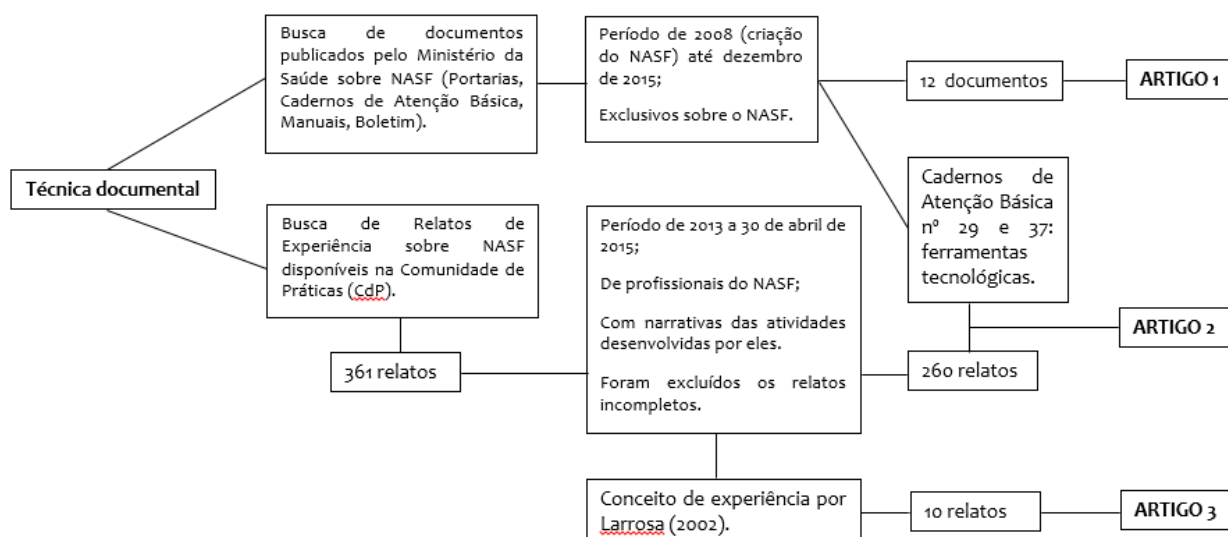


Figura 4: Percurso metodológico da dissertação.

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



## 5. A apresentação e o centro do palco

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

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

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

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

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

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

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



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



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

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

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





**ESTE ARTIGO ENCONTRA-SE EM PROCESSO DE SUBMISSÃO**

Páginas 39-52





























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

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

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



**ESTE ARTIGO ENCONTRA-SE EM PROCESSO DE SUBMISSÃO**

Páginas 54-66





























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

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

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



**ESTE ARTIGO ENCONTRA-SE EM PROCESSO DE SUBMISSÃO**

Páginas 68-83



































## 6. Fechando as cortinas, apagando as luzes

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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



## Referências

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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





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

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

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

BRASIL. Portaria nº 154, de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prto154\\_24\\_01\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prto154_24_01_2008.html)>. Acesso em: 13 ago. 2014.

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

BRASIL. Portaria nº 256, de março de 2013a. **Estabelece novas regras para o cadastramento das equipes que farão partes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prto256\\_11\\_03\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prto256_11_03_2013.html)>. Acesso em: 13 ago. 2014.

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

BRASIL. Portaria nº 548, de abril de 2013b. **Define o valor de financiamento para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidade 1, 2 e 3**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prto548\\_04\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prto548_04_04_2013.html)>. Acesso em: 13 ago. 2014.

BRASIL. Portaria nº 562, de abril de 2013c. **Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prto562\\_04\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prto562_04_04_2013.html)>. Acesso em: 13 ago. 2014.

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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



## APÊNDICES

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

Anais do 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva

ISBN: 978-85-85740-06-1

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

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

<sup>1</sup> - UFRGS

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

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

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



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

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

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

Modalidade de aprovação: **Comunicação Oral Curta**

Eixo temático: **Relato de Pesquisa**

Disponível em:

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



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

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

Brasil

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



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

**Modalidade:** Pôster Walk

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

