



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

**FABIANA PIMENTEL SOLIS**

O NASF COMO APOIO À EFETIVAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:  
uma revisão sobre o tema nos seus quinze anos de existência

Rio de Janeiro

2024

FABIANA PIMENTEL SOLIS

O NASF COMO APOIO À EFETIVAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:  
uma revisão sobre o tema nos seus quinze anos de existência

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> Dra. Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi

Rio de Janeiro

2024

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

**FABIANA PIMENTEL SOLIS**

**O NASF COMO APOIO À EFETIVAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:  
uma revisão sobre o tema nos seus quinze anos de existência**

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.

Aprovada em: 08 de agosto de 2024.

---

**Prof. Dr. Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi (Orientadora)**

**IESC/UFRJ**

---

**Prof. Dr. Heitor Alarico Gonçalves de Freitas**

**IESC/UFRJ**

---

**Me. Cyntia Amorim Guerra**

**SMS/RJ**

Ao meu amor e amigos, que me ouvem e apoiam no viver deste trabalho, todos os dias.

À minha equipe NASF, que constrói comigo o SUS que acredito, todos os dias.

Ao CMS Renato Rocco, onde vejo Saúde da Família acontecer, todos os dias.

À todo o Jacaré, por me fazer trabalhadora da saúde, todos os dias.

*Caminho se conhece andando  
Então vez em quando é bom se perder  
Perdido fica perguntando  
Vai só procurando  
E acha sem saber*

**Chico César**

## RESUMO

SOLIS, Fabiana Pimentel. **O NASF como apoio à efetivação da Estratégia de Saúde da Família**: uma revisão sobre o tema nos seus quinze anos de existência. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é organizado de modo hierarquizado e regionalizado, e tem a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora de um cuidado integral, ao longo do tempo, em rede e de base territorial. Deve ser responsável pela resolubilidade de 80% das demandas de saúde de uma população em como primeiro acesso de uma população ao sistema de saúde, deve mediar a garantia desse direito. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o modelo de APS fomentado atualmente no Brasil. Seu funcionamento opera com equipes multiprofissionais em um determinado território adstrito, a partir do conhecimento das realidades locais e das populações. A fim de permitir a efetivação do mandato da ESF no sentido da integralidade, em 2008, são criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), visando aumentar a resolutividade e o escopo das ações da atenção básica. São núcleos compostos por equipes multiprofissionais com especialistas normalmente lotados em níveis ambulatoriais e hospitalares de atenção, que operam, de modo geral, um modelo biomédico de caráter fragmentado. São justamente os especialistas que devem desenvolver atividades conjuntas com as eESF, seguindo uma lógica de apoio que transcende a fragmentação do sistema de saúde, e que pretende garantir a integralidade do cuidado. Esse trabalho, das especialidades como potencializadoras da gestão de um cuidado integral, ainda está em construção, e seus modelos estão em disputa. A estratégia NASF é apenas uma delas. Este estudo, realizado após 15 anos de implantação, pretende realizar uma revisão bibliográfica compreendendo a importância de nos debruçarmos sobre a produção acadêmica realizada como forma de entender os caminhos de efetivação de uma política. A partir deste levantamento, pretendemos apontar para dificuldades de implantação referentes às condições processuais e estruturais de sua inserção, ainda incipiente, bem como os avanços até aqui. O aprofundamento da compreensão desses limites coloca-se como fundamental na aposta de superá-los, dado que entendemos que a ESF só pode se efetivar com a presença ativa de uma equipe multiprofissional que opere a lógica política que o NASF se propõe a sustentar.

Palavras-chave: NASF; integralidade; saúde da família.

## ABSTRACT

SOLIS, Fabiana Pimentel. **The NASF as support for the implementation of the Family Health Strategy**: a review of the topic in its fifteen years of existence. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

The Unified Health System (SUS) is organized in a hierarchical and regionalized way, and has Primary Health Care (APS) as the coordinator of comprehensive care, over time, in a network and on a territorial basis. It must be responsible for resolving 80% of a population's health demands and as a population's first access to the health system, it must mediate the guarantee of this right. The Family Health Strategy (ESF) is the APS model currently promoted in Brazil. It operates with multidisciplinary teams in a specific territory, based on knowledge of local realities and populations. In order to enable the implementation of the ESF's mandate towards comprehensiveness, in 2008, the NASF teams were created, aiming to increase the resolution and scope of primary care actions. These are centers made up of multidisciplinary teams with specialists normally working at outpatient and hospital levels of care, which generally operate a fragmented biomedical model. It is precisely the specialists who must develop joint activities with the eESF, following a logic of support that transcends the fragmentation of the health system, and which aims to guarantee comprehensive care. This work, of specialties as enhancers of comprehensive care management, is still under construction, and its models are in dispute. The NASF strategy is just one of them. This study, carried out after 15 years of implementation, intends to carry out a bibliographical review understanding the importance of focusing on the academic production carried out as a way of understanding the paths to implementing a policy. From this survey, we intend to point out implementation difficulties regarding the procedural and structural conditions of its insertion, which is still incipient, as well as the progress made so far. A deeper understanding of these limits is fundamental in the attempt to overcome them, given that we understand that the ESF can only be implemented with the active presence of a multidisciplinary team that operates the political logic that the NASF proposes to support.

Keywords: NASF; completeness; family health.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Número de equipes de NASF/NASF-AB .....	44
Gráfico 2 - Equipes NASF cadastradas no SCNES nos anos de 2020 e 2021 .....	47



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Levantamento de normativas e instrutivos referentes ao NASF entre 2008 e 2024 .....	41
Quadro 2 - Cronograma.....	53
Quadro 3 - Artigos analisados .....	55
Quadro 4 - Fatores macro/micropolíticos que influenciam o NASF.....	64

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAB	Cadernos de Atenção Básica
CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Núcleo Ampliado de Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PND	Programa Nacional de Desenvolvimento
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
1.1 JUSTIFICATIVA .....	13
1.2 OBJETIVOS .....	14
<b>1.2.1 Objetivo geral.....</b>	<b>14</b>
<b>1.2.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>14</b>
<b>2 DESENVOLVIMENTO.....</b>	<b>16</b>
2.1 O SUS E O PROJETO DE ESTADO BRASILEIRO .....	16
<b>2.1.1. Da Colônia ao Estado Democrático de Direito .....</b>	<b>16</b>
<b>2.1.2 O SUS: seus princípios, impasses e desafios.....</b>	<b>22</b>
2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM CONCEITO QUE TRATA DE MODELOS EM DISPUTA .....	24
2.3 ESF: DO PROGRAMA À ESTRATÉGIA .....	29
2.4 NASF: O ESPECIALISTA E A ESPECIALIDADE NA ESF .....	34
<b>2.4.1 O NASF e sua evolução técnica e normativa.....</b>	<b>36</b>
<b>2.4.2 O NASF, o princípio da integralidade e a gestão do cuidado.....</b>	<b>48</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>52</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>55</b>
4.1 A CONSTRUÇÃO DISCURSIVA DO NASF E SUAS CATEGORIAS DE ANÁLISE .....	58
4.2 CATEGORIAS DE ANÁLISE .....	60
<b>4.2.1 Categoria 1. Tecnologias e processos de trabalho das equipes multiprofissionais ..</b>	<b>60</b>
<b>4.2.2 Categoria 2. Avanços e resultados da implementação dos NASF .....</b>	<b>63</b>
<b>4.2.3 Categoria 3. Expectativas sobre o trabalho das equipes multiprofissionais na ESF .....</b>	<b>68</b>
4.2.3.1 <i>Expectativas dos trabalhadores das equipes de referência da ESF.....</i>	68
4.2.3.2 <i>Expectativas dos trabalhadores das equipes multiprofissionais NASF .....</i>	70
4.3 EXPECTATIVAS DA POPULAÇÃO.....	72
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>74</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>76</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é organizado de modo hierarquizado e regionalizado, fundado no direito à saúde e na equidade do cuidado. A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se como o primeiro contato do usuário com a rede assistencial, devendo ser responsável pela resolubilidade de 80% das demandas de saúde de uma população. Conforme a clássica definição de Bárbara Starfield (2002), é a APS a responsável por efetivar a coordenação e a integralidade do cuidado, devendo garantir uma atenção à saúde longitudinal, ao longo do tempo, focada nas famílias e coletivos, e pensada de forma territorial, comunitária e articulada em rede.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o modelo de APS fomentado atualmente no Brasil. Seu funcionamento opera com equipes multiprofissionais em um determinado território adstrito, a partir do conhecimento das realidades locais e das populações.

Essas equipes são formadas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e têm como principal inovação a presença do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Trabalhador e morador, seu trabalho aproxima a realidade de cada território dos equipamentos e equipes, permitindo maior compreensão das intervenções necessárias para se incidir sobre os condicionantes e determinantes de saúde de cada local, contexto e cotidiano. Dessa forma, a ESF tem potência para reorientar os processos de trabalho do sistema de saúde, ampliando a resolutividade das ações ao se aproximar - e, assim, impactar de forma consonante - a situação de saúde das pessoas e coletividades.

Ao longo da implantação das equipes de referência da Estratégia de Saúde da Família (eESF), verificou-se que não bastava a ampliação do quantitativo de equipes para fazer valer a vocação de coordenação do cuidado própria à Estratégia de Saúde da Família. A partir deste diagnóstico e de experiências exitosas em alguns pontos do país, em 2008, são criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), visando aumentar a resolutividade e o escopo das ações da atenção básica. São núcleos compostos por equipes multiprofissionais, e devem desenvolver atividades conjuntas com as eESF, seguindo uma lógica de apoio que transcende a fragmentação do sistema de saúde, e que pretende garantir a integralidade do cuidado.

Eles devem atuar de maneira integrada, “compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas, na atenção básica, que ampliem o seu escopo de ofertas” (Brasil, 2014, p. 17). A integração entre o trabalho das eNASF com as eESF deve se dar a partir das necessidades em saúde de cada território,

garantindo a continuidade do cuidado das pessoas a partir de um processo de ampliação de ofertas na própria AB ou de maior articulação de rede para a resolução das questões de saúde em diferentes níveis de atenção. Para isso, é necessário aos especialistas que compõem esses núcleos subverterem suas práticas especializadas cotidianas - tradicionalmente voltadas para espaços ambulatoriais e/ou hospitalares - para fazer valer os princípios da atenção básica em sua atuação.

Esse trabalho, das especialidades como potencializadoras da gestão de um cuidado integral, ainda está em construção, e seus modelos estão em disputa. A estratégia NASF é apenas uma delas.

A historicidade de cada saber, e como ele pode intervir segundo os princípios territoriais e comunitários da AB também atravessa essa construção. A inquietação da autora deste estudo, como profissional de saúde mental especialista no âmbito da AB, também surge do que se espera ser o fazer em saúde mental, e como isso atravessa a ação direta do profissional NASF.

A partir da experiência como trabalhadora, aposta-se que o campo da atenção psicossocial, balizado pelos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira (contemporânea e ideologicamente alinhada à Reforma Sanitária), pode trazer uma visão particular e estratégica para a inserção do NASF. Isso ocorre pelos seguintes motivos: 1) a relevância do tema no cotidiano das práticas de saúde, atravessando e constituindo desafios à praticamente todas as questões de saúde, em especial em territórios vulneráveis; e 2) a existência de uma rede construída com a mesma base ideológica da ESF enquanto modelo de atenção primária. Ambas partilham dos mesmos princípios, e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) se constituiu com a mesma vocação comunitária e territorial da Saúde da Família, permitindo maiores possibilidades ao profissional NASF de articulação e construção de redes.

A saúde mental, portanto, é um analisador importante do lugar onde a autora está situada quando aborda a potencialidade do NASF. Sobre isso, trazemos um estudo recente de Dimenstein, Macedo e Silva (2023), sobre a capacidade de resposta da estratégia NASF para a linha de cuidado em saúde mental. Para os autores,

Evidencia-se que o escopo de atuação da APS tem se expandido nessas regiões a partir da contribuição do NASF, através da organização do processo de trabalho, da pactuação com outros dispositivos disponíveis no território, do atendimento compartilhado e do matriciamento das ações de saúde mental (Macedo; Silva, 2023, p. 12).

Ao mesmo tempo, seguem os autores: “o trabalho dessas equipes vai perdendo fôlego nos territórios que apresentam baixo desenvolvimento socioeconômico, baixa oferta de serviços, bem como registram vazios assistenciais em saúde mental” (Macedo; Silva, 2023, p. 13). Apesar dos entraves das disparidades socioeconômicas, os autores concluem sobre o grande impacto do trabalho em saúde mental do NASF em territórios vulneráveis - quando, muitas vezes, ele é o único representante de uma política pública de saúde mental do sistema local; sendo assim, além de garantir à ESF a concretização da integralidade da atenção em rede, também é um elemento capaz de impulsionar um cuidado mais equânime.

Nesse sentido, estudar a concretização do NASF enquanto estratégia de atuação de uma equipe multiprofissional na ESF parece fundamental para compreender as possibilidades de efetivação dos próprios princípios do SUS no cenário brasileiro atual.

## 1.1 JUSTIFICATIVA

A ESF é um modelo de atenção primária à saúde que está alinhada aos princípios e diretrizes do SUS, propondo um cuidado ampliado, de base comunitária e territorial, que pressupõe ampla participação social e intervenções sobre a saúde das populações a partir de seus condicionantes e determinantes. Desde sua implantação, no início dos anos 1990, vêm enfrentando inúmeros desafios, que tratam desde disputas sobre modelos de atenção ao subfinanciamento crônico atravessado por ideologias econômicas nacionais e internacionais.

Atravessadas por essas questões e a fim de dar resolutividade à 80% das demandas em saúde dos territórios, as equipes que compõem a ESF devem ter uma ampla percepção dos inúmeros fatores que atravessam o cuidado, e suas intervenções devem se colocar além do modelo biomédico tradicional, o que traz implicações diretas nas estratégias possíveis de atenção à saúde.

Como forma de aumentar a resolutividade da Atenção Básica (AB), foram criados, em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. O NASF, como estratégia de trabalho em equipe que incorpora tecnologias multiprofissionais necessárias à plena efetividade da ESF como AB, apresenta ainda dificuldades de implantação de diferentes ordens. É necessário discutir de que modo as eNASF se concretizam nos territórios e serviços, a fim de compreender quais são as suas potencialidades e limites - e do que dependemos para avançar.

Entender a produção bibliográfica construída até o momento, depois de 15 anos de implementação da política, é fundamental para fazer avançar um processo avaliativo das tecnologias utilizadas e da potência do trabalho em equipe multiprofissional para a

concretização do princípio da integralidade. Como processo que deve estar a todo momento se reinventando para avançar na realidade de saúde dos territórios (que estão sempre em movimento diante das mudanças dos determinantes sociais em cada momento civilizatório), é preciso compreender, antes de mais nada, como o trabalho do NASF é entendido até aqui, o que se foi produzido de conhecimento até o momento.

A importância desse trabalho se coloca dado que se pressupõe que uma revisão da bibliografia produzida sobre o NASF irá apontar para dificuldades de implantação referentes às condições processuais e estruturais de sua inserção, ainda incipiente, bem como os avanços até aqui.

Em tempo, uma nova portaria foi editada no momento em que este trabalho estava sendo elaborado, a Portaria GM/MS 635/2023, alterando o nome da estratégia NASF para eMulti e implementando novas formas de financiamento e avaliação; assim sendo, também esse fator fala em favor da relevância deste estudo no cenário atual de implementação das políticas públicas no país.

A partir desse levantamento, pretende-se avançar futuramente em novos estudos, para aprofundamento da compreensão desses limites na perspectiva de superá-los, dado que entendemos que a ESF só pode se efetivar com a presença ativa de uma equipe multiprofissional que opere a lógica política que o NASF se propõe a sustentar.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo geral

Analisar a produção acadêmica referente à inserção das equipes multiprofissionais na ESF a partir da estratégia de apoio NASF, entre o ano 2017 - data de sua alteração para NASF-AB - e o primeiro semestre de 2023 - data de sua alteração para eMulti.

### 1.2.2 Objetivos específicos

- Levantar quais as expectativas das equipes e da população sobre a inserção de profissionais especializados na ESF e no apoio à integralidade da atenção;
- Analisar a heterogeneidade dos processos de trabalho das eNASF nos seus diferentes momentos históricos e contextos sociais;

- Avaliar os principais avanços e impasses reconhecidos na literatura sobre a implantação das equipes multiprofissionais.



## 2 DESENVOLVIMENTO

### 2.1 O SUS E O PROJETO DE ESTADO BRASILEIRO

A formalização do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro ocorre como parte de profundas transformações no cenário histórico e político do país. Surge a partir da promulgação da Constituição de 1988 que, pela primeira vez, institui a saúde como um direito de cidadania, universal e acessível a todos, e cuja garantia é dever do Estado (Brasil, 1988).

Para iniciar o debate sobre a formulação deste sistema do modo como ele foi construído historicamente, Batista (2007, p. 29), propõe algumas questões norteadoras, elencadas a seguir:

- Qual a importância da saúde para o indivíduo e a sociedade?
- Quem é ou deve ser responsável pela saúde dos indivíduos e da sociedade?
- Que direitos e garantias os Estados devem prover a seus cidadãos?
- Os Estados devem atuar na proteção à saúde das comunidades?
- Se entendermos que os Estados têm um papel fundamental na garantia do direito à saúde, qual deve ser a extensão desse direito?
- Os Estados devem proteger todos os indivíduos ou apenas aqueles que contribuem financeiramente para um sistema de atenção? Ou apenas os mais necessitados?
- Qual deve ser a abrangência da proteção ofertada? O Estado deve prover todos os tipos de assistência à saúde ou somente ações coletivas de prevenção e promoção à saúde?

Essas questões balizam a discussão sobre sistemas de saúde nacionais por todo o mundo, e também tiveram diversas interpretações ao longo de cada período histórico no Brasil, até seu momento atual. Como parte do modelo de proteção social do Estado brasileiro, o sistema de saúde ainda passa pelo tensionamento das múltiplas respostas possíveis para essas perguntas.

O SUS que surge na proposta constitucional e descrito legalmente ainda não é o SUS que se concretiza nas inúmeras realidades do país, com profundos desafios à sua consolidação. Essas dificuldades são de longa data e falam da história das políticas de proteção social do Estado brasileiro, da colônia à república.

#### 2.1.1. Da Colônia ao Estado Democrático de Direito

Conforme nos conta Batista (2007), a história das políticas públicas de saúde se insere na história de formação do Estado, e as primeiras estratégias de saúde pública datam da

chegada da família real. Até aquele momento, não havia qualquer regulação quanto às práticas de saúde, e as percepções e conceitos sobre o que era o fazer em saúde eram tão diversos quanto à população brasileira, constituída por imigrantes europeus e, majoritariamente, indígenas e pessoas negras escravizadas. Havia saberes trazidos da medicina européia, por profissionais ou por religiosos - que instituíam modelos de isolamento e disciplinarização como forma de cuidado - e havia os saberes das ancestralidades indígenas e da população negra, com seus modos de definir e ofertar saúde e atenção à doença.

A chegada da família real institucionaliza e regulamenta a medicina nos moldes europeus como a prática padrão na saúde pública. Como parte da normalização da prática médica, temos a construção de grandes hospitais públicos para isolamento, controle e manejo de doenças consideradas nocivas à população e, portanto com necessidade de intervenção estatal, tais quais a hanseníase, a tuberculose e os transtornos mentais; o Hospital Psiquiátrico Pedro II, de 1852, é um dos exemplos.

As políticas de saúde pública visavam o controle da mão de obra e dos produtos, a fim de garantir a sustentabilidade da produção de riqueza, voltando-se para ações sobre, 1) proteção e saneamento das cidades, 2) controle e observação das doenças e doentes e 3) teorização para compreensão e controle das moléstias. Conforme a autora, “a preocupação maior era a saúde da cidade e do produto; a assistência ao trabalhador era uma consequência dessa política” (Batista, 2007, p. 32). Durante esse período, uma das estratégias mais utilizadas e, ao mesmo tempo, mais temidas pela população era a *quarentena*, que operava de maneira a não garantir assistência ao doente em seu período de isolamento, apenas o afastava das aglomerações populacionais e dos sistemas de produção.

A partir dessas primeiras configurações das políticas de saúde no Brasil colônia, o Brasil pós-república vai ganhando contornos próprios. Elas ganham ainda mais espaço neste contexto, “assumindo um papel importante na construção da autoridade estatal sobre o território e na conformação de uma ideologia de nacionalidade, configurando um esforço civilizatório” (Batista, 2007, p. 32).

O movimento teórico sanitário avançava na Europa e, no Brasil, também iria incidir sobre as práticas de saúde pública, trazendo a higiene das pessoas e dos territórios para o centro da intervenção sobre as populações. Podemos dividi-lo em dois períodos. O primeiro marcado pela gestão de Oswaldo Cruz (1903-1909) cuja principal característica era a ênfase em políticas de *saneamento urbano associadas às práticas médicas*. O objetivo era o combate a endemias de grande impacto, como febre amarela e varíola. Já a segunda fase do movimento sanitário ocorreu entre as décadas de 1910-1920, com foco desta vez no saneamento rural, a

partir das chamadas *descobertas dos sertões* (Hochman; Fonseca, 1999), combatendo três grandes endemias: ancilostomíase, malária e mal de Chagas.

O movimento sanitarista ganha força no debate sobre o desenvolvimento nacional, associando a doença generalizada ao atraso do país e a questão social/política como grande obstáculo à civilização. Ele vai ganhando institucionalidade através de diversos órgãos de fomento e implantação na estrutura do Estado; esses órgãos vão se desenhando conforme os modelos de intervenção vão se formando e atingindo parcelas da população cada vez maiores.

Paralelamente, os primeiros caminhos de uma política estatal de previdência começavam a se desenhar, dando base àquelas que iriam se concretizar no governo Vargas. Como resposta a diversas insatisfações e revoltas populares que eclodiram no período, propôs-se, a partir de 1923, as primeiras normativas estatais de regulamentação do recolhimento previdenciário através das CAPs (Caixas de Aposentadorias e Pensões)<sup>1</sup>. Conforme resumem Hochman e Fonseca (1999, p. 77), elas “significaram uma mudança de posição do Estado brasileiro frente à questão social, mesmo que instaurando-se como um esquema clássico de previdência, como um contrato entre patrão e empregado sem a participação financeira do Estado”.

É no governo Vargas que se institui um sistema previdenciário público, através da fusão das CAPs nos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). Suas receitas eram formadas por contribuições dos segurados, das empresas e do Estado e, diferentemente das CAPs, as IAPs não estavam vinculadas a empresas específicas, mas a todos os trabalhadores de determinadas categorias profissionais.

Se o modelo de saúde pública à época era essencialmente voltado para ações coletivas e sanitárias, sem ofertas efetivas de assistência à população, as CAPs - e, posteriormente, as IAPs - garantiam aos seus beneficiários (o trabalhador e sua família) medicamentos, atendimento médico, aposentadorias e pensões para herdeiros. As garantias de assistência, portanto, eram restritas ao público segurado. Trata-se de um arcabouço de ofertas assistenciais seletivas, vinculadas ao sistema previdenciário por um lado; por outro, ações de saúde pública de caráter preventivo e sanitário. Neste momento histórico, o que se configura está para além

---

<sup>1</sup> “Data de 1923 a lei federal que fez dos ferroviários, no setor privado, os precursores do direito a um pagamento mensal durante a velhice. Conhecida como Lei Eloy Chaves, a norma é considerada a origem da Previdência Social. Foi sobre esse alicerce que o sistema previdenciário cresceu até chegar ao modelo atual, que paga aposentadorias, pensões e outros benefícios a 35 milhões de brasileiros nos setores público e privado. A Lei Eloy Chaves obrigou cada companhia ferroviária do país a criar uma caixa de aposentadorias e pensões (CAP), departamento incumbido de recolher a contribuição do patrão e a dos funcionários e pagar o benefício aos aposentados e pensionistas. No decorrer de 1923, 27 empresas instituíram suas respectivas CAPs.” (Westin, 2019).

de mera divisão de funções de cada sistema; neste contexto “de reestruturação e consolidação de políticas sociais, a separação correspondeu a um formato diferenciado de reconhecimento de direitos sociais” (Lima; Fonseca; Hochman, 2005 *apud* Batista, 2007, p. 37).

Dado que a assistência em saúde era um direito garantido apenas a determinada parcela da população, o sistema de saúde brasileiro operava um modo de *cidadania regulada* (Santos, 1979), condicionando o status de cidadão àquele que estivesse ligado ao sistema produtivo do país, deixando grande parte desassistida. Além disso, um dos principais efeitos dessa organização para o desenvolvimento do sistema foi o “enorme desenvolvimento da assistência médica previdenciária e o acanhamento político e institucional da saúde pública” (Hochman; Fonseca, p. 81).

A partir da década de 1950, com o processo de industrialização do país, há um aumento significativo da massa operária assistida pelo sistema previdenciário. Batista (2007, p. 38) resume os impactos desta reconfiguração da seguinte maneira:

Tal fato levou a uma expansão progressiva e rápida dos serviços de saúde, instaurando a prática de convênios-empresa para suprir as demandas cada vez mais crescentes. Surgem os grandes hospitais, com tecnologias de última geração e com a incorporação da lógica de especialização dos recursos humanos. A assistência torna-se mais cara, e o hospital, o principal ponto de referência para a busca de um atendimento em saúde.

Neste período, ganha força a ideologia desenvolvimentista que, revisitando os estudos do movimento sanitário, compreende a melhora do nível de saúde da população como condição necessária ao desenvolvimento econômico. Na prática, esse movimento mostrou-se ainda incipiente como mudança no modelo político em vigor, em que ações sanitárias e preventivas eram oferecidas por um sistema, e ações de assistência eram oferecidas por outro, mais seletivo. Entretanto, foi um período de intensa mobilização de riqueza e recursos diante das novas demandas para os sistemas previdenciário e de saúde, contribuindo para que as políticas de saúde ganhassem caráter central no desenvolvimento do Estado, mas dessa vez pela quantidade de recursos que mobilizavam - entre custeio de hospitais, recursos humanos e tecnológicos, ensino profissional, etc. Esta é a base para a expansão do sistema enquanto um complexo produtivo-industrial.

O rompimento do regime democrático com o golpe militar de 1964 reforça a divisão entre saúde previdenciária e saúde preventiva/sanitária através de um vultoso investimento na primeira em detrimento da segunda. O governo militar foi marcado, no campo econômico, pela abertura ao capital estrangeiro e pela privatização de setores do Estado voltados para

políticas sociais (Paiva; Teixeira, 2014). Para o sistema de saúde brasileiro, isso representou a ampliação da população assistida pelas políticas de assistência, mas com ênfase na assistência médica (prestada em modelo de alto custo, especialização e tecnologia) e com crescimento progressivo do setor privado.

Através da criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), em 1966, o governo militar uniformiza os serviços prestados pelas antigas IAPs, garantindo os mesmos benefícios a todos os seus contribuintes, e encerra a gestão tripartite do modelo anterior (Estado, empregadores e empregados). Se por um lado isso garantiu uma assistência uniforme a todos os assistidos pelo sistema, por outro fortaleceu a tecnocracia e as relações clientelistas do Estado ao afastar os trabalhadores dos processos decisórios (Batista, 2007). A resposta do governo à crescente demanda por assistência em saúde se deu através da transferência de recursos públicos ao setor privado das mais diversas formas como incentivos fiscais, contratação de companhias privadas para prestação de serviços, entre outros.

Enquanto isso, a saúde pública enfrentava forte desinvestimento, com grande perda da capacidade de ação do Ministério da Saúde (criado em 1953, ainda durante o período desenvolvimentista do país). Os efeitos do investimento precário em políticas de proteção social - nas quais se incluiu a saúde pública - foram alarmantes no cenário nacional, como o retorno de doenças erradicadas, surtos epidêmicos, aumento geral da pobreza e da desigualdade social (Batista, 2007).

O fim do milagre econômico dos anos 1970<sup>2</sup> traz consigo uma série de impactos na vida da população, como a perda do poder aquisitivo dos salários, aumento dos preços, aumento das taxas de desemprego e precarização dos serviços públicos. As tensões sociais se ampliam, fomentando as primeiras iniciativas de mobilização popular por transformações políticas e melhora nas condições sociais (Paiva; Teixeira, 2014).

É neste cenário de crise política que o movimento sanitário ganha força, estabelecendo suas principais bases em instituições acadêmicas, como a Universidade de São Paulo (USP), Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

---

<sup>2</sup> “Bafejado pela grande disponibilidade de recursos financeiros na economia mundial, o desenvolvimento nacional ganhou forte impulso, atingindo o seu auge na primeira metade da década de 1970, período do “milagre brasileiro”, em que as taxas de crescimento alcançaram patamares superiores a 10% ao ano, chegando a 14% em 1973 (Abreu, 1989). A aceleração da economia não significou, no entanto, maior distribuição de renda entre a grande parte da população do país, que contava com pouco mais de 90 milhões de habitantes. Na contramão do lema do ministro da Fazenda Antônio Delfim Neto, que afirmava ser preciso “esperar o bolo crescer para depois dividir”, o que se observou foi um intenso processo de concentração de riquezas expresso pela formação de grandes conglomerados nacionais, pela crescente presença de multinacionais na economia, bem como pela substituição da agricultura familiar e de subsistência por projetos agroindustriais voltados para a exportação” (Ponte; Nascimento, 2010, p.184).

(ENSP/FIOCRUZ), etc. Como apresenta Batista (2007, p. 42), “a intelectualidade pertencente ao setor saúde divulgava estudos sobre as condições sociais e de saúde com críticas contundentes à condução política do Estado brasileiro e reivindicava mudanças efetivas na assistência à saúde no Brasil”.

Mencionamos anteriormente que o Estado brasileiro naquele momento ainda operava pelo princípio da *cidadania regulada*, sem uma política de Estado cidadã propriamente dita; nesse sentido, o que o movimento sanitário propõe de reforma para o sistema se insere “em uma lógica maior de reestruturação do próprio Estado e de afirmação de uma cidadania substantiva para o povo brasileiro” (Santos, 1979, p. 43). Compreender o que o Estado brasileiro inscreve como cidadania nos permite dar conta de qual lógica o movimento sanitário buscava rever na construção de políticas públicas. Valemo-nos aqui deste conceito cunhado por Santos (1979, p. 75), que aborda a questão da seguinte maneira:

Por *cidadania regulada* entendo o conceito de cidadania cujas raízes encontram-se, não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que, ademais, tal sistema de estratificação ocupacional é definido por norma legal. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações *reconhecidas e definidas* em lei. A extensão da Cidadania se faz, pois, via regulamentação de novas profissões e/ou em primeiro lugar, e mediante ampliação do escopo dos direitos associados a estas profissões, antes que por expansão dos valores inerentes ao conceito de membro da comunidade. A cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei. Tornam-se pré-cidadãos, assim, todos aqueles cuja ocupação a lei desconhece.

Assim, o que Santos coloca é a relação direta entre *cidadania* e *ocupação*, reconhecendo a profunda marca desse processo na formação da cultura cívica do país ao atrelar a garantia de direitos sociais apenas à massa trabalhadora produtiva.

Nesse sentido, para o movimento sanitário, as mudanças que o sistema de saúde deveria consolidar deveriam responder aos seguintes marcos: 1) a saúde como direito de todo cidadão, contribuinte ou não; 2) um único sistema deve ofertar ações preventivas e curativas de acesso a toda a população; 3) uma gestão descentralizada para estados e municípios; e 4) as ações de saúde e controle social são de responsabilidade do Estado (Batista, 2007).

As reformas trazidas pelo movimento sanitário traziam consigo uma concepção ampliada de saúde e, por consequência, da saúde como um direito, de acesso universal e garantido pelo Estado, sendo resultado de condições de vida, lazer, alimentação, moradia, trabalho, etc. Assim, se o Estado brasileiro foi fundado, como vimos até aqui, sob uma profunda concentração de poder e riqueza e marcado pela desigualdade, a reforma sanitária

vinha propor uma revisão do próprio Estado, mais igualitária e democrática. De uma cidadania regulada, apostava-se na proposição de uma cidadania universal.

### **2.1.2 O SUS: seus princípios, impasses e desafios**

A criação do SUS reafirma o compromisso constitucional brasileiro com um projeto civilizatório. A saúde passa a fazer parte da estrutura de seguridade que também abrange previdência e assistência social. Esse modelo de organização estatal traz uma estrutura de proteção que, pela primeira vez na história do país, se propõe abrangente, universal, equânime, justa e democrática. Isso implica dizer que a formação do Estado brasileiro assume algumas inovações, como a) o compromisso do Estado em integrar seus diversos setores, b) a construção de um sistema de saúde igualitário e universal, de responsabilidade do Estado e, c) a organização de práticas de atenção à saúde que garantam este direito em todos os níveis e complexidade, da prevenção à reabilitação (Batista, 2007).

Os princípios que norteiam o SUS como política pública de saúde brasileira são os seguintes:

- *Universalidade*: garante que todos os cidadãos, brasileiros ou não, devem ter acesso a todos os serviços e tecnologias de saúde oferecidos pelo poder público, em todos os níveis do sistema, instituindo uma *cidadania universal*;
- *Integralidade*: trata da garantia de cuidado em saúde de maneira global, da prevenção à assistência, da promoção à cura continuamente em todos os pontos e níveis de complexidade, de modo coordenado por um sistema único, do âmbito individual às coletividades;
- *Descentralização*: trata-se de uma maior democratização dos processos decisórios sobre o sistema de saúde, transferindo este poder da centralização federal para os estados e municípios, que compartilham das responsabilidades sobre as ações e serviços de saúde para a população. É também a partir do princípio de descentralização que se planeja e coordena um cuidado articulado em níveis de complexidade (primário, secundário, terciário), e mais próximo das realidades de cada região, garantindo-lhes maior autonomia;
- *Participação popular*: é um princípio que expressa o momento histórico e político da redemocratização, e aborda a garantia constitucional da participação da população na formulação das políticas de saúde e controle de suas execuções através de seus entes representativos (os conselhos e conferências de saúde).

É claro que, se a formalização do SUS como sistema que organiza as ações e serviços de saúde foi um avanço sem precedentes, a sua consolidação em seus princípios fundadores ainda é um desafio com muito a avançar. Fatores fundamentais à sustentação da reforma sanitária, como o financiamento do sistema, ainda estão em disputa. Nestes últimos trinta e três anos desde a publicação da Lei 8080/90 - considerada a Lei Orgânica de Saúde e fundadora do SUS - a construção e operacionalização do sistema passa por um constante processo de negociação e reconstrução da proposta original do movimento sanitário. Ainda é necessário conviver com as heranças de um Estado formado com base no autoritarismo, no clientelismo e na centralização do poder decisório.

A implementação dos princípios que norteiam o SUS (universalidade, integralidade, descentralização e participação popular) não se dá em uma sociedade sem história; pelo contrário, é preciso sustentar a saúde como um direito em um país que, na maior parte de sua história, segregou o direito à própria cidadania à maior parte dos brasileiros. Como nos resume Batista (2007, p. 57),

O processo de construção de nossa cidadania esbarrou em barreiras de toda ordem no curso da história: a segmentação dos direitos por classes sociais, etnia, sexo; a valorização do trabalhador (a cidadania regulada); o estímulo ao corporativismo extremado na briga por interesses de cada categoria (cooptação do trabalhador, populismo); os períodos de ditadura em momentos-chave de transformação política e social (ditadura populista, ditadura militar); a manutenção constante das elites no poder.

Se a apropriação do direito à própria cidadania ainda é um desafio para a população brasileira, a efetivação dos princípios do SUS passa pela tarefa de imprimir seus valores junto aos seus usuários, fomentando com eles também a sua cidadania. É preciso construir territórios sensíveis a um senso comunitário que permita aos seus moradores ocuparem seu lugar como propositores e controladores das políticas que lhes dizem respeito. Uma política integral de saúde é um desafio que só será superado na medida em que se inscreva na identidade nacional uma concepção universal de cidadania e de saúde, “capaz de compreender o indivíduo no contexto de uma coletividade e dos problemas que dela emana” (Batista, 2007, p. 58).

A aposta brasileira atual é reorganizar o sistema de saúde, aproximá-lo cada vez mais dos territórios e das pessoas. Seu modelo, antes pautado no saber especializado e no hospital como locus principal do sistema, está se reorientando pela responsabilidade e coordenação dos cuidados em saúde das pessoas e das comunidades a partir da Atenção Primária à Saúde (APS). Essa reorientação fala em favor de um modelo mais condizente com os princípios do



SUS apresentados ao longo deste tópico, e iremos abordar a seguir os motivos pelos quais a APS deve ser a base de organização de todo sistema que se pretende universal, equânime e integral.

## 2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM CONCEITO QUE TRATA DE MODELOS EM DISPUTA

Fazer uma análise histórica sobre os diferentes conceitos de APS está intimamente articulado com como compreendemos as diferentes concepções de modelos de sistemas nacionais de saúde e a maneira como foram implantados ao longo dos anos. No caso deste estudo, a história da disputa sobre os conceitos de APS internacionalmente buscará iluminar a experiência brasileira de formulação do SUS como sistema universal de saúde.

Antes de mais nada, retomamos a definição de Paim (2003, p. 567-568) sobre modelos assistenciais:

modelos assistenciais ou modelos de atenção têm sido definidos como combinações tecnológicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde com distinta complexidade (postos, centros de saúde, hospitais, etc.).

Portanto, para compreender um modelo assistencial, é preciso estar atento à concepção sobre o processo saúde-doença à qual responde a organização do sistema e das ações de saúde. Corbo, Morosini e Pontes (2007, p. 70) apontam que “é possível reconhecer uma racionalidade na forma como as práticas, serviços e sistemas de saúde organizam seus recursos tecnológicos para responder aos problemas de saúde de indivíduos e populações”. É o modo como as sociedades entendem os processos saúde-doença que determina o que se entende por necessidade em saúde, os arranjos tecnológicos usados para solucionar essa necessidade, quem deve estar a frente deste cuidado e quais os saberes válidos para operar essa resposta.

Ao longo do tempo, a APS, além de orientadora do modelo de atenção, tem adquirido diversos significados, atravessados pelos contextos ideológicos, políticos e econômicos, épocas, atores sociais e elementos culturais envolvidos em cada momento histórico. Se considerarmos o vocábulo ‘primário’, na língua portuguesa, já podemos compreender a diversidade de sentidos que lhe são possíveis. “A palavra ‘primária’ pode estar relacionada desde a noção de primitivo, sem refinamento, ou mesmo à ideia de algo que seja principal, central ou essencial” (Fausto; Matta, 2007).

Conforme a já clássica definição de Bárbara Starfield (2002), a APS é aquela que compreende o primeiro nível de atenção à saúde, com uma abordagem que, ao formar a base do sistema, determinaria o modo de organização do trabalho de todos os outros níveis que o compõem. Seria responsabilidade da APS, portanto, a organização e a racionalização dos recursos em saúde, tanto básicos quanto especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora das condições de saúde dos indivíduos e populações.

Dada a multiplicidade de interpretações possíveis, podemos listar algumas definições sobre o conceito de atenção primária (Fausto; Matta, 2007). Ela pode ser compreendida como:

- um *conjunto de atividades*: uma série de práticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde;
- um *nível de assistência*: um dos pontos de atenção de um sistema de saúde hierarquizado, que conta ainda com níveis secundário (ambulatorial) e terciário (hospitalar);
- uma *estratégia*: um modelo de indução à reorganização do sistema de saúde segundo seus princípios e diretrizes;
- um *princípio*: uma referência norteadora de ações em saúde para qualquer momento de cuidado ofertado pelo sistema de saúde.

Historicamente, a proposta de uma APS como forma de orientação dos sistemas de saúde surge pela primeira vez em 1920, no Relatório Dawson, na Inglaterra. Surge como uma resposta às dificuldades apresentadas pelo modelo orientador das práticas de saúde até então, de caráter essencialmente biologicista, fundado na atenção individual e fragmentada dos sujeitos, com consumo indiscriminado de tecnologias médicas e alto custo para os Estados com baixa resolutividade para os problemas de saúde coletivos.

Ao propor uma APS sistematizada, o que o Relatório Dawson traz é um *primeiro modelo de redes de serviços de saúde*. Conforme relata Kuschnir (2012, p. 30), “pela primeira vez, foi proposta a definição de bases territoriais e de populações-alvo, ou seja, de regiões de saúde. Essas populações seriam atendidas por unidades de diferentes perfis assistenciais, organizadas de forma hierárquica”. Segundo o relatório, a orientação do modelo de atenção se daria a partir de centros de saúde primários e secundários, ações domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino; sua implantação se daria de forma regionalizada, próxima às pessoas, e hierarquizada, organizada em diferentes níveis de atenção. Conforme apresentado neste relatório (Ministry of Health (UK), 1920 *apud* Fausto; Matta, 2007, p. 44, grifo nosso):

Os serviços domiciliares de um dado distrito devem estar baseados num Centro de Saúde Primária - uma instituição equipada para serviços de *medicina curativa e preventiva* para ser conduzida por *clínicos gerais* daquele distrito, em conjunto com um *serviço de enfermagem eficiente* e com o *apoio de consultores e especialistas visitantes*. Os Centros de Saúde Primários variam em seu tamanho e complexidade *de acordo com as necessidades locais*, e com sua localização na cidade ou no país. Mas a maior parte deles são formados por clínicos gerais dos seus próprios distritos, bem como os pacientes pertencem aos serviços chefiados por médicos de sua própria região.

Apesar das inovações trazidas pelo Relatório Dawson, a sua proposta não foi implementada à época, com a criação de um sistema de saúde britânico ocorrendo apenas 28 anos depois, em 1948. É a União Soviética que institui efetivamente o primeiro sistema de saúde pública universal, já no fim da década de 1920. Neste modelo, o sistema de saúde é público e financiado diretamente pelo Estado, sua organização é centralizada e com alto grau de normatização.

Como em todos os sistemas universais de saúde “foi estruturado em redes hierarquizadas e regionalizadas de serviços e gerido pelos diferentes níveis da administração estatal – central, regional e local – a partir de uma estrutura vertical e com responsabilidades bem delimitadas” (Kuschnir, 2012, p. 31). Dessa forma, historicamente, a União Soviética é quem adota inicialmente as premissas trazidas pelo relatório inglês e, conforme podemos perceber, o conceito de um sistema de saúde organizado em redes indissocia-se da ideia de uma atenção primária que coordene e regule estas redes.

A concepção inglesa influenciará a definição da APS e seu lugar nos sistemas de saúde do mundo todo. Suas principais características são a *regionalização* - organizada em torno de bases populacionais - e a *integralidade* - indissociando o sujeito de seu lugar e a prevenção da cura.

Um sistema ordenado pela atenção primária como nível inicial do cuidado em saúde - aliado à medicina preventiva e comunitária - se faz mais próximo dos ambientes socioculturais dos indivíduos, o que embasa as intervenções de prevenção, promoção e cura. Ao apoiar suas ações na realidade concreta dos sujeitos, a APS como nível ordenador do sistema de saúde traz efeitos importantes, em especial em países pobres e profundamente desiguais, uma vez que busca alinhar-se também a políticas de desenvolvimento econômico e social dos Estados.

Em expansão, em especial a partir dos anos 1970, a APS se projeta principalmente a partir de programas de extensão de cobertura, com ampliação de acesso a cuidados essenciais, ofertados em larga escala a partir de capacitações para as pessoas das próprias comunidades.

Em 1978, com a *I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde* organizada pela OMS, consolidou-se o lugar da atenção primária como principal estratégia de ampliação de cobertura e acesso dos sistemas nacionais de saúde. A *Conferência de Alma-Ata*, como ficou conhecida, define APS e cuidados primários em saúde da seguinte forma:

cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação. Os cuidados primários são parte integrante tanto do sistema de saúde do país, de que são ponto central e o foco principal, como do desenvolvimento socioeconômico geral da comunidade. Além de serem o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde (UNICEF, 1979, p. 1).

Essa definição nos apresenta todas as possíveis interpretações e vieses sobre a atenção primária sobre as quais nos detivemos anteriormente; o que se determina aqui é que é a APS a responsável por formar a base, ordenar e racionalizar os recursos e acesso aos demais níveis de atenção, conforme a necessidade das pessoas e dos territórios. A proposição de Alma-Ata prevê uma APS que está intimamente relacionada à percepção da saúde como um direito humano de cidadania - resultado “das condições econômicas e sociais, e das desigualdades entre os diversos países” (Matta; Morosini, 2006, p. 25-26), devendo os governos nacionais “protagonizar a gestão dos sistemas de saúde, estimulando o intercâmbio e o apoio tecnológico, econômico e político internacional” (Matta; Morosini, 2006, p. 25-26).

Entretanto, esse olhar sobre o modelo de atenção primária não é universal, e encontra outras leituras no mesmo momento histórico. No ano seguinte, é realizada na Itália a Conferência de Bellagio, onde se apresenta uma proposta de uma APS *seletiva*, focada em atingir grupos vulnerabilizados em *situação de pobreza*. Neste modelo, propunha-se uso de recursos de baixa densidade tecnológica, sem nenhuma interface com outros recursos em saúde do sistema. Entendia-se a proposição de Alma-Ata como excessivamente idealizada, com poucas chances de aplicabilidade real.

Um modelo de APS seletiva organizava-se em programas verticais, com uso de medidas paliativas às desigualdades sociais, sem uma perspectiva de integração e coordenação do cuidado. Foi um modelo largamente difundido por organismos internacionais em países pobres, alinhado ao contexto onde essa disputa se colocava. O cenário de crise econômica dos anos 1980 - com aplicação de políticas internacionais de ajuste neoliberal do

Estado, reduzindo sua estrutura - foi determinante na escolha de modelos de APS no formato de programas de baixo custo, racionalização financeira e implantação de curto prazo.

Um dos principais organismos de difusão de uma APS seletiva é o Banco Mundial<sup>3</sup>, orientando o investimento racionalizado em políticas sociais e o enxugamento do Estado. Trazia para a saúde um modelo de *cestas básicas*, ou seja, um conjunto mínimo de serviços essenciais providos aos que não pudessem pagar pelo acesso à saúde, em geral tecnologias simples e de alto impacto (como vacinação, pré-natal, prevenção). Todas as ações de diagnóstico e terapia deveriam, neste modelo, ser ofertadas pelo setor privado (Banco Mundial, 1993).

Se ao longo dos anos 1990 houve diversas tentativas de aplicação de uma APS seletiva em países profundamente desiguais, no início da década seguinte organismos como a OMS passaram a rever suas posições. Isso ocorre após recolherem destas experiências focalizadas resultados pouco resolutivos, sem grande impacto da redução da pobreza ou no acesso aos sistemas de saúde. O modelo de cesta de serviços essenciais, em programas desconectados do restante das ações dos sistemas, teve como consequência a insuficiência e a baixa efetividade da APS.

No Brasil, no decorrer dos anos 1990, a implementação da reforma sanitária estava voltada para o financiamento e a descentralização das ações e dos serviços de saúde. Sem uma discussão consistente sobre a organização da atenção, o tipo de financiamento com o qual o SUS se inicia favorece a centralização das ações no âmbito hospitalar, de caráter ambulatorial, sem foco em ações de prevenção e promoção.

A partir dos tensionamentos provocados pelas experiências locais de organização de sistemas locais pela APS, em 1996 é editada a Norma Operacional Básica do SUS (NOB/SUS) 01/96, dando destaque à APS no cenário político nacional a partir da fixação de seu financiamento e formas de implementação associadas ao modelo de Saúde da Família.

---

<sup>3</sup> “O Banco Mundial integra o chamado Grupo Banco Mundial (GBM), constituído por sete organizações com diferentes mandatos, gravitação política, estruturas administrativas e instâncias de decisão [...]. Os contratos de empréstimo do Banco Mundial trazem condicionalidades (exigências) sobre o que os governos dos Estados clientes devem ou não fazer em matéria de política econômica e políticas públicas em geral. É importante entender que todo Estado cliente tem de ser membro do Banco, mas nem todo membro é cliente. Significa dizer que o Banco Mundial nada prescreve aos países mais ricos e com maior gravitação dentro da instituição (como EUA, Reino Unido, Alemanha, Japão, França e Canadá); ao contrário, deles recebe inúmeras pressões, a começar dos EUA. Quatro países nunca tomaram empréstimos do Banco: EUA, Canadá, Reino Unido e Alemanha. Todos os demais hoje considerados ricos (alta renda per capita) já foram clientes do Banco no imediato pós-guerra, deixando de sê-lo à medida que reergueram suas economias. O poder de voto no Banco é desigual e proporcional ao capital aportado por cada Estado-membro, quantia que é negociada politicamente entre os Estados. Por um acordo informal vigente desde 1944, o presidente do Banco é sempre um cidadão americano indicado pelos EUA, normalmente pelo Tesouro” (Pereira, 2018, p. 2188).

Ela reflete as primeiras iniciativas do Ministério da Saúde de reorientar o sistema de saúde, que se organizam através do estabelecimento de programas como o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), de 1991, e o PSF (Programa Saúde da Família), de 1994. Esses programas surgem do incentivo aos municípios de assumirem alternativas de organização da atenção em saúde em âmbito local. Eles trazem balizas semelhantes àquelas que nortearam as primeiras experiências de implantação da APS no país, como a expansão da cobertura e o caráter seletivo próprio de programas verticais que não se configuram em políticas de Estado universais.

Esses limites refletem a falta de uma estrutura no MS até aquele momento que incentivasse a inscrição da atenção primária como nível de atenção, resumindo-a a “ações programáticas organizadas segundo problemas específicos: saúde da criança, da mulher, mental, hipertensão arterial, tuberculose, entre outros, considerados ações prioritárias” (Fausto; Matta, 2007, p. 59). A segmentação do PACS e do PSF dentro do próprio Ministério da Saúde explica suas limitações. O percurso da implementação da Estratégia de Saúde da Família como superação da lógica de programas segmentados é o que fala do avanço da orientação de um SUS cada vez mais alinhado aos seus princípios e diretrizes constitucionais.

### 2.3 ESF: DO PROGRAMA À ESTRATÉGIA

Como vimos até agora, a implantação de um modelo tecnoassistencial de atenção primária no Brasil não ocorre de modo homogêneo, e fala da construção de um Estado em disputa, adequando o modo de entender e oferecer saúde aos modelos hegemônicos de estruturação estatal. Abordamos as interpretações diferenciadas sobre os fundamentos da APS: ora é entendida como programa focalizado, para população vulnerável, com baixa incorporação tecnológica, descontinuada e desarticulada de outros pontos de atenção, em um contexto de redução de custos e reforma do Estado; ora é entendida como modo de organização dos sistemas de saúde, atendendo as necessidades em saúde de uma população, integrada e coordenando o cuidado entre os pontos de atenção desses sistemas, em uma perspectiva de cidadania.

Para o SUS e a experiência brasileira, a fim de “construir uma identidade institucional própria, capaz de estabelecer uma ruptura com uma concepção redutora desse nível de atenção” (Brasil, 2003, p. 7), adotou-se o uso do conceito Atenção Básica (AB). Segundo a primeira normativa da política nacional de Atenção Básica, ela é definida como:

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 2006, p. 12).

No caminho histórico das políticas públicas, até chegarmos na atual aposta brasileira na AB, os modelos de APS se organizaram em diferentes experiências focais ou instâncias estatais desarticuladas com o restante das políticas de saúde. Experiências como os PECs (Programas de Extensão de Cobertura) - vinculados ao II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND)<sup>4</sup> implementado entre 1975 e 1979 - foram propostas que balizaram o surgimento das diretrizes norteadoras do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF). Elementos fundamentais ao trabalho do agente comunitário e ao desenvolvimento da Saúde da Família já faziam parte dessas experiências, como uma oferta organizada de serviços de saúde, nos serviços, nas casas e nos territórios, a abordagem familiar, a clientela adscrita, o trabalho em equipes multiprofissionais, a intersetorialidade, por exemplo (Silva; Dalmaso, 2002).

Após a Constituinte de 1988 e a implantação do SUS, o desafio de uma cobertura universal que abarcasse as necessidades integrais de saúde de uma população colocava-se como prioridade para organização do sistema, mas encontrava a contradição das disputas sobre o seu financiamento e a superação de um modelo hegemônico de sistema baseado no hospital e no cuidado fragmentado.

Experiências anteriores ao PACS se iniciam a partir de outras que ocorriam pelo Nordeste, já no final da década de 1980, priorizando ações de informação e a educação em saúde, voltadas para os cuidados materno-infantis. Essas ações posteriormente avançam ainda para o cuidado à população vítima das secas e também para regiões do Norte como forma de

---

<sup>4</sup> “No Brasil, o surgimento dos Programas de Extensão de Cobertura (PECs) decorre da adoção de uma política social pelo Estado, o que se encontra expresso no II PND (Silva, 1983). O II PND formulava metas próprias para a política social cuja implicação mais ampla dizia respeito à superação da marginalidade social, econômica e cultural de grande parte da população brasileira. A Lei do Sistema Nacional de Saúde, criada após o II PND - lei 6229, de 17 de julho de 1975 - foi considerada a primeira definição sistemática de uma política de saúde para o país. [...] Os PECs que tiveram maior expressão no país foram o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (Ppreps) e o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (Piass), instituídos no âmbito do II PND” (Corbo; Morosini; Pontes, 2007, p. 79).

combate emergencial ao surto de malária, sendo fundamentais no combate à doença nessas áreas. O Programa de Agentes de Comunitários de Saúde se formalizou em 1992, e “institucionalizou as experiências que já vinham se desenvolvendo de forma isolada e focalizada em diversas regiões do país, como também garantiu legitimidade à função dos ACS” (Corbo, Morosini; Pontes, 2007, p. 84). Conforme informa a política:

o PACS, importante estratégia no aprimoramento e na consolidação do Sistema Único de Saúde, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar, é hoje compreendido como estratégia transitória para o Programa Saúde da Família (PSF). O programa foi inspirado em experiências de prevenção de doenças por meio de informações e orientações sobre cuidados de saúde. Sua meta se consubstancia na contribuição para a reorganização dos serviços municipais de saúde e na integração das ações entre os diversos profissionais, com vistas à ligação efetiva entre a comunidade e as unidades de saúde. O desenvolvimento das principais ações desse programa se dá por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pessoas escolhidas dentro da própria comunidade para atuarem junto à população (Brasil, 2001, p. 5).

Assim, o PACS é um programa indutor à reorientação do modelo assistencial sob uma nova lógica, que seria implantada nacionalmente através do Programa Saúde da Família. O PSF foi institucionalizado através de normativa, como principal estratégia de reorganização do sistema nacional de saúde, em 1994. Na sua efetivação, o governo federal entra com parcela expressiva dos recursos financeiros, medicamentos básicos e grande parte dos equipamentos para as unidades de saúde, e ficam os municípios responsáveis pela complementação dos recursos e, principalmente, pela implantação e operacionalização do programa (Brasil, 2002).

A partir daí, o PSF se apresenta como uma estratégia de reestruturação da APS através de ações realizadas em sintonia com os princípios do SUS de territorialização, intersetorialidade, descentralização, corresponsabilização, e organização de linhas de cuidado para grupos prioritários - como forma de redução das iniquidades em saúde (Brasil, 1996). Seus profissionais e este nível de atenção devem garantir a resolubilidade de cerca de 80% dos problemas de saúde de uma população, através de ações assistenciais e de gestão da rede de cuidado, dirigindo-se ao indivíduo, sua família e sua comunidade. As equipes de saúde da família são compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar/técnico de enfermagem, e entre quatro e seis agentes comunitários de saúde, residentes da comunidade onde atuam. Além da prestação de serviços de assistência, cabe às equipes identificar quais as necessidades em saúde que existem no território sob sua responsabilidade, planejando, priorizando e organizando o atendimento (Brasil, 2001b).



O PSF opera a atenção básica através de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, famílias e comunidades, de forma integral e continuada, em atendimentos realizados na unidade de saúde, nos domicílios ou através de mobilização nos territórios.

Sua resolutividade é efeito dos vínculos de compromisso e responsabilidade entre profissionais e usuários, numa prática de saúde integral e participativa. A proximidade com as pessoas e seus contextos de vida permite às equipes uma melhor compreensão dos processos saúde-doença e das reais necessidades de intervenção nos territórios para além das práticas curativas, fazendo com que a saúde da família ainda opere forte componente de vigilância em saúde. Dessa forma, com base nos princípios do SUS e nas concepções da atenção primária à saúde,

o PSF incorpora as noções de *integralidade* e *universalidade* da assistência, *equidade*, *resolutividade* e *humanização* do atendimento e estímulo à *participação comunitária*, com o objetivo de corrigir as diversas distorções que os modelos de assistência apresentaram no decorrer dos anos (Corbo; Morosini; Pontes, 2007, p.86).

Na tentativa de romper com a proposta de organização baseada no conceito de *programa* - vinculado à ideia de verticalidade e transitoriedade -, em 1996 o Ministério da Saúde renomeia o PSF, que passou a chamar-se *Estratégia de Saúde da Família*. Assim, institucionaliza-se como *estratégia substitutiva* de reorientação da política assistencial do país enquanto projeto de Estado (Corbo; Morosini; Pontes, 2007, p. 86).

Com o objetivo de imprimir uma nova dinâmica de ação nas unidades básicas de saúde - e, a partir daí, uma nova organização do sistema -, há reformulação do financiamento da ESF, com a criação da NOB/96 e sua implementação com a Portaria 157/98; ficam estabelecidas ali as normas de repasse dos incentivos financeiros de indução à implementação da saúde da família (via PSF e PACS), com responsabilidades, atribuições, formas de avaliação e metas definidas para cada profissional e equipe implantadas. Entretanto, a implementação real das equipes passa por alguns atravessamentos, como sinalizam as autoras citadas anteriormente. Elas referem que,

Por mais que existam atribuições comuns a todos que enfatizam atividades de diagnóstico, planejamento, responsabilização, escuta qualificada, mobilização da comunidade e intersetorialidade, percebemos que, por vezes, essas responsabilidades ficam em segundo plano quando as atribuições específicas enfatizam outras dimensões, como as atividades clínicas centradas na USF, principalmente no caso dos médicos e dentistas. Assim, se está explícito na portaria que 'preferencialmente' o médico e o enfermeiro devem atuar na USF, pode-se tender a uma organização do trabalho na qual as atividades assistenciais curativas se concentrem nos profissionais de nível superior, e as visitas domiciliares, as atividades de prevenção e promoção à

saúde, mobilização comunitária e intersetorialidade se concentrem nos ACS. Esse tipo de organização pode levar a uma reprodução do modelo ambulatorial tradicional das unidades de saúde da família. Desse modo, diante da dificuldade de mudança da formação dos profissionais de saúde e da resistência dos profissionais formados, ficamos com alguns obstáculos para a reorganização do modelo de atenção (Corbo; Morosini; Pontes, 2007, p. 99).

Reorganizar um sistema de saúde com foco na APS implica diretamente em reorientar também o modelo e os processos de trabalho de cada profissional/formação que atua nos diferentes níveis de cuidado desse sistema. Isso decorre da inflexão necessária da APS sobre dois elementos: os determinantes do processo saúde-doença (hegemonicamente orientados pela biomedicina) e o modo de atuação de cada categoria profissional (também hegemonicamente orientada para atuação em níveis ambulatoriais ou hospitalares de atenção).

Com a primeira edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006, outra questão se coloca sobre a lógica da implantação da saúde da família no país. Apesar da determinação política de fortalecimento das ações de promoção da saúde, as áreas estratégicas determinadas pela PNAB estão, em sua maioria, centradas em patologias (como hipertensão, diabetes, tuberculose). Mesmo em áreas como saúde da mulher e da criança, as ações prioritárias estão centradas no controle de questões de saúde como desnutrição infantil ou procedimentos de acompanhamento ginecológico/reprodutivo, da gestação ou de controle de câncer de colo de útero.

Dessa maneira, é importante refletir sobre o risco de reproduzir a fragmentação e especialização do cuidado, em especial quando as principais atribuições definidas aos profissionais e equipes são avaliadas em indicadores numéricos contabilizados “em detrimento dos processos coletivos de planejamento, organização e realização de responsabilidades e atividades que são comuns a todos” (Corbo; Morosini; Pontes, 2007, p. 100).

Se a implantação da ESF tem passado ao longo dos anos essencialmente por estratégias de indução financeira e formação profissional (em modelos de residência e especialização em saúde da família), na maioria dos casos, ainda repete-se o modelo biológico, onde a saúde da família também reproduz a divisão social do trabalho em saúde, com hierarquização entre médicos, enfermeiros, técnicos e agentes comunitários. É fundamental que se desconstrua a pirâmide da assistência que atribui maior complexidade à especialização e a níveis superiores do sistema de saúde; afinal, são os agentes comunitários, trabalhadores de nível médio, a principal tecnologia de cuidado da atenção básica atualmente. A descentralização da importância do ACS na ESF implica na descentralização das ações de

saúde dos próprios territórios e, por consequência, de toda a sua potência - tanto no sentido da vigilância quanto da assistência em saúde.

A inserção de especialistas no âmbito da AB tem sido uma estratégia utilizada sob diferentes formatos no passar dos anos, para apoiar o redimensionamento do lugar dos níveis ambulatoriais e hospitalares de assistência. Atualmente, no Brasil, é o modelo NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica) que orienta essa estratégia. É dele que falaremos a seguir.

#### 2.4 NASF: O ESPECIALISTA E A ESPECIALIDADE NA ESF

O NASF é a atual estratégia brasileira de inclusão de equipes multiprofissionais de diferentes especialidades, adequadas às realidades locais, no nível da Atenção Básica. Ela atua de maneira integrada e em apoio às ações das equipes da Estratégia de Saúde da Família. Na medida em que faz parte da AB, o NASF também deve atuar dentro de suas diretrizes. Assim, orientam o trabalho do NASF a noção de território e a territorialização do cuidado, a ação interdisciplinar e intersetorial, a educação permanente das equipes de referência e da população, a integralidade da atenção, a participação popular, a humanização e a promoção da saúde (Brasil, 2009).

Como falamos anteriormente, já no Relatório Dawson, na década de 1920, era abordada a presença do profissional de saúde especializado como consultor, operando de acordo com as necessidades locais. Historicamente, os núcleos de apoio com atuação de equipes especializadas já se apresentaram em outras experiências de implementação de modelos de APS, tanto nacionalmente quanto em outros países.

A proposição do Programa Médicos de Família, implantado em Niterói em 1992, por exemplo, foi uma alternativa de organização da rede de atenção primária baseada no modelo de medicina familiar cubana. Conforme apresentam Corbo, Morosini e Pontes (2007, p. 82, grifo nosso),

As equipes constituem-se de um médico generalista e um auxiliar de enfermagem que contam com a *supervisão clínica* nas seguintes áreas: clínica médica, cirurgia geral, ginecologia-obstetrícia, pediatria, saúde mental, epidemiologia, enfermagem e serviço social. Os supervisores são responsáveis pela *realização de interconsultas, pela educação continuada da equipe e pela operacionalização da referência e contra-referência.*

Entende-se, portanto, desde as primeiras experiências de atenção primária, que a presença do profissional especialista nesse nível de atenção tem uma função *educativa e formadora*, através de consultorias, interconsultas ou espaços de educação continuada, para potencializar os resultados dos cuidados primários em saúde ofertados pelas equipes de APS e incidir na sua função de coordenar o cuidado, a partir da qualificação do sistema de referência.

Na atual experiência brasileira de implantação do modelo de AB fundamentado na ESF, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) surgem através da Portaria GM 154, de 24 de janeiro de 2008. Eles constituem-se como dispositivos estratégicos “para a melhoria da qualidade da Atenção Básica, uma vez que ampliam o escopo de ações desta e, por meio de compartilhamento de saberes, ampliam também a capacidade de resolutividade clínica das equipes” (Brasil, 2014, p. 11).

Como apresentamos neste estudo, os sistemas de saúde, apesar do tensionamento proposto pela ESF, ainda são operacionalizados em ações verticalizadas vinculadas a programas que compartimentam e fragmentam as práticas em saúde. Além disso, outros fatores interferem na qualidade do cuidado ofertado na AB, como a capacidade de escuta e vínculos que considerem a singularidade de cada usuário, o suporte técnico-pedagógico para os profissionais, o acesso a recursos situados em outros níveis de atenção, a organização e gestão das agendas e o escopo das ações ofertadas (Brasil, 2014).

O NASF como estratégia surge como resposta ao diagnóstico de que a implantação meramente quantitativa das eESF não bastava para tensionar as práticas no sentido da integralidade do cuidado em saúde. Diante da complexidade da pressão assistencial, do perfil epidemiológico, e do impacto dos condicionantes e determinantes da saúde nos territórios e populações, compreendeu-se a importância da incorporação de outros saberes nas ações das ESF. Esses saberes deveriam tensionar novos formatos organizativos, aumentar sua capacidade de análise e incidir sobre a resolutividade de suas ações. Isso não se expressa apenas através de ações no nível básico de assistência - seja junto às equipes de referência ou à população -, como também no papel fundamental das eNASF enquanto gestoras de uma atenção compartilhada, na construção e articulação de redes intra e intersetoriais de cuidado.

Assim, segundo definem seus documentos norteadores, o NASF é

Uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Seus requisitos são, além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de equipes de SF e o desenvolvimento de *habilidades relacionadas ao paradigma da*

*Saúde da Família*. Deve estar comprometido, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da SF e entre sua própria equipe (NASF), incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde (Brasil, 2009, p. 10-11, grifo nosso).

A linha evolutiva das normativas de implementação do NASF, de 2008 até aqui, é um recorte que nos dá pistas importantes para compreender os tensionamentos na implementação desta estratégia, que traz elementos inovadores de clínica e gestão para um sistema de saúde com um histórico bastante retrocedido em diversas frentes. Em resumo, compreender o avanço normativo e instrucional sobre o NASF é analisar como a política situa uma inovação que, em linhas gerais, nada mais é do que o especialista que não executa uma especialidade, mas uma função em uma política pública.

Faremos a seguir uma breve apresentação das leis, portarias, normas técnicas e documentos norteadores que nos contam esta história.

#### **2.4.1 O NASF e sua evolução técnica e normativa**

Apesar da primeira normativa oficial do NASF datar de 2008, podemos identificar alguns movimentos antecedentes e primeiros desenhos de arranjo das equipes desde o início dos anos 2000.

Conforme Mattos *et al.* (2022, p. 3505) alertam, é sempre importante salientar que “na construção de uma política pública, aspectos de ordem técnica dividem espaço com interesses ideológicos e corporativos de categorias profissionais, empreendendo em muitos casos, um embate de poderes e saberes”. O NASF do modo em que foi formulado ao longo dos anos também é produto desse jogo de forças entre prefeituras e categorias profissionais que buscavam maior inserção no SUS. Paralelamente às disputas institucionais, como trouxemos anteriormente, ocorrem experiências em diversos pontos do país, exitosas, balizadas em uma outra proposta de atuação dos especialistas nos níveis primários de atenção junto à ESF.

Essas experiências traziam processos de trabalho diferenciados de categorias profissionais que, em geral, desenvolvem suas ações nos níveis secundários e terciários de atenção. As tecnologias utilizadas por esses especialistas na AB pretendiam reformular o escopo de suas ações, alinhando-as aos princípios e diretrizes deste nível de atenção. Estratégias como a *clínica ampliada* e o *apoio matricial* foram as principais norteadoras do modelo operado por esses profissionais junto às eESF e aos usuários.

É necessário abordar esses dois conceitos, fundamentais à compreensão da prática das eNASF, de modo mais profundo. Ambos partem dos questionamentos sobre o reducionismo de um modelo biomédico de compreensão da saúde. As práticas médicas, a fragmentação dos corpos em sistemas/aparelhos, e a lógica de um saber apartado da realidade concreta dos sujeitos incidem diretamente sobre a figura do especialista, que também é resultado deste contexto e tempo histórico. Como resume Campos (2003, p. 8):

Aborda-se mais a doença que o indivíduo, e mesmo quando este é considerado, pensa-se em um indivíduo fragmentado, um ser composto de partes que, apenas, teoricamente, guardariam alguma noção de cura - frequentemente confundida com a simples eliminação de sintomas e, no melhor dos casos, com a correção de lesões anatômicas ou funcionais -, ficando em segundo plano tanto as possibilidades de promoção da saúde, ou de prevenção e, até mesmo aquelas, de reabilitação. Além do mais, este objeto reduzido autorizaria a multiplicação de especialidades, que terminaram por fragmentar, em um grau insuportável, o processo de trabalho em saúde.

Dessa maneira, a fim de operar na atenção básica e na ESF, é fundamental ao especialista subverter o seu fazer tradicional, e poder ampliar seu olhar para a compreensão de um sujeito integral. É preciso entender o que o olhar do especialista consegue compreender sobre o todo, e como nele operar. Nesse sentido, esta clínica que pretende se ampliar para atuar como política pública deve colocar *a doença entre parênteses*. Quando a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente *técnico*. Então, é a pessoa o objetivo do trabalho, e não a doença. A ênfase não é mais colocada no *'processo de cura'*, mas no processo de *'invenção da saúde'* e de *'reprodução social do paciente'* (Amarante, 1996).

E se é proposto que é a pessoa, e não a doença, o verdadeiro objeto da clínica, os serviços de saúde devem operar com plasticidade suficiente para dar conta da variedade das condições possíveis de existências humanas, sendo capazes de construir processos de enfrentamento às doenças que se combinem com estratégias de superação das iniquidades psicossociais. E isso está intrinsecamente conectado à possibilidade dos usuários do sistema de exercerem sua cidadania através de um papel ativo na luta pela garantia de direitos básicos de existência para um bem viver. Assim, é fundamental qualificar os serviços para dialogarem com os sujeitos, integrais, e ativamente partícipes do seu próprio processo de cuidado. Em uma clínica ampliada, o sujeito é mais que um diagnóstico, e a terapêutica é mais que uma prescrição.

Como resume a cartilha do Ministério da Saúde sobre a Política Nacional de Humanização (2003b, p. 12), a clínica ampliada é:

- um compromisso radical com o sujeito doente, visto de modo singular;
- assumir a *responsabilidade* sobre os usuários dos serviços de saúde;
- buscar ajuda em outros setores, ao que se dá nome de *intersectorialidade*;
- *reconhecer os limites dos conhecimentos* dos profissionais de saúde e das *tecnologias* por eles empregadas e buscar outros conhecimentos em diferentes setores [...]
- assumir um compromisso *ético* profundo.

Nas experiências exitosas de inclusão de equipes de especialistas em modelos de AB, sua função incluía tensionar as práticas clínicas para abordagens de cuidado integrais, centradas no usuário, e com atenção articulada entre os diferentes profissionais (e pontos de atenção) que participavam deste cuidado, em um plano terapêutico compartilhado. As práticas da clínica ampliada surgiram como estratégia de enfrentamento à clínica especializada fragmentada, e as equipes multiprofissionais de especialistas foram justamente aquelas convocadas a construir essa inflexão na organização do trabalho.

Para tanto, além da prática clínica, fez-se necessário propor outro modo de organização dos sistemas de saúde hierarquizados, que operavam por meio de um modelo de referência e contrarreferência e de mecanismos de regulação.

O apoio matricial é um método de gestão do cuidado que oferta retaguarda especializada às equipes de referência de um determinado território, em duas dimensões: uma *técnico-pedagógica* e outra *clínico-assistencial*. Segundo Campos e Domitti (2007, p. 400), ele

depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais.

Por equipe de referência, entendemos aqueles profissionais - considerados essenciais para a condução de problemas de saúde no campo da AB - que são responsáveis pelo cuidado de uma pessoa, família ou território, em um arranjo que pretende estreitar os vínculos entre profissionais e usuários, criando condições para uma clínica ampliada. A responsabilidade pela condução do cuidado significa acompanhá-lo ao longo do tempo e da rede, em uma diretriz chamada *longitudinalidade*. O arranjo organizacional em equipes de referência e equipes de apoio matricial permite uma integração dialógica das equipes especializadas nos serviços de atenção básica, porque parte do princípio que nenhuma equipe ou especialista, de modo isolado, pode atuar em um cuidado integral. Dessa maneira, é possível deslocar o centro de poder das especialidades para uma gestão interdisciplinar da atenção. Tanto as equipes de referência quanto as equipes especializadas tem como centro da intervenção as questões de

saúde, “buscando atingir objetivos comuns e sendo responsáveis pela realização de um conjunto de tarefas, ainda que operando com diversos modos de intervenção” (Campos; Domitti, 2007, p. 400).

O apoiador matricial, nesse modelo, é um especialista de um núcleo de saber e perfil distintos dos profissionais de referência; pode agregar ao trabalho recursos e intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da população adscrita às referências. “O apoio matricial procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores” (Campos; Domitti, 2007, p. 401), personalizando também os sistemas de referência e contrarreferência, ao estimular o contato direto entre equipes de referência e suporte especializado, e mudando o sentido do trabalho dos centros de regulação, que ficam mais voltados para funções e urgência, “no zelo pelas normas e protocolos acordados e na divulgação do apoio disponível” (Campos; Domitti, 2007, p. 401).

Na construção de projetos terapêuticos compartilhados, o apoio matricial se desenrola nas seguintes formas:

a) atendimentos e intervenções conjuntas entre o especialista matricial e alguns profissionais da equipe de referência; b) em situações que exijam atenção específica ao núcleo de saber do apoiador, este pode programar para si mesmo uma série de atendimentos ou de intervenções especializadas, mantendo contato com a equipe de referência, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo apoiador diretamente ao paciente, ou à família ou à comunidade; c) é possível ainda que o apoio restrinja-se à troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador; diálogo sobre alterações na avaliação do caso e mesmo reorientação de condutas antes adotadas, permanecendo, contudo, o caso sob cuidado da equipe de referência (Campos; Domitti, 2007, p. 401).

O modelo de equipes de referência e apoio matricial, no sentido de uma clínica ampliada, pressupõe uma mudança radical na ação do especialista, retirando-lhe o caráter de hierarquização dos saberes e sem transferência de responsabilidade. Cabe a ele a comunicação e compartilhamento de saberes na condução dos projetos de intervenção em saúde, valendo-se de seu conhecimento e de sua visão de mundo, e incorporando também as demandas das referências e territórios.

As experiências de implantação das práticas orientadas sobre esses preceitos trouxeram resultados efetivos sobre a saúde das populações, incitando o Estado sobre a sua inclusão na reorganização do SUS com foco na AB. O Ministério da Saúde inicia discussões sobre a universalização dessas experiências em 2003, através da proposta de Núcleos de Saúde Integral, que ganharam corpo apenas em 2005, com o nome de Núcleo de Atenção



Integral na Saúde da Família (NAISF); a sua portaria foi revogada dois dias após a publicação, por falta de aporte financeiro aos municípios que viabilizasse a implantação das equipes.

A discussão segue liderada por um grupo de trabalho do Ministério da Saúde ao longo dos anos, consolidando-se finalmente em 2008, através da publicação da Portaria 154. Timmermann, Brites e Rocha (2023, p. 2) apontam que as proposições do MS que serviram de base para a formalização das equipes NASF passam pela

[...] conformação de “Equipes de transição para a ESF”, cujo objetivo era induzir o processo de transição para ESF através de uma ampla rede de unidades de saúde e diferentes profissionais e especialidades; e de “Equipes Matriciais”, que lidariam com temas específicos, como saúde mental, reabilitação, atividade física e práticas complementares. Portanto, o NASF tem sua constituição fortemente calcada nos conceitos da Clínica Ampliada e do Apoio Matricial, sempre no intuito de superar o cuidado fragmentado, na corresponsabilização entre as equipes e no aumento da resolutividade no âmbito da Atenção Primária em Saúde.

Esta análise reforça que a necessidade de qualificação e apoio de equipes especializadas em temas relevantes na saúde das populações sempre esteve colocada como condição à implantação da ESF; ou seja, para tornar-se realidade concreta, a reorientação do sistema de saúde pela ESF passa, em grande parte, por reorientar também o papel de cada profissional de saúde inserido no SUS, do generalista ao especialista, do suporte comunitário ao técnico.

O modo como irão atuar os especialistas sempre refletiu a disputa ideológica - ainda presente - que se colocava sobre modelo de trabalho das equipes: se elas operariam na função de suporte (através de tecnologias como o apoio matricial e a clínica ampliada) ou seriam núcleos de especialistas prestando atenção direta aos usuários - o que reflete o embate sobre a reorientação do sistema pela AB como um todo e as dificuldades ainda colocadas na sua função de coordenação de um cuidado integral, horizontal e em rede.

Para dar seguimento à compreensão da evolução normativa dos NASF, valemo-nos do modelo apresentado por Mattos, Gutierrez e Campos (2022), com algumas adaptações nas normativas presentes na tabela do estudo original, visando contemplar achados de outras publicações abarcadas neste trabalho. Assim, adicionamos algumas normativas, mas mantivemos o modelo organizativo proposto pelos autores, compreendendo-o como adequado às nossas pretensões de sistematização.

Os autores organizam a história das políticas referentes ao NASF em 5 períodos: 1) *movimentos antecedentes (2003 - 2007)*, onde elencam movimentos iniciais de reivindicação

de diferentes sujeitos e de primeiros desenhos de arranjos de equipes especializadas; 2) *diretrizes do apoio (2008-2011)*, após a criação do NASF, trazendo os esforços do MS para implementar e legitimar uma nova lógica de trabalho; 3) *universalização do NASF (2012-2015)*, quando novos parâmetros organizativos são definidos e se pretende atualizar as ferramentas de ação no sentido da universalização do apoio; 4) *ampliação do apoio (2016-2018)*, quando há aumento no número de equipes implantadas e algumas reorientações das formas de atuação das eNASF; 5) *o desmonte do NASF (2019-2021)*, que traz o período de mudanças para parâmetros de custeio e implementação da política.

Para adaptar esta setorização ao nosso trabalho, deixamos de lado o primeiro período levantado pelos autores, e atualizamos suas referências com o que se produziu após esta publicação; para tanto, incluímos a *reconfiguração eMulti (2022- atual)* como período estudado, que aborda as normativas editadas até o momento sobre organização e financiamento deste novo momento das equipes especializadas.

### Quadro 1 - Levantamento de normativas e instrutivos referentes ao NASF entre 2008 e 2024

DIRETRIZES DE APOIO (2008-2011)		
FONTE	ANO	ASSUNTO
Portaria 154	2008	<b>NORMATIVA:</b> Cria os NASF, com 2 tipos de equipe, com incentivo federal e 9 áreas estratégicas de atuação (atividade física/prática corporal, PICS, reabilitação, alimentação e nutrição, saúde mental, serviço social, saúde da criança, saúde da mulher, assistência farmacêutica)
CAB 27 - Diretrizes do NASF: Núcleos de Apoio à Saúde da Família	2009	<b>INSTRUTIVO:</b> Define ferramentas tecnológicas de atuação - apoio matricial, clínica ampliada, PTS, PST. Faz ênfase à dimensão técnico-pedagógica do trabalho, com fomento à restrição de atendimentos individuais.
Oficina de qualificação do NASF - Intensificando as ações de redução da mortalidade infantil	2010	<b>INSTRUTIVO:</b> Material de qualificação federal do trabalho NASF junto à linha de cuidado de saúde da criança, como parte do 'Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil', nas regiões do Nordeste e Amazônia Legal
Portaria 2843 (revogada)	2010	<b>NORMATIVA:</b> Cria os NASF 3, com foco na população em uso abusivo AD, dentro do contexto do 'Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas', lançado pelo Governo Federal no mesmo ano
Portaria 2488 (revogada)	2011	<b>NORMATIVA:</b> Aprova a PNAB/11, incorporando o conceito de apoio matricial no texto da PNAB. Amplia a atuação das eNASF (CnaR, SF ribeirinha e fluvial), o número de categorias profissionais e reduz o número de eESF vinculadas por eNASF.
UNIVERSALIZAÇÃO DO NASF (2012-2015)		
FONTE	ANO	ASSUNTO
Portaria 978	2012	<b>NORMATIVA:</b> Revisão do PAB variável, aumentando o valor de incentivo para implantação de eNASF 2 em ½.

Portaria 3124	2012	<b>NORMATIVA:</b> Redefine os parâmetros de vinculação das eNASF 1 e 2, reduzindo o número de eESF vinculadas e recriando o NASF 3 (revoga a portaria 2843), sem o foco na população em uso abusivo AD.
Portaria 256	2013	<b>NORMATIVA:</b> Estabelece novas regras para o cadastramento de equipes que farão parte dos NASF
Portaria 548	2013	<b>NORMATIVA:</b> Define valores de financiamento do PAB variável para o NASF 3, aumenta em 50% o incentivo ao NASF 2, mantém valor de repasse ao NASF 1
Portaria 562	2013	<b>NORMATIVA:</b> Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do PMAQ, incluindo todas as eAB, inclusive as eNASF.
CAB 39 - NASF - Vol. 1	2014	<b>INSTRUTIVO:</b> Trata da operacionalização do apoio matricial, as condições necessárias, os instrumentos e os principais atravessamentos à implantação do matriciamento com as eESF.
Boletim 1 - NASF	2015	<b>INSTRUTIVO:</b> Traz o diagnóstico das ações da SES para o NASF
<b>AMPLIAÇÃO DO APOIO (2016-2018)</b>		
FONTE	ANO	ASSUNTO
Portaria 1171	2016	<b>NORMATIVA:</b> Credencia municípios a receberem incentivos referentes ao NASF, considerando os casos confirmados de microcefalia. Traz ênfase no matriciamento a partir da dimensão assistencial e do atendimento individual, teoricamente sem prejuízo à lógica do apoio matricial.
Portaria 3502	2017	<b>NORMATIVA:</b> Institui Estratégia de fortalecimento das ações de cuidado das crianças suspeitas ou confirmadas para Síndrome Congênita associada à infecção pelo vírus Zika e outras síndromes causadas por sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes vírus.
Portaria 4073	2017	<b>NORMATIVA:</b> Altera a Portaria 3502/17
Guia: A estimulação precoce na Atenção Básica	2016	<b>INSTRUTIVO:</b> Guia para abordagem do desenvolvimento neuropsicomotor pelas equipes de AB, ESF e NASF, no contexto da síndrome congênita por zika.
Boletim 2 - NASF	2016	<b>INSTRUTIVO:</b> Traz informações sobre o NASF a partir do SISAB
Portaria 2436	2017	<b>NORMATIVA:</b> Aprova a PNAB/17. Altera o nome para Núcleo Ampliado de Saúde de Família e Atenção Básica (NASF-AB) e retira do texto o conceito de apoio matricial, com perda da centralidade da dimensão técnico-pedagógica no processo de trabalho.
Portaria de consolidação nº 2	2017	<b>NORMATIVA:</b> Determina padrões de vinculação dos NASF e dá outras providências
Fascículo: Contribuição dos NASF para a Atenção Nutricional	2017	<b>INSTRUTIVO:</b> Parte de uma série de publicações instrutivas para a atuação do NASF-AB por área temática
Fascículo: Práticas em reabilitação na AB	2017	<b>INSTRUTIVO:</b> Parte de uma série de publicações instrutivas para a atuação do NASF-AB por área temática
Fascículo: Práticas farmacêuticas no NASF-AB	2018	<b>INSTRUTIVO:</b> Parte de uma série de publicações instrutivas para a atuação do NASF-AB por área temática
Vídeos instrutivos sobre o NASF-AB (10 anos do NASF)	2018	<b>INSTRUTIVO:</b> Série de vídeos de formação/atualização sobre o NASF-AB, lançados pelo MS em comemoração aos 10 anos do NASF: #1: As diretrizes do NASF-AB; #2: Apoio Matricial NASF-AB; #3: Projeto Terapêutico Singular NASF-AB; #4: Curso Apoio Matricial na AB com ênfase no NASF-AB; #5 O papel do NASF-AB na coordenação do cuidado; #6 Ferramentas de gestão do cuidado/gestão da clínica; #7: Os sistemas de informação da AB e o NASF-AB.

O DESMONTE DO NASF (2019-2021)		
FONTE	ANO	ASSUNTO
Portaria 2979	2019	<b>NORMATIVA:</b> Institui o Programa Previne Brasil, com novo modelo de financiamento para a APS, a partir de captação ponderada, incentivo para ações estratégicas e pagamento por desempenho. Marca o fim do financiamento discricionário para o NASF e o modelo de parametrização do NASF-AB.
Portaria 3222	2019	<b>NORMATIVA:</b> Dispõe sobre os indicadores de <i>pagamento por desempenho</i> no Programa Previne Brasil. No caso das equipes NASF-AB, prevê financiamento de ações multiprofissionais no âmbito da APS, com arranjo e composição de equipes a partir da definição dos gestores locais.
Nota Técnica nº3	2020	<b>NORMATIVA:</b> Nota reafirmando as mudanças do Previne Brasil, com fim do financiamento discricionário para o NASF e a extinção dos parâmetros de configuração de suas equipes.
Portaria 99 (revogada)	2020	<b>NORMATIVA:</b> Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). A Portaria 37 revoga a 99, e condensa todas as tipologias NASF (1, 2 e 3) em uma única tipologia no CNES.
Portaria 37	2021	
RECONFIGURAÇÃO - EMULTI (2022-ATUAL)		
FONTE	ANO	ASSUNTO
Portaria GM/MS 635	2023	<b>NORMATIVA:</b> Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde.
Portaria GM/MS 3493	2024	<b>NORMATIVA:</b> Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Fonte: Elaboração própria, adaptada de Saporito *et al.* (2022); Mattos, Gutierrez e Campos (2022); Timmermann, Brites e Rocha (2023).

A partir da primeira normativa oficial, houve aumento significativo do número de equipes implantadas, o que convocou o lançamento de normas técnicas que orientassem as práticas das eNASF, em especial diante das dificuldades de operacionalização da lógica do apoio matricial (Mattos; Gutierrez; Campos, 2022).

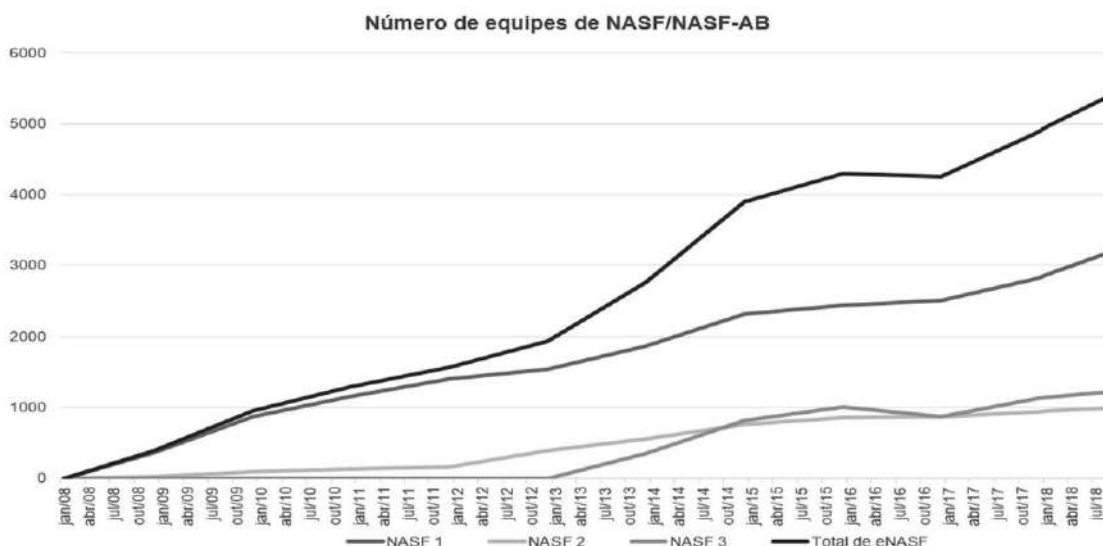
Esse trabalho segue até a nova edição da PNAB em 2011, quando os NASF aparecem formalizados como parte do arranjo assistencial da ESF pela primeira vez. É na PNAB/2011 que o conceito do apoio matricial é incluído, e não necessariamente associado ao trabalho do NASF, mas como estratégia de atuação dentro do escopo das eESF - inclusive com preservação de espaços para sua efetivação no cotidiano das equipes, como educações permanentes, reuniões de matriciamento, discussões de casos e supervisões. Na PNAB/2011 há reforço do trabalho do NASF com caráter educativo e coletivo, buscando evitar a confusão das ações dos especialistas lotados na ESF com aquelas especializadas, esperadas deles nos níveis ambulatoriais de atenção.

Além do esforço em construir uma técnica específica, uma das principais estratégias para a efetivação do NASF e superação de seus impasses foi a *indução financeira* de sua implantação ao longo dos anos até 2018. O que se efetivou foi uma forma de garantir sua sustentabilidade e qualificar o apoio prestado pelas eNASF. Com maior aporte financeiro, foi possível diminuir o número de equipes vinculadas em cada portaria editada, bem como garantir maior acesso ao cuidado de municípios com número menor de habitantes. Como resumem Timmermann, Brites e Rocha (2023), podemos dizer que a expansão das eNASF acompanhou a de eESF.

Ainda que a ampliação das eSF seja maior, em tempo e números, ambas equipes caminham juntas na ampliação e consolidação do trabalho da ESF na AB. Uma plausível explicação para o crescimento a partir de 2013 são as induções e apostas ministeriais por meio das revisões normativas de NASF em 2012 (como a universalização do NASF e a ampliação do valor do incentivo federal), do PMAQ<sup>5</sup> e dos programas de provimento de médicos (como o Programa de Valorização da Atenção Básica e o Programa Mais Médicos) que provocaram novos credenciamentos de eSF (Timmermann; Brites; Rocha, 2023, p. 4).

Segue gráfico ilustrativo apresentado pelas autoras:

**Gráfico 1 - Número de equipes de NASF/NASF-AB**



Fonte: Timmermann, Brites e Rocha (2023).

<sup>5</sup> “O PMAQ-AB tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Para isso, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. O programa eleva o repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhora no padrão de qualidade do atendimento. O programa, lançado em 2011, tem a participação das equipes de saúde da atenção primária, como as equipes de Saúde Bucal, entre outras que se encontrem em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)” (Brasil, 2023). O NASF passa a fazer parte deste programa a partir de 2013, consolidando-se no seu 3º Ciclo.

Com o crescimento quantitativo das equipes a partir de novos parâmetros, novos materiais voltados para a qualificação do trabalho são publicados, sinalizando um caminho teórico-prático para as ações do NASF. Em 2014, o Ministério da Saúde publica o *Cadernos de Atenção Básica 39 - NASF, volume I: ferramentas para a gestão e para o cuidado compartilhado*, dando seguimento às proposições apresentadas no CAB 27. Com uma abordagem propositiva, o CAB 39 apresenta ‘como fazer’. Apresenta uma agenda padrão que busca incluir as inúmeras atividades abarcadas no cotidiano NASF e considera as dificuldades estruturais pelas quais passam os profissionais apoiadores. Além disso, também apresenta algumas das ferramentas de que se pode lançar mão para efetivar o mandado do apoio matricial; dentre elas, apresenta: a reunião de matriciamento, a reunião de equipe NASF, o atendimento individual compartilhado e específico, o atendimento domiciliar compartilhado e específico, a atividade coletiva compartilhada e específica, e a elaboração de materiais de apoio, rotinas, protocolos, e ações de educação permanente.

Além disso, no mesmo ano, o MS lança o *Curso de Apoio Matricial na AB com ênfase nos NASF*, com edições em 2014, 2016 e 2019, trazendo conteúdos como a implantação das eNASF, ferramentas, práticas e intervenções compartilhadas, gestão do cuidado, monitoramento e avaliação. Ainda há iniciativas como a produção de *Boletins do NASF* e do *I Encontro Nacional de Equipes do NASF*, em 2016 (Timmermann; Brites; Rocha, 2023). Esses esforços versavam sobre a necessidade de se enfrentar alguns desafios ao trabalho compartilhado, como a falta de formação dos profissionais para o trabalho em equipe, as múltiplas demandas endereçadas ao NASF, a multiplicidade de tarefas de diferentes ordens - clínicas, pedagógicas e de gestão/articulação -, o desconhecimento sobre a atuação de especialistas no âmbito da ESF, entre outras.

A última revisão da PNAB, em 2017, traz importantes alterações, não apenas para o NASF, mas também para a implantação da própria ESF como modelo de atenção básica no país. Neste estudo não conseguiremos nos estender sobre os efeitos deletérios da PNAB/2017, mas deixamos pontuadas as críticas relatadas por Morosini, Fonseca e Lima (2018), que afirmam, resumidamente, que a nova PNAB abre possibilidades para a relativização da cobertura universal, a segmentação do acesso, a recomposição das equipes, a organização dos processos de trabalho e, por fim, para a coordenação nacional da política e do pacto federativo.

A história dos dez primeiros anos de implantação das eNASF (de 2008 a 2018) nos convoca a refletir que, apesar da indução via custeio e produção de documentos sobre práticas

e processos de trabalho, sua consolidação passa por questões maiores, articuladas também aos momentos históricos que as atravessam.

O NASF surge como uma estratégia inovadora, pensada para viabilizar a sustentação da *ESF como modelo universal de atenção básica no SUS*, visando superar uma realidade hegemônica de construção de um sistema de saúde segmentado, seletivo e verticalizado. Entretanto, como afirmam Timmermann, Brites e Rocha (2023, p. 9), “mudanças como essas são processuais, não ocorrem por decreto e não dependem apenas dos profissionais”. A implementação das inovações propostas pelo NASF depende da formação de profissionais voltados para o trabalho em equipe (apoiadores e apoiados), considerando a saúde das populações de modo integral e integrado à realidade dos territórios; depende também da capacidade de articulação e coordenação de um sistema de saúde em que os pontos da rede de atenção historicamente não se articulam nem se coordenam. Depende, sobretudo, da indução concreta (financeira e técnica) das mais diversas instâncias de gestão.

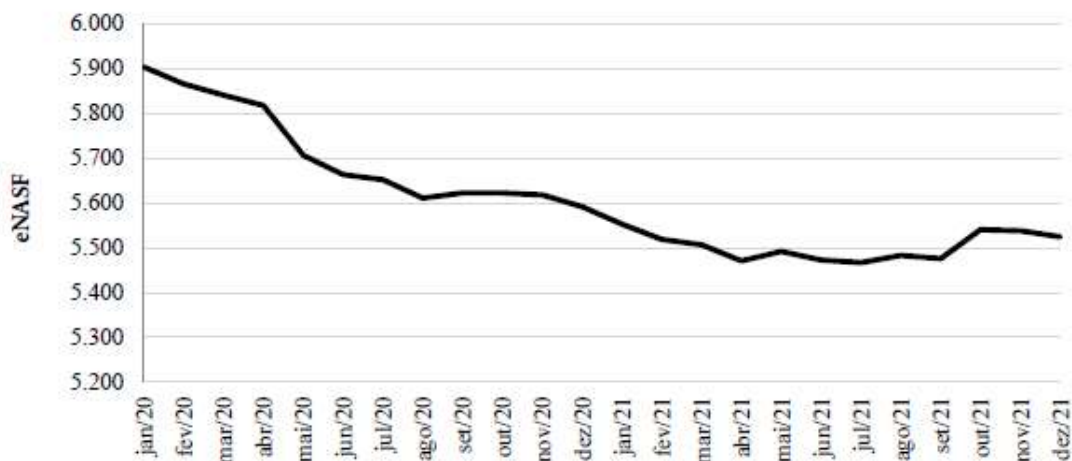
Essas dificuldades refletem um trabalho desarticulado entre equipes e uma combinação de práticas conflitantes entre modelos hegemônicos e não hegemônicos. É proposto um caminho (o mesmo da ESF) ao NASF e se espera um novo modo de caminhar de categorias profissionais historicamente marcadas por uma atuação clínica em prevenção secundária e terciária. Contraditoriamente, a demora ou insuficiência do MS a induzir, por meio de suas publicações e ações de educação continuada e permanente, pode ter dificultado esse percurso, quiçá, a sustentação do modelo preconizado (Timmermann; Brites; Rocha, 2023, p. 9).

Assim, as tensões que se produziram da indefinição dos processos de trabalho e do lugar dos especialistas na ESF via NASF, traduzidas nas normativas e documentos técnicos publicados, limitam a implementação do modelo. Há necessidade de uma maior clareza nas estratégias de indução dessas práticas nos cotidianos dos serviços de saúde, em todos os pontos de atenção.

Entretanto, o que se desenhou nos anos seguintes para a saúde pública no país acentuou os problemas enfrentados pelas equipes NASF e pela ESF como um todo. Em meio a uma série de retrocessos nas políticas de proteção e seguridade social como um todo no país, o Programa Previne Brasil, lançado em 2019, altera o modelo de financiamento da APS, flexibilizando repasses até então fixos, e compondo-se em parte por captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas (Mattos; Gutierrez; Sousa, 2022). Esses incentivos deixam de incluir as eNASF, além de virem acompanhados da revogação de diversas portarias de regulação dos NASF, flexibilizando o número de

profissionais, suas cargas horárias e sua parametrização. A figura a seguir aponta para o impacto desse desfinanciamento no número de equipes cadastradas entre 2020 e 2021:

**Gráfico 2 - Equipes NASF cadastradas no SCNES nos anos de 2020 e 2021**



Fonte: Mattos, Gutierrez e Sousa (2022).

Mesmo com entraves e atravessamentos, a ampliação do arranjo multiprofissional proposto pelo NASF foi viabilizada através prioritariamente da ampliação do número de equipes implantadas via financiamento, contribuindo assim para o tensionamento da rede de saúde no sentido da integralidade do cuidado aos usuários. O desfinanciamento das equipes multiprofissionais implementadas na lógica NASF pareceu apontar para uma condução política no sentido da alteração do modelo de trabalho dessas equipes na APS.

Com uma nova mudança no cenário político nacional a partir de 2022, também se inscrevem novos rumos para essa história. Em 2023, o MS volta a propor um modelo de financiamento para equipes multiprofissionais, agora sob novo nome. A partir da publicação da Portaria GM/MS 635/2023, os NASF passam a se chamar eMulti e voltam a receber incentivo de custeio; a princípio, retomam-se as diretrizes orientadoras da organização do NASF desde seu início, com a lógica do apoio matricial como principal estratégia de efetivação do princípio da integralidade do cuidado em saúde. Contudo, ainda permanecem colocadas em questão também as mesmas tensões sobre os processos de trabalho dessas equipes.

É fundamental, portanto, compreender como as práticas e fundamentos do trabalho das equipes multiprofissionais podem tensionar o sistema de saúde no sentido da integralidade. Compreender este princípio como norteador do SUS, bem como sua relação intrínseca com a proposta de trabalho do NASF (e da eMulti, a princípio) é o que nos permitirá avançar na



análise dessas equipes, em franco processo de mudanças e reformulações. É isso que pretendemos aprofundar a seguir.

#### 2.4.2 O NASF, o princípio da integralidade e a gestão do cuidado

A integralidade é uma diretriz do SUS, integrada à lógica da ESF, e o principal orientador do trabalho do NASF, dado que uma das principais metas dessas equipes é romper com a lógica fragmentada das ações em saúde.

No texto constitucional de 1988, apesar de não constar o termo *integralidade* em si, o conceito se expressa no artigo 198, que afirma o seguinte sobre as diretrizes de organização do SUS:

as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - *atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais*; III - *participação da comunidade* (Brasil, 1988, grifo nosso).

Segundo o CAB 27 (Brasil, 2009), ela geralmente pode se apresentar em três sentidos:

- A percepção integral dos indivíduos, que compreende suas singularidades ao incorporar os seus *contextos social, familiar e cultural*;
- A integração entre *ações preventivas, de promoção, de reabilitação e assistência em saúde*;
- O modo de *organização do sistema de saúde*, garantindo acesso coordenado a todos os níveis de atenção, a depender das necessidades de cada um.

Tesser afirma que, apesar dos esforços para análise do tema, ele ainda compõe algo como um certo *agregado semântico*, que inclui “um princípio normativo, um chamamento ético e um *slogan* político” (2008, p. 196). Mattos, alerta, na mesma via, para o possível esvaziamento do conceito, através da banalização do seu uso; ou seja, “o uso de uma expressão de tal modo que todos a defendam, mas o façam sem saber exatamente o que defendem” (2009, p. 47).

Assim, é preciso destrinchar cada um dos sentidos do conceito, para que possamos nortear o debate tanto sobre as práticas do NASF quanto sobre a própria organização dos sistemas de saúde.

Uma percepção integral dos indivíduos (e portanto das práticas sobre eles) não foi algo dado desde o início da medicina ocidental; ao contrário, foi sendo construída. O saber médico, originalmente, evoluiu seu olhar de modo cada vez mais fragmentado sobre o corpo e a saúde

humana, em torno de sistemas anátomo-fisiológicos, que recortam os pacientes em aparelhos destacados, nos quais cabiam especializações médicas específicas.

Essa racionalidade, conhecida como *biomedicina*, organiza o saber especializado tomando a doença como ponto de centralidade teórica, e um corpo humano organizado em partes (órgãos, sistemas ou aparelhos). Assim, a patologia é entendida como “entidade concreta, que se expressa por sinais e sintomas objetiváveis, manifestações de lesões que devem ser buscadas no âmago do organismo físico e corrigidas por algum tipo de intervenção concreta” (Tesser, 2008, p. 200). A integralidade, portanto, é um valor que constitui um grave problema à biomedicina; da mesma forma, quanto mais especializados os saberes e práticas, maior o bloqueio ao cuidado integral.

É a partir do desenvolvimento da *medicina integral* que se inicia um questionamento sobre os valores dos saberes médicos especializados de então. Considerava-se a disseminação do saber biomédico como soberano um problema curricular, com a valorização do laboratório e do hospital como locais privilegiados de aprendizagem; assim, o movimento da medicina integral passa a propor reformas curriculares, a partir de dois eixos básicos:

de um lado, tratava-se de modificar radicalmente a acepção do que era básico, quer pela introdução de outros conhecimentos relativos ao adoecimento e à relação médico-paciente, bem como relativos à sociedade e aos contextos culturais, quer pela *valorização da integração desses conhecimentos básicos na prática médica*. De outro, tratava-se de enfatizar o ensino nos *ambulatórios e nas comunidades*, lugares que, ao contrário das enfermarias, permitem mais facilmente o exercício da apreensão do *contexto de vida dos pacientes*. E lugares que, quando comparados a um hospital de clínicas, talvez sejam *menos plasmados pelos recortes das especialidades* (Mattos, 2009, p. 49, grifo nosso).

Em resumo, o que a medicina integral introduz na prática médica é a recusa em explicar o sofrimento humano de modo fragmentado, onde apenas um aparelho ou sistema produziria a queixa/sofrimento e seria o lócus exclusivo da intervenção clínica. Nesse sentido, *a percepção integral dos indivíduos está diretamente relacionada a uma boa prática médica e se produz em boas escolas médicas, recentralizando o seu principal lugar de atuação*.

No Brasil, a medicina integral é introduzida no mesmo momento histórico em que se iniciam os primeiros ensaios do movimento sanitário. Se, como vimos, a saúde pública no Brasil se construiu a partir de uma lógica de consumo de serviços e tecnologias especializadas e fragmentadas, o movimento sanitário propõe uma medicina que dialogue com um cuidado integral, centrado no sujeito e na comunidade. A medicina integral, como boa prática, passa a fazer parte dos debates sobre a saúde coletiva, incluindo-se em um movimento que buscava a transformação das políticas, serviços e práticas de saúde.

No cenário brasileiro, propor a integralidade das ações em saúde também incidia na superação da divisão entre saúde pública/coletiva e previdenciária/assistencial. A medicina integral superaria a dicotomia entre medicina preventiva e curativa, e seria “capaz de articular as ações de promoção, proteção, diagnóstico precoce, limitação do dano e reabilitação” (Paim; Silva, 2010, p. 112).

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) materializa o princípio da integralidade na política pública brasileira. Como desdobramento dos marcos constitucionais de 1988, a Lei 8080/90 determina que a assistência integral compreende um "conjunto *articulado e contínuo* das ações e serviços *preventivos e curativos, individuais e coletivos*, exigidos para cada caso *em todos os níveis de complexidade* do sistema" (Brasil, 1990, grifo nosso). Assim, o CAB 27, abordado acima, ratifica em seu texto o que a RSB preconiza sobre as diferentes perspectivas da integralidade para o SUS. Paim e Silva (2010, p. 112, grifo nosso) nos resumem essas perspectivas em quatro:

a) como integração de ações de *promoção, proteção, recuperação e reabilitação* da saúde, compondo *níveis de prevenção primária, secundária e terciária*; b) como forma de *atuação profissional* abrangendo as dimensões *biológica, psicológica e social*; c) como garantia da *continuidade da atenção* nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; d) como *articulação de um conjunto de políticas públicas* vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial.

Assim, um sistema de saúde pautado no princípio da integralidade opera essencialmente em rede, com centralidade no usuário e a partir do cuidado comunitário; deve compreender ações das preventivas às curativas, ao longo da vida de modo continuado, e garantindo essa assistência em todos os pontos da rede conforme sua necessidade.

A Atenção Básica, ao propor uma reorientação do modelo de atenção dos sistemas de saúde a partir do princípio da integralidade, possui função estratégica de regular o uso de recursos de alta densidade tecnológica, garantindo acesso universal aos serviços a partir das reais necessidades em saúde dos usuários. A expansão da cobertura da Estratégia de Saúde da Família ao longo das últimas décadas está permitindo remodelar a organização da atenção em saúde, através de sua vocação como coordenadora do cuidado, tensionando a partir de si todos os outros pontos ou níveis de atenção da rede de saúde.

A gestão do cuidado em rede pressupõe a capacidade do sistema de ofertar ao usuário um caminhar facilitado pelos serviços e setores, no território onde vive, quando é preciso. Assim, diante de um conjunto de necessidades expressas por um usuário ou uma comunidade,

deve haver um conjunto de práticas, habilidades e saberes articulados pelos profissionais de saúde que irão ofertar esses cuidados. Conforme expressa Grabois (2011, p. 162),

estas práticas, saberes e habilidades incluem o estabelecimento de vínculos, a responsabilização pelo usuário, o acolhimento e escuta, o emprego de conhecimentos específicos de cada profissão, a indicação adequada da realização de exames e procedimentos, sem uma supremacia de uma ou outra tecnologia, por definição.

Entendemos que, por todos esses motivos, é necessário estudar a implantação das tecnologias NASF na efetivação do princípio da integralidade e, portanto, sua efetividade como apoio na reorientação do modelo assistencial. Isso porque, como pudemos ver, a implantação quantitativa da cobertura de eESF não garantiu a efetivação de um cuidado em rede; o NASF, ao propor outra forma de atuação ao especialista na AB, torna-se peça fundamental na qualificação desse andar do usuário pela rede e, portanto, para a plena efetivação da integralidade do cuidado. É necessário entender quais as percepções sobre seu trabalho e como suas práticas estão sendo aplicadas, e a metodologia apresentada a seguir se propõe a um primeiro mapeamento e compreensão do atual estado da arte dos NASF.

### 3 METODOLOGIA

Compreendemos que a revisão de escopo é uma metodologia adequada às pretensões deste estudo na medida em que é capaz de mapear os principais conceitos sob os quais se balizam as pesquisas e as fontes e tipos de evidências levantadas sobre determinado tema (Colquhoun *et al.*, 2014). Conforme resumem Lisboa e Caetano (2020, p.1258), estes estudos

representam uma forma de síntese de conhecimento, que incorpora diversos desenhos de estudos para sistematizar evidências com o objetivo de informar práticas, programas e políticas e fornecer orientações para futuras prioridades de pesquisa. Fundamentalmente, se diferenciam das revisões sistemáticas por responderem a questões de pesquisa mais amplas, aceitarem diferentes desenhos de estudos e não realizarem, de forma sistemática, avaliações da qualidade dos estudos.

Esta revisão pretende contemplar as seguintes fases: 1) definição da questão da pesquisa; 2) levantamento e seleção de estudos relevantes; 3) mapeamento, agrupamento e síntese dos dados e 4) apresentação dos resultados.

A partir do objetivo geral e dos objetivos construídos, a questão norteadora que balizou a revisão que esta pesquisa contempla foi: *após analisar a literatura acadêmica e as normativas produzidas sobre o NASF ao longo de sua implantação, quais seriam os avanços e impasses desta estratégia no apoio à integralidade da ESF?*

A busca bibliográfica foi realizada na base de dados SciELO Brasil, durante o período de 10 a 20 de agosto de 2023, quando finalizou-se a etapa de busca de material. O recorte de artigos estudados foi produzido no intervalo entre os anos de 2017 e junho de 2023.

O ano inicial foi definido a partir da data da reedição da PNAB que altera a sigla NASF para NASF-AB, definindo-se, a partir daí, como *Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica*. Esta mudança, longe de ser apenas uma alteração na nomenclatura, propõe uma inflexão processual às equipes multiprofissionais que coloca em cheque, em termos normativos, a sua própria função na ESF, motivo pelo qual este estudo considera este um marco de corte relevante para o tema. Os últimos mês e ano foram definidos a partir da data da edição da normativa que redefine os NASF como eMulti, também um marco que pode afetar o sentido destas equipes na Atenção Básica. Para que possamos analisar os primeiros anos de implantação do NASF, entre 2008 e 2017, lançamos mão de estudos anteriores que realizaram revisão bibliográfica sobre este período.

Foi selecionado apenas o descritor *NASF* para a busca, entendendo a especificidade do tema, e que a inclusão de demais descritores poderia enviesar os resultados encontrados. A

fim de complementar os resultados das pesquisas nas bases de dados e minimizar eventuais perdas no processo de análise do conteúdo, foram feitas buscas de referências cruzadas a partir do material levantado e selecionado.

**Quadro 2 - Cronograma**

ATIVIDADES PREVISTAS	2023					2024		
	FEV	AGO	SET	OUT	NOV	JAN	JUN	AGO
Escolha do tema e orientador	X							
Revisão bibliográfica		X						
Discussão teórica em função da determinação dos objetivos			X					
Localização e identificação das fontes documentais				X				
Análise e interpretação dos dados documentais					X			
Redação da monografia						X		
Revisão da redação							X	
Defesa da monografia								X

Fonte: Elaboração própria.

A seleção do material passou pela leitura inicial dos títulos e resumos, seguida da leitura dos textos completos que contemplavam os critérios de inclusão deste trabalho. Sobre estes, foram aceitos estudos de qualquer desenho que abordassem temas referentes à implantação do NASF como tecnologia de apoio à implantação da ESF ao longo dos anos, dentro das categorias de análise sugeridas por este trabalho, a saber: **1. tecnologias e processos de trabalho das equipes multiprofissionais; 2. avanços e resultados da implementação dos NASF; 3. expectativas sobre o trabalho das equipes multiprofissionais na ESF** (subdividido entre os grupos: **3.1- das eESF, 3.2- das eNASF e 3.3- da população**). Apenas estudos em português foram incluídos. Foram excluídos os estudos que não se inseriram nas categorias de análise definidas.

O material selecionado foi organizado em planilha do tipo Excel, extraindo-se de cada estudo selecionado as seguintes informações: autoria, ano de publicação, título, publicação de origem e categoria de análise. Os resultados foram relatados descritivamente, com o apoio do uso de tabelas para sistematização dos achados. A análise desse material foi realizada através da correlação com a literatura sobre o tema. Todo o material apresentado neste trabalho passou pela avaliação da autora. Os artigos analisados traziam conteúdo tanto sobre o NASF e

os aspectos de sua implantação propriamente dita, quanto sobre normativas que conversavam com o contexto em que o tema principal se desenrolava ao longo dos anos.

Todas as fontes utilizadas na metodologia apresentada, sejam de natureza primária ou secundária, estão disponíveis para acesso público, dispensando portanto apreciação do Comitê de Ética para a realização desta pesquisa.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir, apresentamos a sistematização dos achados da revisão bibliográfica realizada.

**Quadro 3 - Artigos analisados**

AUTOR(A/ES)	ANO	TÍTULO	PUBLICAÇÃO DE ORIGEM	CATEGORIA DE ANÁLISE
DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J.P.; SILVA, B.I.B.M.	2023	Capacidade de resposta do NASF em saúde mental	Physis: Revista de Saúde Coletiva	2. Avanços e resultados da implementação dos NASF
GUIMARÃES, D.A.; OLIVEIRA, V.C.P.; COELHO, V.A.A.; GAMA, C.A.P.	2023	Dificuldades no trabalho em saúde mental: percepção de trabalhadores do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na Macrorregião Oeste de Minas Gerais	Physis: Revista de Saúde Coletiva	3.2. Expectativas dos trabalhadores NASF sobre o trabalho das equipes multiprofissionais
TIMMERMANN, T.A.R.; BRITES, L.S.; ROCHA, C.M.F.	2023	Núcleo de Apoio à Saúde da Família: análise de uma década da produção normativa do Ministério da Saúde	Cadernos de Saúde Coletiva	2. Avanços e resultados da implementação dos NASF
MATTOS, M.P.; GUTIÉRREZ, A.C.; CAMPOS, G.W.S.	2022	Construção do referencial histórico-normativo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família	Ciência e Saúde Coletiva	2. Avanços e resultados da implementação dos NASF
SAPORITO, B.E.; BARROS, D.C.; ALONSO, C.M.C.; LAGO, R.F.	2022	Análise da organização do trabalho nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica no Rio de Janeiro	Physis: Revista de Saúde Coletiva	3.2. Expectativas dos trabalhadores NASF sobre o trabalho das equipes multiprofissionais
ARCE, V.A.R.; TEIXEIRA, C.F.	2022	“De técnico a profissional da saúde”: análise do processo de (re)construção da identidade profissional no âmbito do Núcleo de Apoio à Saúde da Família	Saúde e Sociedade	3.2. Expectativas dos trabalhadores NASF sobre o trabalho das equipes multiprofissionais
REZENDE, F.R.M.; ANDRADE, B.S.	2022	Produção Laboral de Psicólogas(os) do Nasf-AB de Maceió (AL) em 2019: Uma Análise a Partir do Sisab	Psicologia: Ciência e Profissão	1. Tecnologias e processos de trabalho das equipes multiprofissionais
ALMEIDA, E.R.; MEDINA, M.G.	2021	A gênese do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na agenda da atenção primária à saúde brasileira	Cadernos de Saúde Pública	2. Avanços e resultados da implementação dos NASF
MEDEIROS, Y.P.O.; SOUSA, F.O.S.; LIMA, M.L.L.T.; NASCIMENTO, C.M.B.	2021	Atividades do fonoaudiólogo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (NASF-AP) na perspectiva do apoio matricial	Revista CEFAC	1. Tecnologias e processos de trabalho das equipes multiprofissionais
MELLO, R.A.; TEO, C.R.P.A.; FERRETI,	2021	Trajetórias de Formação de Psicólogos dos Núcleos Ampliados	Psicologia: Ciência e	1. Tecnologias e processos de trabalho das equipes multiprofissionais



F.		de Saúde da Família	Profissão	
ALAION, A.R.; MACHADO, A.M.	2020	Narrativas do cuidado à crianças em um NASF: a estratégia rodinha de conversa	Psicologia e Sociedade	1. Tecnologias e processos de trabalho das equipes multiprofissionais
SILVA, J.W.S.B.; OLIVEIRA S.R.A.	2020	Núcleo de Apoio à Saúde da Família: reflexão do seu desenvolvimento através da avaliação realista	Saúde Debate	2. Avanços e resultados da implementação dos NASF
SALES, J.C.S.; CASTELO BRANCO, C.O.; REIS, J.F.; MENDES, P.N.; SILVA JUNIOR, F.J.G.; VALLE, A.R.M.C.	2020	Núcleo de Apoio à Saúde da Família na perspectiva de médicos e enfermeiros	Escola Anna Nery	3.1. Expectativas das eESF sobre o trabalho multiprofissional na AB
MELO, T.R.; LUCCHESI, V.O.; RIBEIRO JUNIOR, E.J.F.; SIGNORELLI, M.C.	2020	Caracterização do desenvolvimento neuropsicomotor e de linguagem de crianças atendidas por grupos no Núcleo Ampliado de Saúde da Família: uma abordagem interprofissional	Revista CEFAC	1. Tecnologias e processos de trabalho das equipes multiprofissionais
MAZZA, D.A.A.; CARVALHO, B.G.; CARVALHO, M.N.; MENDONÇA, F.F.	2020	Aspectos macro e micropolíticos na organização do trabalho no NASF: o que a produção científica revela?	Physis: Revista de Saúde Coletiva	2. Avanços e resultados da implementação dos NASF
LIMA, R.S.; NASCIMENTO, J.A.; RIBEIRO, K.S.Q.S.; SAMPAIO, J.	2019	O apoio matricial no trabalho das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: análise a partir dos indicadores do 2o ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade	Cadernos de Saúde Coletiva	2. Avanços e resultados da implementação dos NASF
SILVA, L.J.C.A.; ARAÚJO, A.C.V.; VASCONCELOS, N.L.; PAIVA, C.B.N.; PIRAS, C.A.	2019	A contribuição do apoiador matricial na superação do modelo psiquiátrico tradicional	Psicologia em Estudo	1. Tecnologias e processos de trabalho das equipes multiprofissionais
SEUS, T.L.; SILVEIRA, D.S.; TOMASI, E.; THUME, E.; FACCHINI, L.A.; SIQUEIRA, F.V.	2019	Estrutura para o trabalho e composição de equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: pesquisa nacional – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), 2013*	Epidemiologia e Serviços de Saúde	2. Avanços e resultados da implementação dos NASF
ALVES, R.B.; BRUNING, N.O.; KOHLER, K.C.	2019	“O Equilibrista”: Atuação do Psicólogo no NASF no Vale do Itajaí	Psicologia: Ciência e Profissão	1. Tecnologias e processos de trabalho das equipes multiprofissionais
FERNANDES, E.T.P.; SOUZA, M.N.L.; RODRIGUES, S.M.	2019	Práticas de grupo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: perspectiva do usuário	Physis: Revista de Saúde Coletiva	3.3. Expectativas da população sobre o trabalho das equipes multiprofissionais

ALVAREZ, A.P.E.; VIEIRA, A.C.D. ALMEIDA, F.A.	2019	Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os desafios para a saúde mental na atenção básica	Physis: Revista de Saúde Coletiva	2. Avanços e resultados da implementação dos NASF
SEUS, T.L.; SILVEIRA, D.S.; TOMASI, E.; THUME, E.; FACCHINI, L.A.; SIQUEIRA, F.V.	2019	Núcleo de Apoio à Saúde da Família: promoção da saúde, atividade física e doenças crônicas no Brasil – inquérito nacional PMAQ 2013*	Epidemiologia e Serviços de Saúde	2. Avanços e resultados da implementação dos NASF
BELOTTI, M.; IGLESIAS, A.; AVELLAR, L.Z.	2019	Análise Documental sobre as Normativas do Trabalho no Núcleo Ampliado de Saúde da Família	Psicologia: Ciência e Profissão	2. Avanços e resultados da implementação dos NASF
VASCONCELOS, F.G.; ALESSIO, R.L.S.	2019	Construções Identitárias de Psicólogos em NASF: Reflexões para a Prática Profissional	Psicologia: Ciência e Profissão	3.2. Expectativas dos trabalhadores NASF sobre o trabalho das equipes multiprofissionais
OLIVEIRA, K.S.; BADUY, R.S.; MELCHIOR, R.	2019	O encontro entre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e as equipes de Saúde da Família: a produção de um coletivo cuidador	Physis: Revista de Saúde Coletiva	1. Tecnologias e processos de trabalho das equipes multiprofissionais
CHAZAN, L.F.; FORTES, S.; CAMARGO JUNIOR, K. R.; FREITAS, G.C.	2019	O apoio matricial na Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro: uma percepção dos matriciadores com foco na Saúde Mental	Physis: Revista de Saúde Coletiva	2. Avanços e resultados da implementação dos NASF
SOUZA, T.S.; MEDINA, M.G.	2018	Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS?	Saúde Debate	2. Avanços e resultados da implementação dos NASF
BROCARDO, D.; ANDRADE, C.L.T.; FAUSTO, M.C.R.; LIMA, S.M.L.	2018	Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ	Saúde Debate	2. Avanços e resultados da implementação dos NASF
ARAUJO, L.B.; NOVAKOSKI, K.R.M.; BASTOS, M.S.C.; MELO, T.R.; ISRAEL, V.R.	2018	Caracterização do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças até três anos: o modelo da CIF no contexto do NASF	Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional	1. Tecnologias e processos de trabalho das equipes multiprofissionais
NOGUEIRA, I.S.; BALDISSERA, V.D.A.	2018	Educação Permanente em Saúde na atenção ao idoso: dificuldades e facilidades do Núcleo de Apoio à Saúde da Família	Escola Anna Nery	1. Tecnologias e processos de trabalho das equipes multiprofissionais
NETO, J.D.A.; ALBUQUERQUE, I.M.N.; LIRA, G.V.; BOSI, M.L.M.	2018	Aspectos restritivos à integralidade nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: o olhar dos stakeholders	Physis: Revista de Saúde Coletiva	2. Avanços e resultados da implementação dos NASF
NOGUEIRA, I.S.; LABEGALINI, C.M.G.; CARREIRA, L.; BALDISSERA,	2018	Planejamento local de saúde: atenção ao idoso versus Educação Permanente em Saúde	Acta Paulista de Enfermagem	1. Tecnologias e processos de trabalho das equipes multiprofissionais

V.D.A.				
SANTOS, R.A.B.G.; FIGUEIREDO, L.R.; LIMA, L.C.	2017	Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf	Saúde Debate	2. Avanços e resultados da implementação dos NASF
TESSER, C.D.	2017	Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde	Revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação	2. Avanços e resultados da implementação dos NASF
GONÇALVES, H.C.B.; QUEIROZ, M.R.; DELGADO, P.G.G.	2017	Violência urbana e saúde mental: desafios de uma nova agenda?	Fractal: Revista de Psicologia	1. Tecnologias e processos de trabalho das equipes multiprofissionais
VELLOSO, A.F.; VARANDA, M.P.	2017	Difusão de inovação e atores-chave na ESF	Cadernos de Saúde Coletiva	1. Tecnologias e processos de trabalho das equipes multiprofissionais
CORREIA, P.C.I.; GOULART, P.M.; FURTADO, J.P.	2017	A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf)	Saúde Debate	2. Avanços e resultados da implementação dos NASF
KLEIN, A.P.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.	2017	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	3.2. Expectativas dos trabalhadores NASF sobre o trabalho das equipes multiprofissionais
BISPO JUNIOR, J.P.; MOREIRA, D.C.	2017	Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas	Cadernos de Saúde Pública	1. Tecnologias e processos de trabalho das equipes multiprofissionais

Fonte: Elaboração própria.

#### 4.1 A CONSTRUÇÃO DISCURSIVA DO NASF E SUAS CATEGORIAS DE ANÁLISE

As ambiguidades e conflitos sobre as concepções e práticas do NASF estão colocadas em toda a bibliografia levantada sobre o tema. De modo geral, a expectativa da população sobre atendimentos com especialistas é a de uma resposta fragmentada aos problemas de saúde, que se reflete no desejo por inúmeros encaminhamentos, exames, diagnósticos e acompanhamentos individualizados. Afrontadas com a pressão assistencial, com as demandas administrativas, métricas de produtividade e com outros níveis de atenção que não operam como necessário, as equipes de referência da ESF acabam por demandar das eNASF o mesmo que a população espera. Já a expectativa das eNASF sobre seu próprio trabalho é a de um fazer fluido, sensível aos territórios, coletivo e de senso comunitário, partilhado e com o

usuário, considerando a clínica ampliada como principal estratégia emancipatória do processo de cuidado em saúde.

A realidade da construção material de um SUS subfinanciado, com muitos engessamentos históricos a superar e em contato com populações extremamente vulneráveis coloca o trabalhador diante de um fazer que está longe do ideal, mas que ainda assim há nele algo de possível e potente. As eNASF devem operar com o SUS real, reorientando politicamente suas práticas, indissociando-as dos condicionantes em saúde que atravessam qualquer possibilidade de cuidado e de construção de trabalho. Sabemos que essas limitações não são restritas à política das equipes multiprofissionais de especialistas e essa discussão acompanha a disputa pelo financiamento de um SUS adequado às necessidades de saúde da população brasileira como um todo.

Ao abordar o NASF, a maior parte dos textos levantados o faz de modo a apresentá-lo como uma inovação, com instrumentos próprios e parametrização inédita - no geral, de difícil compreensão para os demais trabalhadores da saúde. Conforme descrevem Arce e Teixeira (2022), esta estrutura inovadora também acaba por reformular a própria identidade dos seus trabalhadores, que devem sustentar uma lógica que ainda estão aprendendo a exercer. O trabalho executado pelas eNASF pode operar uma profunda *desalienação*, uma vez que subverte o fazer tradicional e tensiona todos os outros a responderem com um fazer centrado no território e no usuário. Sobre esse movimento de transformação dos profissionais de saúde que passam a compor as eNASF, resumem os autores

que somente após a inserção no Nasf *os indivíduos passaram a se reconhecer efetivamente como profissionais da saúde*, à medida que desenvolviam ações que *extrapolavam atividades exclusivamente técnicas*, a partir das diversas necessidades de saúde dos territórios. Nesses núcleos, vivenciaram um *trabalho em equipe colaborativo, interdependente e complexo*, com importante grau de controle sobre o próprio trabalho, ainda que com limitações. Esse contexto contribuiu para o processo de desalienação profissional e formação de sujeitos sociais, tornando possível a emergência de uma forma identitária essencialmente estratégica e relacional, forjada no trabalho transformador do modelo de atenção à saúde no contexto estudado (Arce; Teixeira, 2022, p. 1-2, grifo nosso).

Dessa maneira, os autores reforçam o caráter transformador da atenção primária no fazer em saúde, aproximada de territórios e vidas em sua integralidade, e com possibilidades de intervenção que extrapolam e muito os limites do consultório, da especialidade - e, por vezes, do próprio sistema de saúde.

Na história da implantação do NASF, acompanhamos que esse processo ocorreu com pouco financiamento, capacitação ou formação adequada, tanto para as eESF quanto para as

próprias eNASF, o que comprometeu a concretude de suas ações regulares. Disso decorrem muitos efeitos deletérios na inserção dessas equipes no cotidiano da clínica, com crises de adaptação relacionadas, entre outros fatores, “à dificuldade de os profissionais serem reconhecidos no trabalho, decorrente da sensação de não pertencimento e de invisibilização no espaço da AB, por vezes evidenciada pelo dilema entre atuar como generalistas ou especialistas” (Arce; Teixeira, 2022, p. 1-2).

À luz do que foi exposto até o momento, compreendemos a importância de nos voltar à produção acadêmica sobre o tema, a fim de tentar avançar na compreensão sobre os desafios à sua plena efetivação. Através de revisão bibliográfica e posterior tratamento dos dados, chegamos a 3 categorias de análise. A partir de agora, nos debruçamos sobre elas.

## 4.2 CATEGORIAS DE ANÁLISE

### 4.2.1 Categoria 1. Tecnologias e processos de trabalho das equipes multiprofissionais

Nesta categoria incluímos os artigos que se propuseram a estudar as ações e modos de trabalhar das eNASF, tentando entender seu objeto, seus instrumentos, as suas formas de organização e a relação que suas práticas exercem sobre as demais. Apresentam-se artigos sob olhares de diferentes categorias profissionais, relatos de experiências, entre outros.

Alguns estudos, como o de Rezende e Andrade (2022), Mello, Teo e Ferreti (2021), Alaion e Machado (2020), Silva *et al.* (2019), Alves, Bruning e Kohler (2019), entre outros, trazem o olhar sobre as eNASF a partir de uma categoria profissional muito comum nessas equipes, a psicologia, reflexo de um cenário epidemiológico com alta prevalência de questões envolvendo sofrimento mental. Medeiros *et al.* (2021) realizam estudo similar, desta vez sob a ótica dos fonoaudiólogos.

Como resultado, para ambas as categorias, a formação dos profissionais de saúde - pouco afeita ao trabalho no SUS como política pública - aparece como um problema para a compreensão da tecnologia do matriciamento; com isso, reconhecem-se prejuízos como a predominância de atendimentos individuais no sentido ambulatorial, pouco compartilhamento com outros pontos da rede e com pouca oportunidade para trabalhos coletivos ou de educação em saúde. Conforme resumem Rezende e Andrade (2022, p. 13), “isso dá indícios de um perfil ambulatorial que lida com o adoecimento já instalado, o que leva a pensar o que está sendo feito quanto à promoção e prevenção em saúde no território”.

Entretanto, também compõem parte dos resultados desta categoria relatos importantes de experiências exitosas na ESF a partir da ação do NASF. Dada a relevância do tema da saúde mental, estudos nesta categoria apresentam intervenções que são um bom exemplo de como o olhar especializado de um especialista atuando na Estratégia de Saúde da Família pode subverter a tradição biomédica, patologizadora e medicalizante. O artigo de Alaion e Machado (2020), por exemplo, derivou da dissertação de mestrado desta primeira e é um estudo precioso sobre a potência do trabalho que o NASF se propõe a sustentar falando sobre sua experiência com rodas de crianças. Estas, todas com hipóteses diagnósticas ou demanda por medicação, puderam ter para si outro olhar. Foi a capacidade técnica do olhar do especialista o que redirecionou o modo de compreender as questões que estavam se fechando em diagnósticos e transtornos. Por vê-las de outro modo e poder sustentar isso tecnicamente, propondo outras abordagens em saúde mental, produzem-se efeitos de mudança na condução dos planos terapêuticos, fluxos e rede de encaminhamento e outra relação com a infância em si, com as famílias, com a comunidade.

Também sobre o tema da infância, Mélo *et al.* (2020) e Araújo *et al.* (2018) trazem contribuição importante sobre ações para o desenvolvimento neuropsicomotor na ESF. Falam sobre o uso da técnica especializada através de instrumentos de análise e sobre experiências de atendimento multiprofissional - com fonoaudiologia e fisioterapia -, sob os preceitos da ESF, com vistas a qualificar a demanda de atrasos/dificuldades de linguagem surgidas nas consultas de puericultura e pediatria. A presença de uma eNASF com estes especialistas viabilizou, pela própria ESF, processos de avaliação multiprofissional e longitudinal mais amplos do que aqueles que seriam conduzidos apenas pelo médico ou enfermeiro, qualificando o olhar da AB e permitindo melhor coordenação do cuidado pelo sistema de referência e contrarreferência. Além disso, produziu um recorte desta demanda inicial, ao identificar precocemente questões de desenvolvimento associadas às demandas iniciais, podendo realizar estimulação preventiva na própria ESF.

Além dos relatos de experiência, estudos como os de Nogueira e Baldissera (2018) Nogueira *et al.* (2018) e Oliveira, Baduy e Melchior (2019) trazem análises sobre elementos fundamentais à concretização do trabalho do NASF: a construção de espaços coletivos, de Educação Permanente em Saúde (EPS) e trabalho em equipe no cotidiano das unidades e entre os trabalhadores. Especificamente sobre a EPS, Bispo Jr. e Moreira (2017) recolhem insuficiência e inadequação dessas atividades no cotidiano da APS, que acabam ocorrendo conforme o modelo verticalizado que se propõe superar. Ou seja, ao invés do enfoque em uma EPS horizontal e pela via do apoio matricial, em geral essas atividades são propostas em

caráter informativo, fora dos espaços de trabalho cotidiano, em modelo de atualização profissional vertical.

Sobre os espaços coletivos, nos mais diversos processos de trabalho, os artigos encontram resistências já elencadas anteriormente, com consequências importantes para a efetivação da integralidade do cuidado. Segundo Oliveira, Baduy e Melchior (2019, p. 12),

não havia a apropriação dos poucos momentos de encontro existentes no serviço. Ainda há uma cultura predominante de se manter a individualidade, focada na atuação de especialistas, que recebem um encaminhamento, na discussão de caso, e assumem para si a responsabilidade de dar continuidade ao cuidado, sem que haja corresponsabilização entre equipes e profissionais no acompanhamento dos usuários.

Como resposta à dificuldade de formalizar os encontros agendados, as eNASF estudadas passaram a reorientar sua circulação nas clínicas, através do vínculo e da parceria cotidiana com os demais trabalhadores da unidade; dentro da rotina do dia a dia, na copa, entre um café e outro. É pelos encontros não agendados nas frestas da rotina que se convocam as discussões e o cuidado compartilhado se estreita - a horizontalidade e a clínica ampliada vão se fazendo de viés. Os *casos de pacientes* vão se transformando em *histórias de pessoas*. Concluem os autores

que essa roda de conversa não pede licença para nenhum organograma oficial do serviço, nem para nenhuma hierarquia da organização. Ela vai acontecendo no agir do trabalho vivo em ato, nos espaços da organização, que os próprios trabalhadores (os gestores e os próprios usuários) vão fabricando com suas ações conversacionais. Isso vai acontecendo. E nesse acontecer vai se produzindo conhecimento para a ação de um modo efetivo e isso impacta o mundo tecnológico do cuidado. Daí a potencialidade do encontro. Por meio dele, independentemente de onde se esteja, o apoio pode ser realizado. E é neste espaço, longe da formalidade e do preestabelecido, que muitas vezes o trabalho integrado realmente se faz (Oliveira; Baduy; Melchior, 2019, p. 14).

Veloso e Varanda (2017) também concluem pela maior efetividade do uso de redes informais de comunicação e articulação do que aquelas tensionadas pelos meios formais.

É importante valorizar as saídas encontradas para os limites institucionais, sustentadas por equipes desejosas de intervir sob um modelo de atenção verticalizado e fragmentado com uma aposta matricial e ampliada. Entretanto, para que esses encontros sejam possíveis, é preciso presença; é preciso que estes trabalhadores compartilhem de um espaço e cotidiano comum. E além de presença, é preciso tempo disponível para que os encontros informais sejam possíveis, e produtivos. Portanto, é fundamental que se pautem as condições materiais das quais o trabalho precisa para se realizar, para que não caiamos em um ideal insustentável.

Assim, se é nos espaços de encontro cotidiano que a rede se faz, é necessário antes de tudo, que haja quantidade suficiente de trabalhadores para acolher a demanda - afinal, para o encontro produtivo é fundamental *tempo disponível para a reflexão sobre o próprio fazer*.

Dessa maneira, esta categoria ilumina como as equipes NASF têm conseguido, a partir da força de sua presença, operar pequenos furos no maciço que um modelo biomédico de cuidado insiste em fomentar. Os relatos elencados falam dos efeitos positivos dessa aposta e do êxito em provocar a ESF no sentido comunitário e com senso de pertencimento da população sobre seu próprio processo de cuidado, através de estratégias orientadas pelas tecnologias que o NASF traz à APS.

Os problemas que se colocam parecem derivar justamente do elemento contra hegemônico que estas tecnologias e processos de trabalho apresentam. E esse nó não pode ser desatado apenas a partir das experiências exitosas franqueadas pelos trabalhadores das eNASF *na ponta* da assistência; é necessário fomento de gestão para um *projeto de Estado* com um SUS orientado de fato pela integralidade enquanto princípio basal. E é assim, como *parte desse movimento*, que as equipes de especialistas na ESF podem mostrar a amplitude real de suas intervenções.

#### **4.2.2 Categoria 2. Avanços e resultados da implementação dos NASF**

Nesta categoria pretendemos sistematizar os estudos que analisam e avaliam como vem ocorrendo a inserção dos especialistas na APS, a influência de aspectos macro/micropolíticos sobre essa inserção e quais as práticas de saúde possíveis nestes contextos, que reflitam os avanços ou retrocessos da estratégia NASF até o momento. Nesta categoria estão agrupados estudos de maior caráter avaliativo.

Mazza *et al.* (2020) realizam revisão de escopo para identificar o que atravessa (positiva ou negativamente) os processos de trabalho do NASF. Seus achados elencam os mesmos problemas que sinalizamos até aqui nos demais estudos, de modo que nos oferecem um esforço de sistematização com o qual iniciamos a discussão dessa categoria:



#### Quadro 4 - Fatores macro/micropolíticos que influenciam o NASF

<b>Fatores macropolíticos que influenciam na organização do trabalho do NASF</b>
<b>Infraestrutura:</b> condições estruturais e recursos materiais / insuficiência de rede especializada
<b>Gestão de trabalho do NASF:</b> diferentes arranjos de apoio / apoio de coordenação central e da gestão direta / política de metas para as eESF com diferentes demandas para eESF e eNASF / precarização dos vínculos trabalhistas e baixa remuneração / acúmulo de vínculos e excesso de equipes apoiadas
<b>Formação e competências para o SUS:</b> dificuldade de compreensão dos processos de trabalho do NASF pela população, pelas eESF e pelas próprias eNASF / escassez e falta de clareza de definições teórico-práticas que orientem o trabalho das eNASF / fomento de estratégias de integração qualificada entre o trabalho das eNASF e as equipes apoiadas.
<b>Fatores micropolíticos que influenciam na organização do trabalho do NASF</b>
<b>Organização do trabalho e relação entre equipes:</b> reuniões entre eNASF e eESF / acesso, integração e comunicação entre as equipes apoiadoras e apoiadas e rede intra ou intersetorial / resistências à lógica do apoio matricial / ausência de pactuações para o atendimento NASF, reforçando o princípio do encaminhamento
<b>Características dos profissionais do NASF:</b> habilidades no trabalho em equipe / formação adequada ao SUS e às políticas públicas / interesse pela proposta de trabalho / características pessoais de cada trabalhador

Fonte: Elaboração própria, adaptada de Mazza *et al.* (2020).

Almeida e Medina (2021) são categóricos quanto às lacunas processuais que inviabilizam o trabalho do NASF, como a incompatibilidade de agenda e metas entre eNASF e eESF, comprometendo a visibilidade do trabalho multiprofissional. Concluem, por fim,

uma certa ambiguidade do desenho do NASF e corroboramos com a análise de alguns autores que defendem que as diretrizes normativas e técnicas propostas nos documentos oficiais elencam algumas funções sem definir as atividades a serem realizadas, o que levaria à falta de clareza sobre os resultados esperados (Almeida; Medina, 2021, p. 12).

Dentro dos aspectos apresentados, estudos como o de Chazan *et al.* (2019) trazem o olhar dos matriciadores de saúde mental do NASF e encontram questões limitadoras similares. Artigos como o de Silva e Oliveira (2020), vão além, reconhecendo o impacto positivo das eNASF na resolutividade da ESF, mas verificando que o desentendimento da função dessas equipes acaba por gerar efeitos reversos de ambulatorização. Segundo os autores,

os resultados encontrados [...] representam os efeitos positivos e esperados pelo programa desde sua criação, representados pelo objetivo principal do Nasf, o aumento da resolutividade da AB. No entanto, a pesquisa nos mostra que a equipe produz, em concomitância aos resultados esperados, o efeito negativo de aumento do perfil ambulatorial da AB, reproduzindo a lógica de ambulatório em alguns momentos, ativados através de contextos específicos (Silva; Oliveira, 2020, p. 36).

São desfavoráveis a esse cenário uma rede de atenção desarticulada, a alta rotatividade dos profissionais da ESF, a precarização dos vínculos empregatícios das eNASF e a falta de compreensão geral sobre seu papel na rede. Sobre o efeito de ambulatorização, os autores o entendem como reflexo do próprio sobreuso da dimensão clínico-assistencial do trabalho do NASF, em detrimento dos aspectos técnico-pedagógicos.

O artigo de Souza e Medina (2018) investiga mais diretamente se a inserção do NASF fomenta a integração de práticas ou reforça a fragmentação do trabalho em saúde. Reflete que a efetividade do NASF depende da relação de parceria estabelecida entre eNASF e eESF e que existem certas condições que “tendem a dificultar/facilitar as relações entre eles, tais como formação e experiência profissional, dinâmica de trabalho das EqSF centradas em práticas curativas e padrões de produtividade diferenciados” (2018, p.146). Conclui-se que o trabalho entre ESF e NASF operava de modo desarticulado e, como consequência, apresentava-se uma APS com percepção reducionista das ações de promoção de saúde e sobre os demais determinantes sociais que interferem no bem viver dos usuários de um território.

Sobre essa desarticulação, Santos, Uchôa-Figueiredo e Lima (2017, p. 703-704) propuseram estudo pormenorizado sobre as ações cotidianas realizadas por ambas as equipes, eESF e eNASF. Concluem:

o serviço prestado pelos profissionais médicos e enfermeiros está organizado de acordo com uma agenda de consultas e reuniões bastante carregada, restando pouco tempo disponível para atividades não previstas, mas os profissionais têm o poder de adaptar sua agenda de acordo com a conveniência, com relativa autonomia, enquanto os profissionais especialistas organizam seu trabalho em função das demandas do serviço, o que retira deles, em parte, o controle sobre a organização do próprio trabalho. Ao que as análises indicam, os dois sistemas de funcionamento não estão articulados como seria teoricamente esperado. Profissionais da ESF realizam um trabalho menos inovador, centrado no atendimento individual e em um projeto terapêutico protocolar, baseado em trocas interdisciplinares formalizadas em reuniões, ao passo que os profissionais de apoio matricial conseguem ser mais inovadores e ter mais abertura para as demandas que aparecem, baseando o trabalho nos atendimentos em grupo e nos PTS, estando mais abertos às formas de comunicação e de organização de agenda menos padronizadas.

Além da impossibilidade *organizativa* de um trabalho integrado, os autores também fazem a afirmação necessária de que há outros *elementos materiais* que dificultam processos de trabalho compartilhados, como o apoio matricial. Ao avaliar as limitações encontradas,

levam em consideração a elevada demanda em métricas de produtividade que avaliam as eESF, as exigências da população e da gestão local, e a insuficiência de serviços disponíveis na rede de saúde, em todos os níveis de atenção. A falta de um nível secundário de atenção robusto e suficiente, por exemplo, tensiona o especialista na APS, e ele reorienta equivocadamente o trabalho na tentativa de tamponar o vazio assistencial da rede ambulatorial.

Tesser (2017) propõe, como solução, outra organização normativa para o NASF, assumindo-o, de fato e de direito, como um braço da atenção ambulatorial especializada na APS. O autor interpreta que as diferenças de demanda entre eNASF e eESF criam uma sensação geral de ressentimento e dificultam o reconhecimento do sentido de equipe para todos os trabalhadores envolvidos. Ele critica a ênfase normativa na função generalista do trabalho dos especialistas e a subvalorização da assistência especializada pelos NASF, sugerindo que

os matriciadores assumam plenamente, e igualmente, o exercício do cuidado especializado aos usuários referenciados e o apoio às equipes matriciadas, articulando-os, o que tornará os NASFs, se ampliados e adaptados para as demais especialidades médicas, um excelente protótipo de serviço especializado no Sistema Único de Saúde (SUS) (Tesser, 2017, p. 565).

Mas, podemos considerar que, na visão geral dos artigos selecionados nesta revisão, é urgente a necessidade de construção de diretrizes operacionais claras e diretivas para uma rede de atenção ambulatorial especializada suficiente, resolutiva e coordenável, a fim de que haja uma consistência nos demais níveis de atenção que a ESF deve coordenar. Nesse sentido, não se trataria de trazer a lógica da atenção especializada do nível secundário para a APS, mas garantir que todos os níveis de atenção tenham recursos próprios e coordenados - mantendo o NASF em seu lugar de matriciador e a ESF em seu lugar de ordenadora de um cuidado de saúde integral e centrado no usuário.

Apesar das dificuldades enfrentadas, além da ampliação da oferta clínica e o aumento da resolutividade da AB já mencionada, Silva e Oliveira (2020) também citam como efeitos do NASF a qualificação do sistema de encaminhamentos para outros pontos de atenção e melhor organização dos processos de trabalho na AB. Reconhece-se a fundamentalidade das eNASF na construção de atividades que potencializam a corresponsabilidade do usuário com sua saúde, seu cuidado, e seu entorno. Citam os autores:

o território e os usuários precisam enxergar a eNasf como pertencente à ESF e à própria eSF, dando aos profissionais da eNasf confiança para o trabalho e a

realização das atividades educativas e clínico-assistenciais. Os usuários podem até não compreender como um todo o papel que o programa e a eNasf possuem dentro da Unidade Saúde da Família (USF), mas reconhecem que esses profissionais são parte da equipe e demonstram confiança em suas práticas (Silva; Oliveira, 2020, p. 39).

Alguns estudos utilizaram o PMAQ para avaliar o impacto da estratégia NASF ao longo dos anos - ainda que o NASF não tenha sido incluído nessa avaliação em um primeiro momento. Sobre a capacidade de resposta às questões de saúde mental, estudo de Dimenstein, Macedo e Silva (2023) utiliza dados do 2º e 3º ciclos do PMAQ. Referem como conclusão que há um efetivo compartilhamento e coordenação de cuidado realizado entre as eNASF e as eESF, com ação protagonista das equipes multidisciplinares na articulação das redes de saúde mental. Apesar das dificuldades de superação do modelo hegemônico, as estratégias de matriciamento, construção de rede e organização de processos de trabalho aparecem como ações NASF de maior resultado.

Os dados do PMAQ 2, de 2013, foram fonte para dois artigos de Seus *et al.*, ambos de 2019. Um deles buscou descrever a estrutura das eNASF quanto a espaços físicos, formação, educação permanente e os profissionais que apoiam as equipes. Como resultado do PMAQ aplicado naquele ano, Seus *et al.* (2019a) concluíram por uma percepção favorável das eNASF quanto às condições de estrutura disponíveis para a plena realização de seu trabalho. Conforme vimos anteriormente, o ano de 2013 faz parte de um período de universalização da estratégia NASF junto à ESF; esse período veio acompanhado de portarias de fomento e indução financeira, fundamentais ao desenvolvimento da proposta. Os resultados deste estudo fazem sentido, portanto, com seu momento histórico.

Destacam, entretanto, a “falta de um critério que estabeleça um parâmetro de avaliação da estrutura das equipes, classificando-as como adequadas ou não” (Seus *et al.*, 2019a, p. 9). Assim, os resultados encontrados “sugerem que as equipes de NASF se encontram estruturadas de acordo com o preconizado nas diretrizes do NASF: inexistência de um espaço exclusivo, três quartos delas com veículo à disposição para o desenvolvimento de suas atividades” (Seus *et al.*, 2019a, p. 9). Como elementos necessários à melhora, pontuam a necessidade de formação para a lógica do trabalho NASF e o desejo de inserção de mais categorias profissionais nas equipes.

O segundo estudo de Seus *et al.* (2019b) do mesmo ano analisa os dados do PMAQ com ênfase nas ações de promoção em saúde através de práticas corporais e atividades físicas (PCAF). Traz impacto positivo das equipes multiprofissionais nas ações de avaliação e reabilitação de condições psicossociais e a indissociabilidade geral entre a oferta de PCAF e a

presença das eNASF. Referem os autores que “destaca-se o fato de as equipes de NASF se envolverem mais com ações de promoção de PCAF do que as equipes de AB, revelando a importância de equipes multiprofissionais atuando na AB com a participação do profissional de educação física” (Seus *et al.*, 2019b, p. 9).

Lima *et al.* (2019) e Brocardo, *et al.* (2018) também se propuseram a analisar o trabalho das eNASF, desta vez pela perspectiva do apoio matricial e da integração das equipes, a partir dos dados do 2º Ciclo de avaliação externa do PMAQ-NASF. Como resultados, apresentam infraestrutura adequada e em quesitos como *organização da agenda* e *planejamento das ações*, as eNASF apresentaram desempenho satisfatório, com melhores resultados no quesito *organização do apoio matricial*. O pior desempenho ocorreu no quesito *gestão da demanda e atenção compartilhada*. Como colocam os autores, esses resultados demonstram que o NASF “tem uma forte atuação no planejamento e desenvolvimento de ações de forma integrada com eAB, assim como organiza a sua agenda de forma compartilhada. Contudo, apresenta fragilidades na avaliação e monitoramento das ações” (Lima *et al.*, 2019, p. 25), no que ainda precisa avançar. Entendemos que este tipo de resultado demonstra a intencionalidade de um trabalho compartilhado, mas que tropeça nas diretrizes da longitudinalidade e integralidade, justamente elementos que dependem de condições materiais para sua sustentabilidade (e que, por vezes, estão além da capacidade das equipes exclusivamente).

### **4.2.3 Categoria 3. Expectativas sobre o trabalho das equipes multiprofissionais na ESF**

#### *4.2.3.1 Expectativas dos trabalhadores das equipes de referência da ESF*

Entendemos como condição de possibilidade ao trabalho NASF a existência de um trabalho em equipe potente e de fluidez contínua entre os trabalhadores da própria ESF. É a partir da existência dessa cultura coletiva que o NASF pode fazer valer seus instrumentos e tecnologias de trabalho. Da mesma maneira, a compreensão dos trabalhadores da ESF sobre o que fazem os especialistas na AB também azeita as possibilidades de um cuidado coordenado. E esse cuidado coordenado é a base da integralidade que norteia uma atenção à saúde cuja centralidade está no sujeito usuário, cidadão de direitos. Esta categoria contempla os materiais que se propuseram a estudar a percepção das eESF sobre as eNASF. Vale destacar a quantidade limitada de estudos disponíveis encontrados sobre essa ótica.

Em estudo de Sales *et al.* (2020), com médicos e enfermeiros da ESF, a percepção sobre a presença dos trabalhadores do NASF na unidade é positiva, com a sensação geral de apoio “pois favorece o trabalho em equipe, a prática multiprofissional, a diversidade das ações, a cooperação e a parceria entre as equipes de ESF e NASF” (Sales *et al.*, 2020, p. 2). Como elementos que favorecem esse processo, pontuam “a estrutura física, intitulada por eles como ponto de apoio, a comunicação efetiva e o compartilhamento de atividades” (Sales *et al.*, 2020, p. 3). Vale mencionar aqui alguns relatos apresentados neste mesmo artigo, que resumem bem os efeitos do cotidiano em equipe na ressignificação do fazer em saúde, olhando para o usuário no centro do cuidado e com perspectiva de construção de planos terapêuticos integrais. Os profissionais referem o seguinte sobre suas estratégias de cuidado compartilhadas com o NASF:

Uma das facilidades é o ponto de apoio deles ser aqui na nossa UBS. Então, todo dia, mesmo que eles tenham atividade em outras unidades, eles passam aqui na chegada e na saída, então isso facilita o contato, a comunicação. É muito bom o contato por elas estarem presentes aqui e também porque temos muitos projetos e eles se encaixaram nesses projetos. (E15) Sempre fica alguém do NASF aqui, então a gente sempre está fazendo esse trabalho em conjunto. E aí a facilidade é que de vez em quando a gente encontra um membro aqui e isso facilita. A programação que eles fazem com a gente, isso são processos facilitadores do trabalho. O NASF ele é um núcleo que a gente não se vê mais sem ele. Eles são complementos das nossas ações. (E16). Eles fazem os atendimentos, a gente agenda os pacientes para eles. Eles encaminham, fazemos visita juntos, fazemos atendimentos, é coletivo, atividades coletivas, tudo o que a gente precisa eles estão juntos com a gente. (E9) A gente trabalha de forma agendada com elas. A gente encaminha e agenda os pacientes e também a gente faz atendimento compartilhado! A gente faz palestras, a gente faz atividades alusivas, educativas. É bastante eficaz e eficiente (E10) (Sales *et al.*, 2020, p. 3).

Sobre as dificuldades, se fazem presentes as mesmas que se apresentam nos demais artigos que compõem este estudo, como a restrição de tempo e pessoal, além de condições estruturais precarizadas para o tamanho da tarefa empenhada.

Apesar de estar elencado em outra categoria por sua dimensão geral, o artigo de Souza e Medina (2018) traz um tópico abordando a percepção das eESF sobre o NASF, que vale a pena trazer à baila nesta categoria, por diferir da percepção do artigo apresentado anteriormente. Para estes autores, as eESF reconhecem “um descompasso entre as necessidades das EqSF e as atividades realizadas pela equipe Nasf” (Souza; Medina, 2018, p. 151), derivado da falta de informação sobre o mandato dos especialistas que chegavam para trabalhar nas unidades desde a sua implantação; mas é importante salientar que estas mesmas equipes realmente apresentaram desejo de instituir ao NASF uma lógica ambulatorizada, entendendo que essa estratégia ajudaria a controlar o vazio assistencial do nível secundário de

atenção. Já as eNASF, reconheciam nas eESF resistência ao fomento de outra lógica de cuidado.

Em ambos os casos, quando opiniões opostas entre as equipes apoiadas e apoiadoras surgiram, foi na tentativa de solucionar uma condição que *é material, antes de operacional ou técnica*, gerando conflitos relacionais que impediam os vínculos necessários a um bom trabalho em equipe. Cabe questionar, portanto, se é possível superar a percepção das equipes sobre o trabalho umas das outras sem garantir a elas condições básicas para a construção de um cuidado sob a lógica da saúde da família, sejam eESF ou eNASF. E a quem interessa que esses conflitos se mantenham direcionados para esses trabalhadores - com o mesmo mandato a implementar - entre si, ao invés de se direcionarem para as questões realmente limitadoras sobre esse fazer.

#### 4.2.3.2 Expectativas dos trabalhadores das equipes multiprofissionais NASF

Nesta categoria incluímos todos os artigos que propuseram como método de estudo qualquer forma de abordagem direta com trabalhadores das eNASF, de modo a expressar suas opiniões, expectativas, análises sobre seu fazer. Resumidamente, nesta categoria incluímos os estudos cuja fonte primária de informação foram os profissionais, falando de suas próprias percepções.

Como forma de iniciar o debate, gostaríamos de trazer uma citação de um dos artigos categorizados nesse tópico, de autoria de Arce e Teixeira (2022, p. 6), cujo objetivo é analisar trajetórias de formação e de trabalho de pessoas que atuam nos NASF e o processo de construção de suas identidades profissionais. Segundo os autores:

Os entrevistados, de forma geral, definiram o Nasf como uma equipe que trabalha em função de apoiar as EqSF, enfatizando que se trata de um apoio orgânico ao trabalho destas equipes, pois vai além de uma prática pontual de retaguarda, com presença contínua e cotidiana, que se configura necessariamente em função das características do lugar onde trabalham. Ressalta-se também a frequência com que se refere à ideia de trabalho coletivo enquanto espaço de construção e reconstrução de práticas das equipes de Saúde da Família, e não apenas o somatório de diferentes especialidades. [...] Em relação às principais características desse trabalho, todos os profissionais ressaltaram a “centralidade da interdisciplinaridade e da multiprofissionalidade”, frisando o caráter processual e necessariamente relacional do Nasf, o que demanda “disponibilidade, atitude crítica e habilidades de um generalista”. Caracteriza ainda este trabalho a “necessidade permanente do planejamento coletivo” (sujeito 5), levando-se em conta que são “as características da população e do território que definem o eixo orientador do trabalho do Nasf” (sujeito 10), em detrimento do privilégio das características específicas do perfil profissional de cada sujeito. Ademais, identificou-se o “caráter permanentemente formador” do próprio trabalho (Arce; Teixeira, 2022, p. 6).

Neste trecho do artigo, é importante salientar como as práticas das equipes NASF estão ligadas à fluidez com que esses trabalhadores circulam pelo território, abordam seus problemas a partir de uma lógica comunitária, e trabalham com foco na construção de relações produtoras de saúde. Ainda neste estudo, um dos entrevistados aponta para a importância de uma ‘prática generalista’ construída a “partir das necessidades de saúde da população, e não apenas do perfil técnico ou do interesse do profissional, cabendo ressaltar que tal prática é ‘ampliada na medida em que inclui atividades de planejamento, gerenciamento e mobilização social’, dentre outras” (Arce; Teixeira, 2022, p. 6).

Dentro dos artigos que abordam a experiência NASF por categoria profissional, o artigo de Guimarães *et al.* (2023), referido majoritariamente à atuação do psicólogo, encontrou um conjunto de obstáculos que acompanha a história do NASF: estruturais, subjetivos e culturais, decorrentes do excesso de demanda e da carência de recursos epidemiológicos, políticos e de comunicação. Neste estudo e no de Saporito *et al.* (2022), trabalhadores abordaram formas de contratação precárias e alta rotatividade profissional; carga horária insuficiente e focada em práticas assistenciais em detrimento das ações de construção de rede e promoção da saúde; sobrecarga e empuxo ao atendimento individual; dificuldade de articulação da RAPS; falta de incorporação plena do apoio matricial no processo de trabalho das eESF.

O estudo de Vasconcelos e Alessio (2019) reforça o tensionamento direcionado aos psicólogos para uma atuação ambulatorial - habitualmente reforçada na formação acadêmica desse profissional - que conflita com sua função como especialista na AB. Reforça o risco iatrogênico de se supor ações ambulatoriais em serviços de lógicas territoriais e comunitárias.

Por vezes, os estudos apresentam um discurso de conflito entre eESF e eNASF, majoritariamente suscitado pelas diferentes compreensões sobre a função dos especialistas na AB. Importante salientar, entretanto, que as eNASF, de modo geral, se sentem pouco participativas sobre os processos dos quais se queixam, entendendo a falta de implementação do apoio matricial apenas a partir de elementos externos faltantes, como formação, falta de profissionais ou condições de trabalho. Isso parece se articular com os achados anteriormente citados, em que a falta de validação da lógica do trabalho do NASF também incide sobre o senso de despertencimento deste profissional como parte de um trabalho coletivo de saúde - ora ele não se entende como parte da potência, ora não se entende como parte do problema.

O estudo apresentado por Klein e D’Oliveira (2017, p. 1) aborda justamente a tensão que se coloca na rotina quando o assunto é a responsabilidade de cada um pelo cuidado ao usuário.



A prática revelou um contexto complexo com uma organização de trabalho bastante heterogênea com falta de articulação entre gerências e tensões na execução do trabalho compartilhado, como a divisão desigual de tarefas, em que as equipes de saúde da família devem se responsabilizar pela assistência direta à população enquanto o NASF ocupa o lugar daquele que capacita e supervisiona, gerando conflitos sobre de quem é a responsabilidade da assistência, constituindo um contexto pouco propício ao cuidado integral, compartilhado e colaborativo.

Assim, ao analisar o tensionamento ambulatorial que as eESF tendem a fazer às eNASF, deve-se considerar que a pressão por este modelo fragmentado de cuidado incide sobre todos os trabalhadores da APS, não apenas sobre o NASF. Dado que também as eESF devem superar a perspectiva de uma atenção focada no cuidado em consultório médico, é importante que não se suponha que são as eESF que criam este problema para as eNASF. Esta inflexão redireciona o modo de enfrentamento da questão, do conflito ao consenso. Cabe entender como ambas as equipes - a partir do que têm em comum e de diferente - podem ser parceiras, compartilhando dos mesmos problemas, mas com uma mesma direção de trabalho, construindo juntas uma lógica de cuidado territorial e em rede.

#### 4.3 EXPECTATIVAS DA POPULAÇÃO

Nesta categoria, pretendemos explorar o material que investiu no olhar da população sobre o trabalho exercido pelo NASF. A relevância deste tema se coloca diante da necessidade da participação do cidadão nos processos decisórios que marcam as políticas de saúde, bem como a relevância do trabalho NASF na construção de uma outra relação com o usuário do serviço de saúde, propondo-lhe um lugar de corresponsabilidade e parceria. Destacamos, entretanto, a literatura limitada encontrada sobre o assunto a partir da ótica da população.

Fernandes, Souza e Rodrigues (2019), analisaram a percepção dos usuários sobre as práticas de grupo ofertadas pelos NASF. Como resultado, concluíram que os usuários têm uma “percepção positiva em relação às práticas de grupo oferecidas pelo NASF, destacando os resultados terapêuticos satisfatórios, criação de vínculos afetivos, proporcionando o fortalecimento das relações interpessoais, bem-estar e melhoria na qualidade de vida” (Fernandes; Souza; Rodrigues, 2019, p. 1). Importante salientar que os usuários contemplados pelo artigo desconheciam o significado do termo NASF, sua proposta técnica ou sua relação com as demais atividades da ESF. Ainda assim, puderam reconhecer o impacto do trabalho sobre a sua qualidade de bem viver.

Essa conclusão, portanto, versa sobre o que há de mais fundamental no trabalho dos especialistas na ESF, que seja, a superação de um modelo convencional de prestação de cuidados - de assistência curativa, individual e especializada - por um modelo de atenção corresponsável entre usuário, profissional de saúde e sociedade, através da gestão integrada desse cuidado.

E, se queremos imprimir outra lógica de cuidado, compartilhado, então não nos serve a mera atitude de prescrevê-la. Tornar o usuário parceiro e ator dessa lógica é fundamental para que ele caminhe junto com os profissionais no sentido de um outro olhar sobre o que é saúde e como cuidar dela. Um usuário que compreende que não são exames ou diagnósticos fragmentados que lhe garantirão saúde é um usuário que demanda melhores condições de vida, porque entende que saúde é discussão coletiva de políticas públicas. É tarefa urgente que o usuário reconheça para si a saúde como um direito; e não como o direito a *não ter doenças*, mas o direito humano a *viver bem*.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou na literatura uma contribuição para ampliar a compreensão sobre o NASF, uma das estratégias mais inovadoras em termos de aumento da capacidade da APS como nível de cuidado ordenador do SUS e fundamental à sua efetivação. SUS como sistema que opera uma política pública, garantindo acesso ao direito humano à saúde a toda uma população, cidadã do Estado brasileiro e, portanto, sua responsabilidade.

Quando falamos de garantia de direito à saúde, é preciso entender que não será o acesso apenas ao sistema de saúde que o garantirá. Porque o direito à saúde é direito a bem viver. E não há sistema de saúde sozinho capaz de criar condições estruturais de bem viver. Quando falamos de acesso à saúde, estamos falando, antes de tudo, do direito integral e cabível a todo ser humano de fazer parte do pacto civilizatório do qual todos compartilhamos e que nos garante condições mínimas de dignidade.

Como pequena parte desse todo que é a garantia de direitos de civilidade, a APS é o braço da saúde que está na rua, entendendo - muito sofisticadamente - que é na rua que se cuida das pessoas. Um sistema de saúde público que escolhe colocar a APS no centro de sua organização de cuidado oferece à sua população a compreensão de uma necessidade de saúde que é coletiva. Um sistema centrado no usuário e autorregulado é um sistema de desierarquização e com cidadãos participativos na garantia de seus direitos e na cobrança de seus alzozes. Uma população bem cuidada é uma população poderosa.

E como especialista na APS, não cabe ao trabalhador responder a esse lugar de saber que se espera dele. É também dele a pergunta, que é tão fundamental que se faça a cada território onde se pretende intervir: *‘como cuidar?’* Enquanto parte estruturante da ESF em si - presente desde sua formação como estratégia de APS privilegiada no SUS - o especialista como profissional de saúde deve reverberar habilidades que o tiram de seu lugar tradicional. Cabe a ele incluir em seu cotidiano a capacidade de perguntar, articular redes de serviços e atores de um território, mediar e planejar ações, agir de forma horizontal e menos prescritiva em relação ao usuário, colocar-se no lugar do outro e antecipar problemas, “inovar-se e ser responsável pelo próprio processo de capacitação e, ainda, exercer processos participativos e romper com posições consideradas cristalizadas.” (Arce; Teixeira, 2022, p. 8).

Nessa monta, o que os estudos demonstram é a urgência de fazer avançar esse projeto. Sua potência em fazer valer os princípios de uma ESF norteadora da atenção à saúde de modo integral e comunitário deve ser fortalecida. As disputas de modelo que sempre se colocaram na construção do SUS também refletem os processos que constroem a APS. E o lugar do

especialista e da especialidade, como vimos, pode vir a operar funções que, justamente por sua possível iatrogenia, fazem da atenção à saúde um bom negócio em termos de lucro e capitalização. O NASF, por tudo que pôde sustentar desde sua criação junto à ESF, busca construir um sentido oposto: a atenção à saúde como parte de um exercício pleno de cidadania.

Vale lembrar ainda que, se percebemos a dificuldade de compreensão do papel matriciador do NASF e o valor desta tecnologia de saúde, isso também não pode ser apartado das condições materiais vividas pelos trabalhadores da ESF todos os dias. As eESF também estão ambulatorizadas, sem suporte para coordenar o cuidado em território, atendendo populações adscritas incompatíveis com a força de trabalho que as acompanha, entre outras formas de precarização. Assim, podemos apostar que, se os trabalhadores da ESF não entendem a função do NASF é, antes de tudo, em decorrência da impossibilidade material de cumprir seu mandato, o que faz a presença do profissional especialista apenas mais uma tentativa de sustentar a atenção em saúde nesses termos de pressão assistencial.

Apesar disso, é inegável que o esforço das equipes multiprofissionais NASF é capaz de operar uma prática contrária a qualquer tecnicismo ou medicalização, características históricas do trabalho em saúde em um sistema capitalista que entrega ao profissional o saber e ao usuário a objetificação sobre sua própria saúde - e vida. Os resultados apontam para um trabalho que, quando possível de ser executado, tem como efeitos a corresponsabilização do cuidado entre usuário, serviço de saúde e sociedade. Como consequência, aprofunda o sentido de participação comunitária e de outras maneiras de se pensar e fazer saúde, orientando-a como direito e, como tal, politizando-a onde, por vezes, existe apenas o debate técnico (que, por si só, tende a excluir a população dos processos decisórios que lhe cabem).

Os desafios que este estudo apresenta nos fazem, finalmente, questionar quais são as condições materiais ideais que devemos garantir para que possamos pôr à prova todas as potencialidades do NASF como parte da ESF, e a relação direta desta estratégia para a efetivação da integralidade da atenção conforme preconizada para o SUS.

Um trabalho como o das eNASF, que opera outras formas de vinculação a um espaço de vida e de convocação a sua população - e suas equipes apoiadas - é fundamental na superação da fragmentação do cuidado. Isso porque cobra de seus atores ações que extrapolam as técnicas de suas profissões e convocam efeitos de base comunitária e senso coletivo nos usuários, uma vez que têm como ponto de partida as necessidades de saúde dos territórios. Na APS, o especialista está ali, mas para saber menos, ainda. E é isso que nos cabe sustentar.

## REFERÊNCIAS

ALAION, A. R.; MACHADO, A. M. Narrativas do cuidado a crianças em um NASF: a estratégia rodinha de conversa. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 33, e236673, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2021v33236673>.

ALMEIDA, E. R.; MEDINA, M. G. A gênese do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na agenda da atenção primária à saúde brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 10, e00310820, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00310820>.

ALVES, R. B.; BRUNING, N. O.; KOHLER, K. C. “O Equilibrista”: atuação do psicólogo no NASF no Vale do Itajaí. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 39, p. e186600, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003186600>.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

ARAUJO, L. B. *et al.* Caracterização do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças até três anos: o modelo da CIF no contexto do NASF. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 26, n. 3, p. 538-557, jul. 2018. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1183>.

ARAUJO NETO, J. D. *et al.* Aspectos restritivos à integralidade nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: o olhar dos stakeholders. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, e280417, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280417>.

ARCE, V. A. R.; TEIXEIRA, C. F. “De técnico a profissional da saúde”: análise do processo de (re)construção da identidade profissional no âmbito do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 31, n. 1, e210386, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210386>.

BANCO MUNDIAL. **Informe sobre o Desenvolvimento Mundial, 1993**: investindo em Saúde. Washington, DC: Banco Mundial, 1993.

BATISTA, T. W. F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. *In*: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. **Políticas de saúde**: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 29-60.

BISPO JÚNIOR, J. P.; MOREIRA, D. C. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, e00108116, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00108116>.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: programas e projetos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**: HumanizaSUS - Documento-Base. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). [Política Nacional de Atenção Básica]. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 29 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 04 mar. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, n. 27, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, n. 39, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A estimulação precoce na Atenção Básica**: guia para abordagem do desenvolvimento neuropsicomotor pelas equipes de Atenção Básica, Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 22 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 11 abr. 2024.

BROCARDI, D. *et al.* Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 130-144, set. 2018.

CAMPOS, G. W. S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. *In*: CAMPOS, G. W. S. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

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

CHAZAN, L. F. *et al.* O apoio matricial na Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro: uma percepção dos matriciadores com foco na Saúde Mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. e290212, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290212>.

COLQUHOUN, H. L. *et al.* Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting. **Journal of Clinical Epidemiology**, Philadelphia, v. 67, n. 12, p. 1291-1294, 2014. DOI: [10.1016/j.jclinepi.2014.03.013](https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.03.013)

CORBO, A. D.; MOROSINI, M. V. G. C.; PONTES, A. L. M. Saúde da família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. *In*: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. (org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 69-106.

DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J. P.; SILVA, B. I. B. M. Capacidade de resposta do NASF em saúde mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 128, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333017>.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. *In*: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. (org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 43-67.

FERNANDES, E. T. P.; SOUZA, M. N. L.; RODRIGUES, S. M. Práticas de grupo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: perspectiva do usuário. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, e290115, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290115>.

GUIMARÃES, D. A. *et al.* Dificuldades no trabalho em saúde mental: percepção de trabalhadores do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na Macrorregião Oeste de Minas Gerais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 33, e33052, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333052>.

GRABOIS, V. Gestão do cuidado. *In*: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES JR, W.V. (org.). **Qualificação dos gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, 2011. p. 153-190.

HOCHMAN, G.; FONSECA, C. M. O. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45. *In*: PANDOLFI, D. (org.). **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: FGV, 1999. p. 173-193.

KLEIN, A. P.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. O "cabo de força" da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, e00158815, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00158815>.

KUSCHNIR, R. C. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. 2. ed. [Brasília]: CAPES; [Florianópolis: UFSC], 2012.

LIMA, R. S. A. E. *et al.* O apoio matricial no trabalho das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: análise a partir dos indicadores do 2º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 25-31, jan. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201900010454>.

LISBOA, R.; CAETANO, R. Avaliação de Tecnologias em Saúde na saúde suplementar brasileira: revisão de escopo e análise documental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 127, p. 1255-1276, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012723>.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. *In*: FIOCRUZ. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2006.

MATTOS, M. P.; GUTIÉRREZ, A. C. C.; SOUSA, G. W. Construção do referencial histórico-normativo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 09, p. 3503-3516, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-8123202279.01472022>.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS: ABRASCO, 2009. p. 39-64.

MAZZA, D. A. A. *et al.* Aspectos macro e micropolíticos na organização do trabalho no NASF: o que a produção científica revela? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, e300405, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300405>.

MEDEIROS, Y. P. O. *et al.* Atividades do fonoaudiólogo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (NASF-AP) na perspectiva do apoio matricial. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 23, n. 2, e7220, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0216/20212327220>.

MÉLO, T. R. *et al.* Caracterização do desenvolvimento neuropsicomotor e de linguagem de crianças atendidas por grupos no Núcleo Ampliado de Saúde da Família: uma abordagem interprofissional. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. e14919, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0216/202022314919>.



MELLO, R. A.; TEO, C. R. P. A.; FERRETI, F. Trajetórias de Formação de Psicólogos dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 41, e229466, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003229466>.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>.

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**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010.

NOGUEIRA, I. S.; BALDISSERA, V. D. A. Educação Permanente em Saúde na atenção ao idoso: dificuldades e facilidades do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, e20180028, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0028>.

NOGUEIRA, I. S. *et al.* Planejamento local de saúde: atenção ao idoso versus Educação Permanente em Saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 550-557, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800076>.

OLIVEIRA, K. S. D.; BADUY, R. S.; MELCHIOR, R. O encontro entre Núcleo de Apoio à Saúde da Família e as equipes de Saúde da Família: a produção de um coletivo cuidador. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, e290403, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290403>.

PAIM, J. S.; SILVA L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **Boletim Do Instituto de Saúde - BIS**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 109-114, 2010.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à vigilância em saúde. *In*: ROUQUAIROL, M. Z.; ALMEIDA, N. (org.). **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-35, jan./mar. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>.

PEREIRA, J. M. M. Banco Mundial, reforma dos Estados e ajuste das políticas sociais na América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2187-2196, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.08022018>.

PONTE, C. F.; NASCIMENTO, D. R. Os anos de chumbo: a saúde sob a ditadura. *In*: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (org.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. p. 181-220.

REZENDE, F. R. M.; ANDRADE, B. S. Produção laboral de psicólogos(os) do Nasf-AB de Maceió (AL) em 2019: uma análise a partir do Sisab. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 42, e243401, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003243401>.

SALES, J. C. S. *et al.* Núcleo de Apoio à Saúde da Família na perspectiva de médicos e enfermeiros. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, e20190179, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0179>.

SANTOS, W. G. **Cidadania e justiça**: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SANTOS, R. A. B. G.; UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R.; LIMA, L. C. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 694-706, jul. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711402>.

SAPORITO, B. E. *et al.* Análise da organização do trabalho nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica no Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, e320211, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320211>.

SEUS, T. L. *et al.* Estrutura para o trabalho e composição de equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: pesquisa nacional - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 28, n. 3, e2018510, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000300017>.

SEUS, T. L. *et al.* Núcleo de Apoio à Saúde da Família: promoção da saúde, atividade física e doenças crônicas no Brasil - inquérito nacional PMAQ 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 28, n. 2, e2018308, 2019b. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000200009>.

SILVA, B. F.; DAVIES, V. F.; NATAL, S. Ações técnico pedagógicas do NASF: uma revisão integrativa de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, São José dos Pinhais, v. 4, n. 5, p. 22881-22902, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n5-375>.

SILVA, J. W. S. B.; SILVA, J. C.; OLIVEIRA, S. R. A. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: reflexão do seu desenvolvimento através da avaliação realista. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 32-46, jan. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012402>.

SILVA, L. J. C. A. *et al.* A contribuição do apoiador matricial na superação do modelo psiquiátrico tradicional. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 24, e44107, 2019. DOI: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.44107>.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente Comunitário de Saúde**: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

SOUZA, T. S.; MEDINA, M. G. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 2, p. 145-158, out. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S210>.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Tradução: Fidelity Translations. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 195-206, jan, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000100024>

TESSER, C. D. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 565-578, jul. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0939>.

TIMMERMANN, T. A. R.; BRITES, L. S.; ROCHA, C. M. F. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: análise de uma década da produção normativa do Ministério da Saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, e31020270, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202331020270>.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Cuidados primários de saúde: Relatório sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 6-12 set. 1978**. Brasília: UNICEF, 1979.

VASCONCELOS, F. G.; ALÉSSIO, R. L. S. Construções identitárias de psicólogos em NASF: reflexões para a prática profissional. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 39, e174637, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003174637>.

VELLOSO, A. F.; VARANDA, M. P. Difusão de inovação e atores-chave na ESF. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 73-82, jan. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202331020270>

WESTIN, R. Primeira lei da Previdência, de 1923, permitia aposentadoria aos 50 anos **Agência Senado**, Brasília, 2019. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/arquivo-s/primeira-lei-da-previdencia-de-1923-permitia-aposentadoria-aos-50-anos#:~:text=A%20Lei%20Eloy%20Chaves%20obligou,empresas%20institu%C3%ADram%20suas%20respectivas%20CAPs>. Acesso em: 20 maio 2024.