



Construção, potencialidades e desmontes da lógica do apoio ao trabalho na atenção básica: relato crítico de município do nordeste brasileiro

Construction, potentialities and dismantling of the logic of supporting work in primary care: a critical report of a city in northeastern Brazil

Frankly Eudes Sousa Martins

Mestre em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina pela Escola Multicampi de Ciências Médicas do RN (EMCM/UFRN); Fisioterapeuta na Fundação Paraibana de Gestão em Saúde - SES/PB, Brasil;
E-mail: frankly_eudes@hotmail.com; ORCID: 0000-0001-9660-9790

Ana Carine Arruda Rolim

Doutora em Saúde Coletiva pela FCM Unicamp; Professora Adjunta na Escola Multicampi de Ciências Médicas do RN (EMCM/UFRN), Brasil;
E-mail: anacarine.rolim@gmail.com; ORCID: 0000-0002-0447-9683

Resumo: Este relato objetiva refletir e discutir criticamente os instrumentos normativos relacionados à criação, implementação e desmonte das políticas de apoio ao trabalho das equipes na atenção básica, com destaque à política do Núcleo de Apoio de Saúde da Família (Nasf), correlacionando com retrocessos locais ocorridos em uma equipe consolidada em município do sertão do Estado brasileiro do Rio Grande do Norte. Através da análise dos documentos e reflexões do contexto local, observou-se que a gestão dissolveu a equipe Nasf sem orientação, prejudicando o trabalho interprofissional e os princípios que validam a promoção da saúde e a prevenção de doenças, dando maior enfoque em ações assistenciais individuais. No cenário nacional, o panorama de desmontes resultante da ausência de indução financeira federal para o Nasf é traduzido na redução dos municípios que possuem esse dispositivo estratégico e do número total de equipes. Conclui-se que os retrocessos na política Nasf mudaram a estrutura organizacional imposta pela gestão, abandonando a lógica do apoio matricial e priorizando o trabalho uniprofissional e clínico-assistencial, suprimindo o potencial das equipes, a construção de valores, ações e transformações do trabalho interprofissional, do apoio matricial e da clínica ampliada.

Palavras-chave: Planos e programas de saúde; Política de saúde; Atenção primária à saúde; Gestão em saúde; Modelos de assistência à saúde.

Abstract: This report aims to critically reflect and discuss the norms for creating, implementing and dismantling policies to support the work of teams in primary care, with emphasis on the policy of the Family Health Support Center (Nasf), correlating with setbacks locations in a consolidated team in a city in the Brazilian state of Rio Grande do Norte. Analyzing the documents and reflecting on the local context, it was observed that the management dissolved the Nasf team without guidance, harming the interprofessional work and the principles that validate health promotion and disease prevention, for a focus on individual assistance actions. On the national scene, the panorama of dismantling imposed by the absence of federal financial incentives for Nasf is perceived in the reduction of municipalities that have this strategic device and in the number of teams. It is concluded that the setbacks in the Nasf policy changed the health structure in the city, which left the logic of matrix support and prioritized uniprofessional and clinical-assistance work, suppressing the potential of teams, values, actions and transformations of interprofessional work, the matrix support and the expanded clinic.

Keywords: Health plans and programs; Health policy; Primary health care; Health management; Health care models.

Introdução

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) foi pensado e implementado no Brasil como um dispositivo estratégico para o fortalecimento da Atenção Básica (AB) na perspectiva do apoio matricial e do trabalho em equipe, porém acabou se tornando mais uma política desmontada a partir das transições governamentais ocorridas ao longo da segunda metade da década de 2010 e das consequentes mudanças nos rumos das políticas públicas de saúde no país. Discute-se neste relato crítico a construção da lógica do apoio matricial por meio do reconhecimento das suas potencialidades, bem como os desmontes da política Nasf e suas repercussões no contexto local de uma equipe que continua atuando e resistindo na AB do nordeste brasileiro.

As mudanças na conformação do sistema de saúde brasileiro a partir da Constituição Federal de 1988¹ impulsionaram ações e programas que ampliaram o acesso e a cobertura dos serviços de saúde, especialmente na AB. A atenção básica à saúde foi um termo cunhado pelo Movimento Sanitário Brasileiro objetivando na época se distanciar de um conceito de atenção primária reduzida a uma cesta seletiva, restrita e focalizada de serviços².

Neste sentido, uma AB expandida e fortalecida, cunhada sob o preceito da integralidade, funciona como porta de entrada preferencial que oferta atenção à saúde oportuna e resolutiva e que garante o funcionamento do sistema de saúde universal, pautado na ideia de saúde como um direito².

Com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, em 1991, e do Programa Saúde da Família, em 1994, mais tarde reordenados na Estratégia Saúde da Família (ESF), estratégia operacional prioritária do governo, objetivou-se implementar, expandir, reorganizar e consolidar a AB e todo o modelo de atenção à saúde no país³. Assim, o modelo de ESF proporcionou maior aproximação entre equipes de saúde e indivíduos e suas famílias/comunidade, entrelaçou as possibilidades de acesso aos serviços e aos cuidados em saúde e valorizou os diferentes olhares e distintos saberes no estabelecimento de um plano de cuidado comum^{4,5}.

No entanto, a expansão da ESF foi acompanhada por inúmeros desafios, como os advindos do processo de redefinição e qualificação da AB para o cumprimento de sua capacidade efetiva de gestão do cuidado. Diante disso, o Ministério da Saúde (MS), a partir de experiências municipais e das discussões nos territórios, em 2008, instituiu o Nasf e o implementou como dispositivo estratégico composto por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, objetivando melhorar a qualidade da AB e ampliar o seu escopo de ações^{6,7}.

No entanto, como destaca Giovanella², a partir do golpe que culminou na deposição da presidenta Dilma Rousseff, em 2016, impulsionou-se nos governos de Michel Temer e Jair Bolsonaro movimento de desmonte agravado pela Emenda Constitucional 95/2016⁸, causando congelamento dos investimentos em saúde por vinte anos com consequente desfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS), com destaque à AB. Um dos efeitos da medida é a sobrecarga financeira dos municípios brasileiros, que assumem maior parte dos gastos em saúde, desconsiderando sua heterogeneidade e diversidade.

A publicação, em 2017, de uma nova Política Nacional da Atenção Básica (PNAB)⁹ desvelou como as políticas sociais estavam assumindo a perspectiva da racionalidade neoliberal. A PNAB trouxe medidas consideradas prejudiciais ao modelo de atenção da saúde da família, até então estratégia de reorganização da AB e mecanismo de reorientação do modelo assistencial no Brasil. Em seu texto, a PNAB instituiu a vinculação de equipes de AB tradicionais ao Nasf e passou a intitulá-lo Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), suprimindo a lógica do apoio matricial^{10,11}.

Contudo, foi com a implementação do Programa Previne Brasil, em 2019, instituindo um novo modelo de financiamento de custeio da AB, que o governo de Jair Bolsonaro efetivou o desmonte da política Nasf, alterando seus instrumentos normativos, extinguindo a sua tipologia e cessando o credenciamento de novas equipes¹².

De forma complementar, com nota técnica nº 3/2020¹³, evidencia-se um desestímulo na esfera federal à estratégia do Nasf-AB e à lógica do apoio matricial, deixando a cargo do gestor local a escolha de continuar com essa política de saúde. Com isso, municípios brasileiros dissolveram suas equipes Nasf, comprometendo os processos de trabalho em torno do modelo da ESF¹⁴.

Diante do exposto, a relevância desse relato está na necessidade de compreender como os retrocessos na PNAB impactaram, em nível local, na lógica de trabalho e no potencial das equipes Nasf em qualificar o cuidado em saúde na AB. Com isso, o estudo objetiva refletir e discutir criticamente os instrumentos normativos relacionados à criação, implementação e desmonte das políticas de apoio ao trabalho das equipes na atenção básica, com destaque à política do Nasf, correlacionando com retrocessos locais ocorridos em uma equipe consolidada no sertão do Rio Grande do Norte.

Aspectos Metodológicos

Elaborou-se um relato crítico-reflexivo das experiências oriundas das repercussões que mudanças nas políticas de apoio à existência do Nasf provocaram em um município brasileiro, localizado na região Seridó do Estado do Rio Grande do Norte (RN).

O relato da experiência aqui descrito pode ser classificado como pesquisa do tipo participante. Conforme Severino (2013)¹⁵, o pesquisador partilha a vivência junto aos sujeitos pesquisados, participando de suas atividades. A observação dos fenômenos é registrada e analisada, considerando contexto (proximal/local) e conjuntura (distal). Para garantia de robustez analítica e de discussão, as observações e a documentação dos fenômenos são indispensáveis. Quanto à documentação, Severino (2013) a define como o processo de identificação, levantamento e exploração de documentos e fontes de dados, bem como o registro e a sistematização dos dados e informações deles extraídas, dispostas em condição de análise.

Os dados documentais que sustentam este estudo são os instrumentos normativos que compõem a legislação da saúde relativa ao Nasf, tanto aqueles responsáveis por sua implementação, como aqueles que efetivaram seu desmonte, de forma a correlacionar com repercussões locais no papel e no processo de trabalho de uma equipe Nasf já consolidada no sertão do RN. Os dados observacionais são oriundos da experiência profissional no município estudado, ocorrida entre o período de maio de 2015 a julho de 2022.

As informações presentes nesse estudo estão relacionadas às implicações dos autores na observação e condução das atividades que se desdobraram nesse relato, portanto o trabalho se insere nas condições previstas pela Resolução 510/2016, no que se refere às pesquisas em saúde, como aquela que objetiva o aprofundamento de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional e, portanto, não houve necessidade de registro ou avaliação pelo sistema de Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP). Ademais, as fontes utilizadas para discussão neste relato, como os instrumentos normativos que compõem a legislação da saúde, são de domínio público e de acesso aberto.

Descrição do Contexto Local de uma Equipe Nasf do Sertão Brasileiro

O município cenário deste estudo está situado na mesorregião Central e na microrregião Seridó Ocidental no estado do RN, possui clima quente e semiárido, atividades econômicas principais de agropecuária, extrativismo e comércio, sendo tradicionalmente conhecido pela fabricação de redes e panos de prato, que são comercializados nacionalmente¹⁶.

Como principal atividade econômica, as relações comerciais do ramo têxtil geram trabalho e renda, sendo marcadas por características familiares, alto nível de informalidade, subcontratação e terceirização, o que enfatiza um baixo valor social e baixa remuneração. A forma de empreendedorismo local, baseado nas necessidades de sobrevivência e marcado pela precariedade das condições de trabalho, provoca desigualdades socioeconômicas na população^{16,17}.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁸, o referido município tinha uma área territorial de 330,530 km² em 2019. A população estimada para 2021 foi de 15.044 pessoas, com 78,5% da população vivendo em área urbana em 2016. Em 2010, a densidade demográfica era de 40,86 habitantes/km², o Índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) era de 0,603, e a escolarização na faixa etária dos 6 aos 14 anos era de 96,5%. Em 2019, o Produto Interno Bruto (PIB) per capita era de R\$10.017,17 e a mortalidade infantil foi de 23,95 óbitos por mil nascidos vivos.

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)¹⁹, até a competência de abril de 2022, o referido município possuía 14 estabelecimentos de saúde, sendo 6 do tipo Unidade Básica de Saúde, cada uma com uma eSF e uma Equipe de Saúde Bucal (eSB) compostas pelas equipes mínimas recomendadas, ou seja: enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, dentistas, auxiliares ou técnicas de saúde bucal, diretores/administradores das unidades e agentes comunitários de saúde (ACS).

Construção da Política Nasf como Parte do Processo de Fortalecimento da AB

Considerando experiências municipais, formulações no campo da Saúde Coletiva e reivindicações corporativas, o Ministério da Saúde (MS) criou o Nasf através da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008, definindo-o como uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento para atuar junto com as eSF, compartilhando práticas e saberes em saúde nos territórios adscritos e aumentando a capacidade de resolutividade clínica das equipes⁷.

Como não se constituíam porta de entrada do sistema, essas equipes deveriam atuar de forma integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS) a partir das demandas identificadas no trabalho compartilhado com as Equipes de Saúde da Família (eSF), prevendo a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, direcionando para um processo de acompanhamento longitudinal e em equipe, e atuando no fortalecimento dos atributos e no papel da AB na coordenação do cuidado na RAS⁷.

Iniciado o processo de implantação do Nasf, segundo dados do MS, em 2010, 1.317 equipes já tinham sido implantadas no território brasileiro²⁰. No entanto, já eram evidenciados entraves na efetivação da lógica de trabalho do Nasf, pois, com insuficiência de apoio técnico à reorientação do trabalho, coube aos municípios a disposição de compreender e aprender a operar na perspectiva do apoio matricial²¹.

No local desse estudo, diante das reivindicações nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde por mais profissionais de saúde, implantou-se um Nasf Tipo 1 em 2014, composto por psicólogo,

nutricionista, profissional de educação física e dois fisioterapeutas. Mesmo com pouco entendimento da política Nasf e da forma de atuação da equipe, o imaginário relacionado à inserção de mais profissionais no município foi o grande propulsor da sua implantação, em coerência a outras experiências brasileiras²¹⁻²⁴.

No cenário nacional, considerou-se o Nasf como um avanço do movimento de fortalecimento da AB, a partir da inclusão de novas práticas de cuidado. No entanto, a forma como a lógica de trabalho pautada no apoio matricial estava sendo efetivada na prática dos serviços foi alvo de críticas, tendo em vista os frequentes desacordos entre o número de eSF a serem apoiadas pelo Nasf, bem como as dicotomias entre atividades individuais e ações coletivas, papel de apoio matricial e o de assistência direta à população, que variava entre o generalismo e o especialismo²².

Alguns estudos destacam essa confusão acerca da proposta de atuação do Nasf durante a prática nos serviços, à medida que apontam a indefinição normativa das atribuições de cada sujeito na equipe multiprofissional, gerando formas de atuação distintas nas diversas regiões do país, com experiências que se aproximam de uma lógica de trabalho pautada no apoio matricial, e outras que priorizam atendimentos clínico-assistenciais isolados^{23,24}.

Melo *et al.*²¹ ressaltam que o processo de implantação dos Nasf aconteceu em meio a contexto de desafios enfrentados pela ESF, como aqueles relacionados a infraestrutura inadequada de Unidades Básicas de Saúde (UBS), integração entre as atividades de promoção e prevenção com aquelas de cunho assistencial, dificuldade de fixação de profissionais e de organização do processo de trabalho das equipes, bem como o desafio em operar em rede.

Segundo a diretriz ministerial, a composição do Nasf deveria ser definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade elencados a partir das necessidades identificadas no território, do perfil epidemiológico, das condições socioeconômicas da população e da disponibilidade de profissionais das diferentes ocupações. Porém, considerando a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomendava-se que cada Nasf contasse com pelo menos 1 (um) profissional da área de saúde mental⁷.

Apesar da proposta de implantação do Nasf no município estudado tentar atender a essa demanda social, segundo os registros, não houve representantes dos usuários e do Conselho Municipal de Saúde nas reuniões iniciais de implantação e planejamento do Nasf. Evidencia-se, portanto, as motivações políticas, financeiras e particulares que geralmente orientam a implementação de políticas e programas de saúde em âmbito municipal, distanciando-se das reais conjunturas e anseios dos usuários e das situações de saúde dos territórios.

Com a revisão de diretrizes para a organização da AB instituída pela PNAB de 2011²⁵, considerada central na política de governo dos entes federativos, o cálculo do teto máximo de equipes Nasf que os municípios poderiam fazer jus foi esclarecido, e definiu-se que poderiam ser vinculadas às Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais, entre outras modalidades) e Academia da Saúde.

Tais mudanças foram estratégicas para fomentar a implementação de equipes Nasf a partir de uma melhor compreensão dos repasses financeiros, como também da ampliação das suas formas de vinculação, passando a considerar a realidade de municípios de pequeno porte, com territórios com organizações socioeconômicas singulares e equipes de atenção básica específicas.

Além disso, a composição das equipes Nasf passou a incluir além de ocupações marcadamente clínico-assistenciais e especializadas como médico geriatra, médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, além de profissões que colaborariam para a garantia de um cuidado centrado na promoção e prevenção, como parte do trabalho na AB, como profissionais com formação em arte e educação (arte educador), e sanitaristas²⁵.

Além de criar a modalidade Nasf Tipo 3, a PNAB 2011 também instituiu que na modalidade Nasf 1 a soma das cargas horárias semanais dos profissionais deveria ser no mínimo 200 horas semanais e que cada ocupação deveria ter no mínimo 20 horas e no máximo 80 horas de carga horária semanal. Já na modalidade 2, a soma das cargas horárias semanais deveria ser no mínimo 120 horas semanais e cada ocupação deveria ter no mínimo 20 horas e no máximo 40 horas de carga horária semanal. Definiu-se ainda que cada Nasf poderia ser vinculado a no máximo três polos do Programa Academia da Saúde²⁵.

Posteriormente, a Portaria nº 3.124²⁶, de 28 de dezembro de 2012, modificou novamente os parâmetros de vinculação das modalidades 1 e 2, e definiu a modalidade 3. A modalidade 3 deveria ter uma soma das cargas horárias semanais dos membros de no mínimo 80 horas semanais. Cada ocupação deveria ter no mínimo 20 horas e no máximo 40 horas de carga horária semanal, devendo ser vinculada a uma ou duas equipes. Foi reduzido também o quantitativo de equipes que o Nasf em geral poderia ser vinculado e, com isso, o Nasf Tipo 1 passou a ser vinculado a cinco equipes, no mínimo, e nove equipes, no máximo. Já o Tipo 2 estaria vinculado a três ou quatro equipes.

Observa-se que, além de estabelecer parâmetros de carga horária para os gestores organizarem melhor a composição de suas equipes Nasf, o desafio de prestar apoio técnico-pedagógico e clínico-assistencial a um grande quantitativo de eSF (até 20 equipes na modalidade 1) foi levado em consideração na PNAB de 2011. Com a revisão dos parâmetros de vinculação, foram promovidas,

então, condições para as equipes Nasf apoiarem de forma mais qualificada e eficaz um número menor de eSF²⁵.

Consta, desde a sua portaria de criação, que as ações do Nasf eram de responsabilidade de todos os profissionais do núcleo e deveriam ser desenvolvidas em conjunto com as eSF através de uma agenda compartilhada, incluindo ações individuais e coletivas, de assistência e apoio pedagógico para os profissionais e comunidades⁷. Porém, os registros, embora escassos, evidenciam que, após a implantação, a atuação da equipe Nasf do município potiguar sob estudo foi centrada em ações do Programa Saúde na Escola, participação de eventos, e majoritariamente nos atendimentos individuais em domicílio e em equipamentos de atenção secundária.

Os registros demonstraram essa configuração de ações da equipe até a interrupção de suas atividades, que só retornariam em 2015, com o ingresso de novos profissionais concursados. A nova equipe Nasf fora composta por sete profissionais, com fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, farmacêutico, fonoaudiólogo, psicólogo e profissional de educação física. Porém, sem formação inicial e apropriação das diretrizes da política Nasf e dos princípios do apoio matricial, a nova equipe continuou a reproduzir a perspectiva clínico-assistencial já adotada em anos anteriores.

Melo *et al.*²¹ destacam que as portarias nacionais que efetivam as formulações e decisões sobre o Nasf refletiram na sua implantação, mas não obrigatoriamente nas realidades locais e cotidianas das equipes, tendo em vista a diversidade e desigualdade do país, bem como as importantes especificidades na operacionalização dessa política.

Segundo dados do MS, na competência de janeiro de 2015, já estavam cadastradas 4.013 equipes em todo país, sendo 160 do estado do RN²⁰. As especificidades no processo de implantação e operação do Nasf, a dificuldade de entendimento da lógica de trabalho em equipe e do apoio matricial, e o receio de se tornar um ambulatório de especialidades, geraram desafios e dicotomias na sua atuação (atividades individuais – ações coletivas, assistência aos usuários - atuação com as equipes de referência)²³.

No município deste relato, a partir da participação de um dos profissionais da equipe no Curso de Aperfeiçoamento em Apoio Matricial com Ênfase nos Nasf, em 2016, ofertado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), percebeu-se, através do contato com os relatos de várias equipes Nasf do interior do RN, barreiras comuns a efetivação da política como o formato de atuação clínico-assistencial imposto pelos gestores, a frágil formação em apoio matricial e a falta de apropriação das diretrizes da política Nasf.

O curso fazia parte da estratégia de oferta de cursos em escala nacional para os profissionais das equipes Nasf inspirado nos referenciais da Educação Permanente em Saúde, do apoio institucional

e matricial²⁴. Através dele, foi possível (re)pensar e (re)construir o papel do Nasf e implementar estratégias para contornar as barreiras que invalidavam o apoio matricial e a clínica ampliada.

Ao longo das propostas de microintervenções do curso, foram tensionados espaços de diálogos que culminaram em redefinições de papéis entre o Nasf, gestores e equipes de referência (eSF e eSB), atendendo às profundas adequações necessárias no processo de trabalho do Nasf para que as diretrizes da política fossem efetivadas.

Com isso, foi (re)estruturada uma agenda de trabalho flexível e adaptada a realidade local, com integração das atividades clínico-assistenciais e técnico-pedagógicas, acompanhadas por estratégias de fortalecimento da autonomia da equipe Nasf, comunicação entre os atores e garantia de materiais (insumos e transporte), representando o apoio da gestão.

O Nasf do município passou a atuar na AB através da perspectiva do apoio matricial e da clínica ampliada, trabalhando transversalmente as dimensões de gestão do cuidado e de educação permanente em saúde, integrado e colaborando junto às equipes, e norteado por diretrizes do cuidado na APS apoiadas pelo Ministério da Saúde.

A organização do trabalho do Nasf deve seguir as normas publicadas pelo MS, principalmente as contempladas nos Cadernos de Atenção Básica que descrevem as diretrizes, o processo de trabalho, as principais ferramentas e as ações de responsabilidade de todos os profissionais do Nasf e as compartilhadas com as equipes de referência⁶. Entretanto, era fundamental a oferta de espaços de formação para os profissionais ingressantes nas equipes Nasf para que construíssem um processo de trabalho condizente com o papel do Nasf pretendido e regulamentado na política²⁴.

Com a formação promovida pelo curso Nasf, apesar de tardia, a agenda de trabalho da equipe do município do Seridó Potiguar passou a incluir reuniões de matriciamento; visitas e atendimentos domiciliares compartilhados; condução de grupos, oficinas e salas de espera; execução de ações programáticas; produção e utilização de ferramentas de educação em saúde; construção de ações intersetoriais (principalmente com os serviços de assistência social e educação); espaços de educação permanente e construção de Projetos Terapêuticos Singulares; apoio à gestão dos serviços ofertados; ações de saúde do trabalhador nos territórios e serviços; ações de planejamento, gestão e monitoramento do próprio trabalho; e análise da situação de saúde e demandas das eSF e territórios.

Política Nasf e a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi instituído em 2011 com o objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorarem a qualidade dos serviços de saúde através de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do processo de

trabalho, elevando o repasse de recursos do incentivo federal a partir de melhorias no padrão de qualidade no atendimento²⁷.

O programa foi constituído de ciclos de 24 meses cada e as equipes Nasf tiveram suas adesões ao PMAQ-AB a partir do 2º ciclo, com 1.813 equipes participantes (78,5% do número total), aumentando no 3º ciclo para 4.110 (91,2% do total), evidenciando a implicação dos gestores e das equipes no processo de melhoria do trabalho do Nasf e de fortalecimento do acesso bem como da qualidade dos serviços da AB. Para aderir ao 3º ciclo, as equipes Nasf tinham que estar ativas no CNES em uma das competências de julho, agosto ou setembro de 2015, estando sua adesão e contratualização condicionada a adesão ao PMAQ-AB das equipes de atenção básica as quais estavam vinculadas²⁸.

A Fase 1 correspondia ao processo de adesão e contratualização de compromissos, e a Fase 2 (certificação) correspondia à avaliação externa, análise dos indicadores contratualizados e autoavaliação. Já na Fase 3 (recontratualização) ocorria uma pactuação singular com incremento de novos padrões e indicadores de qualidade. Em cada ciclo, após a homologação da adesão e a fase 2, os municípios faziam jus ao Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, (componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável), que variava conforme o número de equipes contratualizadas, as disponibilidades orçamentárias do MS e o fator de desempenho²⁸.

A classificação das equipes considerou padrões de qualidade gerais, essenciais e estratégicos nas dimensões de (i) gestão, educação permanente e fortalecimento das ações intersetoriais; (ii) coordenação do cuidado e integração na RAS; (iii) qualificação do cuidado na AB; e (iv) ações específicas para o cuidado integral²⁵. Os indicadores de desempenho para as equipes Nasf foram avaliados a partir do índice de atendimentos (média de atendimentos individuais, de atendimentos domiciliares, de atendimentos compartilhados e de atividades em grupo realizados por profissional e registrados no Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica - SISAB/e-SUS AB), referente aos meses de setembro, outubro e novembro de 2017 e registrados até outubro de 2018²⁸.

Cabe indicar que a perspectiva clínico-assistencial foi priorizada na contratualização de metas e avaliação de indicadores pelo programa, ainda enfatizando índices de atendimentos individuais. No PMAB-AB, apesar de reconhecer a existência de atendimentos compartilhados e atividades em grupo, outras atividades do processo de trabalho do Nasf, sob a lógica do apoio matricial, não foram contempladas nos indicadores da avaliação externa, a exemplo de atividades de educação em saúde, utilização de ferramentas de gestão da clínica, atividades de apoio institucional e reuniões de equipe.

No 3º ciclo do programa, 100% das equipes de Nasf participantes no Brasil foram certificadas na Fase 1 e na Fase 2, e observou-se que 20,63% das equipes tiveram desempenho final classificado como ótimo, 26,03% como muito bom, 23,38% como bom e 19,12% como regular²⁸.

A equipe Nasf e as cinco equipes de referência do município desse relato realizaram a contratualização ao 3º ciclo do PMAQ, e houve a recontratualização da única equipe que já participava do programa. Das seis equipes de referência do município, três tiveram um desempenho classificado como muito bom, duas como bom e uma como regular, e o desempenho da equipe Nasf foi classificado como muito bom, com nota maior que sete. O teto de repasse total para o município foi de R\$60.234,47, sendo R\$4.196,43 referentes ao Nasf²⁹.

No estudo de Brocardo *et al.*³⁰ analisou-se o trabalho do Nasf e a sua integração às equipes de referência a partir de dados provenientes da avaliação externa do PMAQ e, embora sejam dados do segundo ciclo e que tenham variado conforme diferenças regionais – com inadequações e insuficiências nos estados do norte e nordeste –, os resultados apontaram potencialidades como infraestrutura, atividades de apoio matricial e atividades integradas com as equipes AB.

Do mesmo modo, os déficits revelados pelo estudo, como os relativos ao monitoramento e análise de indicadores, à formação inicial e à educação permanente, provavelmente obstaculizaram o trabalho do Nasf e a legitimação de práticas interprofissionais. No entanto, estes déficits deveriam nortear as estratégias de melhorias na política Nasf e iniciativas de reorganização e fortalecimento das equipes deveriam ter sido instituídas no lugar daquelas que viriam a provocar desmontes nessa política.

Além da falta de formação, Melo *et al.*²¹ destacam o desafio das equipes Nasf em efetivar o apoio matricial nas suas práticas nos serviços, tendo em vista os diversos contextos vivenciados nas UBS, majoritariamente permeados pela pressão das demandas de territórios com baixas condições socioeconômicas, marcados por diferentes formas de violência e com escassez de serviços especializados. Nesse sentido, evidencia-se a necessidade de implementação de estratégias que direcionem mais claramente a atuação do Nasf, considerando toda a complexidade do apoio matricial.

Entre outros aspectos, os resultados do PMAQ possibilitam caracterizar o processo de implantação do Nasf e as atividades compartilhadas com as equipes no campo da gestão, planejamento, avaliação e assistência propriamente dita. O estudo desses autores revelou que existia uma coordenação específica para o Nasf em apenas 61,6% das equipes. Ao longo da trajetória do Nasf em estudo não houve coordenação específica e assim não foi/é assegurado um representante responsável pela articulação e alinhamento entre a gestão e as equipes da UBS³⁰.

No estudo de Brocardo *et al.*³⁰ observou-se a oferta de formação específica no ingresso dos profissionais e de educação permanente para apenas, respectivamente, 45,6% e 51,6% das equipes Nasf. Considerando a experiência do Nasf do município do sertão potiguar objeto desse relato, a ausência dessa oferta provavelmente dificultou a implantação e operacionalização adequadas das equipes Nasf, impossibilitando um processo de trabalho pautado nas diretrizes dessa política. Cabe observar que a mudança positiva da lógica de trabalho no município em questão se deu a partir do incentivo à qualificação profissional de membro do Nasf em projeto nacional.

Sendo assim, a oferta de formação específica inicial e de educação permanente para os profissionais das equipes Nasf seriam estratégias de enfrentamento dos desafios para a efetivação da política da prática dos serviços, e poderiam também ter sido priorizada na trajetória cunhada às políticas e programas futuros de atenção básica. Alinhado com o panorama nacional, o Nasf do município realizava o planejamento de atividades e pactuava sua agenda de trabalho junto às equipes de referência, porém apresentava fragilidades no monitoramento e análise de indicadores e informações em saúde, dos projetos terapêuticos e dos resultados da atenção compartilhada com as equipes de referência.

O estudo de Brocardo *et al.*³⁰ ainda evidenciou que o apoio matricial das equipes Nasf estava considerando as diretrizes ministeriais, à medida que, na avaliação, destacaram-se atividades como a realização de visitas (92,8%), discussão de casos clínicos mais complexos e de eventos sentinela (88,8%), intervenção no território (86,5%) e realização de consultas compartilhadas (83,5%), que possuem grande potencial de incentivar a integração e atuação conjunta entre as equipes.

Os bons resultados tanto no 2º quanto no 3º ciclo do PMAQ-AB, em um processo avaliativo realizado pelo próprio MS em parceria com instituições de ensino e pesquisa, revelam um favorável diagnóstico do trabalho das equipes Nasf, apesar das limitações e desafios enfrentados e tendo em vista a diversidade de contextos de saúde vivenciados no território brasileiro.

Vale ressaltar que as práticas cotidianas dos Nasf nos serviços são pouco pautadas em protocolos ou metas preestabelecidas e mais dependentes da criatividade e autonomia no trabalho. Com isso, as possibilidades de atuação e a importância da política Nasf, muitas vezes, não são reconhecidas e dificilmente podem ser eficazmente mensuradas por rígidos indicadores. Além disso, os impactos da política Nasf devem ser observados por meio da avaliação das próprias eSF, à medida que essas e os usuários dos territórios são atravessados pelo trabalho do Nasf^{22,23}.

Por outro lado, os resultados negativos da avaliação do PMAQ-AB também têm o potencial de evidenciar entraves na atuação das equipes que merecem atenção e estratégias diferenciadas dos entes federativos. Apesar disso, no desenho e na implementação verticalizada da PNAB de 2017, os

potenciais resultados do PMAQ-AB para os Nasf brasileiros não foram adequadamente considerados. Sem reconhecer a importância do compartilhamento de práticas e experiências interprofissionais e distante das diretrizes oficiais da Política do Nasf, verifica-se, na PNAB de 2017, o comprometimento do potencial de qualificação do cuidado ampliado em saúde¹¹.

Desmonte da Atenção Básica: trajetória do retrocesso na Política Nasf

No ano de 2016, no Brasil, durante o governo de Dilma Rousseff, aconteceu o ataque político-judicial que culminou no afastamento da presidenta da república, incitado pelo poder estrutural do capital financeiro, pelas contradições inerentes aos modelos de crescimento econômico e coalizão política e pela revolta das camadas socioeconomicamente médias³¹.

Com o governo de Michel Temer o neoliberalismo floresceu e, além de todas as fragilidades existentes, o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) passou sofrer perdas a médio e longo prazo com a aprovação da EC 95/2016⁸ (a emenda do “teto dos gastos”), que alterou a regra de fixação do gasto mínimo na saúde e na educação^{2,31}.

A implementação da EC 95/2016 agilizou-se um fluxo financeiro de um montante congelado por vinte anos, que seguiu a lógica da produção/oferta e evidenciou uma agenda governamental que impulsionou o desfinanciamento do sistema e o desmonte da atenção básica². Com isso, o país passa a sofrer previsíveis retrocessos nos índices de saúde e no desempenho dos serviços, com o consequente retorno de doenças outrora erradicadas, aumento da mortalidade infantil, acentuação das doenças crônicas não transmissíveis e do câncer, além da clara priorização de um modelo de sistema de saúde biomédico e curativo³².

Apesar de reafirmar em seu texto que a Saúde da Família é estratégia prioritária para expansão e consolidação da AB, a nova PNAB, aprovada em 21 de setembro de 2017 através da Portaria nº 2.436⁹, é fruto de disputas tecno-políticas entre o MS e os representantes dos estados e municípios desde o início da sua revisão, em 2015.

A revisão da PNAB visava melhorar o acesso, acolhimento e resolubilidade dos serviços e teve apoio dos gestores municipais e estaduais, pois visavam, sobretudo, a ampliação do financiamento federal para outras formas de organização da AB, bem como para maior liberdade nos arranjos da ESF¹¹. Porém, a nova PNAB foi desenhada de acordo com a configuração política-institucional que o executivo federal, chefiado por Temer, acabou assumindo.

Dentre muitas discontinuidades, a nova política desobrigou a cobertura de 100% da população quando os territórios não apresentassem condições de maiores riscos e vulnerabilidades (rompendo com a universalidade) e recomendou que as UBS tivessem até quatro equipes, inviabilizando uma

estrutura física e logística adequada para a oferta de serviços e práticas de cuidado. Para manter a ESF como prioridade é preciso ampliar o seu financiamento e melhorar os recursos da atenção básica como um todo².

A nova PNAB ampliou as atribuições dos ACS, reconheceu outros modelos de organização da Atenção Básica nos territórios, destacando a Equipe de Atenção Básica (eAB), composta por profissionais com cargas horárias mínimas de 10 horas (prejudicando a longitudinalidade do cuidado e o trabalho em equipe), sem obrigatoriedade dos ACS e eSB, e permitindo a adoção de padrões básicos de acesso e qualidade (AB mínima), o que remete a concepção de atenção primária à saúde como um conjunto de serviços mínimos para populações pobres¹⁰.

Dentre os retrocessos observados na nova PNAB, destacam-se a fragmentação do processo de trabalho e fragilização da coordenação e longitudinalidade do cuidado a partir da composição de equipes com profissionais com apenas dez horas semanais de trabalho; provável redução no quantitativo de ACS com o fim da obrigatoriedade de 100% de cobertura do território; possível preconização de uma espécie de cesta/carteira de serviços focalizados que impactarão na integralidade da atenção básica e no direito universal à saúde².

Quanto às 4.849 equipes Nasf cadastradas nesse período, segundo dados do MS, a nova PNAB manteve as possibilidades de composição das equipes, com carga horária não detalhada, mas definiu que estas também seriam vinculadas às chamadas eAB²⁰. Na nova política, não houve qualquer reajuste dos valores per capita do financiamento da Atenção Básica, que incluía os componentes relacionados ao Nasf e ao PMAQ⁹.

O Nasf passou ser intitulado Nasf-AB, retirando o termo “apoio” da sua nomenclatura, evidenciando o abandono da lógica de trabalho pautada no matriciamento e assumindo a concepção clínico-assistencial resgatada em toda a revisão da PNAB de 2017 e que seria a partir de então a prioridade desse um núcleo “ampliado” de profissionais que passou a responder também pela demanda de equipes configuradas fora da ESF.

O apoio matricial e o institucional destacam-se entre as perspectivas clínica e política, entre a gestão e o cuidado, trabalhando transversalmente e inter-relacionando os saberes e práticas das organizações apoiadas com o intuito de produzir saúde³³. Melo *et al.*²¹ consideram o apoio como diretriz e dispositivo de ampliação da capacidade de análise e intervenção dos coletivos. Nesse sentido, inviabilizar o apoio, seja matricial ou institucional, seria mais um movimento que se somaria ao processo de desfinanciamento em curso, com o objetivo de desestabilizar e enfraquecer a política Nasf e de AB.

Apesar de, no município desse relato, o matriciamento funcionar de formar a requerer qualificação para o cumprimento de seu propósito de apoio e da lógica clínico-assistencial ter sido também adotada no contexto local da AB, a equipe Nasf local mudou de nomenclatura, adotando o termo “ampliado” em sua identificação, mas não alterou seu escopo de ações e seu processo de trabalho compartilhados com as eSF. Isso se deu pelo empoderamento da equipe em meio as relações de poder com a gestão, pela ausência de eAB no município, pelo reconhecimento social do Nasf e pelo consolidado trabalho compartilhado com as equipes de referência sob a lógica do apoio matricial.

No contexto nacional, os desmontes não impactaram no quantitativo de equipes Nasf, pois de acordo com dados do MS até competência de dezembro de 2018 as equipes cadastradas somavam 5.678, e até competência de novembro de 2019 tinham aumentado para 5.752^{20,21}. Porém, a lógica de trabalho pautada no apoio matricial foi comprometida levando em consideração que algumas equipes passaram a ter a possibilidade de ter um número mínimo ou mesmo não ter ACS, que ocupa papel central na mobilização e orientação comunitária, bem como no elo que representavam entre o serviço e a realidade dos territórios⁹.

A qualidade do cuidado compartilhado entre o Nasf e as eSF sofre alterações nos municípios que adotaram novas configurações de equipes no cenário da AB tendo em vista os prejuízos na consolidação do acesso, cobertura e resolutividade que muitas realidades locais se beneficiavam a partir dessa lógica de trabalho integral e compartilhada¹⁰.

Observa-se, portanto, que os retrocessos culminados pela nova PNAB de 2017 não repercutiram de imediato no quantitativo de equipes e serviços, mas atingiram os modelos de oferta de cuidados à saúde e os processos de trabalho do Nasf e das eSF, à medida que abriu precedentes para que as gestões municipais, cada vez mais sufocadas com o progressivo desfinanciamento federal e aumento de investimento próprio, adotassem conformações de equipes de AB e de processos de trabalhos “mais econômicas” em relação àquelas mais completas e de uma lógica de trabalho com maior potencial de promover uma assistência de qualidade¹¹.

Em meio a esse difícil contexto de transição, em 2018, o farmacêutico do Nasf-AB do município do interior potiguar, objeto deste relato, deixou o cargo e não houve reposição da categoria pela gestão municipal, deixando apenas os seis profissionais restantes³⁴. No entanto, essa não seria a única perda que a equipe viria a sofrer naquele ano. Em novembro de 2019, o MS implementou o Programa Previne Brasil por meio da Portaria nº 2.979¹², instituindo um novo modelo de financiamento da APS que revogou instrumentos normativos que definiam os parâmetros e o custeio do Nasf-AB, desvinculando a composição das equipes multiprofissionais à tipologia Nasf-AB e interrompendo novos credenciamentos.

Naquele período, o Departamento de Saúde da Família da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do MS emitiu a nota técnica nº 3/2020, que possibilitou ao gestor municipal autonomia para compor equipes multiprofissionais na AB, bem como para cadastrar os profissionais, podendo mantê-los no SCNES como Nasf-AB, vinculá-los diretamente nas eSF ou equipes de Atenção Primária (eAP), ou ainda cadastrá-los nos estabelecimentos de APS sem vinculação a nenhuma equipe¹³.

Observa-se um abandono do MS à política Nasf e à lógica do apoio matricial, deixando a cargo do gestor local os rumos deste dispositivo estratégico na AB. Os possíveis benefícios que a nota técnica destacava como justificativa são consideradas incoerentes, tendo em vista que os gestores já possuíam autonomia na composição das suas equipes e que as estratégias de saúde devem ser estruturadas conforme a necessidade dos usuários e visando a resolutividade e não considerando apenas a perspectiva gestora¹⁴.

Apesar de desobrigar a manutenção do Nasf-AB e interromper novos credenciamentos, a nota técnica ressaltou que os recursos de financiamento da APS poderiam ser aplicados pelo gestor municipal no custeio de equipes multiprofissionais, à medida que, na transição para o novo modelo de financiamento, não haveria prejuízos nos valores transferidos para os municípios quando comparados aos valores repassados anteriormente, incluindo aqueles referentes aos Nasf-AB¹³.

Com isso, a partir de janeiro de 2020, declarando ser de “interesse público e conveniência administrativa”, o prefeito do município desse relato extinguiu a equipe Nasf-AB e, através de portarias, os profissionais foram separados, mas continuaram na AB, sendo lotados em diferentes eSF³⁵, excetuando a assistente social, que foi lotada na Secretaria Municipal do Trabalho, da Habitação e da Assistência Social, perdendo a vinculação com a antiga equipe e com a atenção básica.

Após o Nasf-AB ser dissolvido e os profissionais lotados em diferentes UBS sendo intitulados de “equipe multiprofissional vinculada à Atenção Primária à Saúde”, em fevereiro de 2020, seguindo a Portaria 99³⁶ de 7 de fevereiro 2020, que redefiniu os registros de algumas equipes no CNES, os profissionais (que já não compunham mais uma equipe, em seu sentido estrito) passaram a ser eNASF-AP (equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária). A nova nomenclatura, no entanto, não veio acompanhada de orientações institucionais efetivas sobre como seria o processo de trabalho dos profissionais nesse novo (ou antigo) modelo de atuação.

Com isso, cada profissional passou a atuar individualmente através do apoio técnico-pedagógico à eSF que estava vinculado e de atendimentos individuais aos usuários encaminhados por todas as eSF, distanciando-se assim do trabalho interprofissional, interrompendo ações, projetos e acompanhamentos, gerando frustração e estresse entre os envolvidos, bem como impossibilitando o apoio matricial e a clínica ampliada que outrora alicerçavam o Nasf.

Melo *et al.*²¹ destacam que o trabalho colaborativo é dinâmico e requer tempo e o investimento para a integração da equipe na prática dos serviços. Recolocar os seus profissionais do Nasf em outros equipamentos, conforme sugerido na nota técnica, gera quebra na continuidade do trabalho colaborativo e impõe limites na atuação sob a lógica do apoio matricial. Paulino *et al.*¹⁴ salientam que o Nasf não é um dispositivo que se traduz apenas no acréscimo de outras profissões da saúde para apoiar as eSF, mas garante, através da ação ampliada, a consecução do trabalho interprofissional, que atende ao princípio de integralidade do SUS.

A imprevisibilidade do custeio da política Nasf, a desobrigação de direcionar recursos para as equipes Nasf, a atenção secundária altamente demandada, as declarações e posicionamentos que demonstravam uma política de governo que desacreditava em programas e dispositivos da AB como Nasf formaram um cenário desfavorável à continuação das equipes Nasf.

No contexto nacional, os relatórios públicos do portal E-Gestor Atenção Básica demonstram que, antes da implementação do novo modelo de financiamento da AB, o Nasf ainda apresentava uma evolução positiva em sua cobertura, existindo 5.728 equipes em dezembro de 2019²⁰. Porém, a partir do Programa Previne Brasil, observou-se no CNES entre dezembro de 2019 e julho de 2020 uma redução de 6% dos municípios que tinham equipe Nasf em todo Brasil e de 11,5% do número total de equipes. Essas reduções são mais marcantes nas regiões sul e sudeste^{19,37}.

Até a competência de dezembro de 2021, observam-se mais reduções, constando no CNES o registro de 5.381 equipes eNASF-AP, existindo ainda equipes Nasf na modalidade 1 (109 equipes), na 2 (22 equipes) e na 3 (13 equipes). No estado do Rio Grande do Norte consta o registro de 156 eNASF-AP, e ainda 6 equipes Nasf na modalidade 1, duas na 2 e uma na 3¹⁹. Apesar de não ser possível quantificar, vale ressaltar que, quando a nota técnica nº 3 foi publicada, também foram previstos impactos nos municípios em fase de implementação e os que não haviam iniciado a solicitação desse processo, pois a anulação de novos credenciamentos inviabilizou as tentativas de estruturação de equipes, impedindo a expansão desse dispositivo estratégico¹⁴.

Além de investimento, a integração dos profissionais de uma equipe requer tempo, pois envolve o campo dos valores, o diálogo entre as competências, o exercício da autonomia, o entendimento das relações entre os saberes profissionais e o reconhecimento das limitações diante das necessidades de saúde dos usuários³⁸.

Se anterior à desobrigação do Nasf, evidenciava-se que muitos municípios não dispunham o programa de maneira funcional, os recentes instrumentos normativos efetivaram os retrocessos nesse dispositivo estratégico³⁹. Com a interrupção do cadastramento de novas equipes e a exclusão do Nasf

do rol de serviços estratégicos financiados com recursos federais desestimulam a manutenção das suas equipes³⁷.

Quando foi implementado, o novo modelo de financiamento foi considerado descomprometido com a política Nasf e toda lógica de trabalho promovida na AB, e especialistas no assunto previram que a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade acabam não sendo garantidas e passam a depender exclusivamente da gestão municipal, que continua sofrendo indução financeira pelo desfinanciamento federal¹⁴.

Embora a literatura careça de estudos mais recentes acerca da avaliação de impactos diretos sobre o processo de trabalho e a assistência à saúde na AB a partir do novo modelo de financiamento, o que se percebe no cenário de investigação é a concretização do que era previsto, configurando um cenário fértil para a precarização do atendimento e prejuízos à resolutividade, descentralização e longitudinalidade da assistência.

Ao anular as potencialidades e a sustentabilidade desse dispositivo induzindo uma configuração na AB sem o apoio do Nasf, o novo modelo de financiamento inviabiliza o trabalho integrado e compartilhado com as equipes de referência, reduz a eficácia de estratégias de saúde coletivas e individuais e aumenta a demanda de outros setores de saúde por agravos passíveis de prevenção a níveis primários¹⁴.

Apesar dos diversos arranjos na composição e atuação do Nasf e de todos os desmontes que obstaculizam a sua continuação, esse dispositivo estratégico aproveita os espaços de atuação para reafirmar o seu potencial de aumentar a qualidade e resolutividade da AB, à medida que contribui com a equidade no SUS e com a prestação de uma atenção mais eficaz⁴⁰.

Nesse sentido, observou-se que contextos que ainda existiam equipes Nasf ou equipes correlacionadas a perspectiva de trabalho da política Nasf, houve um processo de trabalho compartilhado e integrado com as equipes de referência, que fortaleceu a AB e, mais recentemente, qualificou o enfrentamento da pandemia pelo novo coronavírus, sendo com isso elencada a importância do trabalho em equipe e do apoio matricial⁴¹⁻⁴⁴.

Considerações finais

A partir do resgate da trajetória local de uma equipe Nasf do interior do nordeste brasileiro, foi possível visualizar como as potencialidades dessas equipes multiprofissionais integradas às equipes de saúde da família foram duramente suprimidas pelos instrumentos normativos publicados ao longo da segunda metade da década de 2010 que fazem parte de uma política de governo que vem

desmontando um dispositivo estratégico importante e de grande impacto para o fortalecimento da ESF, dificultando assim a reorganização e consolidação da AB no país.

No decorrer desse ensaio crítico, observou-se que as mudanças graduais nas prioridades do cenário normativo que orienta as políticas de saúde, ou seja, na macropolítica, rapidamente produziram desastrosos reflexos locais, micropolíticos, evidenciados pelo abandono dos princípios que validam a promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravados, valorizando o enfoque nas ações assistenciais.

Resistindo aos retrocessos na Política Nacional de Atenção Básica que alimentam o modelo biomédico de atenção à saúde ainda hegemônico nos serviços, algumas equipes Nasf que seguiram resistindo, mesmo que funcionassem já com dificuldades e respeitando-se as diferenças locais. O trabalho que justificou a idealização e implantação do Nasf é aquele colaborativo e integrado com as equipes de referência, que incorpora novas práticas e troca de saberes, alicerçado no apoio matricial e na clínica ampliada e contrário à lógica de trabalho biologicista, tecnicista, fragmentada e sem vinculação.

Evidenciar o papel e a importância das políticas públicas de saúde voltadas à melhoria da AB, como a política Nasf, reconhecendo seus incontestáveis avanços e possibilidades de expansão e reinvenção, pode subsidiar e impulsionar movimentos contrários aos desmontes em curso, que reivindiquem uma gestão em saúde adequada, que qualifique o processo de trabalho e cuidado em todos os níveis de atenção e que garanta a sobrevivência do SUS.

Longe da intenção de discutir toda a complexidade envolvida na trajetória de construção e destruição da política Nasf, as questões apresentadas e refletidas a partir deste relato apontam a necessidade de estudos que discutam políticas públicas, programas e dispositivos estratégicos que atuem como mecanismos de reorientação do modelo assistencial e de resposta às demandas e especificidades oriundas do processo de regionalização que o SUS assumiu, destacando e publicizando seus impactos no acesso e nos indicadores de saúde da população.

Os retrocessos na política Nasf mudam a estrutura organizacional imposta pelos gestores e promovem a substituição da operacionalização de um trabalho na perspectiva do apoio matricial na AB pelo tradicional e ineficiente trabalho uniprofissional, isolado e puramente assistencial, suprimindo o potencial das equipes e anulando a construção de valores, ações e transformações que o trabalho interprofissional vinha promovendo nos equipamentos de saúde e nos territórios brasileiros.

Como limitações da presente pesquisa, pode-se apontar as várias lacunas nos registros de implantação do Nasf no município sob estudo, deixando a história vaga, assim como a dificuldade de sintetizar os instrumentos normativos responsáveis pela implantação e pela extinção da política Nasf,

além dos aspectos mais importantes das vivências locais, que se perderam por falta de publicações. No entanto, considerando que as necessidades de qualificação de registros são também compartilhadas com municípios de características semelhantes ao que foi objeto desse relato, a documentação realizada neste trabalho também contribui para visibilizar a necessidade de qualificação de investimentos na estrutura informacional de saúde, bem como do estímulo à publicização de vivências no interior dos serviços.

Referências

1. Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Presidente da República, 1988. 496 p.
2. Giovanella, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. Cad. Saúde Pública. 2018; 34(8): e00029818.
3. Pedro M, Rodrigues D, Silva D. Saúde é o que interessa? A influência do PSF no alcance da meta de redução da mortalidade infantil dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (2000-2011). Pol. Hoje. 2016; 25(2):175-212.
4. Alvim, NAT. Health under integrality perspective. Esc Anna Nery. 2013; 17(4): 599-601.
5. Shah R, Kennedy S, Clark MD, et al. Primary care-based interventions to promote positive parenting behaviors: a meta-analysis. *Pediatr.* 2016, 137(5).
6. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica número 39: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica; 2014.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União. 24 Jan 2008.
8. Brasil. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 dez. 2016.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 21 Set 2017.
10. Almeida ER, Sousa ANAS, Brandão CC, et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015-2017). *Rev Panam Salud Pública*; 2018, 42: 180.
11. Feltrim AFS, Coneglian TV. A nova política nacional de atenção básica e o contexto atual de saúde: uma reflexão crítica. *CuidArte Enfermagem.* 2019, 13(1): 56-61.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2020. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS. Diário Oficial da União. 28 Set 2017.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 3 de 27 de janeiro de 2020. Gabinete do Ministro. Departamento de Saúde da Família. 27 Jan 2020.
14. Paulino KC. Reflexões sobre o novo financiamento da atenção básica e as práticas multiprofissionais. *Brazilian Journal of Development.* 2021, 7(1): 5362-5372.
15. Severino AJ. Metodologia do trabalho científico. Cortez Editora: São Paulo, 1. ed., 2013.

16. Serviço Geológico do Brasil. Projeto cadastro de fontes de abastecimento por água subterrânea. Diagnóstico do município de Jardim de Piranhas, estado do Rio Grande do Norte. Recife: CPRM/PRODEEM; 2005.
17. Bezerra E, Corteletti RF, Araújo IM. Relações de trabalho e desigualdades de gênero na indústria têxtil e de confecções do nordeste. Caderno CRH [online]. 2020, 33.
18. IBGE. Instituto brasileiro de geografia e estatística. Divisão regional. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. IBGE, 2022.
19. CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Relatórios, consulta, tipos de estabelecimentos. Secretaria de Atenção à Saúde, 2020.
20. Brasil. Histórico do quantitativo de equipes e serviços custeados. E-Gestor-Atenção Básica: Relatórios Públicos. 27 mai 2022.
21. Melo EA, Miranda L, Silva AM, et al. Dez anos dos núcleos de apoio à saúde da família (nasf): problematizando alguns desafios. Saúde Debate, 2018, 42: 328-340.
22. Tesser CD. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. Interface comun. Saúde Educ. 2017, 21(62): 565-578.
23. Sampaio J, Sousa CSM, Marcolino EC, et al. O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. Rev. Bras. Ciênc. Saúde. 2012, 16(3):317-324.
24. Melo EA, Vianna EC, Pereira LA. Caderno do curso Apoio matricial na atenção básica com ênfase nos NASF: Aperfeiçoamento. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União. 22 Out 2011.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124 de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Gabinete do Ministro. Diário Oficial da União, 29 Dez 2012.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Diário Oficial da União. 3 Out 2015.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 10 de maio de 2019. Define os municípios e valores mensais referentes à certificação das equipes da atenção básica e os NASF participantes do 3º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Diário Oficial da União. 11 mai 2019.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.777, de 4 de setembro de 2018. Define os municípios e valores mensais referente ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Diário Oficial da União. 5 Set 2018.
30. Brocardo D, Andrade CLT, Rodrigues MC, et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. Saúde Debate, 2018, 42(1): 130-144.
31. Bastos PPZ. Ascensão e crise do governo Dilma Rousseff e o golpe de 2016: poder estrutural, contradição e ideologia. Rev. Econ. Contemp., 2017, 21(02): 1-63.
32. Mario CG, Barbarini TA. A perversão da agenda da saúde pública brasileira: Da saúde como direito universal à cobertura universal em saúde. Revista Estado y Políticas Públicas, 2020, 14: 69-91.

33. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção. Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, DF, 2008, 4. ed.
34. Jardim de Piranhas. Prefeitura Municipal. Portaria nº 159, de 03 de abril de 2018. Dispõe sobre a demissão de servidor público municipal e dá outras providências. Gabinete do Prefeito: Jardim de Piranhas (RN), 2018.
35. Jardim de Piranhas. Prefeitura Municipal. Portaria nº 009, de 02 de janeiro de 2020. Dispõe sobre a lotação de servidor público municipal e dá outras providências. Gabinete do Prefeito: Jardim de Piranhas (RN), 2020.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 99 de 07 de fevereiro de 2020. Redefine registro das equipes de atenção primária e saúde mental no cadastro nacional dos estabelecimentos de saúde (CNES). Diário Oficial da União. 08 Fev 2020.
37. Almeida ER. Previne Brasil e os efeitos sobre a cobertura de equipes Nasf. 4º CBPPGS; SA32, eixo 4.1 atenção, política e gestão, 2021, 34406.
38. Silva EM, Moreira MCN. Equipe de saúde: negociações e limites da autonomia, pertencimento e reconhecimento do outro. Ciênc Saúde Colet, 2015, 20 (10): 3033-3042.
39. Carvalho LGF. Impactos da desobrigação do NASF na APS. Rev. APS. 2020, 23(2): 167 – 168.
40. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
41. Oliveira MAB, Monteiro LS, Oliveira RC, et al. A prática do núcleo de apoio à saúde da família do Recife no enfrentamento à pandemia COVID-19. APS em Revista. 2020, 2(2): 142-150.
42. Rodrigues AP, Felipe CR, Lima DB, et al. Telemonitoramento como estratégia de cuidado longitudinal a grupos prioritários em tempos da COVID-19: uma experiência na atenção primária à saúde do município de Vitória-ES. APS em Revista. 2020, 2(2): 189-196.
43. Ribeiro MA, Araújo Júnior DG, Cavalcante ASP, et al. (RE)organização da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19: Experiência de Sobral-CE. APS em Revista. 2020, 2(2): 177-188.
44. Fernandez MV, Castro, DM, Fernandes LMM, et al. Reorganizar para avançar: a experiência da Atenção Primária à Saúde de Nova Lima/MG no enfrentamento da pandemia da COVID-19. APS em Revista. 2020, 2(2): 114-121.

Como citar: Martins FES, Rolim ACA. Construção, potencialidades e desmontes da lógica do apoio ao trabalho na atenção básica: relato crítico de município do nordeste brasileiro. *Saúde em Redes*. 2023;9(2). DOI: 10.18310/2446-4813.2023v9n2.3968

Submissão: 14/11/2022

Aceite: 08/05/2023