



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

**ELLENE GLENER CASTRO DO CARMO**

CONTRIBUIÇÕES DO SANITARISTA AO NÚCLEO DE APOIO  
À SAÚDE DA FAMÍLIA

Rio de Janeiro  
2018

ELLENE GLENER CASTRO DO CARMO

CONTRIBUIÇÕES DO SANITARISTA AO NÚCLEO DE APOIO  
À SAÚDE DA FAMÍLIA

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título Especialista em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Ma. Ana Paula Klein

Coorientador: Me. Roberto José Gervásio Unger

Rio de Janeiro

2018

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

ELLENE GLENER CASTRO DO CARMO

### **CONTRIBUIÇÕES DO SANITARISTA AO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título Especialista em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 22 de novembro de 2018.

---

Prof<sup>a</sup>. Ma. Ana Paula Klein

IESC/UFRJ

---

Me. Roberto José Gervásio Unger

IESC/UFRJ

---

Prof<sup>a</sup>. Ma. Tatiana Clarkson Mattos

IESC/UFRJ

---

Prof. Me. César Augusto Paro

IESC/UFRJ

À minha família,  
por estar ao meu lado sempre.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, pela oportunidade de viver e por me conceder sabedoria, saúde e força diariamente para superar as dificuldades.

Aos meus pais, Roberto e Albea, por tudo que fizeram e ainda fazem por mim, por cada conselho, apoio e incentivo em todos os momentos, sempre com muito amor e dedicação.

Aos meus avós, Marina e Ademir, pelas orações incansáveis e por terem me acompanhado nessa jornada.

A minha querida irmã, Elisa, pela paciência, por me compreender estar ao meu lado nos momentos mais difíceis.

Ao meu esposo, Felipe, por todo amor, carinho, paciência e compreensão. Seu incentivo e apoio me ajudam a crescer e buscar sempre o melhor. Valeu a pena cada choro e cada sorriso com você ao meu lado.

Aos meus familiares, por me ajudarem e me apoiarem.

Aos meus amigos, pela paciência e motivação.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração pela oportunidade de poder trilhar esse longo e contínuo caminho em busca de um Sistema Único de Saúde (SUS) eficaz e de qualidade para a nossa população.

Aos meus orientadores, Ana e Roberto, pelo suporte, pelas correções e por todo apoio e conhecimento transmitido.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, muito obrigada.

## RESUMO

CARMO, Ellene Glener Castro do. **Contribuições do sanitarista ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

Desde a implementação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) diversas ações vêm sendo desenvolvidas com intuito de alcançar a integralidade da atenção e interdisciplinaridade das ações de forma resolutiva sobre os problemas clínicos e sanitários, articulados com a rede de atenção. Nesse sentido, realizou-se uma busca bibliográfica sobre o trabalho do NASF no Brasil a fim de identificar o papel do sanitarista nesta equipe de apoio, e, além disso, identificar os desafios e potencialidades para inserção deste profissional. Este núcleo deve proporcionar a criação de espaços que constituem uma rede de cuidados, com discussão de casos, reuniões, atendimentos e planejamento das ações em conjunto com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) a fim de construir um processo de aprendizado coletivo com definições de condutas compartilhadas. As ações desenvolvidas buscam melhorar a qualidade do serviço prestado e não apenas suprir uma demanda assistencial em seu aspecto numérico. Uma das dificuldades identificadas no processo de trabalho é a formação profissional, pois o SUS carece de profissionais preparados para uma abordagem integral. A atuação do sanitarista está em consonância à proposta do SUS, pois olha para os contextos individuais e coletivos, entendendo o processo de saúde-doença além do corpo biológico e desenvolvendo ações a partir do diagnóstico de saúde do território. Um dos desafios para inserção do sanitarista seria lidar com a lógica de trabalho fragmentada que ainda existe e que reflete no cuidado prestado a população. Sua atuação pode fortalecer as ações técnico-pedagógicas, as ações de planejamento, as estratégias de rastreamento, diagnóstico, as atividades preventivas, produzindo conhecimentos relacionados à saúde da população.

Palavras-chave: Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Sanitarista. Equipe de Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS). Saúde Coletiva.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AB	ATENÇÃO BÁSICA
CNPQ	CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO
DECS	DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESF	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
FAPESP	FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO
NASF	NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
OPAS	ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE
PSF	PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
PACS	PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
PTS	PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR
PST	PROJETO DE SAÚDE NO TERRITÓRIO
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	14
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>15</b>
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>16</b>
<b>5 DISCUSSÃO .....</b>	<b>20</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>24</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>26</b>



## 1 INTRODUÇÃO

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído no Brasil por meio da Constituição de 1988 e fruto do movimento da Reforma Sanitária, diversas ações vêm sendo implementadas a fim de ampliar o acesso, melhorar a qualidade dos serviços ofertados à população e promover cuidado integral através de princípios e diretrizes que reconhecem a saúde como um direito social (TEIXEIRA, 2009). Nesse sentido, a Atenção Básica (AB), surge como um marco referencial para a organização dos serviços, tornando-se porta de entrada do SUS, coordenando o cuidado, as ações e serviços disponibilizados na rede de atenção à saúde (BRASIL, 2006).

Em 1991, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o principal objetivo era reduzir a mortalidade infantil e materna através do acesso à saúde em áreas de maior vulnerabilidade. A partir de 1994, com a reorganização e reestruturação da AB, o Ministério da Saúde implantou o Programa Saúde da Família (PSF) no sentido de romper o modelo de saúde mecanicista e hospitalocêntrico, e assim atuar no território, com ênfase no vínculo com a comunidade e famílias, e na promoção da saúde, de acordo com os princípios de universalidade, integralidade e equidade, que compõem o SUS (MINAYO; GUALHANO, 2017).

Em 2006, com a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica, o PSF transforma-se em Estratégia Saúde da Família (ESF), e passa a atuar a partir da territorialização e delimitação das áreas de abrangência das equipes, visando a identificação das necessidades e problemas de saúde da população, através dos determinantes sociais, e o monitoramento das condições de vida. Podemos dizer que a ESF exerce um papel fundamental no primeiro contato, através do vínculo, do cuidado integral, contínuo e coordenado com a rede de serviços (BRASIL, 2006).

As equipes de ESF são compostas por profissionais médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, agentes comunitários de saúde e equipe de saúde bucal. Desde seu início, até os dias atuais, a ESF apresentou um crescimento importante no território nacional, passando de 50,9% em 2008, para 53,4% em 2013. No município do Rio de Janeiro, a cobertura de equipes ESF passou de 3,5% em dezembro de 2008, para 65,0% em dezembro de 2016 (MINAYO; GUALHANO, 2017). O que demonstra a expansão dos serviços, no intuito de melhorar as condições gerais de vida, reduzir a mortalidade infantil e internações evitáveis, através do acesso às

consultas gratuitas e atendimento domiciliar, principalmente para as populações vulneráveis (MINAYO; GUALHANO, 2017).

Apesar dos avanços com a implantação da ESF no território nacional, verificou-se a necessidade de alcançar a integralidade da atenção e interdisciplinaridade das ações de forma resolutiva sobre os problemas clínicos e sanitários, articulados com a rede de atenção. Nesse intuito, a fim de ampliar o repertório de ações das equipes ESF, melhorar a qualidade da atenção em saúde, o Ministério da Saúde criou em 2008, por meio da Portaria Nº 154 de 24 de janeiro, republicada em 4 de março de 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF (BRASIL, 2014).

Diferente dos modelos convencionais de prestação de cuidados, o NASF deve ter como foco a corresponsabilização e a gestão integrada do cuidado. Considerado uma “retaguarda especializada”, o NASF deve qualificar e complementar o trabalho das equipes de Saúde da Família através do compartilhamento de saberes e práticas de saúde no cotidiano do trabalho (ANJOS *et al.*, 2013).

O NASF constitui-se uma equipe de apoio integrada por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, como psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra, terapeuta ocupacional, profissional sanitaria, dentre outros, eleitos a partir das necessidades de saúde do território, vulnerabilidades socioeconômicas e perfil epidemiológico (BRASIL, 2017).

Cada NASF vincula-se a um número variável de equipes de saúde da família. De acordo com a redefinição publicada pela Portaria de Nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, a modalidade NASF 1 deve apoiar no mínimo 5 e no máximo de 9 equipes ESF e/ou populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais). A modalidade NASF 2 deve apoiar no mínimo 3 e a no máximo 4 equipes ESF, e a modalidade NASF 3 deve apoiar no mínimo 1 e no máximo 2 equipes ESF (BRASIL, 2017). Entretanto, observamos que muitas equipes de NASF apoiam um número de equipes de ESF superior ao preconizado na portaria como identificado nas pesquisa de Klein e Oliveira (2017). Silva e Calvo (2018), destacam em sua pesquisa que o excesso de equipes apoiadas interfere diretamente na efetivação do cuidado e nas condições de trabalho dos profissionais.

O NASF deve exercer seu processo de trabalho a partir das demandas e necessidades de saúde do território. Para isso, é importante o compartilhamento de saberes, práticas intersetoriais e ações de educação permanente (BRASIL, 2017).

A organização do processo de trabalho do NASF e o desenvolvimento das ações dependem de algumas ferramentas técnicas importantes, como: Apoio Matricial, Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Projeto de Saúde no Território (PST).

O Apoio Matricial é uma ferramenta tecnológica que além de assegurar suporte assistencial e técnico pedagógico às equipes de saúde da família, propõe a construção de uma relação horizontal, deixando de lado a lógica de atuação vertical que atua de forma fragmentada e não proporciona um trabalho integrado entre as equipes. Através do apoio matricial espera-se reduzir o número de encaminhamentos indiscriminados a rede de atenção secundária (BRASIL, 2014).

A Clínica Ampliada com foco na intersetorialidade, considera os diferentes saberes e valoriza a escuta, o compartilhamento do cuidado através de um olhar ampliado, com mecanismos de trabalho que visem à integralidade do cuidado. O Projeto Terapêutico Singular visa a corresponsabilização e gestão integrada do cuidado e proporciona um conjunto de condutas terapêuticas individuais ou coletivas, resultado de discussões entre as equipes de ESF e NASF. O Projeto de Saúde no Território busca desenvolver ações no território entre os serviços de saúde e outros serviços e políticas no território que auxiliam na identificação e análise do diagnóstico de saúde, e trabalha com ações vinculadas tanto à clínica, como à vigilância em saúde e à promoção da saúde (SANTOS *et al.*, 2017).

Algumas atribuições comuns aos profissionais que atuam no NASF consistem em realizar discussões de caso, atendimentos individuais e coletivos, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de determinados grupos populacionais de todos os ciclos de vida, ações intersetoriais, promoção e prevenção, discussão do processo de trabalho, dentre outras atividades (BRASIL, 2017).

Dentre as dificuldades identificadas no processo de trabalho do NASF, a formação profissional é um dos desafios, pois o SUS carece de profissionais preparados para uma abordagem integral, que além do conhecimento técnico entendam o perfil epidemiológico da população e tenham habilidade para acolher, ouvir e trabalhar em equipe (SANTOS *et al.*, 2017). O déficit na formação traz uma

visão fragmentada em relação ao cuidado, e reflete diretamente na qualidade da assistência prestada, seja individual ou coletiva (ANJOS *et al.*, 2013).

Algumas habilidades relativas à Saúde Coletiva são necessárias às equipes de saúde para ampliação da capacidade da atenção básica na resolutividade de problemas individuais e coletivos: definir os grupos populacionais por idade, sexo e local de residência; avaliar as condições e problemas de saúde, bem como as causas importantes de morbimortalidade; coletar dados de saúde mediante registros de rotina, vigilância epidemiológica e levantamentos; produzir informações por meio da análise de dados; interpretar e divulgar informações sobre saúde; avaliar o nível de saúde da população em geral e identificar grupos de alto risco; decidir quais problemas prioritários de saúde; utilizar as informações em saúde para escolher entre diferentes alternativas de intervenção; desenvolver melhorias nos programas e políticas de saúde; estimar a ampliação do acesso e cobertura; avaliar a efetividade das políticas e programas na redução dos problemas, bem como identificar mudanças no nível de saúde da população. (DRUMOND JÚNIOR, 2003, p. 25).

Na literatura encontramos diversos estudos que abordam o papel dos diferentes profissionais que atuam no NASF, como o estudo de Silva e Lira (2016), que analisa de que forma a atuação do farmacêutico pode contribuir para o fortalecimento do processo de trabalho da ESF. Segundo os autores, a localização das farmácias dentro das unidades, a dificuldade de reconhecimento do papel do farmacêutico, a falta de formação e recursos, são vistos como alguns dos problemas no processo de trabalho. Costa e colaboradores (2013), ao analisarem em seu estudo o discurso do fonoaudiólogo sobre a prática do trabalho desenvolvido, observam dificuldades na interação entre os profissionais de saúde na construção de um processo de trabalho conjunto entre equipes NASF, e entre as equipes NASF e ESF.

Identifica-se que o papel do sanitarista no NASF é um tema ainda pouco abordado na literatura. Por sanitarista, entende-se um profissional que tem como perfil geral o conhecimento das doenças, agravos, riscos e determinantes da saúde de forma individual ou coletiva. De acordo com Paim (2002, p. 69):

Pode-se reconhecer tal profissional como um técnico de necessidades sociais de saúde e um gerente de processos coletivos de trabalho em saúde, voltados para a realização de ações de vigilância, planificação, gestão, controle, avaliação, além de intervenções sociais organizadas dirigidas à promoção, proteção, comunicação e educação em saúde. (PAIM, 2002, p. 69).

Historicamente, o sanitarista tem o papel fundamental de compreender os determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado, entendendo a saúde para além do corpo biológico, tendo como referência o contexto social (BEZERRA *et al.*, 2013).

De acordo com Paim (2006), o sanitarista realiza atividades voltadas ao coletivo, com base no planejamento e na avaliação em saúde. Suas atribuições estão direcionadas a identificação dos problemas de saúde, a fim de resolvê-los e/ou buscar meios que viabilizem o trabalho coletivo em saúde.

O sanitarista é capaz de atuar em todos os níveis de complexidade de atenção à saúde e diferentes esferas e formas de gestão, analisar situações e propor alternativas de soluções, respeitar a diversidade sociocultural da população e agir orientado por meio de princípios éticos e humanistas (SILVA, 2015).

Na Atenção Básica, o sanitarista pode atuar como um elo essencial na atenção aos serviços de saúde no NASF, pois fornecerá apoio à equipe assistencial na forma de organizador, facilitador, mediador, com foco nas necessidades sociais, priorizando as ações de prevenção e promoção da saúde junto aos usuários e aos profissionais, através do diálogo (OUVERNEY, 2008).

Com a construção do SUS, em 1993, a demanda por inovações no âmbito técnico-organizativo e gerencial, incentivou a reorganização dos processos de trabalho em saúde, e com isso, a necessidade de profissionais para atuarem neste campo (BEZERRA *et al.*, 2013).

A atuação do sanitarista vai ao encontro da proposta do SUS, e sua atuação no NASF pode trazer uma contribuição importante, pois seu olhar estará voltado para o contexto em que cada pessoa ou grupo vive, percebendo-os como sujeitos históricos, sociais e políticos, articulados aos seus contextos familiares ao meio ambiente e a sociedade na qual estão inseridos (COELHO, 2011). As atividades desenvolvidas por este profissional na AB, não envolvem ações assistencialistas, e sim uma atuação de agente promotor de saúde que realiza diagnósticos de problemas e necessidades em saúde a fim de auxiliar e fortalecer os serviços e as equipes de saúde (BEZERRA *et al.*, 2013)

Conhecer as necessidades de saúde de um território é essencial para elencar as prioridades e planejar ações capazes de intervir nos problemas de saúde. Entretanto, o conhecimento das necessidades de saúde e o planejamento adequado das ações é ainda um desafio no cotidiano do trabalho das equipes de ESF e do NASF.

Tendo em vista tais desafios, este trabalho se propõe descrever a atuação do NASF, identificar o papel do sanitarista nesta equipe de apoio, bem como suas principais contribuições. Buscaremos identificar os desafios e potencialidades para inserção deste profissional.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Identificar as contribuições do sanitarista no NASF.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever os principais desafios e potencialidades para inserção do sanitarista no NASF baseado na literatura;
- Descrever as possibilidades de ações e atividades do sanitarista no NASF.

### 3 METODOLOGIA

Realizou-se uma busca bibliográfica na base de dados SciELO e Portal Regional da BVS - Biblioteca Regional de Saúde. Inicialmente buscamos nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) os termos necessários para a estratégia de busca. Nesta etapa foi constatada a necessidade de utilizar a linguagem natural (palavras chave), pois o DeCS não relaciona "sanitarista" e "NASF" como descritores.

A formulação da primeira chave de busca foi "sanitarista" AND "NASF". Com esta estratégia foram localizados dois artigos, e apenas um tratava do tema da pesquisa proposta. A formulação da segunda chave de busca foi apenas com a palavra-chave: "NASF". O resultado foi a recuperação de 261 estudos. Nosso critério de inclusão foi, após a leitura dos resumos, utilizar os estudos que descrevem o processo de trabalho e a atuação do NASF. A pesquisa bibliográfica compreendeu o período de janeiro de 2008 a julho de 2018 por se tratar do período em que a Portaria nº 154 de 24 de janeiro 2008 foi implementada no Brasil até a conclusão do levantamento bibliográfico da pesquisa. Foram selecionados artigos, documentos e portarias que descrevem a atuação do NASF e, além disso, buscaram-se estudos sobre a atuação do sanitaria e possíveis ações que este profissional realiza, que podem ser incorporadas ao trabalho do NASF e contribuir para sua inserção nesta equipe de apoio.

Ao identificarmos a ausência de artigos sobre a atuação do sanitaria no NASF na literatura, entendemos a necessidade de estudos sobre a inserção deste profissional e suas principais atribuições.



## 4 RESULTADOS

A proposta de criação do NASF visa fortalecer a ESF e aprimorar um novo modelo de atenção voltado ao trabalho de equipe multidisciplinar com maior responsabilização dos profissionais com o processo de cuidado aos usuários. O NASF tem como função atuar como uma equipe de apoio/retaguarda, ou seja, é co-responsável pela condução de casos, seja individual, familiar ou comunitário, a fim de melhorar o cuidado e ampliar a construção do vínculo entre profissionais e usuários, entretanto é preconizado uma maior responsabilização das equipes de Saúde da Família. Espera-se que seu processo de trabalho seja pactuado e estabelecido entre gestor, equipe NASF e ESF, bem como as estratégias definidas e compartilhadas entre os profissionais (ANJOS *et al.*, 2013). A composição das equipes devem ser previamente definidas por gestores locais, de acordo com os dados epidemiológicos de cada território (LANCMAN; BARROS, 2011).

As diretrizes do NASF definem que suas ações precisam promover saúde com qualidade e humanização no atendimento. Para isso, é importante que o trabalho seja organizado em áreas estratégicas, como: atividade física ou práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; assistência farmacêutica; alimentação e nutrição; serviço social; saúde mental; saúde da mulher; saúde da criança, do adolescente e do jovem (MÂNGIA; LANCMAN, 2008).

Oliveira e Nascimento (2010) apontam que no cotidiano do trabalho das equipes de saúde da família o processo de trabalho limita-se ao alcance de metas numéricas sem refletir a qualidade do serviço prestado, uma lógica de trabalho que o NASF busca romper a fim de aumentar a capacidade resolutiva das equipes. Outro desafio é a priorização dos espaços de reunião, discussão de casos e planejamento para definição de projetos terapêuticos e outras ações.

Tais experiências relacionadas ao trabalho do NASF evidenciam dificuldades na implantação do Apoio Matricial e a necessidade de um trabalho mais integrado entre as equipes, para que atuem através da corresponsabilização, reorganizando o modelo de gestão (KLEIN; OLIVEIRA, 2017).

O Apoio Matricial representa uma nova forma de gestão, sendo uma ferramenta essencial para o funcionamento do NASF, pois através do suporte assistencial e técnico pedagógico é possível produzir uma ação clínica direta junto

aos usuários e produzir apoio educativo com e para as equipes (BARBOSA *et al.*, 2012).

De acordo com Campos (1998), no método de co-gestão “todos participam do governo”, ou seja, não há decisão isolada, e sim pactuadas de modo compartilhado nas unidades de produção de saúde. Dessa forma, é possível estimular os profissionais a ampliar sua capacidade de reflexão, através das ações de co-gestão.

De acordo com o Ministério da Saúde (2010), a estratégia de trabalho do NASF deve ocorrer de forma interdisciplinar, através dos diferentes conhecimentos, saberes, práticas e valores a fim de alcançar um objetivo comum.

É necessário que o cotidiano do trabalho dos profissionais não esteja focado apenas no conhecimento técnico, mas no desenvolvimento de ações voltadas para a realidade daquela população (ANJOS, 2013; MEIRA *et al.*, 2013). O trabalho do NASF deve proporcionar a criação de espaços que constituem uma rede de cuidados, com discussão de casos, reuniões, atendimentos e planejamento das ações a fim de construir um processo de aprendizado coletivo.

A equipe de referência tem a responsabilidade de conduzir um caso, seja ele individual, familiar ou comunitário e, além disso, ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Silva e Calvo (2018) evidenciam que ausência de mecanismos para o monitoramento e avaliação dos resultados alcançados durante o processo de trabalho do NASF produz uma insuficiência de informações e, além disso, interfere na integração e na qualidade da resolubilidade. Poucos estudos relatam sobre os resultados das ações do NASF e em geral, estão relacionados à implementação do NASF ou à atuação das diferentes categorias profissionais.

Sampaio e colaboradores (2012) afirmam que os documentos ministeriais que trazem o embasamento teórico para o trabalho do NASF apresentam lacunas que proporcionam diferentes formas de operacionalização dos NASF. Tal imprecisão e excesso de liberdade para cada equipe NASF pode reproduzir um modelo assistencial fragmentado e individualizado.

Para Lancman e Barros (2011), a implementação dos NASF tem ocorrido de forma irregular, sem capacitação apropriada, com má definição dos papéis, e em alguns momentos, com processos de trabalho conflituosos entre as equipes de saúde da família. Segundo os autores, os documentos não especificam e nem definem o processo de trabalho dos profissionais. E apesar da necessidade de ações focadas

no matriciamento, a demanda da população por atendimentos, como de reabilitação, por exemplo, deixam os profissionais sobrecarregados e sem suporte para suprir essas demandas.

Em um estudo realizado no Município de Minas Gerais com usuários que frequentam a Unidade Básica de Saúde, cujo objetivo foi entender a percepção dos usuários sobre o trabalho do NASF, identificou-se que diversas atividades desenvolvidas pela equipe de apoio são de caráter curativo e não resultam na melhora da qualidade de vida da população (SOUZA *et al.*, 2013).

Silva e colaboradores (2016), em seu estudo sobre os desafios e as potencialidades do NASF na visão dos profissionais que atuam na AB no Município de São Paulo, apontam que em relação às consultas individuais, os profissionais entrevistados demonstraram preocupação quanto ao excesso desses atendimentos e ao risco de assumirem um papel da atenção secundária.

Bezerra e colaboradores (2013) afirmam que o papel do sanitarista nas ações de vigilância em saúde, na AB, deve ser destacado como dispositivo de planejamento, monitoramento e avaliação da situação de saúde e das atividades desenvolvidas pela equipe. Para os autores, este profissional está apto a contribuir para a melhoria do SUS. Sua atuação no território, junto a equipe NASF pode ampliar o olhar sobre as ações voltadas para mudança no estilo de vida, os fatores de risco, como; tabagismo, etilismo e sedentarismo, e proporcionar estímulo à educação e prevenção em busca de melhores condições de saúde para a população.

Santos e colaboradores (2012), ao falarem do papel do sanitarista no controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), destacam a necessidade de gestão, administração e planejamento para o enfrentamento da alta prevalência e incidência das DCNT, sendo elas responsáveis pela primeira causa de internações no Brasil. No contexto da AB, através do conhecimento do perfil epidemiológico de um determinado território é possível monitorar e planejar ações de promoção, prevenção e atividades de educação em saúde capazes de melhorar a qualidade de vida da população.

Para Teixeira e Arce (2017), diferente do modelo assistencial hospitalocêntrico, que atua numa perspectiva individual, como foco nas doenças, o trabalho do sanitarista tem como objeto central a atuação sobre fatores de risco, através da vigilância em saúde e das ações de educação em saúde. Mas segundo os autores, apesar dos desafios, os profissionais do NASF tem buscado superar as

práticas clínicas biomédicas das equipes ESF, por meio de práticas centradas na prevenção dos problemas prioritários, buscando atuar de forma integrada à luz da análise da situação de saúde do território.

Silva (2015), em seu estudo sobre o papel do sanitarista no Programa Saúde na Escola, aponta que entre as possibilidades de atuação deste profissional estão; a análise das condições de saúde dos escolares, promoção da saúde e prevenção de doenças, capacitação de profissionais e o monitoramento e avaliação do próprio programa. Desenvolver ou coordenar ações e atividades que envolvam a comunidade escolar no Programa Saúde na Escola, a sensibilidade para ouvir, a troca de saberes com os escolares, a capacidade de mediar conflitos e promover diálogo tanto entre, estudantes, profissionais da educação, docentes, são características da atuação do sanitarista que podem ser incorporadas ao trabalho no NASF.

## 5 DISCUSSÃO

Através das discussões e compartilhamento dos casos entre as equipes de saúde da família e a equipe NASF, esperasse, além da troca de saberes, qualificação das ações, capacitação dos profissionais e a redução do número de encaminhamentos para os demais serviços da rede atenção (BRASIL, 2014).

Para além da proposta do NASF em ampliar o escopo das ações e contribuir para o alcance da integralidade do cuidado aos usuários do SUS, observa-se a necessidade de rever os processos de trabalho, pois além do número excessivo de famílias, a rotatividade de profissionais, a grande demanda assistencial faz com que o cuidado em saúde permaneça biologicista, curativo, pautado em ações individualizadas e no cumprimento de metas numéricas (GONÇALVES *et al.*, 2015). O NASF deve modificar a cultura que prioriza a quantidade em detrimento da qualidade, e buscar a resolutividade e a avaliação dos indicadores de saúde, através de um olhar voltado para a melhoria da qualidade do serviço ofertado à população (COELHO, 2012).

Em alguns momentos, devido à falta de serviços de saúde especializados, o NASF atua no sentido de “suprir uma demanda” e assume o papel de outros níveis de atenção, conduzindo seu trabalho de forma equivocada na tentativa de responder às demandas da população (CUNHA; CAMPOS, 2011). O NASF que possui uma proposta transformadora do processo de trabalho da Atenção Básica por meio da co-gestão, acaba por reproduzir o modelo assistencialista, com foco na atuação individual e na cura (SAMPAIO *et al.*, 2012).

As ações desenvolvidas pelo NASF devem buscar melhorar a qualidade do serviço prestado e não apenas suprir uma demanda assistencial em seu aspecto numérico. Para isso, é necessário que haja mudança no modelo de cultura organizacional do SUS, que historicamente prioriza a quantidade em detrimento da qualidade (OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2010).

Para Nascimento e Oliveira (2010), a formação dos profissionais é outro desafio na condução dos processos de trabalho, pois precisa estar de acordo com as necessidades do SUS e da Atenção Primária e proporcionar um cuidado integral. Segundo os autores, as propostas pedagógicas não devem ser distanciadas dos serviços e precisam contemplar o vínculo, o acolhimento e o trabalho em equipe.

Através do diálogo e aproximação das práticas de atenção à saúde é possível diminuir a distância que existe entre a formação e a realidade dos serviços e assim alcançar a qualidade, equidade e resolutividade. Outra dificuldade encontrada é a atuação entre profissionais de forma conjunta e intersetorial, incluindo a participação do usuário na construção do cuidado.

Algumas diferenças que também interferem no trabalho compartilhado entre as equipes de saúde da família e o NASF são, a falta de articulação entre as gerências e a divisão desigual dos papéis entre a ESF e o NASF, ou seja, quando as equipes de saúde da família se responsabilizam pela assistência e o NASF exerce o papel de capacitar e supervisionar. Quando isso ocorre, conflitos surgem no ambiente de trabalho e evidenciam a ausência do cuidado integral e compartilhado entre as equipes, o que revela a necessidade de fortalecer e reorganizar o processo de trabalho do NASF junto a ESF (KLEIN; OLIVEIRA, 2017).

Em relação a prática do matriciamento, muitas vezes o Apoio Matricial é entendido como capacitar as equipes de saúde da família para que ela se responsabilize pela demanda, e se restringe a discussão de casos, e não a realização de ações de forma conjunta (KLEIN; OLIVEIRA, 2017). O excessivo número de atendimentos individuais realizados pela equipe NASF reflete uma atuação isolada, fragmentada, cujo o Apoio Matricial busca romper.

Campos e Domitti (2007), propõem o conceito de Apoio Matricial e equipe de referência como forma de organizar as ações e o trabalho em saúde, e reduzir a fragmentação imposta ao processo de trabalho decorrente da especialização crescente nas áreas de conhecimento. Segundo os autores, para superar os desafios, além de trabalhar com a equipe multidisciplinar e de maneira interdisciplinar, é necessário um sistema de cogestão para que os obstáculos sejam conhecidos, analisados, e quando possível, removidos ou enfraquecidos. Para que a interdisciplinaridade ocorra é preciso facilitar a comunicação entre os profissionais e deixar claro o papel de cada um nessa construção.

Um dos desafios para inserção do sanitarista no NASF seria lidar com a lógica de trabalho fragmentada que ainda existe e que reflete no cuidado prestado a população. Romper com excessivo número de atendimentos individuais e fortalecer a construção de ações conjuntas, que possibilitam o aumento da resolutividade das ações na AB é um desafio contínuo (BEZERRA *et al.*, 2013).

Diversos estudos se propõem a descrever o papel de diferentes profissionais que atuam no NASF, como o papel do educador físico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo. Martins e Soleman (2015), em seu estudo sobre o trabalho do fonoaudiólogo no NASF, descrevem que os profissionais do NASF tem contribuído para o fortalecimento e aumento da resolutividade das ações na AB, porém, em alguns momentos destaca-se as ações isoladas dos profissionais. O que evidencia a necessidade de fortalecer as ações conjuntas entre as equipes.

Para Martins e Soleman (2015), historicamente, a formação acadêmica não preparava, por exemplo, o fonoaudiólogo para compreender e atuar nesse novo modelo de atenção, por ser mais centrada nos atendimentos individuais. Segundo os autores, a instituição do NASF consolida esse espaço de atuação do fonoaudiólogo e de outras categorias profissionais dentro da Atenção Primária à Saúde, oferecendo a uma oportunidade dos profissionais atuarem no contexto familiar, social, de modo interdisciplinar, contribuindo para a transformação da assistência.

Outro estudo realizado no Nordeste do Brasil com alguns profissionais do NASF apontou que a formação acadêmica não qualificou os profissionais para atuarem na AB, e sim para atendimento clínico e hospitalar (MACEDO *et al.*, 2016).

Silva e Pinto (2018), afirmam que no Brasil, o espaço da Saúde Coletiva, enquanto espaço multiprofissional e interdisciplinar, tem se preocupado com a consolidação SUS e tem dado importância à necessidade de formar profissionais qualificados para a transformação das práticas e mobilizados politicamente para a mudança dos modelos de atenção. De acordo com os autores, o profissional sanitário, desde sua formação acadêmica, é moldado para atuar no campo de saberes e práticas, voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, entendendo a saúde não só como ausência de doença, mas como um processo que envolve questões epidemiológicas, socioeconômicas, ambientais, demográficas e culturais.

Com a inserção do sanitário no NASF, algumas estratégias, como; rastreamento, diagnóstico e atividades preventivas, que devem trabalhar de forma articulada, abrangendo a população-alvo e de alto risco de adoecimento, podem ser fortalecidas (BEZERRA *et al.*, 2013). O sanitário poderá atuar de forma dinâmica junto às equipes de saúde, planejando, implantando e/ou organizando redes de atenção à saúde (SILVA; PINTO, 2018).

Além disso, sua atuação poderá fortalecer as ações técnico-pedagógicas, as ações de planejamento e produzir conhecimentos relacionados à saúde da população, para enfrentamento dos problemas, com ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde (SANTOS *et al.*, 2012).

Para a inclusão do sanitaria no NASF, Coelho (2012) propõe que a organização do processo de trabalho seja baseada em eixos prioritários e com ênfase nos problemas mais comuns identificados pelas equipes ESF, como: crianças menores de dois anos (crianças vulneráveis), imunização, acidentes e violências na infância, pré-natal, acidentes e violências nos idosos, diabetes e hipertensão, tuberculose, hanseníase, DST/AIDS (HIV e Sífilis), câncer, com ênfase no câncer de colo de útero, mama e próstata.

Na atenção às crianças menores de dois anos o sanitaria poderá realizar o monitoramento da cobertura vacinal, busca de faltosos, discutir com as equipes as recomendações para os casos de óbitos infantis ocorridos no território e planejar intervenções (COELHO, 2012).

A partir da reformulação do trabalho das equipes e da implementação do NASF com a inclusão do sanitaria é possível valorizar as práticas de Educação em Saúde na AB, o Programa de Saúde nas Escolas e as ações de Vigilância Epidemiológica (COELHO, 2012). A vigilância em saúde, a utilização de indicadores, técnicas e métodos de intervenção e o acesso, podem ampliar a capacidade de realizar diagnósticos, monitorização e avaliação das ações de saúde.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diferente dos modelos convencionais de atenção à saúde, o NASF busca romper a lógica de um trabalho fragmentado, especializado e curativo e atuar através da corresponsabilização e gestão integrada do cuidado através dos atendimentos compartilhados, projetos terapêuticos e outras ações capazes de considerar a singularidade dos sujeitos.

O NASF propõe repensar as práticas de cuidado realizadas pela ESF até os dias de hoje e traz como ferramenta de trabalho a Clínica Ampliada, o Apoio Matricial, Projeto Terapêutico e o Projeto de Saúde com foco no território, em busca de um cuidado integral e a qualificação das ações.

A formação dos profissionais, entendida como um dos desafios, ainda está pautada no modelo biomédico, fragmentado e especializado e muitas vezes não atende aos princípios do SUS, sendo cada vez mais necessário repensar as práticas profissionais.

As dificuldades impostas no trabalho em equipes, podem trazer sobrecargas, resistências e propiciar a construção de inúmeras barreiras para uma atuação conjunta, integrada e intersetorial. Os documentos que norteiam o processo de trabalho do NASF precisam interagir com a prática do trabalho dos profissionais e redução da atuação fragmentada e individualizada.

Identifica-se que o papel do sanitarista no NASF é um tema ainda pouco abordado e carece de mais estudos, uma vez que esse profissional faz parte da equipe de apoio e desde a sua formação tem seu olhar voltado para a compreensão dos determinantes que envolvem o processo saúde-doença, bem como o planejamento de intervenções sobre seus condicionantes, podendo contribuir e fortalecer o trabalho do NASF junto a ESF através das ações de educação permanente, monitoramento, avaliação contínua do processo de trabalho, ações de rastreamento, diagnóstico e atividades preventivas focadas na população-alvo e de alto risco de adoecimento. A inserção do sanitarista no NASF contribui para a reflexão das ações realizadas para que predomine no cotidiano do trabalho as atividades coletivas, a atuação intersetorial e a participação do usuário na construção do cuidado.

Por fim, é necessário que haja mudanças na relação entre a equipe de saúde da família e o NASF para que haja aumento da resolutividade na AB, fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários, o diálogo e a integração.

## REFERÊNCIAS

ANJOS, K. F. *et al.* Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 672-680, out./dez. 2013.

ARCEL, V. A. R.; TEIXEIRA, C. F. Práticas de saúde e modelo de atenção no âmbito do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Salvador (BA). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. esp. 3, p. 228-240, set. 2017.

BARBOSA, E. G. *et al.* Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares - MG. **Revista Fisioterapia e Movimento**, v. 23, n. 2, p. 323-330, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v23n2/15.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2018.

BEZERRA, A. P. S. *et al.* Quem são os novos sanitaristas e qual seu papel? **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 57-62, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154/GM, DE 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2006. (Revogada).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **NASF – v. 1: ferramentas para gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Caderno de Atenção Básica, n. 39).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Caderno de Atenção Básica, n. 27).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Proposta de Implantação dos Núcleos de Saúde Integral**. [Brasília]: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [www.saude.pb.gov.br/web\\_data/lsi.doc](http://www.saude.pb.gov.br/web_data/lsi.doc). Acesso em: 13 maio 2017.

COSTA, S. L. *et al.* A prática do fonoaudiólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios paraibanos. **Revista Fonoaudiologia na Saúde da Família**, Paraíba, v. 25, n. 4, p. 381-387, 2013.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 4, p. 863-870, 1998.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

COELHO, P. B. **A reformulação da clínica a partir de diretrizes para a atenção e gestão na saúde**: subjetividade, política e invenção de práticas. Recife: Fiocruz, 2012.

DRUMOND JÚNIOR, M. **Epidemiologia nos municípios, muito além das normas**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 25.

GONÇALVES, R. M. *et al.* Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 9, p. 2847-2856, 2015.

KLEIN, A. P.; OLIVEIRA, A. F. P. L. O “cabo de força” da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 1, 2017.

LANCMAN, S.; BARROS, J. O. Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 22, p. 263-269, 2011.

LEITE, P. M. S.; SANTOS, T. D.; VOSGERAU, M. Z. S. O papel do sanitário no controle das doenças crônicas não-transmissíveis. In: JORNADA DE SOCIOLOGIA DA SAÚDE: da formação a prática na saúde, 6., 2012. **Anais...** Curitiba: UFPR, 2012.

MÂNGIA, E. F.; LANCMAN, S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 19, n. 2, ago. 2008.

MINAYO, M. C. S.; GUALHANO, L. Rio de Janeiro e Lisboa juntas no aprimoramento da Atenção Básica em Saúde. **SciELO em Perspectiva**: Press Releases, 2017. Disponível em: <https://pressreleases.scielo.org/blog/2017/03/20/rio-de-janeiro-e-lisboa-juntas-no-aprimoramento-da-atencao-basica-em-saude/>. Acesso em: 01 mar. 2018.

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

OUVERNEY, A. M. Os desafios da gestão em rede no SUS: situando a regionalização no centro da agenda estratégica da política de saúde. **Divulgação em Saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 42, p. 12-22, abr. 2008.

PAIM, J. S. O objeto e a prática da Saúde Coletiva: o campo demanda um novo profissional? In: PAIM, J. S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006. p. 99-116.

PAIM, J. S. **Saúde pública e reforma sanitária**: desafios da saúde coletiva. Salvador: Fiocruz, 2002.

SAMPAIO, J. *et al.* O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 3, p. 317-324, 2012.

SANTOS, M. C. *et al.* Processo de trabalho do Núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF): importância da qualificação profissional. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 60-69, 2017.

SILVA, A. T. C. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 11, p. 2076-2084, 2012.

SILVA, V. O; PINTO, I. S. M. Identidade do sanitarista no Brasil: percepções de estudantes e egressos de cursos de graduação em Saúde Pública/Coletiva. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v. 22, n. 65, p. 539-550, 2018.

SILVA, G. A. *et al.* A atuação do farmacêutico dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: uma contribuição para o fortalecimento da estratégia de saúde da família. **Revista APS**, v. 19, n. 1, 2016.

SILVA, P. C. **A contribuição e o papel do sanitarista no Programa Saúde na Escola sob a perspectiva dos graduandos de saúde coletiva**. 2015. 52 f. Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2015.

SOLEMAN, C.; MARTINS, C. L. O trabalho do fonoaudiólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): especificidades do trabalho em equipe na atenção básica. **Revista CEFAC**, v. 17, n. 4, p. 1241-1253, jul./ago. 2015.

SOUZA, F. L. D. *et al.* Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: percepção do usuário. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 233-240, abr./jun. 2013.

SOUZA, T. T; CALVO, M. C. M. Avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família com foco na integração às equipes apoiadas. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, n. 41, 2018.

TEIXEIRA, S. M. F. Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista de Administração de Empresa**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 472-480, out./dez. 2009.