

**Code: 30-BR**

**NÚCLEO DE APOIO EM SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF): motivos e critérios para implantação deste serviço na rede de saúde**

**Autores**

Dra Maria Isabel Barros Bellini

Doutora em Serviço Social, professora do curso de Serviço Social da Escola de Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul- PUCRS

Dra Camilia Susana Faler

Doutora em Serviço Social, pós-doutoranda do curso de Serviço Social da Escola de Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul- PUCRS

Dra Patricia Teresinha Scherer

Doutora em Serviço Social, pós-doutoranda do curso de Serviço Social da Escola de Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul- PUCRS. E-

Dra Kelines Cabral Gomes

Doutora em Serviço Social, pós-doutoranda do curso de Serviço Social da Escola de Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul- PUCRS

Me Luíza Rutkoski Hoff

Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Escola de Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul- PUCRS

Me Liana de Menezes Bolzan

Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Escola de Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul- PUCRS

Me Livia Ramalho Arsego

Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Escola de Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul- PUCRS

Me Rebel Zambrano Machado

Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Escola de Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul- PUCRS

Gabriel Moraes Machado

Graduando do curso de Psicologia da Escola de Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul- PUCRS

**Autor principal:** Dra. Maria Isabel Barros Bellini/Porto Alegre/RS

## RESUMO

O presente artigo apresenta reflexões e análises sobre os resultados de pesquisa desenvolvida pelo NETSI/PUCRS (Núcleo de Estudos e Pesquisas em Trabalho, Saúde e Intersectorialidade), a qual investigou o processo de implantação das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) nos estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina. Trata-se de estudo qualitativo com análise documental e entrevista semi-estruturada com as equipes e gestores, e os resultados apontam que a decisão de implantar os NASF foi dos gestores, sem a participação dos trabalhadores e do controle social. Também apontam que a composição das equipes, ao contrário das diretrizes do Ministério da Saúde, não são necessariamente nucleadas em consonância com as demandas das comunidades, mas sim com os recursos já existentes no município.

**Palavras chaves:** Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Política de Saúde. Atenção Primária em Saúde.

**RESUMEN:** Este artículo presenta reflexiones y análisis sobre los resultados de las investigaciones desarrolladas por NETSI/ PUCRS (Centro de Estudios e Investigación sobre Trabajo, Salud y intersectorial), que investigó el proceso de implementación de los equipos de los centros de apoyo a la familia de la Salud (NASF ) los estados de Rio Grande do Sul y Santa Catarina. Se trata de un estudio cualitativo con el análisis documental y entrevistas semiestructuradas con el personal y los administradores, y los resultados indican que la decisión de recurrir al NASF era de los administradores, sin la participación de los trabajadores y el control social. También señalan que la composición de los equipos, a diferencia de las directrices del Ministerio de Salud, no son necesariamente nucleada en línea con las demandas de las comunidades, pero con los recursos ya existentes en la ciudad.

**Palabras clave:** Centro de Apoyo a la Salud. La política de salud. Atención primaria de salud.

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, traz significativos avanços desde sua criação, pela Constituição Federal de 1988, principalmente, na atenção primária à Saúde (APS), a qual, tem suas ações definidas como o primeiro contato na rede assistencial, dentro do Sistema de Saúde. Além disso, representa também a coordenação da assistência, dentro do próprio Sistema de Saúde, com atenção centrada na família, pautado na participação comunitária. A APS compreende quatro atributos essenciais: o acesso (primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde), a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção e a coordenação do cuidado dentro do sistema e contempla a Estratégia de Saúde da Família (ESF),

como componente estratégico e estruturante do sistema de saúde, o qual tem provocado um importante movimento para reordenação do modelo de atenção no SUS. O principal propósito da ESF é reorganizar a prática da atenção à saúde, com novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto das famílias e, com isso, aumentando qualidade de vida da população<sup>1</sup>. A ampliação das ações da APS levou o Ministério da Saúde elaborar a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que prevê a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com que objetivou de ampliar o escopo das ações da atenção básica, melhorando sua resolubilidade. Para tanto, o MS propõe equipes compostas por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, atuando de forma complementar e reguladas pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família "...compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes das unidades nas quais o NASF está vinculado e no território destas equipes<sup>2</sup>".

Os processos de trabalho de tais equipes devem se pautar em práticas intersetoriais, possibilitando atendimento pela rede de serviços ampliando diversos aspectos: abrangência, resolutividade, territorialização e regionalização. Assim, as equipes NASF vinculam-se a um número de equipes de Saúde da Família, em territórios definidos conforme sua classificação. E para que o trabalho ocorra de forma produtiva, a equipe do NASF e ESFS deve criar e potencializar espaços de discussões, tais como reuniões e atendimentos compartilhados, constituindo o processo de aprendizado coletivo, para qualificar a gestão do cuidado<sup>3</sup>.

Considerando a importância do NASF junto a APS surge a necessidade de investigação e análise do seu processo de implantação, implementação e organização destes serviços, a fim de qualificar as ações exitosas e apontar caminhos para novas ações diante das dificuldades encontradas nos lócus de trabalho e territórios. A pesquisa intitulada: "Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): estudo sobre os processos de trabalho e estruturação das equipes dos NASF no RS e SC", desenvolvida pelo NETSI (Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Trabalho, Saúde e Intersetorialidade do PPGSS/ PUCRS), propôs investigar como estão constituídas e como se deu o processo de implantação dos NASFS e como são constituídas tais equipes nos (dois) estados. Trata-se de um estudo qualitativo, com coleta de dados a partir de entrevistas semi-estruturadas, com

profissionais das equipes NASF. A análise dos dados foi realizada através da análise de conteúdo de acordo com Bardin<sup>4</sup>, possibilitou a realização de inferências.

O presente artigo problematiza alguns achados da referida pesquisa a fim socializar, as reflexões a partir das análises elaboradas pelas equipe de pesquisadores.

### **NASFS: motivação e os critérios de implantação**

Para o Departamento de Atenção Básica - Núcleo de Apoio à Saúde da Família<sup>2</sup> as equipes dos NASF devem atuar desde as demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes atuando de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus diversos pontos de atenção e serviços, que podem ser: CAPS, CEREST (Centros de Referências Especializados em Saúde do Trabalhador), Ambulatórios Especializados entre outros, assim como de outras redes de políticas setoriais. Isso significa que os NASF interferem na rede de saúde para qualificar e ampliar um cuidado que deve ser compartilhado e pautado na co responsabilização entre serviços e, conforme Starfield<sup>5</sup> possibilitando uma condução longitudinal de casos individuais, familiares ou comunitários.

Na análise dos resultados quanto os motivos para implantação dos NASFS nos municípios pesquisados, os achados da pesquisa apontam a possibilidade de receber financiamento, e este, servir como indutor de práticas em outros serviços. O que foi revelado através dos depoimentos que seguem: *“as próprias equipes traziam para a gestão essa carência de apoio matricial e profissional”* (trabalhador A). Noutro depoimento; encontramos a seguinte afirmação: *“eu não tenho conhecimento exato, mas se pensou em constituir uma equipe porque aqui já temos o NAAB, então se pensou em utilizar profissionais para ampliar sua carga horária”* e mais *“aqui todas as possibilidades existentes, oficinas terapêuticas, projetos enfim, a Prefeitura investe muito nisso então também se pensou, vamos aderir ao NASF”*, referindo também que o *“ objetivo aqui é sempre esse, ampliar as ofertas para o usuário (trabalhador B)*. O trabalhador C, menciona que *“neste momento eu não saberia te responder por que não estávamos na equipe naquela época, mas provavelmente foi a questão da demanda das ESF, políticas que foram criadas nessa época”*.

Nos fragmentos de falas dos entrevistados expressos nas categorias iniciais, mostra que a motivação e decisão para a inclusão de equipes de NASF, parte do

gestor, o que é corroborada pelo escopo de sua competência. A definição de contratação de profissionais para o NASF no município é de responsabilidade do gestor, tendo em vista tratar-se de dimensionamento de pessoal, bem como de observar a necessária adequação a Lei de Responsabilidade Fiscal, que hoje atinge a grande maioria dos municípios, impedindo-os de contratar pessoal. Esta Lei Complementar<sup>6</sup> nº 101, de 04/05/2000, refere que se estabelecem, em regime nacional, parâmetros a serem seguidos relativos ao gasto público de cada ente federativo (estados e municípios) brasileiro, o que os impede de contratar pessoal quando o município atinge limite máximo de 60% e um limite prudencial de 57%.

Em relação aos critérios de criação das equipes NASFS, estes não ficam claros, emergindo assim, uma invisibilidade de tais critérios. Tais como são apresentados nos depoimentos: *“os critérios de implantação foram definidos basicamente pela gestão, a gente não, nessa ocasião da implantação a equipe os profissionais não participaram desse processo. Nós depois tomamos conhecimento que somos vinculados ao ESF”* (trabalhador D). Noutro depoimento refere que *“ações de reconhecimento do território, ai também foi assim, nós já éramos profissionais daqui, do Posto* (trabalhador C), e também o (trabalhador E) menciona que *“critérios também não saberia te dizer. Acredito que os gestores saberiam informar melhor, já que não participamos desta implantação. “É eu lembro assim na época ainda não se tinha implantado porque, não tinha o numero de estratégias suficientes pra se ter uma equipe.*

É encargo do gestor a captação de recursos disponíveis de financiamento, no sentido de que isso reduz as despesas com recursos próprios do município, procurando qualificar o sistema municipal de saúde. Parte importante do financiamento no SUS, seja federal ou estadual, tem tido o caráter indutor de práticas/resultados, pois se caracteriza como incentivo, justamente no sentido de estimular os gestores implantar o que está sendo proposto. Essa estratégia tem qualificado os resultados na medida em que a Política de Saúde cria os incentivos, com o desejo de adesão maciça para implementar mudanças necessárias no país.

Uma das estratégias utilizadas pelo gestor municipal quando busca o incentivo para a implantação do NASF é justamente substituir o gasto. Ou seja, o município já possuem os profissionais, que às vezes estão atuando como apoio às equipes de atenção básica ou de estratégias de saúde da família. Quando os técnicos ainda não estão atuando nesse sentido, o gestor deve colocá-los como

matriciadores das equipes e/ou de outros serviços no território, conforme está previsto na legislação de funcionamento do NASF. Com isso a gestão capta recursos, junto ao governo federal para substituir a despesa municipal com pessoal. Entretanto, quando não existem especialistas já contratados no município é um momento oportuno para ampliar o quadro e qualificar os resultados.

A participação da comunidade na fase inicial para a implantação do NASF não aparece nos depoimentos entrevistados, apenas em **num** fragmento de **um** dos entrevistados, quem que afirma ter tido a participação. O Ministério da Saúde orienta que o NASF deve ser implantado a partir de um diagnóstico com a elaboração de um plano de ação que "... considere a análise do território e das necessidades identificadas a partir da percepção das equipes de AB, da população e de gestores de saúde<sup>2</sup>."

Essa lógica atende o que preconiza o SUS, de que o seu planejamento seja ascendente e participativo e que esteja contemplado no plano municipal de saúde, o que pressupõe que já deva existir no município o Plano Municipal de Saúde e as ações vinculadas ao sistema de saúde tenham sido apreciadas, fiscalizadas e aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde, o que não corrobora com a realidade na maioria das equipes analisadas neste estudo.

Quando seguida as orientações das diretrizes de realizar a análise do território e das necessidades, se permite ao gestor a escolha dos profissionais necessários para a composição das equipes do NASF. Além disso, outro elemento importantíssimo para a decisão do gestor em aderir ao Programa são as demandas de retaguarda das equipes de saúde da família ou de atenção básica.

Ressalta-se que por Plano Municipal de Saúde compreende-se como instrumento de gestão, que baseado em uma análise situacional, com dados de morbidade, mortalidade e capacidade instalada, define intenções e resultados a serem buscados pelo município num período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas. Logo, planejamento refere-se uma função estratégica de gestão assegurada pela Constituição Federal de 1988 e regulamentada pela Portaria GM nº 3.085, de 01 de dezembro de 2006<sup>7</sup>, que regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) e pela Portaria Nº 2.135, de 25<sup>8</sup> de setembro de 2013 que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Outra perspectiva que deve ser considerada no momento de implantação do NASF é o conhecimento das características da Rede de Atenção à Saúde locorregional, e é constado em um depoimento de um trabalhador que já trabalhava na equipe de atenção básica<sup>2</sup>. Conhecer a realidade local, os diferentes pontos de atenção da rede, além do perfil epidemiológico da população o que possibilita ao gestor a definição de qual o perfil e quais profissionais ou formações/especialidades devem compor o NASF. Essa estratégia permite às equipes construir seus planos de ação em conjunto entre as equipes do NAS e da ESF. “... o território (em suas dimensões físicas, sociais e existenciais, dinamicamente articuladas) tem sido considerado um elemento fundamental para a organização e a gestão do processo de trabalho na Atenção Básica, uma vez que nele se processa a vida e, como parte dela, o processo saúde-doença-cuidado<sup>2</sup>”.

Nesse sentido, a análise da realidade local, incluindo as outras políticas setoriais deve favorecer a construção de ações intersetoriais, como forma de oferecer ações para melhorar a vida das pessoas.

As diretrizes do NASF indicam que este dispositivo deve atuar de acordo com as diretrizes da AP, seja através da ação interdisciplinar e intersetorial, considerando o conceito ampliado de saúde e o reconhecimento de uma complexa rede de condicionantes e determinantes sociais da saúde e da qualidade de vida, exigem dos profissionais e equipes trabalho articulado com redes/instituições que estão fora do seu próprio setor. A intersetorialidade é essa articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, a fim de abordar um tema ou situação em conjunto. Essa forma de trabalhar, governar e construir políticas públicas favorece a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população<sup>3</sup>. Por outro lado, um dos grandes desafios é organizar e planejar ações intersetoriais, o que pressupõe de acordo com Moroni e Ciconello<sup>9</sup> atravessar as estruturas burocráticas setorializadas do Estado que influencia diretamente nas políticas sociais. “Como falar em intersetorialidade das políticas se muitas vezes não se tem nem a integração dos programas de uma mesma política<sup>11</sup>? A intersetorialidade requer reflexão e explicitação de seus sentidos e implicações. Faler<sup>10</sup> menciona que a intersetorialidade carrega na sua essência as contradições típicas das políticas sociais públicas, de subsidiar através da operacionalidade de diferentes setores públicos a atenção basilar das necessidades

do cidadão, assim como mantém a reprodução da ordem capitalista de atenuar as expressões da questão social. Essa reprodução é característica do modelo capitalista que visa obscurecer a inoperância estatal, bem como otimizar e reduzir os recursos financeiros para as políticas sociais públicas.

Diante disto, é necessário apontar que existem contradições no conjunto de ações e nos discursos como são conduzidas as políticas sociais públicas. Por exemplo, nos documentos oficiais que referem as diretrizes de orientação para implantação e organização do trabalho das equipes do NASF, dá-se ênfase a intersectorialidade como eixo norteador para atuação deste serviço. Já na operacionalidade das ações os profissionais referem encontrar dificuldades em atingir ações intersectoriais da maneira como se propõe metodologicamente, ou seja, a de articular os setores de outras políticas. Superar as barreiras setoriais é um processo complexo, pois, se a setorialidade é uma questão estrutural, ou seja, as relações se apresentam de acordo com os interesses políticos e econômicos que movem o tecido da sociedade. Portanto, as ações intersectoriais acontecem como experiências pontuais onde as dificuldades e desafios é uma realidade comumente encontrada pela equipes diante na execução das ações.

### **Considerações Finais**

Estas são algumas análises e reflexões elaboradas a partir dos achados de pesquisa intitulada: “Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): estudo sobre os processos de trabalho e estruturação das equipes dos NASF no RS e SC”, com recortes nos critérios e motivação para implantação das equipes que integram este serviço. Os resultados mostram que a expansão das equipes se deu a partir de 2009, e que os critérios e motivos para tal implantação, foram decididos pelos gestores municipais através de uma reorganização/relocação das equipes já existentes na rede de atendimento de tais municípios, como possibilidade de agregar maior carga horária, além da necessidade de apoio matricial e profissional e ampliação das equipes. A decisão de implantar os NASF, parte, portanto dos gestores, sem a participação dos trabalhadores e do controle social. Também, apontam que a composição das equipes ao contrario do está previsto nas diretrizes do Ministério da Saúde, não são necessariamente nucleadas em consonância com as demandas das comunidades.



Reflete-se ainda que, diante da implantação dos NASFS as ações das equipes focam principalmente nas demandas da saúde, não preconizando muitas vezes as orientações do Ministério da Saúde em desenvolver ações intersetoriais, o que portanto, nos permite afirmar que estas diretrizes devam ser amplamente debatidas com a comunidade e os trabalhadores, para que tenham maior clareza do conjunto de compromissos a que propõe este serviço dentro da perspectiva da atenção básica em saúde.

## Referências

1. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.
4. BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2002.
5. STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.
6. LEI COMPLEMENTAR Nº101 DE 04 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp101.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm)
7. BRASIL. Portaria MS/GM 3085 01/12/2006 PORTARIA Nº 3.085, DE 1º DE DEZEMBRO DE 2006 Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. Disponível em [http://www.conselho.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao/Portaria\\_MS\\_GM\\_3085\\_01\\_12\\_2006.pdf](http://www.conselho.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao/Portaria_MS_GM_3085_01_12_2006.pdf)
8. BRASIL. Portaria Nº 2.135, de 25 de setembro de 2013 que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135\\_25\\_09\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html)
9. MORONI, J. A.; CICONELLO, A. A intersectorialidade nas políticas públicas. In: CADERNO DE TEXTOS CONFERÊNCIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 6., 2007, Brasília, Anais..., Brasília. Conselho nacional de Assistência Social, 2007. p. 79-87.
10. FALER, Camília Susana. Intersectorialidade: a construção histórica do conceito e a interface com as políticas sociais públicas. Tese Doutorado.PPGSS/PUCRS– 2015.

