

**CONSOLIDAÇÃO DO NASF NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO
DA LITERATURA**

NASF CONSOLIDATION IN PRIMARY HEALTH CARE: A LITERATURE REVIEW

Carine Vendruscolo
Jacqueline Hermes
Paula Corrêa

61

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada estratégia central para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde e reguladora do acesso e utilização dos serviços. Diante das constantes necessidades de mudança na forma de produzir e prestar o cuidado passou por processos de reestruturação e reorganização. Foi implantada a Estratégia Saúde da Família (ESF) e, com a necessidade de ampliar e qualificar as práticas, o Ministério da Saúde introduziu o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), com a prerrogativa de apoio matricial às equipes generalistas da ESF, mediante trabalho compartilhado. Esse estudo objetiva descrever, a partir da literatura, a atuação do Nasf nesse nível de atenção, e refletir sobre os desdobramentos dessa proposta no território nacional. Revisão de literatura, com busca de materiais no banco de dados online, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando o descritor “Atenção Primária à Saúde” e o termo “Núcleo de Apoio a Saúde da Família”. Foram encontrados 103 artigos, 99 com textos completos. Seleccionados 19 para leitura na íntegra, dos quais 10 foram referenciados, além de outros materiais importantes relacionados ao tema. O estudo demonstrou aspectos positivos vinculados à implantação do Nasf, o que confirma o impacto dessa estratégia nos serviços de APS. Ao mesmo tempo, ainda são percebidos desafios e fragilidades a serem aprimorados para contemplar as diretrizes atribuídas ao Nasf.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Saúde Pública; Sistema Único de Saúde; Política de Saúde.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) is considered the main strategy for strengthening the Unified Health System and regulating access of using the services. Towards the constant needs for change in the way care is produced and provided, underwent restructuring and reorganization processes. The Family Health Strategy (ESF) was

implemented and, with the need to expand and qualify the practices, the Ministry of Health implemented the Family Health and Primary Health Care Expander Support Center (Nasf-AB), with the prerogative of supporting the generalist teams of the Family Health Strategy through shared work. This study aims to describe, based on literature, the performance of Nasf in this level of attention, and reflect on the unfolding of this proposal in the national territory. A literature review was carried out, with a search for materials in the online database, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), using the descriptor "Primary Health Care" and the term "Family Health Support". A total of 103 articles were found, 99 were complete texts. 19 were selected for full reading, 10 were referenced, in addition to other important materials related to the topic. The study demonstrated positive aspects related to the implementation of Nasf, which confirms the impact of this strategy on APS services. At the same time, there are still some challenges and weaknesses that need to be improved to take into account the guidelines assigned to Nasf.

Descriptors: Primary Health Care; Public Health; Unified Health System; Health Policy.

INTRODUÇÃO

Ao considerar a história da saúde pública no Brasil, destacam-se dois acontecimentos que marcaram sua evolução: o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, nas décadas de 1970 e 1980, que mobilizou a sociedade e propôs novas políticas, modificando a forma de organização e as práticas em saúde e posteriormente, a criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). A criação do SUS foi consequência da Reforma e ambos tiveram como marco histórico a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986¹.

O SUS, desde então, vem propondo novos programas e estratégias para a consolidação da proposta que tem como prerrogativa a saúde como direito. Gradualmente, estes são inseridos, de acordo com as necessidades políticas, socioculturais e possibilidades econômicas do país. De forma ampla, sua responsabilidade é de proporcionar ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação, por isso é considerado um sistema complexo. Os fundamentos legais do SUS estão explicitados na Constituição Federal de 1988 e regulamentados pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) 8.080 e 8.142, sancionadas em 1990².

Nesse contexto de aprimoramento do SUS, emergiu, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), instituído pelo Ministério da Saúde (MS), com o propósito de modificar o modelo assistencial até então vigente. Com o novo modelo, a família e o espaço em que ela está inserida passam a ser os objetos da atenção em saúde. Sequencialmente, em 1996, o MS renomeou este programa como Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o propósito de modificar o processo assistencial, no qual as equipes da Saúde da Família (eSF), compostas por profissionais generalistas (médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas), técnicos e agentes de saúde, os quais passam a atuar mais próximos da população, configurando-se, portanto, como estratégia permanente para atender os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) e não mais, como um programa pontual¹.

No ano de 2008, com a intenção de preencher os espaços não contemplados pela ESF, ampliando sua cobertura, o MS propôs uma nova estratégia para ampliar a resolutividade no âmbito da Atenção Básica (AB), inicialmente, intitulado Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Com o objetivo de oferecer apoio/suporte à AB, as equipes de profissionais, com diferentes especialidades, emergem como proposta para a construção de redes articuladas de atenção e cuidados. As equipes de profissionais do NASF, organizadas interdisciplinar e intersetorialmente, deviam reorientar e reorganizar o modelo de gestão e de atenção à saúde, atuando juntamente com as eSF, numa parceria colaborativa, ampliando o escopo de olhares e ações³⁻⁷.

A Portaria Nº 2.436 de 21 de setembro de 2017 revisa e aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e estabelece a revisão de diretrizes para a organização da AB no contexto do SUS. Essa nova versão faz algumas modificações sobre as atribuições e formações das equipes que compõem a AB, podendo ser eSF ou eSF. A partir disso, o NASF passa a ser denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), como equipe multiprofissional, composta por profissionais cujas categorias constem no Código Brasileiro de Ocupações (CBO) da área da saúde e complementares às equipes que atuam na AB, de forma a garantir suporte clínico, sanitário e pedagógico aos profissionais da eSF⁶.

A escolha das categorias profissionais é de autonomia do gestor, de acordo com a demanda e as necessidades locais. Espera-se que o Nasf-AB realize

apoio/suporte às eSF de forma horizontal e interdisciplinar com os demais profissionais generalistas, compondo intervenções colaborativas, a partir de problemas e demandas de saúde do território, construindo um processo de trabalho fundamentado na troca de saberes e na gestão do cuidado⁶.

A fim de refletir sobre a importância do trabalho realizado pelas eSF e reconhecer a influência do Nasf-AB para o trabalho na Rede de Atenção à Saúde (RAS), este artigo objetiva descrever, a partir da literatura, sobre a atuação do Nasf-AB nesse nível de atenção, e refletir sobre os desdobramentos dessa proposta no território nacional.

O interesse por este tema de pesquisa e sua relevância tem a ver com a importância do apoio das equipes interdisciplinares e especializadas do Nasf-AB, para ampliar a resolutividade da AB. Nesse sentido, a proposta da pesquisa é ampliar o debate e os conhecimentos acerca do tema proposto, pois parece ser profícua a atuação dos profissionais a partir do apoio interdisciplinar, em rede, de forma integrada e complementar.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, cujo processo baseia-se em apresentar uma síntese dos materiais disponíveis acerca do tema. A coleta de dados foi realizada no período de agosto a setembro de 2018, sendo que a busca de materiais ocorreu na base de dados online: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando-se o descritor “Atenção Primária à Saúde” com o termo “Núcleo de Apoio a Saúde da Família”, combinado com o operador booleano “and”. Destaca-se a opção pelo termo e não descritor, pois se trata de uma estratégia brasileira e, portanto, acredita-se que boa parte da publicação científica sobre o tema seria resgatada mediante o uso dessa expressão. Ainda, tendo em vista que a mudança da PNAB é recente, não há muitos trabalhos publicados que assumiram o termo Nasf-AB.

Os critérios para inclusão dos estudos foram: textos completos, no idioma português, que tivessem como tema principal o NASF/Nasf-AB, com data posterior a 2008 que foi o ano de implantação do NASF na AB no País. Além disso, foram

utilizados documentos do MS e alguns artigos indicados pelas orientadoras. Como critérios de exclusão foram observados: artigos em forma de apostilas, cartas e editoriais, que não estivessem disponíveis na íntegra.

A partir dessa busca, foram encontrados 103 artigos, sendo 99 com textos completos e a partir destes foram selecionados 19 para leitura na íntegra e selecionados para análise, dez artigos, os quais se adequaram aos critérios estabelecidos.

Desta forma, foi elaborada a fundamentação teórica do presente estudo, inicialmente, contextualizando fatos históricos determinantes, passando pela a efetivação da ESF e posteriormente, a implantação de uma equipe de suporte denominada NASF, atualmente designada como Nasf-AB. As discussões a seguir propõem a discussão e a reflexão acerca desses movimentos da AB no país.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A AB é o eixo estruturante da Saúde Pública no Brasil, com características de descentralização e trabalho em redes, tendo como principal desafio investir na proximidade das eSF ou equipe de atenção básica (eAB) com a população, facilitar o acesso e garantir um atendimento de qualidade e resolutivo em suas ações. Nesse contexto o Nasf-AB representa um dispositivo criado com a intenção de melhorar a qualidade dos serviços prestados na AB, através de uma equipe multiprofissional que por meio da formação em diferentes áreas do conhecimento poderá garantir maior resolutividade da atenção^{3,5-6,8-9}.

O NASF foi criado por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em quatro de março de 2008⁵. Atualmente, é regulamentado pelas portarias vigentes: Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, e pela Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, que redefine os parâmetros de vinculação das modalidades um e dois, além de criar a terceira modalidade (as modalidades referem-se à constituição das equipes, número de profissionais, área de formação, equipes as quais estão vinculados e carga horária)^{6,10,11}.

Quadro 1 – Modalidades de Nasf, conforme a Portaria nº 3.124/2012¹¹:

Modalidades	N. de Equipes Vinculadas	Somatória das Cargas Horárias Profissionais *
NASF 1	5 a 9 eSF ^{***} e/ou eAB ^{****} para populações específicas (eCR ^{**} , equipe ribeirinha e fluvial).	Mínimo 200 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 80h de carga horária semanal.
NASF 2	3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, equipe ribeirinha e fluvial).	Mínimo 120 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal.
NASF 3	1 a 2 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 80 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal.

Fonte: DAB/SAS/MS, 2013.

*Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas.

**Equipe Consultório na Rua.

*** Equipe Saúde da Família.

**** Equipe de Atenção Básica.

O objetivo de instituir o NASF que, posteriormente, passa a designar-se Nasf-AB, foi promover o trabalho compartilhado entre os profissionais desta equipe juntamente com os integrantes das eSF, considerando a ESF como estratégia prioritária para a reorientação dos serviços de uma Rede articulada e integral de atenção e a porta de entrada dos usuários na AB, sendo, portanto, ordenadora das RAS. A organização do processo de trabalho do Nasf-AB deve ser de acordo com a demanda do território em que estiver inserido, priorizando, essencialmente, o trabalho compartilhado, dividindo responsabilidades e experiências e capacitando através das trocas de saberes todos os profissionais envolvidos⁶.

Desde sua implantação o Nasf-AB vem passando por ajustes pelo MS, com a intenção de qualificar essas equipes, conforme se observou novas necessidades e demandas. Foram produzidos e publicados materiais de apoio e diretrizes, aumentaram os incentivos financeiros, criaram-se oficinas e incluiu-se o Nasf-AB no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ)^{5-6,10-11}.

Planejar atividades em conjunto com as equipes de AB é tarefa primordial do Nasf-AB, além disso, outras duas competências específicas dessa equipe são descritas na PNAB de 2017:

“Contribuir para a integralidade dos cuidados aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários; e Realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes dentre outros, no território”^{6:15}

A criação do Nasf-AB representa um movimento inovador do MS, objetivando a reestruturação do cuidado na AB através de um trabalho integrado entre equipes e

a articulação de estratégias de relacionamento interdisciplinar e da corresponsabilização na prestação do cuidado. Essa estrutura visa reflexos positivos na qualidade e resolutividade do atendimento à população^{4,12}.

A Saúde Pública no Brasil como garantia e direito de todos é um direito adquirido e considerado recente, aproximando-se de completar 30 anos. Nesse processo, muitos foram os avanços e melhorias e permanecem fragilidades e desafios, porém é inegável referenciar as contribuições que a ESF e o Nasf-AB mobilizaram, e continuam mobilizando, no processo de planejamento, organização e acesso aos serviços de saúde na AB³.

O emprego do termo “apoio” no contexto da saúde surgiu há 18 anos, sendo utilizado em textos como uma metodologia de trabalho a ser realizada por um profissional ou grupo de profissionais. O apoio, enquanto ferramenta advém da articulação de saberes e necessidades dos trabalhadores e do controle social, utilizando a equipe como objeto de intervenção e de modificação. Campos é um dos autores de referência que aborda a sistemática “apoio” na área da saúde, por meio do “Método Paidéia” que se refere a uma rede conceitual e metodológica para apoiar à cogestão de coletivos, através de três eixos de aplicação: apoio Institucional, apoio matricial e clínica ampliada e compartilhada. Esse método utiliza, essencialmente, a experiência de trabalho, com reflexões teórico-metodológicas e sistematização, trabalho compartilhado e interdisciplinar¹³⁻¹⁴.

O apoio matricial prevê contribuir no controle do excesso de encaminhamentos, visando um trabalho de compartilhamento de saberes e corresponsabilização territorial, dessa forma, ampliando a resolução dos problemas e a resolutividade nos serviços ofertados pela equipe¹⁴. Contudo, o apoio matricial, assumido pelas equipes do Nasf-AB, altera o modelo tradicional de referência e contrarreferência, indo além da lógica do encaminhamento e destacando o paciente como componente central a ser acompanhado por uma equipe especializada e de referência¹⁵.

“Apoio matricial: sugere um modo de funcionamento para o trabalho em rede, valorizando uma concepção ampliada do processo saúde-doença, a interdisciplinaridade, o diálogo e a interação entre profissionais que trabalham em equipes ou em redes e sistemas de saúde”^{13:984}

Outro aspecto importante é a multiprofissionalidade relacionada ao apoio matricial. Através de um espaço de interação de saberes, com diferentes profissionais, se favorece a ampliação dos conhecimentos e do trabalho em rede, se torna possível a construção de um plano terapêutico singular, quando esse for necessário, o que contemplaria outro eixo do Método Paidéia: a Clínica Ampliada e Compartilhada¹²⁻¹³.

Um estudo realizado com 19 enfermeiros de eSF em João Pessoa-PB pesquisou a opinião destes sobre o trabalho desenvolvido por equipes de apoio, como o Nasf-AB. Os participantes relataram que as equipes do Nasf-AB atuam de forma integrada a eSF, apesar de observarem que há necessidade de ampliar essa integração. Além disso, foi relatado que a metodologia do trabalho adotada pelas equipes multiprofissionais do Nasf-AB apresenta resultados positivos para a comunidade, ampliando as ações na AB, e contemplando o ideal de equipe de apoio às eSF¹⁶.

Em vista disso, foi possível perceber a importância do apoio enquanto ferramenta para um trabalho em equipe e entre equipes, contribuindo para uma melhor resolutividade dos serviços. Ao mesmo tempo, também foi explícito como objetivo ampliar esta integração entre equipes e melhorar a formação dos novos profissionais da área da saúde, com vistas a fomentar trabalho compartilhado, interdisciplinaridade, entre outros^{12,16}.

Objetivando ultrapassar a lógica fragmentada da atuação dos profissionais em saúde, o Nasf-AB, por meio de sua equipe multiprofissional, atua com uma proposta de trabalho interdisciplinar e um processo de fazer o cuidado de forma coletiva. Nesse sentido, um dos desafios do Nasf-AB é consolidar o uso de ferramentas, como as propostas pelo Método Paidéia (apoio institucional, apoio matricial e clínica ampliada e compartilhada) na prática assistencial com os demais profissionais que se corresponsabilizam com o cuidado¹⁷.

Em relação às dificuldades percebidas frente ao apoio matricial, profissionais de equipes de Nasf-AB e eSF da cidade de São Paulo destacaram: a elevada demanda no trabalho de médicos e enfermeiros, o tipo de formação e a experiência de cada profissional que pode facilitar ou dificultar o trabalho compartilhado, as exigências da população e da gestão local, bem como, a sobrecarga frequente em todos os níveis de atenção, dentro das RAS no município¹⁸.

Outro fator implicador percebido é a formação dos profissionais da área da saúde, destacando uma incompatibilidade quanto ao preparo desses profissionais na graduação, diante das demandas e necessidades propostas pelo SUS. Para os autores, possivelmente, temas essenciais atribuídos à ESF e ao Nasf-AB, como trabalho em equipe, vínculo e acolhimento, estejam sendo abordados de forma superficial pelas instituições formadoras¹⁶.

Ao abordar as fragilidades apontadas na literatura, percebido como um desafio a ser superado segundo os profissionais do Nasf-AB, é a resistência das eSF, que justificam como distintas as realidades de trabalho de cada grupo e desconhecem à proposta de trabalho compartilhado entre as equipes, situação está que se repete em vários outros municípios brasileiros. Conforme as percepções dos profissionais do Nasf-AB os profissionais do eSF não reconhecem o Nasf-AB como suporte para a prestação de um cuidado compartilhado aos pacientes, demonstrando uma percepção errônea de transferência total do usuário ou “problema” da equipe de origem para a equipe de suporte¹⁹.

Para que seja possível alcançar os objetivos esperados entre o trabalho compartilhado destas equipes tornam-se indispensáveis mudanças nas rotinas de trabalho, buscando alterar o foco do modelo biomédico que se tem hoje, onde de maneira geral as eSF trabalham de forma a priorizar as demandas assistenciais, curativas e individuais, e partindo para uma organização e sistematização das equipes e do cuidado com foco na prevenção e promoção da saúde em coletivos¹⁹.

A falta de conhecimento mais aprofundado sobre a clínica ampliada por parte dos profissionais da ESF foi percebida como fator limitante para o trabalho integrado com o Nasf-AB, observando pouco ou nenhum embasamento por parte deles sobre o tema. Aspectos relacionados à falta de clareza sobre conceitos e práticas de trabalho sugerem um investimento em educação permanente, com as equipes, que pode até mesmo ser realizado pela própria equipe Nasf-AB¹⁷.

Um estudo realizado com enfermeiros atuantes em eSF demonstrou que os participantes não reconhecem as reuniões de equipe como um espaço de troca de saberes e construção coletiva para a cogestão em saúde. Ao mesmo tempo, o grupo aborda a necessidade de rever a organização do processo de trabalho, tanto dos atendimentos individuais quanto os trabalhos em grupo realizados pelas equipes ¹⁶.

“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 organização de agendas menos padronizadas”^{18:704}

Representantes do Nasf-AB e gestores de Goiânia apontam a falta de estrutura física, de materiais e de profissionais como fator dificultante da organização do processo de trabalho. Essa queixa é comum a outras pesquisas realizadas no País sobre a implantação do Nasf-AB, referindo precariedade nas estruturas físicas das unidades de saúde, carência de materiais, especialmente para as atividades em grupo e de educação permanente¹⁹.

Em pesquisa realizada com usuários assistidos por equipes de Nasf-AB, há relatos de melhora nas condições de saúde de um modo geral ao participarem de orientações sobre a saúde nutricional, grupo de prática de atividades físicas e de terapia coletiva, proporcionando melhorias no cotidiano individual e familiar. Por outro lado, o mesmo estudo identificou a falta de entendimento da maioria das pessoas sobre a sigla Nasf-AB e também falhas na divulgação dos serviços ofertados, sendo que não devem ser porta de entrada para AB²⁰.

Outro estudo demonstrou que as ações executadas pelas equipes de Nasf-AB apresentam impactos positivos sobre as comunidades em que atuam. São relatos: comprometimento e atenção dos profissionais quanto à resolutividade dos problemas, competência nas práticas assistenciais ofertadas, e confiança transmitida aos pacientes que comentam sobre a facilidade e garantia de acesso, bem como o acolhimento e carinho recebidos, nesse sentido as falas demonstram que os serviços supriram as necessidades²¹.

Pesquisa realizada com representantes de diferentes segmentos, gestores, profissionais do Nasf-AB e profissionais da ESF apontou inúmeros aspectos positivos em relação às atividades do Nasf-AB no município do estudo. Cita-se, dentre estes: a diminuição do uso de medicamentos controlados, a redução no número de

internações hospitalares, bem como de encaminhamentos para especialidades médicas. Refere ainda uma adesão dos profissionais da ESF em atividades como discussão de casos e uma maior satisfação pessoal dos profissionais de saúde em relação aos trabalhos ofertados. Os profissionais falam que não conseguem visualizar mais o trabalho sem esta articulação, sendo o Nasf-AB um elo entre todas as equipes, foi um transformador na construção do atuar em conjunto¹².

Muitas conquistas foram relacionadas à implantação do Nasf-AB: programas que não existiam foram criados, houve uma expansão nas ações oferecidas pela AB, bem como, uma ampliação do olhar de como prestar o cuidado em todos os ciclos de vida, o que anteriormente não ocorria e de modo geral a ampliação de ações de prevenção e promoção e melhoria da qualidade de vida dos usuários assistidos. Em consequente, um movimento de repensar dos gestores sobre a produção de trabalhadores sujeitos e protagonistas, fortalecendo o vínculo e a corresponsabilização na gestão¹⁴.

Verifica-se que os nasfianos (profissionais do Nasf-AB) somaram importantes conquistas em sua prática junto às eSF na AB, no entanto ainda são muitos os desafios emergentes, falta a apropriação sobre suas diretrizes apoiadoras, e estruturação de ações com um maior apoio dos gestores e eSF. Para isso o enfermeiro tem um papel primordial de mediação, por integrar e liderar as equipes pode contribuir na problematização da realidade e na orientação das atividades¹⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inúmeros foram os movimentos, manifestos, lutas de grupos, pessoas, entidades, instituições e governos nesses últimos 30 anos, tudo isso implicou no SUS contemporâneo. Diante do contexto da saúde Pública no Brasil, a AB assume papel central na ordenação das redes e cuidados em saúde, buscando alcançar os princípios de integralidade, universalidade e equidade, inserindo cada vez mais a participação social nesse conjunto.

A implantação da ESF e Nasf-AB foram visivelmente estratégias bem-sucedidas do MS. Por meio dessas equipes foi possível reorganizar e ampliar as

ações e serviços prestados aos usuários e comunidades, modificando nesse sentido o olhar sobre o modo de produzir saúde.

O estudo demonstrou que a integração do trabalho entre eSF e Nasf-AB ainda é um caminho recente, são muitos os desafios e fragilidades relatados por nasfianos e profissionais das eSF, especialmente por se tratar de uma forma de organização de trabalho ainda recente. Nesse sentido, observou-se que é necessário investimento para formação dos profissionais de saúde, sobretudo quanto ao apoio matricial e métodos compartilhados de trabalho, essência atribuída ao Nasf-AB, bem como, priorizar e ampliar junto às instituições de ensino temas para contribuir na melhor preparação dos futuros profissionais.

Nessa lógica, encontrou-se na literatura, um quantitativo importante de apontamentos positivos sobre a implantação do Nasf-AB e sua contribuição para a consolidação da AB e do SUS. Profissionais das eSF, gestores, usuários e nasfianos relataram conquistas importantes após a inserção das equipes em vários municípios do país. As ações são voltadas a contemplar a diretriz norteadora do Nasf-AB, que se refere à integralidade do cuidado, compreendidas em três sentidos: o indivíduo, as práticas em saúde e a organização dos sistemas de saúde.

Promover saúde é um desafio constante, aos governos, aos profissionais e a comunidade em geral, visto que somos seres em permanente mudança, seja na forma como pensamos, como nos organizamos ou como vivemos. Por ser a saúde diretamente relacionada a todos esses fatores, a sua promoção é um desafio que demanda constantes ajustes, com vistas a atender os problemas emergentes e considerando os diferentes cenários. Assim, é preciso que os profissionais sejam protagonistas do processo de produção da saúde, que se apoiem, fazendo uso dos seus diferentes núcleos de conhecimento, com vistas à qualificação do campo de saber da AB.

REFERÊNCIAS

1. Silva RVGO. O processo de trabalho do NASF e sua articulação com a ESF: Potencialidades para a integralidade [base de dados online]. Florianópolis. 2014 [acesso em 10 outubro 2018]. Disponível em:

<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/129690/331472.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

2. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8080 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, 19 set. 1990.

3. Anjos KF; Meira SS; Ferraz CEO; Vilela ABA; Boery RNSO; Sena ELS. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde [base de dados online]. Rio de Janeiro. 2013 [acesso em 10 outubro 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a15v37n99.pdf>

4. Reis LM; Medeiros M; Pacheco RL; Caixeta CC. Avaliação do trabalho multiprofissional do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). [publicação online]; 2008 [acesso em 07 outubro 2018]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720160002810014>

5. Brasil. Ministério da Saúde. Cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF. [publicação online]; 2008 [acesso em 01 setembro 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html

6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 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). [publicação online]; 2017 [acesso em 01 setembro 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

7. Tesser CD. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde [base de dados online]. Florianópolis. 2017 [acesso em 06 outubro 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n62/1807-5762-icse-1807-576220150939.pdf>

8. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes no NASF Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica [base de dados online]. Brasília: Diário Oficial da União. 2009 [acesso em 10 outubro 2018]. Disponível em: : <http://www.saude.gov.br/bvs>

9. Maffissoni AL; Silva KJ; Vendruscolo C; Trindade LL; Metelski FK. Função matriciadora dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura Matrix role of the Primary Care Extended Centers: an integrative review of the literature. *Saúde em Debate*.2018;42(119):1012-1023.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 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. 2012. [acesso em 10 de julho de 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il.

12. Panizzi M; Lacerda JT; Natal S; Franco T. Reestruturação produtiva na saúde: atuação e desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Saúde debate* [base de dados online]. Rio de Janeiro [acesso em 02 novembro 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042017000100155&script=sci_abstract&lng=pt

13. Moura RH; Luzio CA. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. *Interface (Botucatu)* [base de dados online]. Florianópolis [acesso em 02 novembro 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000500957&lng=en&nrm=iso&lng=pt

14. Volponi PRR; Garanhani ML; Carvalho BG. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades como dispositivo de mudança na Atenção Básica em saúde. Saúde em Debate [base de dados online]. Rio de Janeiro [acesso em 10 outubro 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000500221&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

15. Shimizu HE; Fragelli TB; Competências Profissionais Essenciais para o Trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família [base de dados online]. Rio de Janeiro [acesso em 12 outubro 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000200216&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

16. Santana JS; Azevedo TL; Reichert APS et al. Núcleo de apoio a saúde da família: atuação da equipe junto à estratégia saúde da família [base de dados online]. Care [acesso em 07 setembro 2018]. Disponível em: http://www.redalyc.org/html/5057/505750946015_2/

17. Aciole GG; Oliveira DKS. Percepções de usuários e profissionais da saúde da família sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família [base de dados online]. Rio de Janeiro [acesso em 01 outubro 2018]. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042017000401090&script=sci_abstract&tlng=pt

18. Santos RABG; Figueiredo-Uchôa LR; Lima LC. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. Revista Saúde debate [base de dados online]. Rio de Janeiro [acesso em 28 outubro 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n114/0103-1104-sdeb-41-114-0694.pdf>

19. Martinez JFN; Silva MS; Silva AM. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Goiânia (GO): percepções dos profissionais e gestores [base de dados online]. Rio de Janeiro [acesso em 29 outubro 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0095.pdf>

20. Souza FLD; Chacur EP; Rabelo MRG; Silva LAM; Villela WV. Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: percepção do usuário [base de dados online]. Rio de Janeiro; Abr/Jun 2013 [acesso em 01 de novembro de 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

21. Nóbrega JSM. Avaliação da satisfação dos usuários em relação às ações do núcleo de apoio à saúde da família num município brasileiro de médio porte [base de dados online]. Revista Ciência Plural, 2016 [acesso 01 de novembro de 2018]; 2(69-88). Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/10041/7131>