

**RUBEM ABRÃO DA SILVA**

**Evidências sobre os Núcleos Ampliados de Saúde da Família: recomendações  
sobre os problemas da neoseletividade induzida pelo Previner Brasil**

São Paulo

2022



**RUBEM ABRÃO DA SILVA**

**Evidências sobre os Núcleos Ampliados de Saúde da Família: recomendações  
sobre os problemas da neoseletividade induzida pelo Previne Brasil**

**Versão Corrigida**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pelo Programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Carnut

São Paulo

2022

Catálogo da Publicação  
Serviço de Documentação Odontológica  
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

---

Silva, Rubem Abrão da.

Evidências sobre os Núcleos Ampliados de Saúde da Família: recomendações sobre os problemas da neoseletividade induzida pelo Previne Brasil / Rubem Abrão da Silva; orientador Leonardo Carnut. – São Paulo, 2022.

100 p. : fig. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional) – Programa Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde. – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. Versão Corrigida.

1. Gestão em saúde. 2. Atenção primária à saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Equipe de assistência ao paciente. I. Carnut, Leonardo. II. Título.

Silva R.A. Evidências sobre os Núcleos Ampliados de Saúde da Família: recomendações sobre os problemas da neoseletividade induzida pelo Previne Brasil. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em 04/04/2022

### **Banca Examinadora**

Prof(a). Dr(a). Àquilas Mendes

Instituição: Universidade de São Paulo. Julgamento: Aprovado

Prof(a). Dr(a). Lucia Dias da Silva Guerra

Instituição: Centro Universitário Anhanguera. Julgamento: Aprovado

Prof(a). Dr(a). Leonardo Carnut

Instituição: Universidade Federal de São Paulo. Julgamento: Aprovado



Aos profissionais que atuam nos serviços públicos de saúde do Brasil e acreditam na importância destes para a melhora na qualidade de vida da população.





## AGRADECIMENTOS

Considero hoje que esta dissertação seja resultado de diversos encontros que tive em meu contínuo processo de formação humana e como profissional de saúde.

Primeiramente, agradeço a minha tia/mãe Lourdes Azedo pela educação, incentivo aos estudos e a realização de todos os meus sonhos. Obrigado por todo amor, carinho e suporte a mim e aos meus irmãos, Regina, Rogério e Rosana. À estes, pelo companheirismo e apoio nos momentos diversos da vida.

Agradeço aos professores e alunos da Faculdade de Fonoaudiologia da FOB-USP Bauru, em especial à professora Maria Aparecida Machado pela apresentação do universo do trabalho na Atenção Básica à Saúde durante a graduação. À Debora Baraldi e Gessyka Marcandal, companheiras do curso de fonoaudiologia e também do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade na UFSCar. Aos professores e amigos que fiz neste programa de residência, em especial à Mary, Evelin, Larissa, Lara, Lucas, Guilherme, Thiago, Marcos e Débora pelas conversas sobre a Saúde, sobre as Artes, sobre o SUS e sobre a Vida. Aos trabalhadores e usuários das Unidades Básicas de Saúde onde tive a oportunidade de estar: Santa Eudóxia e Cidade Aracy no município de São Carlos, e das Unidades Básicas de Saúde do Jardim Eliane, Jardim Gaivotas, Parque Residencial Cocaia, Chácara do Sol, Chácara Santo Amaro, Alcina Pimentel e Cantinho do Céu, obrigado pelas trocas e vivências compartilhadas.

Aos diversos amigos que fiz na região do Grajau, São Paulo, desde que aqui cheguei em 2010. Muito obrigado pelas parcerias no campo da Saúde e das Artes.

Agradeço a minha companheira Lilian pelo incentivo, amor, carinho e suporte em todos os momentos. Muito obrigado por me apresentar este programa de mestrado. Te amo!

Ao meu filho Teodoro, muito obrigado pela existência. Sua alegria motiva minha vida!

Agradeço aos professores e profissionais do departamento de Odontologia Social e do Programa do Mestrado Interdisciplinar em Saúde pelos momentos de ensino e aprendizagem, em especial ao Prof. Dr. Celso Cilbovicius, meu orientador inicial neste programa e membro da banca de qualificação desta pesquisa, à Sônia pelo acolhimento e apoio nas questões administrativas do mestrado e à Glauci pelo suporte único que possibilitou a entrega desta dissertação dentro dos rigores acadêmicos.

Ao amigo Filipe dos Anjos pelo apoio técnico na reta final de depósito desta pesquisa!

Agradeço também a Profa. Dra. Lucia Dias Guerra pelas contribuições dadas na qualificação desta pesquisa.

Um agradecimento especial ao meu orientador Leonardo Carnut pelos encontros, trocas, sugestões de leituras e momentos de reflexões críticas. Essa dissertação não seria possível sem seu apoio. Muito obrigado por tudo!

"O real não está na saída nem na chegada. Ele se dispõe pra gente é no meio da travessia. "Fala de Riobaldo em Grande Sertão: Veredas de J.G.Rosa".



## RESUMO

Silva R A. Evidências sobre os Núcleos Ampliados de Saúde da Família: recomendações sobre os problemas da neoseletividade induzida pelo Previne Brasil [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2022. Versão corrigida.

**Introdução:** O Ministério da Saúde do governo Jair Bolsonaro instituiu por meio da Portaria nº. 2.979/2019 o programa “*Previne Brasil*”, criando um novo modelo de financiamento de custeio para a Atenção Básica à Saúde (ABS) no Sistema Único de Saúde (SUS). Além de estimular a captação de pessoas que utilizam o serviço por meio de uma oferta focalizada e seletiva de procedimentos, o programa *Previne Brasil* encerra o repasse federal destinado à contratação de profissionais para compor as equipes multiprofissionais dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica, os Nasf-AB. **Objetivo:** neste cenário mais recente de desmonte da saúde pública, esta dissertação tem como principal objetivo discutir os efeitos do Previne Brasil nos processos de trabalho das equipes Multiprofissionais Nasf-AB que atuam no Brasil. **Metodologia:** para atingir os objetivos desta pesquisa, utilizou-se três momentos metodológicos distintos. Primeiro, realizou-se uma revisão de literatura sobre seletividade e neoseletividade no âmbito das políticas públicas de saúde. Em um segundo momento, foi realizada uma revisão sistemática do tipo metassíntese qualitativa sobre os processos de trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. Por último, elaboramos uma análise dos resultados da metassíntese à luz da neoseletividade das políticas públicas de saúde. **Resultados:** A partir da identificação dos artigos inseridos na metassíntese, foi possível organizar os resultados em 2 grandes grupos a saber: 1) considerações sobre os processos de trabalho; 2) potencialidades e desafios. Os grupos potencialidades e desafios foram subdivididos ainda em: a) acesso; b) organização dos processos de trabalho; c) qualidade do trabalho e d) saúde do trabalhador. 1) Considerações sobre os processos de trabalho: diferentes arranjos de apoio e organização dos processos de trabalho, assim como a coexistência de diferentes tipos de apoio dentro dos serviços; Perfil e identificação com o trabalho nas equipes Nasf-AB, predomínio de trabalhadoras mulheres e aumento dos encaminhamentos. 2) potencialidades e

desafio: a) Acesso: melhora no acesso, porém, ainda insuficiente e restrito; b) Organização dos processos de trabalho: Arranjo matricial é visto como potente pelos trabalhadores. Estes não são formados para a atuação matricial e interdisciplinar. Reuniões, discussões de casos, articulações com a rede de saúde são potencialidades e servem como espaços de formação em serviço e educação permanente; c) Qualidade do trabalho: maior resolutividade da ABS com as atividades desenvolvidas pelas equipes Nasf-AB junto às equipes de saúde, maior articulação da ABS com a RAS, qualificação dos encaminhamentos, maior articulação intersetorial, maior planejamento e integralidade das ações, maior vínculo e responsabilização por usuários, famílias, comunidades e trabalhadores de saúde, além de melhoras estruturais. Apesar de todas as melhoras descritas acima, observa-se ainda limitações em todos os aspectos acima citados. d) Saúde do Trabalhador: respeito, interação, valorização, tolerância, comprometimento, atitude de mudança, humildade, ética, liderança, empatia, disponibilidade, colaboração, autonomia, liberdade criativa, amadurecimento, formação profissional, adaptação e flexibilidade nas equipes NASF, boa compreensão, valorização e organização do apoio matricial, satisfação e prazer com as trocas profissionais, resiliência, aceitação e efetivação da proposta NASF, além do predomínio de vínculo estatutário e baixa rotatividade profissional são potencialidades identificadas. Contratações sem concurso e sem critérios, insegurança trabalhista e inexperiência profissional, vulnerabilidade e violência territorial, isolamento e sensação de não pertencimento, presença de muitos fatores disparadores de estresse, conflitos e sofrimento, além de falta de solidariedade e baixo reconhecimento profissional são desafios identificados.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde. Equipe de Assistência ao Paciente.

## ABSTRACT

Silva R A. Processos de trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica à luz da neoseletividade: uma metassíntese qualitativa [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2022. Versão corrigida.

Introduction: The Ministry of Health of the Jair Bolsonaro government instituted through Ordinance no. 2.979/2019 “Previne Brasil” program, the new cost financing model for Primary Health Care (ABS) in the Unified Health System (SUS). In addition to stimulating recruitment attention as a focus for offering people or service as a means of selective procedure for the Previne Brasil program ends or federal rescheduling for hiring family health professionals and expanded basic family health teams and expanded centers of family health, the Nasf-AB. Objective: in this most recent scenario of public health dismantling, its main objective is the effects of Previne Brasil on the work processes of the Nasf-AB Multiprofessional teams that work in Brazil. Methodology: to achieve the objectives of this research, three different methodological moments were used. First, a literature review was carried out on selectivity and neoselectivity within the scope of public health policies. In a second moment, a systematic review of the qualitative metasynthesis type was carried out on the work processes of the Expanded nucleo of Family Health and Primary Care. Finally, we elaborate one of the results of the metasynthesis analysis in the light of the neoselectivity of public health policies. Results: From the identification of the articles included in the metasynthesis, it was possible to organize the results into 2 large groups, namely: 1) considerations about the work processes; 2) potentialities and challenges. The potential and challenge groups were further subdivided into: a) access; b) organization of work processes; c) quality of work and d) worker health. 1) Considerations about work processes: different support arrangements and organization of work processes, as well as the coexistence of different types of support within the services; Profile and identification with work in Nasf-AB teams, predominance of female workers and increase in rescue services. 2) potential and challenge: a) Access: improvements in access, however, still insufficient and restricted; b) Organization of work processes: Matrix arrangement is seen as powerful by

workers. These are not trained for matrix and interdisciplinary work. Meetings, case discussions, articulations with the health network are and serve as in-service training and permanent spaces; c) Quality: greater as the activities developed by the Nas-AB teams, greater in the ABS with the health work teams, greater intersectoral and comprehensive training of actions, greater training and integration of actions. and accountability for users, families, communities and health workers, as well as structural improvements. Despite all the best views above, note that all the above aspects are still mentioned. d) Worker's Health: respect, interaction, appreciation, flexibility, ethics, leadership, empathy, availability, collaboration, autonomy, freedom, maturation, professional, adaptation and flexibility in NASF teams, good understanding, appreciation and organization of matrix support, satisfaction and pleasure with acceptance, flexibility, and exchange effectiveness of the NA proposal, in addition to the predominance of professional bonds and rotation are identified potentialities. There are no professional challenges and inexperience, vulnerability and territorial violence, isolation and sensitivity to stressors, conflicts and suffering, in addition to identified loneliness and recognition challenges.

Keywords: Health Management. Primary Health Care. Health Unic System. Patient Assistance Team.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADAPS	Associação para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
AM	Apoio Matricial
APS	Atenção Primária à Saúde
BM	Banco Mundial
CA	Clínica Ampliada
CaSAPS	Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde
eAB	Equipes de Atenção Básica
eABP	Equipe de Atenção Básica Prisional
eAP	Equipe de Atenção Primária
EC	Emenda Constitucional
eCR	Equipe de Consultório de Rua
EP	Educação Permanente
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSFF	Equipe de Saúde da Família Fluvial
eSFR	Equipe de Saúde da Família Ribeirinha
FMI	Fundo Monetário Internacional
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FOB-USP	Faculdade de Odontologia de Bauru-Universidade de São Paulo
IES	Instituição de Ensino Superior
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
Nasf-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NOB	Norma Operacional Básica
OSS	Organização Social de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas

OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RM	Reunião de Matriciamento
RMSFC	Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
UHC	Universal Health Coverage
UHS	Universal Health System
USF	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	25
<b>2</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	27
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	30
3.1	Sobre a Seletividade das políticas públicas.....	30
3.2	Seletividade e Neoseletividade das políticas públicas de saúde no Brasil.....	34
3.3	O Sistema Único de Saúde, o SUS .....	39
3.4	A Atenção Primária à Saúde no SUS .....	42
3.5	Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica .....	48
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	57
4.1	Objetivo principal .....	57
4.2	Objetivos específicos .....	57
<b>5</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	58
5.1	Revisão Sistemática da Literatura e metassíntese qualitativa sobre os processos de trabalho das equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica.....	58
5.2	Primeira fase: estratégia de busca .....	59
5.3	Segunda fase: seleção dos artigos para metassíntese .....	63
5.4	Terceira fase: elaboração da metassíntese qualitativa .....	68
<b>6</b>	<b>RESULTADOS E METASSÍNTESE QUALITATIVA</b> .....	70
6.1	Síntese dissertativa dos resultados apresentados nos quadros 1 e 2...76	
6.1.1	Considerações sobre os processos de trabalho.....	76
6.1.2	Potencialidades e desafios .....	78
6.1.2.1	Acesso .....	78
6.1.2.2	Organização dos processos de trabalho .....	78
6.1.2.3	Qualidade do trabalho .....	80
6.1.2.4	Saúde do trabalhador .....	82
<b>7</b>	<b>RESULTADOS DA PESQUISA A LUZ DA NEOSELETIVIDADE</b> .....	83
7.1	Considerações sobre os processos de trabalho à luz da neoseletividade.....	84
7.2	Potencialidades e desafios à luz da neoseletividade .....	85

7.2.1	Acesso.....	85
7.2.2	Organização dos processos de trabalho .....	86
7.2.3	Qualidade do trabalho.....	87
7.2.4	Saúde do trabalhador.....	88
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>90</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>93</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>102</b>

## 1 APRESENTAÇÃO

Entre 2003 e 2006, período em que cursei Fonoaudiologia na Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB-USP), tive diversas vivências positivas no Sistema Único de Saúde (SUS). Lembro de professores contextualizando a inserção da clínica de diagnóstico audiológico da faculdade dentro Rede de Atenção à Saúde (RAS) da região de Bauru, SP, dos estágios nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) deste município, do programa USP em Rondônia, entre outras. As vivência na Atenção Básica à Saúde foram positivas e fator decisivo na escolha em cursar o programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Nos anos de 2008 e 2009, como residente multiprofissional, tive a oportunidade de entrar em contato com as ideias que acompanhavam o recém criado Núcleo de Apoio à Saúde da Família, as equipes Nasf-AB. Apoio Matricial (AM), Reunião de Matriciamento (RM), Clínica Ampliada (CA), Projeto Terapêutico Singular (PTS), Redes de Atenção à Saúde (RAS), Integralidade, Interprofissional, Acolhimento, Humanização, entre tantos outros saberes importantes na formação de um profissional de saúde, fizeram parte deste período inicial em minha formação humana e profissional.

No final de 2010, comecei a atuar como fonoaudiólogo de uma equipe Nasf-AB na região da Capela do Socorro, extremo sul da cidade de São Paulo, local onde atuo até hoje. Nestes 11 anos de atuação em equipes Nasf-AB na região, vivencio os desafios cotidianos de diversos trabalhadores da saúde pública que atuam com o objetivo de ofertar uma atenção universal, equânime e integral aos usuários do SUS. O prazer e as dificuldades da Atenção Básica à Saúde, do SUS, do trabalho em equipe, do atendimento de pessoas em situação de extrema vulnerabilidade econômica e social, entre outros. Realizar um mestrado profissional e ter a possibilidade de pesquisar os processos de trabalho das equipes Nasf-AB no Brasil apareceu como uma necessidade há cerca de 5 anos e que teve início no começo de 2019.

Já inserido no programa de mestrado e após 12 anos de existência (2008-2019) das equipes Nasf-AB, entre tantos outros retrocessos instituídos no campo da saúde, com a instituição do programa "Previne Brasil" em novembro de 2019, o Ministério da

Saúde do Brasil acabou com o financiamento ministerial para a contratação de profissionais para compor as equipes Nasf-AB nos municípios do país.

Em seus 12 anos de existência como política pública ministerial, as equipes Nasf-AB se consolidaram no Brasil como principal forma da inserção multiprofissional na Atenção Básica à Saúde (ABS) no SUS. Conhecer os processos de trabalho, as potencialidades, assim como os desafios das equipes Nasf-AB é fundamental para o constante aperfeiçoamento da atuação das equipes nas RAS do país. Na literatura científica nacional podemos encontrar estudos que abordam diferentes perspectivas e dimensões dos processos de trabalho, da atuação, das potencialidades e dos desafios das equipes Nasf-AB em diferentes regiões do país. Realizar uma revisão sistematizada da literatura como fonte de evidência científica na organização dos produtos destes estudos, assim como levantar intervenções e informações relevantes, pode contribuir de forma significativa na tomada de decisões no campo das políticas públicas de saúde e no apoio à organização dos processos de trabalho das equipes de saúde em consonância com os princípios do SUS.

Diante dos retrocessos instituídos pelo Governo Federal sob o comando de Jair Bolsonaro em todas as áreas e políticas públicas, em especial na área da saúde, realizar uma reflexão sobre os processos de trabalho das equipes Nasf-AB à luz da neoseletividade das políticas públicas de saúde para a ABS, parece algo importante neste momento da história.

## 2 INTRODUÇÃO

Este trabalho propõe-se investigar e discutir os processos de trabalho das equipes multiprofissionais que compõem os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica ( Nasf-AB) à luz da neoseletividade das políticas públicas de saúde e, em especial, nas políticas que orientam e organizam a Atenção Básica à Saúde (ABS) no contexto das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Para tanto, tem-se como premissa o caráter classista da seletividade das políticas públicas de saúde no Estado capitalista brasileiro.

Em novembro de 2017, o Banco Mundial (BM), a pedido do governo federal brasileiro, sob o mandato do ex-presidente Michael Temer, elaborou um relatório com o *“objetivo de realizar uma análise aprofundada dos gastos do governo e identificar alternativas para reduzir o déficit fiscal a um nível sustentável e, ao mesmo tempo, consolidar os ganhos sociais alcançados nas décadas anteriores”* (Banco Mundial, 2017, p.1).

Denominado *“Um Ajuste Justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil”*, o relatório trouxe como principal achado que alguns programas governamentais beneficiam os ricos mais do que os pobres, além de não atingirem de forma eficaz seus objetivos, sendo possível e necessário economizar parte do orçamento sem prejudicar o acesso e a qualidade dos serviços públicos, beneficiando os estratos mais pobres da população. O relatório sugere mudanças profundas com o objetivo de reduzir os gastos públicos com a folha do funcionalismo, com a previdência e a assistência social, assim como na educação e na saúde. Nesta última área, o relatório trouxe como principal análise, a baixa eficiência e baixa produtividade dos profissionais e dos serviços de saúde, referindo um grande potencial para o aumento da prestação dos serviços sem aumentar os gastos públicos. O relatório sugere ainda a redução do número de pequenos hospitais no país e aponta estudos que indicam ganhos de eficiência por meio da gestão baseados em Organizações Sociais de Saúde (OSS), e mudanças na forma de pagamento para os prestadores de serviço.

Com o cenário político e social favorável à mudanças liberais extremadas que intensificam a perda de direitos sociais, entre eles a saúde, os governos do ex-presidente Michel Temer e do atual, Jair Bolsonaro, avançaram com políticas de

austeridade fiscais, corte nos gastos públicos e iniciativas que facilitam a exploração dos recursos públicos destinados ao SUS por parte da iniciativa privada. A aprovação da Emenda Constitucional (EC) 95 de 2016, que congelou o gasto público primário em 20 anos, assim como as reformas trabalhista e previdenciária, são as provas que mostram o novo avanço das políticas neoliberais em favor das posições do imperialismo norte americano, cedendo aos seus interesses econômicos e geopolíticos no Brasil (Melo, 2019; Mendes, 2019; Mendes; Carnut, 2020). No campo específico da saúde, por meio da Portaria nº 2.979 de 12 de Novembro de 2019, onde instituiu o Programa “*Previne Brasil*”, o Ministério da Saúde (MS) do governo Jair Bolsonaro estabeleceu um novo modelo de financiamento de custeio da ABS no âmbito do SUS. Esta Portaria não leva em consideração as necessidades de saúde de toda a população de uma determinada área geográfica, mas somente a dos indivíduos cadastrados pelas equipes de saúde, trazendo uma neofocalização da oferta nos serviços e uma neoseletividade das demandas da ABS. Já seletivas, simplificadas e muitas vezes restritas a populações que residem em territórios mais vulneráveis, as ações da ABS tendem a ficar ainda mais restritas, uma vez que os recursos para financiar as equipes de Atenção Básica (eAB) passam a valorizar o número de usuários cadastrados pelas equipes e não mais o número de habitantes de um determinado território, assim como as necessidades de saúde destes.

Com a instituição do *Previne Brasil*, as equipes multiprofissionais e interdisciplinares que compõem os Nasf-AB deixaram de fazer parte das chamadas “ações estratégicas” que recebiam recursos do Ministério da Saúde (MS) para serem implantados pelos municípios do país. Desta forma, as equipes Nasf-AB foram extintas como política pública incentivada e financiada pelo Ministério da Saúde do Brasil. Esta portaria destituiu por completo a lógica multiprofissional e interdisciplinar da ABS e a universalidade do SUS, descaracterizando sua orientação ao cuidado, valorizando a lógica de procedimentos e ratificando os elementos de mercado que servem para o capital se reproduzir neste nível de atenção à saúde (Mendes; Carnut, 2020).

Considerando a relevância histórica e a importância dos incentivos da esfera federal para a implementação de políticas de saúde pela maioria dos Estados e Municípios do país, com o fim do financiamento das equipes Nasf-AB pelo Ministério da Saúde, espera-se que os municípios tenham dificuldades para arcar com a contratação de profissionais para compor e ampliar estas equipes multiprofissionais.



Os municípios que decidirem manter e/ou implementarem equipes multiprofissionais para atuarem na ABS não precisam mais organizar os processos de trabalho por meio da organização matricial, principal característica das equipes multiprofissionais do tipo Nasf-AB.

Neste cenário mais recente de desmonte da saúde pública e da ABS no Brasil, esta pesquisa tem como principal objetivo discutir os efeitos do Previner Brasil nos processos de trabalho das equipes multiprofissionais Nasf-AB que atuam no Brasil. Esta pesquisa tem ainda como objetivos específicos: a) compreender as dimensões dos processos de trabalho das equipes Nasf-AB do país ; b) Identificar, descrever e classificar os estudos utilizados na amostra desta pesquisa e c) como produto deste mestrado profissional interunidades, elaborar uma Carta de Recomendações aos gestores e profissionais de saúde contendo uma síntese das potencialidades e desafios das equipes multiprofissionais da ABS no Brasil.

Para atingir os objetivos desta pesquisa utilizou-se três momentos metodológicos distintos. Primeiro, realizou-se uma revisão de literatura sobre seletividade e neoseletividade no âmbito das políticas públicas de saúde. Em um segundo momento, foi realizada uma revisão sistemática do tipo metassíntese qualitativa sobre os processos de trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. Por último, elaboramos uma análise dos resultados da metassíntese à luz da neoseletividade das políticas públicas de saúde.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

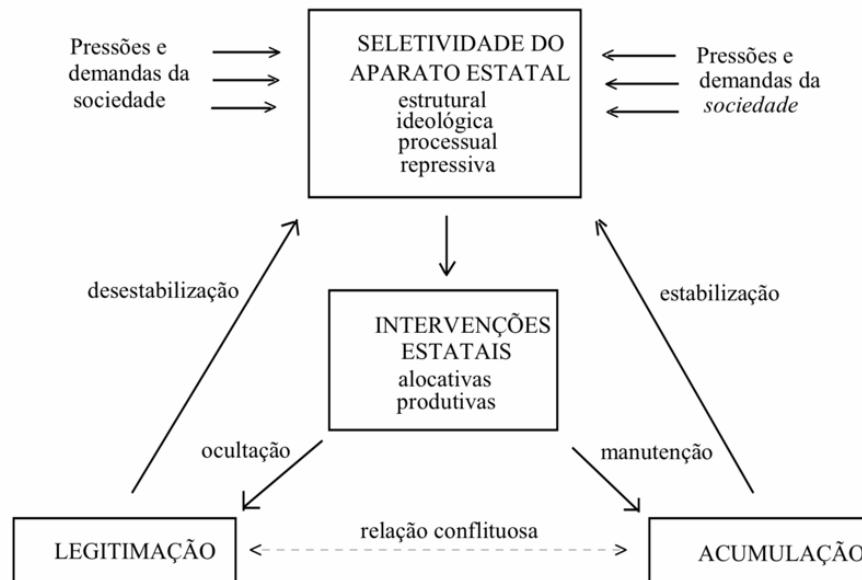
#### 3.1 Sobre a Seletividade das políticas públicas

A questão da seletividade das políticas, da gestão e da administração pública pode ser pensada dentro da estrutura do Estado capitalista, definido como uma forma institucionalizada de poder público, decorrente de relações sociais, respaldadas por anteparos jurídicos legais e relacionada com a produção material, cujo conteúdo é a acumulação privada (Rodrigues, 1997). Através das políticas públicas, o Estado capitalista viabiliza, regulamenta e estabelece uma complementariedade funcional entre o sistema de instituições políticas e o sistema econômico (Offe, 1984). Ainda que levemos em consideração diferentes momentos históricos, a privatização da produção, a dependência de impostos, a acumulação e a legitimação são elementos definidores dos Estados capitalistas (Offe; Ronge, 1984). Cada um destes quatro elementos definidores visam dar ao Estado capitalista a função de criar e sustentar as condições da acumulação privada do capital e, ao mesmo tempo, negar sua natureza de classe, apresentando-se como guardião dos interesses comuns e gerais da sociedade (Rodrigues, 1997). No entanto, como pontua Elster (1989), os interesses das classes dominantes no Estado capitalista servem como limites e não como objetivos para a ação do Estado.

Para a idealização, regulamentação, operacionalização e concretização de políticas públicas na área da saúde, educação, habitação, assistência social, segurança pública, cultura, entre outras, é necessário que pautas sejam consideradas e discutidas pelas instituições que compõem a estrutura do Estado. A discussão sobre as decisões que impactam na organização e funcionamento dos Estados capitalistas nos leva para o campo das teorias de selevidades do aparato estatal e sua consequente atuação por meio das políticas públicas e intervenções estatais que contribuem para a manutenção dos processos de acumulação capitalista e para a realização de ações que legitimam as políticas realizadas.

Rodrigues (1997) em estudo que discute o conceito de seletividade de políticas públicas no Estado capitalista das políticas de extensão rural no Brasil, nos apresenta a figura 3.1, elaborada a partir das teorias do autor Claus Offe (1984).

Figura 3.1 - Diagrama interpretativo da seletividade das instituições políticas, tomando como base, principalmente, a concepção teórica de Offe (1984).



Fonte: Rodrigues, 1997.

Offe (1984) conceituou a seletividade como sendo o desempenho das instituições políticas no processo decisório de políticas públicas, agindo como um sistema de filtros, de modo a incluir ou a excluir de suas agendas atos concretos por injunções estruturais, ideológicas, processuais e repressiva. A seletividade das instituições públicas nos níveis estrutural, ideológico, processual e repressivo vai definir o que de fato se transformará em intervenções estatais na forma de políticas alocativas e produtivas (Rodrigues, 1997).

Boschetti (2003), em um estudo que discute a seletividade e a focalização das políticas de assistência social no Brasil, afirma que a seletividade rege-se pela intenção de eleger, selecionar, optar e definir quem deve ser incluso pelas políticas públicas. Ainda de acordo com a autora, a seletividade esgota-se em si mesma, em seus critérios de "menor elegibilidade" e conforma-se com a redução e a residualidade nos atendimentos. Neste estudo, Boschetti faz uma distinção entre seletividade das políticas públicas e o estabelecimento de prioridades que devem ter como objetivo definir quais são as situações e quem são os usuários prioritários num universo claramente demarcado de metas a serem atingidas.

Buscando entender aspectos referentes a questão da influência que o Estado sofre pelas classes dominantes da sociedade, Offe (1984) trabalhou com uma série de análises que procuravam responder tal questão. O autor analisou e criticou duas correntes existentes á época, a “teoria das influências” e a “teoria dos fatores limitantes”. A teoria das influências são aquelas que encaram o Estado capitalista como sendo um instrumento das classes dominantes, servindo como suporte institucional no processo de valorização dos interesses dos capitalistas. Já a teoria dos fatores limitativos acreditam não ser possível que as instituições políticas possam se tornar instrumento de influência de interesses não capitalistas. Para Offe, essas duas análises acabam não sendo eficientes para demonstrar o verdadeiro caráter de classes do Estado, uma vez que procuram explicar tais fenômenos apenas considerando os fatores externos e esquecem as motivações internas do próprio Estado.

A partir de críticas e análises realizadas, Offe (1984) desenvolveu uma teoria sobre a seletividade das políticas públicas onde um sistema de regulamentação seletiva que implica, por parte do Estado, escolhas e exclusões, cujos critérios fundamentam-se em duas premissas básicas: 1) favorecer a articulação global dos interesses capitalistas de modo a favorecer o processo global de acumulação distanciando-se de interesses individuais e de grupos e 2) defender os interesses das classes dominantes contra ameaças anticapitalistas que ponham em risco o processo de valorização do capital e sua acumulação, afastando da agenda decisória das políticas governamentais tudo que possa ameaçar e prejudicar a estabilidade do sistema. Rodrigues (1997) coloca que nestas condições, a seletividade não resulta de uma restrição aleatória dentro de um espaço de possibilidades. Segundo o autor, existem regras de fato institucionalizadas que rejeitam sistematicamente certos eventos que pelo fato de não se concretizarem, são tidos como “não acontecimentos”, sendo igualmente necessário investigar a mobilização de atores (indivíduos e grupos) responsáveis pela não tematização de certos problemas nas agendas decisórias.

Seibel (2001) discute o conceito offeano de seletividade considerando as transformações mundiais em decorrência do processo de globalização que alterou os elementos estruturais que orientavam a compreensão e a prática da seletividade no âmbito da Administração Pública. Um primeiro pressuposto discutido por este autor, diz respeito à origem do debate que levou o autor Claus Offe a desenvolver o conceito

de seletividade, isto é, o debate em torno do caráter de classe do Estado proposto pelo autor. Apesar de não retomar esta questão, Seibel reforça sua importância considerando novas formas de seletividade produzida a partir deste debate. O autor sugere alguns eixos que passam a ter relevância no processo de globalização nas duas últimas décadas que reorientaram a prática seletiva das ações públicas e que nos indicam a redefinição do conceito de seletividade. De acordo com Seibel: a) no contexto globalizado, os Estados Nacionais passam a sofrer maior influência de pressões das agências internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial (BM) e Organização das Nações Unidas (ONU), reduzindo o papel dos Estados nas decisões e na gestão das políticas públicas; b) ao Estado fica reservado o papel de regulador de funções de proteção e bem estar, outrora governamentais, agora operadas pelo mercado. O Estado mantém e amplia a condição de gestor das funções de coerção e repressão (Justiça, legislação e repressão); c) o mercado passa a ser o principal fornecedor de serviços de proteção social e, portanto, explicitamente seletivo a partir de critérios muito claros de propriedade, renda e salário. A gestão das funções governamentais, isto é, da administração pública, orientadas eticamente a partir de valores formulados historicamente por movimentos políticos e sociais, agora são inseridos numa posição secundária, deslocados por valores oriundos da lógica do mercado e d) ocorre uma alteração no perfil dos segmentos sociais demandantes de políticas sociais, considerando principalmente uma forte alteração nos padrões de pobreza (a pobreza como fruto de baixos níveis salariais e não necessariamente provocada pelos níveis de desemprego), na mobilidade social (migração); na estrutura familiar (monoparental feminina); no aumento do mercado informal com a ampliação da super exploração do trabalho feminino e do aumento do trabalho infantil.

As práticas seletivas correspondem a realidades históricas e políticas que nos remetem à questão das relações de classe e às formas de dominação. Essas formas de dominação se expressam como “matrizes de poder” ou “matrizes de seletividades”. Ao mesmo tempo estas matrizes de poder organizam suas práticas seletivas no espaço circunscrito por instituições (espaço de decisões) que são dinamizados por uma cultura político-administrativa (tecnocrática ou patrimonial, p. ex.) Esta cultura se materializa, portanto, numa prática de seletividades ( Seibel, 2001).

### 3.2 Seletividade e Neoseletividade das políticas públicas de saúde no Brasil

A seletividade no campo das políticas públicas de saúde no Brasil é objeto de estudo de muitos autores da saúde pública, ciências sociais, economistas da saúde, entre outros. Uma análise dos processos e da evolução histórica dos modelos de atenção à saúde no Brasil durante o século XX e neste início do XXI nos mostra a seletividade das políticas públicas implementadas pelo Estado Brasileiro no campo da saúde. Com a Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS no Brasil, a saúde passou a ser um “direito de todos e um dever do Estado”. Ainda que legalmente o Estado brasileiro seja responsável por oferecer atenção à saúde, existe uma distância entre os marcos legais e a implementação das políticas públicas de saúde como previstas em lei. O financiamento necessário para a execução das políticas públicas de saúde pelo Estado não ocorre de forma que os princípios constitucionais como a universalidade e a integralidade das ações sejam uma realidade no país.

Ainda que a existência do SUS no Brasil seja um marco social e civilizatório sem precedentes, a racionalidade do modelo liberal privativista sempre permeou o sistema. Anteriormente ao SUS, o Estado servia como intermediário entre prestadores privados e consumidores por meio da compra de serviços da iniciativa privada (Acirole, 2006). O artigo 199 da Constituição Federal de 1988 coloca que “*a assistência à saúde é livre a iniciativa privada*” (Brasil, 1988, p. 275). O subsistema privado é colocado na constituição como complementar ao SUS, segundo diretrizes deste e, em seus 32 anos de existência, observa-se uma tensão permanente entre o projeto de SUS acessível, universal, com financiamento público e gratuito e o projeto de saúde liberal privativista (Campos; Domitti, 2007).

Filho e Oliveira (1990) discutem o processo de reforma do sistema de saúde brasileiro nos anos 80 a partir de uma ótica comparativa entre o SUS e os modelos existentes na Inglaterra, com o Serviço Nacional de Saúde (NHS - National Health Service) público, universal e inclusivo, e o modelo existente nos Estados Unidos da América, hegemonicamente privado e com ações públicas residuais. A tese central dos autores é a de que, a despeito das intervenções “publicizantes” dos defensores da Reforma Sanitária, a trajetória estrutural do SUS já apontava para um formato mais residual do que universal no país. Os setores melhor remunerados da sociedade (classes médias, incluindo operários dos setores dinâmicos) vem gradativamente deixando de ter referência no subsistema público de saúde, passando a constituir

clientela para o subsistema privado. De acordo com os autores, este movimento é permitido pelo surgimento e difusão de mecanismos de financiamento (seguro-saúde, medicina de grupo, etc.) que propiciam um aumento da autonomia financeira do setor privado em relação ao setor público. Assim, o SUS, embora se inspire no sistema inglês com acesso universal e predomínio do setor público na oferta de serviços, vem assumindo feições semelhantes ao norte-americano, no qual a ação do Estado é residual, seletiva e focalizada, alcançando apenas aqueles grupos incapazes de obter acesso aos serviços privados de saúde pela via de mercado. De acordo com estes autores, três notórias evidências já demonstravam a lógica liberal privatizando se impondo como referência paradigmática básica para a análise estrutural do sistema de saúde brasileiro: a) composição do ponto de vista do financiamento do gasto público/privado da oferta de serviços de saúde; b) caracterização das clientelas que circundam os subsistemas referidos; c) nas formas de financiamento emergentes (planos de seguro individual ou de grupo) que garantem o dinamismo e a autonomia do setor privado no país.

Desta forma, podemos dizer que uma primeira seletividade ocorre por parte do Estado brasileiro ao não investir no fortalecimento do SUS para que este sistema seja realmente universal e inclusivo. O subfinanciamento do sistema público por parte do Estado, assim como o incentivo à mecanismos que dinamizavam o subsistema privado, abriu a possibilidade de uma seletividade da oferta dos serviços, assim como uma focalização das ações e das demandas dentro do SUS, tendo a interpretação predominante no país de uma ABS seletiva, entendida como um programa específico destinado a populações e regiões pobres, às quais se oferta um conjunto restrito de tecnologias simples e de baixo custo.

Desde 2008, início da atual crise do capitalismo contemporâneo (Roberts, 2016), o Brasil tem sofrido diversas ofensivas do capital. Na mais bem sucedida tentativa de desconstruir os direitos sociais, dentre eles o direito à saúde, a Emenda Constitucional nº.95 de 2016 que congelou os gastos públicos primários por 20 anos, pode ser considerada a face mais vil da demolição dos direitos sociais no país (Mendes; Carnut, 2020). Em novembro de 2017, o Banco Mundial, a pedido do governo federal brasileiro no mandato do ex-presidente Michael Temer, elaborou um relatório com o "*objetivo de realizar uma análise aprofundada dos gastos do governo e identificar alternativas para reduzir o déficit fiscal a um nível sustentável e, ao mesmo tempo, consolidar os ganhos sociais alcançados nas décadas anteriores*" (Banco

Mundial, 2017, p.1). Denominado “*Um Ajuste Justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil*”, o relatório trouxe como principal achado que alguns programas governamentais beneficiam os ricos mais do que os pobres, além de não atingirem de forma eficaz seus objetivos, sendo possível e necessário economizar parte do orçamento sem prejudicar o acesso e a qualidade dos serviços públicos, beneficiando os estratos mais pobres da população. Amplo e abrangente, o relatório sugere mudanças profundas com o objetivo de reduzir os gastos públicos com a folha do funcionalismo, com a previdência e assistência social, assim como na educação e na saúde. Nesta última área, o relatório traz como principal análise, a baixa eficiência e baixa produtividade dos profissionais e dos serviços de saúde, referindo um grande potencial para o aumento da prestação dos serviços sem aumentar os gastos públicos. O relatório sugere ainda a redução do número de pequenos hospitais no país, aponta estudos que indicam ganhos de eficiência por meio da gestão baseados em Organizações Sociais de Saúde e mudanças na forma de pagamento para os prestadores de serviço.

Mendes (2019) traz reflexões que ampliam as perspectivas críticas sobre o pensamento econômico e social hegemônico no capitalismo contemporâneo, sobre o presente e o futuro da saúde como direito no Brasil. Diversos estudos corroboram para a ideia de que o Estado capitalista brasileiro, no contexto global, que envolve as relações políticas e institucionais com organismos internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial (BM) e Organização Mundial de Saúde (OMS), associado à políticos de extrema direita que beiram o fascismo, implementam políticas públicas que trazem uma neoseletividade que garantem direitos sociais mínimos para as pessoas mais vulneráveis do país. As recentes reformas da previdência e do trabalho implementadas pelo Estado, aprovação da Emenda Constitucional nº 95 que congelou os investimentos públicos primários por 20 anos, assim como políticas implementadas no campo da saúde nos últimos 5 anos, contribuí de forma significativa para a diminuição das ações do Estado por meio das políticas públicas e aumenta o incentivo para a participação da iniciativa privada na operacionalização e na gestão do SUS.

O relatório “*Um ajuste Justo*”, elaborado pelo Grupo Banco Mundial em 2017, trouxe de forma explícita para o âmbito nacional a discussão iniciada em meados desta década no contexto internacional sobre “Cobertura Universal de Saúde” (*Universal Health Coverage - UHC*), conceito que congrega diretrizes das reformas



pró-mercado como a redução da intervenção estatal, subsídios à demanda, seletividade e focalização nas políticas de saúde em oposição aos Sistemas Universais de Saúde ( *Universal Health System- UHS*) ( Giovanella et al., 2019). Posteriormente, na conferência de Astana, cidade localizada no Cazaquistão, em Outubro de 2018, ocorreu a “Conferência Global de Atenção Primária à Saúde” onde, mais uma vez, a ABS antes pensada de forma Integral e universal foi substituída pelos preceitos de uma cobertura universal de saúde, seletiva e focalizada, induzindo e validando internacionalmente a ideia de uma neoseletividade das políticas públicas de saúde.

Giovanella et al. (2019) discute a importância da construção de diálogos em defesa de um SUS público, universal de qualidade, com uma ABS forte, integral, comunitária, oportuna, resolutiva e que faça parte de uma rede regionalizada de atenção integral à saúde. A autora coloca que um dos maiores desafios do SUS é o seu subfinanciamento por parte do Estado brasileiro desde sua instituição em 1988. Além do subfinanciamento crônico do sistema desde sua implementação e desenvolvimento das políticas neoliberais no Brasil na década de 1990 e início dos anos 2000, atualmente, o SUS passa pelo que a autora chamou de "desfinanciamento agudo".

Rasella et al.(2018) e Castro et al. (2019). já demonstram a piora nos indicadores de saúde, com aumento de mortes prematuras, a estimativa da perda de conquistas do SUS, além da ameaça da sustentabilidade e capacidade de cumprir seu mandato constitucional de garantir a atenção à saúde a toda população.

Giovanella et al. (2019) menciona a Medida Provisória 890 de 1 de agosto de 2019, posteriormente transformada e efetivada pelo Decreto de Lei nº. 10.283, de 20 de março de 2020, que institui o programa Médicos pelo Brasil e criou a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS). De acordo com a autora, uma vez que a ADAPS tem como objetivo promover e executar ações assistenciais, de ensino, pesquisa e extensão da ABS, podemos ter uma mudança em relação aos papéis dos diferentes entes da federação, desconsiderando o processo de descentralização dos serviços de saúde, permitindo ainda a contratação de empresas privadas para a provisão e formação em ABS no SUS, criando um espaço mercantil neste nível de atenção à saúde. Além de não haver evidências científicas que a prestação privada ou a terceirização sejam mais eficientes ou de maior qualidade (Ondendaal, 2018), prestadores privados respondem a demandas e não às

necessidades de saúde da população, se instalam em áreas de maior desenvolvimento socioeconômico, ofertam serviços mais rentáveis, prestam mais serviços desnecessários e mais frequentemente violam padrões da boa prática médica; são menos eficientes e têm resultados inferiores em saúde do que os serviços públicos, entretanto, podem prover atenção mais oportuna e cuidados mais personalizados (Basu et al., 2012; Berendes et al., 2011).

Giovanella, Franco e Almeida (2020) analisam as políticas recentes no campo da Atenção Básica à Saúde e suas possíveis implicações para o modelo assistencial no Sistema Único de Saúde. A autora ressalta a importância que a Estratégia Saúde da Família apresenta na reorientação das práticas assistenciais na ABS coerentes com os princípios do SUS. No entanto, demonstra-se que as mudanças no modelo assistencial da ABS com ameaças à multiprofissionalidade das equipes, prioridade ao pronto atendimento, centralidade no cuidado individual, enfraquecimento do enfoque territorial comunitário e cobertura por cadastramento, evidenciam redirecionamento da política de saúde, ferindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade no SUS. Em consonância, Morosini et al. (2020) analisa documentos produzidos pelo Ministério da Saúde entre 2019 e 2020 para a reorganização da atenção básica no país, destacando o programa Previne Brasil, a Lei nº. 13.958 de 18 de dezembro de 2019 que institui a ADAPS e a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS), assim como normatizações complementares. De acordo com a autora, estes aspectos normativos de modo combinado, promovem mudanças nas funções gestoras do SUS e no modelo de atenção à saúde, contribuindo para o fortalecimento da lógica mercantil na política pública de saúde. Carnut e Mendes (2020) abordam o Decreto Presidencial nº. 10.530, de 26 de outubro de 2020, assim como um conjunto de medidas que foram sendo implantadas na ABS desde 2019 e destacam o papel privatizante de tais medidas na área da saúde. Os autores analisam que com a publicação deste decreto amplia-se o benefício do destrave da acumulação capitalista, reduzindo o direito à saúde e, em especial, a atenção básica no SUS, favorecendo sua acumulação neste nível do setor. Estes autores destacam a importância da formação de uma “frente única de trabalhadores” como forma de enfrentar a escalada neofascista que acaba com os direitos sociais, entre eles, o da saúde no Brasil.

### 3.3 O Sistema Único de Saúde

Desde meados do século XX, com o desenvolvimento industrial, das ciências médicas e tecnológicas, além da organização da vida nos centros urbanos e da criação de organismos internacionais como a Organização das Nações Unidas (ONU), diferentes nações do mundo têm discutido a importância de políticas públicas redistributivas para coesão social (Conill, 2018), entre eles, modelos de assistência que oferecessem aos cidadãos acesso aos cuidados e serviços de saúde (Lavras, 2011). Desta forma, diferentes concepções sobre o direito à saúde, financiamento dos sistemas, critérios de acesso, serviços ofertados, qualidade das ações, assim como qual o papel do Estado na garantia de direitos sociais, contribuíram para a constituição dos sistemas nacionais de saúde em diferentes países do mundo. No geral, encontramos dois grandes grupos de modelos de atenção à saúde, um primeiro composto por sistemas nacionais de saúde universais, gratuitos, com atendimento integral, financiamento público e que tem na Atenção Primária à Saúde (APS) seu eixo estruturante; e, um segundo modelo, liberal privatista, onde diferentes prestadores privados e planos de saúde atendem diferentes seguimentos populacionais, sem garantia de acesso e atendimento integral, e com pouca participação do Estado nas políticas públicas de saúde (Campos; Domitti, 2007).

No Brasil, muito influenciado pelo movimento da reforma sanitária brasileiro, composto em sua grande maioria por profissionais de saúde e estudiosos do campo da saúde coletiva de diferentes regiões do país, articulados com movimentos pró democracia no Brasil ditatorial, a discussão em torno da necessidade de um sistema nacional de saúde que atendesse todos os brasileiros, ganhou corpo na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e virou uma realidade possível e constitucional com a promulgação da Constituição Federal de 1988, onde o Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído e passou a ser uma realidade, ainda que com inúmeros desafios sabidos para sua operacionalização (Campos; Domitti, 2007). Em um contexto global permeado pelo avanço das políticas neoliberais nos países da América Latina na década de 80 e 90 do século passado, a existência de marcos constitucionais garantidos pela Constituição Federal de 1988 para implementação de um Sistema Único de Saúde com acesso universal, financiamento público e que se propõe a realizar atendimento integral, com ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, atendimentos especializados, urgências e emergências, assistência

farmacológica, transplantes de órgãos, entre outras, foi uma conquista social sem precedentes para o país. No período anterior à Constituição Federal de 1988, o Estado brasileiro assegurava assistência à saúde apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social (Santos, 2007). Nesta época, aproximadamente 30 milhões de pessoas tinham acesso aos serviços hospitalares assegurados pelo Estado brasileiro, ficando o restante da população sem assistência garantida, necessitando recorrer a atendimentos em instituições filantrópicas ou ao sistema privado de saúde.

Feuerwerker (2005), em artigo que fala dos modelos tecnoassistências, gestão e organização do trabalho em saúde, coloca que o SUS tem conseguido superar obstáculos importantes em seu processo de implementação. A autora coloca que, ainda que hajam políticas de redução do Estado e de desfinanciamento dos setores sociais, os serviços públicos de saúde foram ampliados e chegaram a praticamente todos os municípios do país. O número de trabalhadores do setor aumentou e mecanismos democráticos de funcionamento incluem instâncias de pactuação entre gestores e mecanismos de controle social. Ainda de acordo com a autora, o SUS é um projeto em plena construção e que depende da participação de atores que atuam de diferentes frentes, propondo novos espaços de encontros para a produção de práticas e políticas de saúde.

Conquista social desejada pela sociedade brasileira no período de redemocratização do Brasil, o SUS tem sido subfinanciado pelo Estado desde sua instituição. Inserido no contexto global das políticas neoliberais, o Brasil tem seguido desde a década de 80 os ditames de organizações internacionais como o Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI) com políticas de austeridades fiscais, privatizações, redução do tamanho e da participação direta do Estado na garantia de direitos constitucionais básicos como habitação, educação, assistência social e saúde. A existência do SUS universal e público depende, antes de mais nada, de recursos que possibilitem sua existência. A alocação de recursos de todos os entes da federação tem sido insuficiente para garantir a universalidade e a operacionalização do SUS. Recursos previstos em lei, como os 30% da Seguridade Social, não chegam como deveriam ao SUS. Entre 1995 e 2015, os recursos disponibilizados pelo Ministério da Saúde não foram alterados, mantendo-se em 1,7% do Produto Interno Bruto brasileiro (PIB) (Guerra et al., 2018).

Neste cenário de desinvestimento público, uma parcela significativa da população não é atendida pelo SUS e necessita recorrer à iniciativa privada para ter

suas necessidades de saúde atendidas. Recentemente, com a aprovação da Emenda Constitucional nº.95 de 2016, à saúde, assim como outros direitos sociais garantidos por lei, foram e continuarão sendo atingidos diretamente, não tendo a possibilidade de expansão e de melhorias diante das medidas de desmonte do sistema. Mais recentemente, por meio da Portaria nº 2.979/2019, que cria o Programa *Previne Brasil*, o Ministério da Saúde institui um novo modelo de alocação de recursos federais para a Atenção Básica à Saúde que tende a reduzir os repasses de verba para os municípios brasileiros, atingindo mais uma vez a universalidade do SUS e ratificando os elementos de mercado que servem para o capital se reproduzir neste nível da atenção à saúde (Mendes; Carnut, 2020).

Para Santos (2007), o subsistema privado reforça na sociedade e junto aos profissionais de saúde valores que o SUS procura desconstruir. Segundo o autor, o direito à saúde é traduzido como direito a consumir serviços médicos, procedimentos e medicamentos, já que existe uma supervalorização da especialização, dos procedimentos e da incorporação tecnológica a qualquer preço. A oferta de serviços diferenciados de acordo com o poder de compra da pessoa ou do segmento populacional é vista com naturalidade. Embora tenha ocorrido uma expansão do acesso, principalmente aos serviços básicos de saúde, houve também um importante crescimento de seguros privados em todo continente latino-americano (Conill, 2018).

Giovanella (2008) faz uma análise sobre a discussão iniciada na década passada no âmbito de organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS), Fundação Rockefeller e do Banco Mundial sobre cobertura universal de saúde (*universal health coverage*- UHC), financiamento por combinação de fundos (*pooling*) gerenciados por seguradoras privadas ou públicas, afiliação por modalidade de asseguramento e definição de cesta limitada de serviços. Estes autores colocam que os preceitos que norteiam a UHC, congrega diretrizes das reformas pró mercado como a redução da intervenção estatal, subsídios à demanda, seletividade e focalização nas políticas de saúde. Estes autores abordam as diferenças entre países que desenvolveram Sistemas Universais de Saúde (*universal health System* -UHS) e aqueles que apresentam cobertura universal de saúde (*universal health coverage* - UHC). De acordo com os autores, mais recentemente, a concepção de cobertura universal de saúde (UHC) tem sido difundida por organizações internacionais e incorporada em resoluções da Organização das Nações Unidas em oposição aos sistemas universais de saúde (UHS). Para estes autores, a questão do financiamento

é central na proposta de UHC, que incentiva o aumento da participação privada no financiamento setorial e a expansão do mercado privado em saúde, sendo plausível supor que o interesse econômico por trás da saturação do mercado de seguro privado de saúde na Europa e EUA e a crise econômica de 2008 tenham influenciado a concepção de UHC, na busca de clientela para esse mercado em países com grandes economias como o Brasil, Índia e África do Sul (Mendes; Carnut, 2020).

Em nossa Constituição, o SUS é pensado como uma política pública que traz a saúde como um “*direito de todos e um dever do Estado*” (Brasil, 1988). Molina (2018) em artigo que reflete a importância do SUS enquanto sistema de saúde público financiado pelo Estado, com acesso universal e gratuito, coloca os desafios e a grandiosidade do sistema de saúde brasileiro quando comparado aos sistemas de outras nações. Campos (2017) fala que, atualmente, a consolidação e fortalecimento do SUS depende da “constituição de um bloco político capaz de renovar e dar continuidade aos movimentos sociais em defesa da vida” (p.36).

### **3.4 A Atenção Básica à Saúde**

Dentro dos sistemas nacionais de saúde, uma organização regionalizada e hierarquizada, com diferentes níveis de complexidade em pontos distintos de atenção, o que convencionou-se chamar de Atenção Primária à Saúde (APS) mostrou-se relevante como estratégia central para facilitar o acesso dos usuários e também na organização destes sistemas. Um dos primeiros documentos a utilizar e conceituar o termo APS foi o Relatório Dawson, em 1920. Tal relatório influenciaria a criação do sistema nacional de saúde britânico (National Health Service - NHS) em 1948, que por sua vez, tornaria-se uma referência em organização de sistemas de saúde para vários países do mundo (Lavras, 2011).

Entre 6 e 12 de setembro de 1978, ocorreu na cidade de Alma-Ata, na antiga URSS, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Esta conferência deu origem à Declaração de Alma-Ata, documento que aborda a responsabilidade dos Governos e dos Estados Nacionais na realização de medidas sanitárias e sociais que contribuam para o aumento do nível de saúde das populações, permitindo que estas possam levar uma vida social e economicamente produtiva. Neste documento, os cuidados primários em saúde constituem a chave para que a

meta de “*Saúde para Todos no Ano 2000*” fosse atingida, “*como parte do desenvolvimento e no espírito da justiça social*” (Alma-Ata, 1978). De acordo com a Declaração de Alma-Ata:

“Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais próximo possível dos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde” (Alma-Ata, 1978, p.1-2).

O conceito de Atenção Primária à Saúde, descrito pela primeira vez em 1918 nos primórdios do Sistema Nacional de Saúde Britânico (NHS) e amplamente discutida e idealizada na conferência de Alma-Ata em 1978, se constituiu dentro do Sistema Único de Saúde brasileiro como um conjunto básico de procedimentos em saúde destinado principalmente as pessoas que residem em áreas mais vulneráveis nos diferentes municípios do país. Desta forma, uma parcela significativa da população não tem acesso aos serviços públicos de saúde ou precisam recorrer ao sistema privado para terem suas necessidades básicas atendidas. A focalização e a seletividade da APS no Brasil prejudica a universalidade do acesso dentro do sistema, assim como a qualidade e a integralidade das ações, induzindo usuários do sistema a recorrerem ao sistema privado para terem suas necessidades atendidas (Guerra et al., 2018). Historicamente no Brasil, o termo Atenção Básica à Saúde substitui e é utilizado com sinônimo de Atenção Primária à Saúde.

Diferentes arranjos de ABS foram desenvolvidas e vivenciadas em países distintos, sendo as experiências encontradas na Inglaterra, Canadá, Colômbia e Cuba as mais representativas dos cuidados neste ponto de atenção à saúde. Conill (2007) coloca que podemos encontrar basicamente duas concepções de Atenção Primária de Saúde. Em uma, temos a existência de cuidados ambulatoriais na porta de entrada do sistema de saúde, na outra, a existência de uma política de reorganização do modelo assistencial, quer seja sob forma seletiva ou ampliada.

Pensada para ser a principal porta de entrada dos usuários aos sistemas de saúde, a ABS caracteriza-se pela acessibilidade e por oferecer serviços diversos em saúde próximo das residências dos usuários atendidos pelas equipes de saúde. A ABS apresenta alto poder de resolutividade diante das principais necessidades de saúde das comunidades, devendo também, nos casos mais graves, ser responsável pelo direcionamento e acompanhamento longitudinal e integral dos usuários aos serviços especializados que compõem os sistemas de saúde. Investir na APS é economicamente mais viável, uma vez que a atenção especializada geralmente exige mais recursos financeiros para a realização de procedimentos com alta especificidade e que tendem a atingir um número menor de usuários dos sistemas de saúde (Starfields, 2002).

No Brasil democrático pós Constituição Federal de 1988, muitos direitos sociais, entre eles a saúde, foram minados desde o início pelo avanço das políticas neoliberais impostas aos países subdesenvolvidos. No campo da saúde, seguindo a cartilha do Banco Mundial (BM) para o investimentos no setor, tais políticas neoliberais significaram um subfinanciamento do SUS e um conseqüente prejuízo do desenvolvimento efetivo das políticas públicas de saúde na garantia da universalidade do acesso e na integralidade do cuidado. Reconhecendo toda a importância da ABS na estruturação de sistemas nacionais de saúde que propõem acesso universal e atenção hierarquizada em diferentes níveis de complexidades, no Brasil, a ABS estruturou-se de forma seletiva e focalizada, como um pacote ou "cesta básica" de serviços e procedimentos destinados as pessoas mais vulneráveis nas diferentes regiões do país. O acesso aos serviços de saúde que compõem a APS no Brasil constituiu-se de forma diferente e desiguais nas regiões e cidades do país. Nas grandes conurbações urbanas, o acesso a ABS também se mostra desigual, concentrando-se nos bairros periféricos e ausentes ou com problemas significativos nas demais regiões da cidade (Mendes; Carnut, 2018). Além do subfinanciamento de todo o sistema, a distribuição dos recursos públicos destinados ao SUS tem privilegiado a atenção médica ambulatorial especializada e a atenção hospitalar em detrimento dos investimentos realizados na Atenção Básica à Saúde. Ao redor do mundo, diferentes nações que contam com sistemas de saúde públicos, com acesso universal à população e que se propõem ao atendimento integral, se estruturam a partir da ABS. O investimento neste nível da atenção à saúde conduz o sistema ao



princípio da universalidade, garantindo que a toda a população do país possa ter acesso aos serviços essenciais de saúde (Mendes; Carnut, 2018).

No Brasil, desde 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é tida como o principal modelo de reorganização das equipes de saúde que atuam na ABS e foi definida como sendo prioritária para a expansão e consolidação da ABS, priorizando as ações de promoção, proteção, e recuperação da saúde, tendo como objetos centrais o indivíduo e sua família inseridos em sua comunidade, valorizando os diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral, interdisciplinar e intersetorial (Brasil, 2011). De 1994 até 2006, ABS foi regulada por portarias e normas editadas pelo Ministério da Saúde para apoiar a descentralização dos serviços por meio de incentivos financeiros aos municípios e estados brasileiros. Destaca-se a publicação pelo Ministério da Saúde, em 1996, da Norma Operacional Básica (NOB/SUS/96), iniciativa determinante para a implantação das equipes, que modificava completamente a lógica de financiamento e permitia a maior mudança do modelo assistencial vista até então. Assim, com a implantação do Piso de Atenção Básica (PAB fixo e dos incentivos), o então Programa Saúde da Família (PSF) passou a ter orçamento próprio, de modo a viabilizar sua expansão no país.

Resultado da experiência acumulada por conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do SUS como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo, em 2006, o Ministério da Saúde publicou a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que deu início a importante discussão institucional do sistema em Redes de Atenção à Saúde (RAS) ao trazer recomendações norteadoras para os serviços de saúde, para o processo de trabalho, para a composição das equipes, para as atribuições das categorias profissionais e para o financiamento do sistema, dentre outros (Lavras, 2011). Além disso, o texto da PNAB de 2006 incorporou e difundiu no país os atributos da ABS tais como: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação para a comunidade, centralidade na família, competência cultural, entre outros.

Nesta trajetória, é importante reconhecer a redução das taxas de mortalidade infantil e materna, no controle da tuberculose, da hanseníase, diabetes, hipertensão, tabagismo e dengue; acompanhamento pré natal e aleitamento materno, entre outros indicadores que demonstram a importância da Estratégia Saúde da Família (ESF) à

população brasileira, corroborando a literatura internacional, que já apontava em 1920 este caminho aos principais sistemas de saúde universais ( Sousa, 2014).

Geralmente compostas por um médico generalista, um enfermeiro, auxiliares de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agente de Endemias, as Equipes de Saúde da Família (eSF) oferecem uma ampla gama de cuidados em saúde para a população residente em uma determinada área geográfica. Equipes de Saúde Bucal (eSB) compostas por Cirurgiões Dentistas, técnicos e auxiliares de saúde bucal também compõem a ABS no Brasil. Tais equipes, em sua grande maioria, atendem em Unidades de Saúde da Família (USF) ou em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e são responsáveis por uma população entre 2000 e 4000 habitantes cada, realizando ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, assim como ações curativas e de reabilitação. A articulação do cuidado junto a outros serviços que compõem as Redes de Atenção à Saúde também é uma das principais atribuições das eSF, tanto quando estas direcionam o usuário para um nível mais complexo de atenção, quanto no deslocamento de cuidado de um nível mais complexo para a ABS (Mendes, 2011).

Entre 1994 e 2006, ano de criação do PSF e da publicação da primeira edição da PNAB, os esforços do Ministério da Saúde foram dirigidos para a descentralização do financiamento para ampliação e qualificação da atenção prestada na ABS, alterando o modelo da assistência à saúde no país. Entretanto, ocorre que a Média e Alta complexidade sempre detiveram a maior parte dos recursos alocados, o que destoava do modelo de assistência a princípio priorizado (Guerra et al., 2018). Desse modo, estes autores colocam ainda ser possível identificar diversas medidas que vêm sendo impulsionadas, reduzindo a participação do Estado tanto no financiamento quanto na execução das ações de cuidado em saúde, orientando a saúde para o livre mercado. Dentre elas, cabe destacar a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2011 e também em 2017. Em sua última versão, publicada em 2017, a PNAB flexibiliza a forma como a APS é operacionalizada, levando-a para um processo de aprofundamento da privatização da saúde no país e conduzindo a ABS à um caráter residual e assistencialista, distanciando-a ainda mais de seu caráter de ordenador dentro do SUS ( Mendes; Carnut, 2020).

Fator decisivo na melhoria dos indicadores de Saúde nos diferentes municípios do país, a ESF teve seu escopo de ações ampliado entre 2008 e 2019 com a inserção de diversas profissões da área da saúde por meio da criação do Núcleos Ampliados

de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB). Assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, educadores físico, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, médicos veterinários, médicos psiquiatras, pediatras, ginecologistas, entre outras profissões, passaram a incorporar a ABS e atuarem de forma compartilhada com os profissionais médicos, equipes de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde Bucal que já compunham as equipes de Atenção Básica nos municípios brasileiro.

Anteriormente a criação das equipes Nasf-AB, profissionais da área saúde que passaram a compor tais equipes, não existiam como possibilidade dentro do SUS nos municípios, não faziam parte da ABS, situando-se em "ambulatórios de especialidades" ou hospitais, ou, quando faziam parte da ABS, não eram inseridos em equipes multiprofissionais para atuarem de forma interdisciplinar e compartilhada.

Após doze anos de existência (2008-2019) como política pública induzida pelo Ministério da Saúde para ampliação e fortalecimento da ABS, ainda que com muitas dificuldades e com desafios cotidianos a serem superados, é possível afirmar que as equipes multiprofissionais no formato Nasf-AB contribuem para o aumento da oferta e da qualidade das ações de saúde nos territórios onde atuam. Além de facilitar o acesso dos usuários a algumas especialidades do campo da saúde, ainda no contexto da APS, a possibilidade de encontros periódicos entre os profissionais de saúde para discussões de casos, planejamentos das ações e organização dos processos de trabalho, trouxe para o cotidiano dos profissionais de saúde espaços de Educação Permanente (EP), onde os profissionais da saúde podem, a partir de demandas e situações territoriais, pensar e aprender de forma coletiva diferentes possibilidades de cuidado e de organização dos processos de trabalho visando a integralidade das ações em saúde.

Por meio da Portaria nº 2.979 de 12 de Novembro de 2019, onde instituiu o Programa *Previne Brasil*, que estabelece um novo modelo de alocação de recursos federais da ABS no SUS, o Ministério da Saúde não cita em qualquer momento as equipes Nasf-AB. Anteriormente a esta portaria, o MS incentivava financeiramente a criação de equipes Nasf-AB por meio do repasse de verba direto para este fim. Nesta nova portaria, o Nasf-AB não entra, como anteriormente, no que o MS chama de "ações estratégicas". Mais recentemente, por meio da Nota Técnica nº3/2020-DESF/SAPS/MS publicada em 28 de Janeiro de 2020, o Ministério da Saúde informou

que a composição das equipes multiprofissionais deixaria de estar vinculada às tipologias de equipes Nasf-AB. Assim, os gestores municipais teriam autonomia para compor as equipes multiprofissionais, definindo as profissões, a carga horária e o arranjos das equipes. As profissões antes cadastradas e inseridas nas equipes Nasf-AB passariam agora a serem cadastrados diretamente nas eAB. Desta forma, a partir de janeiro de 2020, o Ministério da Saúde não realizaria mais o credenciamento de equipes Nasf-AB, e as solicitações enviadas até aquele momento seriam arquivadas. Entretanto, por meio da Portaria nº 99 de 7 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde fala mais uma vez sobre a possibilidade da existência e do credenciamento de equipes Nasf-AB junto ao Ministério da Saúde. Pela Portaria, os municípios são responsáveis por informar ao MS sobre a existência de equipes Nasf-AB e não envolve repasses de verba específico como incentivo a existência de tais equipes.

### **3.5 Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica**

Em 2008, o Ministério da Saúde do Brasil instituiu e passou a incentivar por meio da Portaria nº 154/2008, a criação dos então Núcleos de Apoio à Saúde da Família, os NASF. Constituído por profissionais de diferentes áreas de conhecimento (assistente social, psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, nutricionista, educador físico, terapeuta ocupacional, farmacêutico, especialistas médicos como psiquiatra, pediatra e ginecologista, entre outras profissões), as equipes NASF atuavam de maneira integrada e compartilhada junto a profissionais médicos, enfermeiros, agentes comunitários e equipes de saúde bucal que já atuam na ABS no país (Brasil, 2008). A mudança do nome Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) se deu em um contexto mais amplo de mudanças no formato da Atenção Básica à Saúde, vertente brasileira da APS, com a publicação Portaria Nacional de Atenção Básica em setembro de 2017. O termo “Apoio”, que sempre esteve atrelado a uma das principais funções das equipes NASF, tornou-se “Ampliado”, sem trazer alterações nas diretrizes que tangem a organização dos processos de trabalho, mas ampliando as possibilidades de eAP a serem apoiadas pelas equipes Nasf-AB.

A Portaria nº 154 de 2008, além de instituir os Nasf-AB, trouxe aspectos normativos, conceitos centrais relacionados a recém publicada Política Nacional de Atenção Básica de 2006, a missão das equipes Nasf-AB, assim como princípios e

diretrizes gerais, aspectos relacionados à organização dos processos de trabalho e ferramentas tecnológicas a serem utilizadas pelas equipes. Neste primeiro momento, duas modalidades de equipes Nasf-AB foram criadas. O Nasf-AB modalidade 1 seria composto por, no mínimo, 5 profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes entre as listadas pelos documentos norteadores e estariam vinculados e apoiariam entre 8 e 20 eSF; o Nasf-AB modalidade 2 seria composto por, no mínimo, 3 profissões de nível superior não coincidentes entre as listadas para tal modalidade e estariam vinculados e apoiariam um número mínimo de 3 eSF. Cada equipe Nasf-AB 1 receberia um valor de custeio mensal de R\$ 20.000,00 (vinte mil Reais) e cada equipe Nasf-AB 2 receberia um valor de R\$ 6.000,00 (seis mil Reais). O incentivo financeiro seria repassado mensalmente do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos Municipais de Saúde (FMS) (Brasil, 2008).

A fim de possibilitar que qualquer município brasileiro pudesse ser contemplado com equipes Nasf-AB e de incentivar o aprimoramento do trabalho das equipes já implantadas, em 2012, após 4 anos da criação das equipes Nasf-AB, o Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 3.124/2012 criou uma terceira modalidade de equipes Nasf-AB, que seria responsável pelo apoio a 1 ou 2 eSF ou para Equipes de Consultório de Rua (eCR), Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e Equipes de Saúde da Família Fluvial (eSFF). Além de instituir esta terceira modalidade, o Ministério da Saúde reduziu o número de equipes de saúde que cada modalidade Nasf-AB estaria vinculado (Quadro 3 1).

A inserção de profissionais especialistas na ABS por meio das equipes Nasf-AB se deu em um novo arranjo organizacional denominado Apoio Matricial (AM). O correto entendimento da palavra apoio é central na proposta do Nasf-AB, e remete à compreensão desta tecnologia de gestão denominada “apoio matricial”, que se complementa com o processo de trabalho em “equipes de referência” (Brasil, 2008).

Quadro 3.1 – Modalidades de Nasf-AB, conforme a Portaria nº 3.124/2012

Modalidades	Número de Equipes vinculadas	Somatória das cargas horárias profissionais
Nasf-AB 1	5 a 9 eSF e/ou eSFF, eSFR, eCR	Mínimo 200 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 80h de carga horária semanal.
Nasf-AB 2	3 a 4 eSF e/ou eSFF, eSFR, eCR	Mínimo 120 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal
Nasf-AB 3	1 a 2 eSF e/ou eSFF, eSFR, eCR	Mínimo 80 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal.

Fonte: DAB/SAS/MS, 2013 (Brasil, 2014).

As equipes Nasf-AB trouxeram para a ABS e também para a RAS algumas ideias e dispositivos já existentes no campo da Saúde Coletiva, porém pouco conhecidos e pouco utilizados pelos profissionais do SUS e da ABS: apoio matricial, matriciamento, Projeto Terapêutico Singular (PTS), Clínica Ampliada (CA), Educação Interprofissional (EI), Educação Permanente (EP), equipes de referência e equipes de apoio, cuidado compartilhado, entre outros. As diretrizes organizacionais dos processos de trabalho das diferentes profissões inseridas nas equipes Nasf-AB que atuam junto as eSF na ABS no Brasil, foi pensado a partir das experiências de outros modelos de atenção à saúde internacionalmente utilizados e bem avaliados, e que, em sua grande maioria, tem como principais objetivos qualificar a assistência, ofertar o acesso em momento oportuno, longitudinal e integral, além de repensar a forma como encaminhamos os usuários dentro da RAS (Brasil, 2014). A organização dos processos de trabalho entre equipes Nasf-AB e eAP por meio do Apoio Matricial

mudaria a lógica de atendimentos, de encaminhamentos e de responsabilização pelo cuidado dos usuários atendidos na ABS (Campos; Domitti 2007).

O Apoio Matricial apresenta basicamente duas dimensões de apoio: a assistencial e a técnico-pedagógica. A dimensão assistencial é aquela que produz ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio com e para as eAP, garantindo a ampliação do olhar em saúde dos profissionais. Essas duas dimensões podem e devem se misturar nos diversos momentos. A ideia que permeia toda a organização do Apoio Matricial é que, nas diferentes formas e possibilidades de encontros entre os profissionais de saúde, os usuários tenham suas necessidades atendidas pelos profissionais de saúde e que estes construam juntos a melhor maneira de lidar com as demandas de saúde de seus territórios (Brasil, 2008). Os atendimentos aos usuários ocorreriam preferencialmente de forma compartilhada entre os especialistas (médico e fonoaudiólogo, psicólogo e enfermeiro, assistente social e médico, etc.) para que, a partir do atendimento compartilhado, tanto a demanda do usuário fosse atendida e o conhecimento utilizado no atendimento fosse generalizado e utilizado posteriormente pelos profissionais envolvidos (Campos, 1999).

Além de contribuir com atendimentos diretos aos usuários atendidos pelas equipes de saúde da família, os profissionais das equipes Nasf-AB contribuiriam, a partir de discussões de casos, atendimentos compartilhados, diálogos sobre possibilidades de cuidados e fluxos da RAS do território com um saber que, a princípio seria algo específico de cada profissão, mas que, na verdade, pode ser algo do campo da saúde que todos os profissionais podem e devem fazer uso em suas práticas cotidianas de cuidado. A partir das concepções de Núcleos e Campos de saberes, propostas por Campos (2000), todas as profissões apresentam um "núcleo de saberes" que, em uma última análise, é o que caracteriza e garante a existência de cada profissão e um "campo de saberes", que seriam conhecimentos mais gerais que todos profissionais de saúde podem se apropriar e fazer uso em suas práticas profissionais.

Campos e Domitti (2007) descrevem e exploram conceitos diretamente relacionados ao arranjo organizacional com equipes de apoio matricial e equipes de referência. Tal arranjo, segundo o autor, foram adotados por equipes de saúde mental, equipes hospitalares e equipes de APS em diferentes locais do país e trouxeram bons resultados na qualidade da assistência prestada aos usuários do SUS e na formação

interprofissional dos profissionais que atuam neste novo arranjo. O autor descreve ainda que o apoio matricial e equipes de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar uma clínica ampliada e a integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. Neste novo arranjo, encontros periódicos e regulares entre os diversos profissionais das equipes são necessários para a discussão de casos clínicos e construções de intervenções interdisciplinares para os usuários e também para os territórios.

Essa nova organização dos processos de trabalho na APS traz conceitos e formas de realizar os trabalhos diferentes dos modelos tradicionais de organização dos serviços de saúde. A introdução de outras profissões para atuar nas UBS com uma nova forma de pensar o cuidado e a organização do trabalho fez com que profissionais que atuavam nos serviços de saúde repensassem suas práticas cotidianas e as formas de trabalho e de produzir saúde. Todos os profissionais que atuariam na ABS nesta nova organização matricial aprenderiam juntos a trabalhar de forma compartilhada e resolutiva tendo como base algumas ideias e práticas induzidas pelo Ministério da Saúde por meio de portarias, diretrizes e documentos norteadores. Partindo-se do fato de que os profissionais que atuariam nas equipes Nasf-AB, assim como as outras profissões que atuam na ABS, em sua grande maioria, também não teriam formação para trabalhar neste novo arranjo e aprenderiam em serviço, em um processo de Educação Permanente.

Saldanha (2006), ao discorrer sobre as diferentes possibilidades para estruturar e organizar os processos de trabalho de uma instituição pública coloca que a organização dos processos de trabalho será determinada de acordo com critérios que melhor atendem aos objetivos organizacionais. O autor explora as diferentes formas de organização dos processos de trabalho (organização funcional, por programas, produtos e serviços, além da organização matricial), colocando questões positivas e negativas de cada modelo organizacional. A organização matricial, segundo o autor, é um esforço para combinar as vantagens das organizações funcionais e por programa, produtos e serviços, sobrepondo esta a outra que está organizada de forma funcional. Ainda de acordo com Saldanha (2006), a maioria das instituições públicas estrutura o trabalho de forma funcional, em torno das funções essenciais da organização. O autor coloca que a tendência das gestões é preferir a estrutura funcional às configurações alternativas. Isso pode ser parcialmente atribuído à



tradição, mas também pode estar ligada ao fato de o controle ser acentuado em organizações que se estruturam funcionalmente e o controle sempre foi importante para as gestões de uma maneira geral. O autor ainda explicita que, a organização por função tende a gerar uma espécie de “miopia ocupacional”, dizendo que de todos os tipos organizacionais, a funcional é a que produz o mais alto nível de diferenciação, o outro lado da moeda do alto grau de especialização.

A falta de interação e diálogo entre os profissionais e equipes de saúde, presente em muitos serviços de saúde pode gerar problemas na assistência dos usuários do SUS. A organização matricial tem como proposta mudar de forma significativa a maneira como os profissionais se relacionam com os membros de sua equipe, assim como dos profissionais generalistas com profissionais dos serviços especializados. O cuidado precisa ser articulado entre os serviços e vai além da definição de fluxos e protocolos. A organização matricial faz com que os profissionais de saúde organizem o trabalho em torno de Projetos Terapêuticos Singulares para indivíduos, famílias ou comunidades. Profissionais que compõem as equipes de saúde da família, as equipes Nasf-AB, assim pessoas que compõem a RAS e toda a rede de serviços públicos e privados podem, por meio deste arranjo, construir juntos a melhor forma de organização dos serviços locais (Mendes, 2011).

Campos e Domitti (2007) discorrem sobre a figura do profissional apoiador matricial como um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, mas que pode agregar recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso. O autor coloca ainda que o apoio matricial deve construir e ativar espaços para comunicação ativa e para o "compartilhar" de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores.

Toda essa organização no processo de trabalho das equipes demanda conhecimento por parte dos trabalhadores e apoio da gestão local na institucionalização de ações nos âmbitos individuais e coletivos da UBS e desta no contexto da RAS do território. A continuidade do processo de Educação Permanente nos territórios junto ao fortalecimento dos espaços coletivos de construção e articulação entre os trabalhadores é de suma importância para a integralidade do cuidado (Feuerwerker, 2014).

É importante lembrar que, sobre estes aspectos da Educação Permanente em Saúde, em 13 de fevereiro de 2004, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria nº 198 que dispõe sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Trata-se, portanto, de uma ação articulada entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, formalizada pela Portaria Interministerial nº 2.118, de 2005, instituiu também a cooperação técnica entre os dois ministérios, para a formação e o desenvolvimento de recursos humanos na saúde, envolvendo o nível técnico, a graduação e a pós-graduação (Brasil, 2006).

A responsabilização compartilhada entre eAP e equipes Nasf-AB prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência, ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de atenção básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado na RAS (Brasil, 2008).

O processo de implementação de equipes multiprofissionais que se organizam em torno do apoio matricial implica a necessidade de estabelecer espaços rotineiros de reuniões para pactuar e negociar o processo de trabalho: discussões de casos, definição de objetivos, critérios de prioridade, gestão dos encaminhamentos e filas de espera, critérios de avaliação dos trabalhos, resolução de conflitos etc. Nada disso acontece automaticamente, tornando-se necessário que os profissionais assumam sua responsabilidade na cogestão e os gestores coordenem esses processos, em constante construção do trabalho transdisciplinar. Isso implica uma modificação profunda nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho em saúde vigentes (Brasil, 2010).

Historicamente no Brasil, a atenção à saúde apresenta como características principais práticas médico centradas, hospitalocêntricas, com práticas curativas desarticuladas e não integrais. A criação do SUS e existência de políticas de investimento e fortalecimento da APS tendo como principal modelo a Estratégia Saúde da Família vão a favor de mudanças positivas no modelo de atenção à saúde. A inserção de outras categorias profissionais na APS para atuarem de forma compartilhada com as ESF tendo a possibilidade de organizar os processos de trabalho de forma a mudar a lógica de cuidado por meio de uma organização matricial também é algo que visa mudar a atuação e a formação dos profissionais que atuam em todos os âmbitos do SUS (Brasil, 2010).

O trabalho e a atuação interdisciplinar e interprofissional realizada por equipes de profissionais da área da saúde tem se mostrado uma necessidade diante da complexidade de questões que envolvem a vida e os processos de adoecimento das pessoas na contemporaneidade. Em todos os níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário) que compõem o SUS, os resultados, principalmente nos casos mais complexos, são melhores quando produzidos por equipes que atuam de forma interprofissional (Campos, 2010). A formação interdisciplinar e interprofissional de graduandos e pós-graduandos de cursos na área da saúde e também dos profissionais que já atuam no SUS é uma necessidade para que o cuidado oferecido para a população brasileira pelo SUS seja integral e contribua de forma significativa para a melhoria da qualidade de vida das pessoas (Feuerwerker, 2014).

Alguns obstáculos estruturais são citados por Campos e Dimitti (2007) na lógica do Apoio Matricial. De acordo com os autores, estes obstáculos precisam ser conhecidos, analisados e, quando possível, removidos ou enfraquecidos. Os autores citam obstáculos estruturais, obstáculos decorrentes do excesso de demanda e carência de recursos, obstáculos políticos e de comunicação, obstáculos subjetivos e culturais, além de obstáculos éticos e epistemológicos. Podemos encontrar na literatura nacional estudos que abordam diferentes dimensões das dificuldades e como as equipes de saúde nas diferentes regiões do país lidam com os desafios da organização dos processos de trabalho entre equipes de saúde da família e Nasf-AB assim como com outros serviços que compõem as Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Por meio da Portaria nº 2.979 de 12 de Novembro de 2019, onde instituiu o Programa Previne Brasil, que estabelece um novo modelo de financiamento de custeio da APS no SUS, o Ministério da Saúde não cita em qualquer momento as equipes multiprofissionais dos Nasf-AB. Anteriormente a esta portaria, o MS incentivava financeiramente a criação de equipes Nasf-AB por meio do repasse de verba direto para o custeio destas equipes. Nesta nova portaria, o Nasf-AB não entra, como anteriormente, no que o MS chama de “ações estratégicas”. Não se sabe ao certo qual será o impacto da nova portaria no repasse de verbas, e na própria sustentabilidade do NASF para a ABS e na organização dos processos de trabalho em uma perspectiva integral.

Após repercussão negativa da extinção das equipes Nasf-AB, por meio da nota técnica nº3/2020-DESF/SAPS/MS publicada em 28 de Janeiro de 2020, o Ministério

da Saúde informou que a composição das equipes multiprofissionais que atuariam na APS deixariam de estar vinculadas à tipologia de equipes Nasf-AB. Assim, os gestores municipais teriam autonomia para compor as equipes multiprofissionais, definindo as profissões, a carga horária, assim como o arranjo organizacional das equipes. As profissões antes cadastradas e inseridas nas equipes Nasf-AB passariam agora a serem cadastrados diretamente nas equipes de Saúde da Família ou eAP. Desta forma, a partir de janeiro de 2020, o Ministério da Saúde não realizaria mais o credenciamento de equipes Nasf-AB, e as solicitações enviadas até o momento seriam arquivadas. Entretanto, por meio da Portaria nº 99 de 7 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde fala mais uma vez sobre a possibilidade da existência e do credenciamento de equipes Nasf-AB junto ao Ministério da Saúde. Pela portaria, os municípios são responsáveis por informar o MS sobre a existência de equipes Nasf-AB e não envolve repasses de verba específico do Ministério da Saúde para os municípios para a constituição destas equipes.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo principal**

Esta pesquisa tem como principal objetivo discutir os efeitos do Previne Brasil nos processos de trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB).

### **4.2 Objetivos Específicos**

Esta pesquisa tem ainda como objetivos específicos:

- 1) Compreender as dimensões dos processos de trabalho das equipes Nasf-AB;
- 2) Identificar, descrever e classificar os estudos utilizados na amostra desta pesquisa;
- 3) Como produto educacional deste mestrado profissional interunidades, elaborar uma Carta de Recomendação aos gestores e profissionais da saúde sobre a neoseletividade induzida pelo programa Previne Brasil e suas repercussões para os Nasf-AB.

## **5 MATERIAL E MÉTODOS**

### **5.1 Revisão Sistemática da Literatura e metassíntese qualitativa sobre os processos de trabalho das equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica**

Este estudo faz uso da metassíntese qualitativa como modalidade de revisão sistemática da literatura para integrar informações de estudos sobre determinado assunto ou área do conhecimento. A metassíntese qualitativa faz uso de processos analíticos e interpretativos tendo como objetivo construir uma síntese e obter uma ampla compreensão conceitual, metodológica ou empírica. Mais do que somar os resultados dos estudos existentes, a metassíntese qualitativa oferece uma nova interpretação dos achados na literatura (Batista; Miccas, 2014) ou ainda uma nova interpretação sobre uma realidade compilada. Essas interpretações não podem ser encontradas em nenhum relatório de investigação, mas são inferências derivadas de todos os artigos em uma amostra como um todo (Fracolli; Lopes, 2008).

A metassíntese pode ser entendida também como uma forma de tratar os resultados de uma pesquisa qualitativa. Por meio dela, os resultados de pesquisas qualitativa podem ser descritos de forma coerente, explanados e integrados de forma interpretativa (Fracolli; Lopes, 2008). Faz uso de técnicas analíticas e interpretativas na integração de conceitos, aspectos metodológicos ou resultados de pesquisas qualitativas, construindo conhecimento resultante das pesquisas em um determinado campo. Sandelowski, et al (1997) consideram metassíntese qualitativa como um tipo distinto de estudo onde os resultados de estudos qualitativos completos de um determinado campo são combinados.

Fracolli e Lopes (2008) colocam que a metassíntese qualitativa tem como propósito criar traduções interpretativas ampliadas de todos os estudos examinados em determinado domínio, de modo que seu resultado seja fiel à tradução interpretativa e de cada estudo em particular. Ainda segundo estes autores, o termo refere-se tanto ao produto interpretativo quanto aos processos analíticos nos quais tais estudos são agregados, integrados, resumidos ou mesmo reunidos.

A metassíntese é a interpretação do pesquisador sobre os achados primários de pesquisas originais que compõem a amostra. As metassínteses não devem incluir sínteses narrativas ou revisões de estudos qualitativos nem resultados de análises

secundárias de dados combinados a partir de estudos qualitativos separados (Sandeslowski; Barroso, 2003). Almouloud e Alencar (2017) referem que as limitações para realização da metassíntese qualitativa iniciam com a busca e minuciosa seleção das pesquisas. De acordo com os autores, os pesquisadores devem estar cientes de que essa forma de investigação não abarca todas as pesquisas efetuadas, pois essa espécie de estudo é sempre inconclusa porque o período da busca é finito e a coleta depende do que os autores declararam como foco da pesquisa, das palavras-chave, do título e do resumo.

Neste estudo, o processo de trabalho foi conduzido em duas etapas distintas. Em um primeiro momento, construímos uma estratégia de busca para a identificação de publicações que abordam questões de interesse desta pesquisa e que possam ser incluídos na amostra. Em um segundo momento, a partir da leitura na íntegra e sistematização dos artigos incluídos, realizamos uma metassíntese qualitativa dos resultados encontrados sobre os processos de trabalho das Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica no Brasil.

## **5.2 Primeira fase: definição da estratégia de busca**

Primeiramente foi necessário a elaboração de uma estratégia de busca na literatura científica sobre o tema central desta pesquisa. Optou-se nesta pesquisa por utilizar o portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) por este ser um espaço de integração de fontes de informação científica e técnica em saúde na América Latina e Caribe (AL&C).

Para iniciar a composição da estratégia de busca foi necessário realizar a derivação da pergunta desta pesquisa em descritores que se referenciem aos termos chave da pergunta. Assim, a principal pergunta desta pesquisa é: “Quais são os processos de trabalho dos Núcleos Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica que atuam na Atenção Primária à Saúde no Brasil”? Desta forma, pudemos identificar que os principais objetos deste estudo, assim como os termos chave derivados da pergunta da pesquisa são: “processos de trabalho”, “Nasf-AB” e “Atenção Primária à Saúde” (fenômeno, população e contexto, respectivamente). A partir disto, realizamos uma consulta na plataforma dos Descritores em Ciências da Saúde <<http://decs.bvs.br/>> visando identificar aqueles descritores que estabeleçam relação

mais próxima possível com os termos-chave da pergunta da pesquisa. Neste momento da pesquisa, foi possível constatar a não existência dos descritores “nasf” e “processos de trabalho”, sendo necessário realizar uma pesquisa sobre quais descritores existentes relacionem-se com os termos chave da pesquisa e são utilizados pelos autores em suas publicações. Com este objetivo, optou-se inicialmente pela utilização dos termos “Nasf”, “Núcleo de Apoio à Saúde da Família” e “Núcleo Ampliado de Saúde da Família” para a realização de uma busca livre assistemática de artigos no portal regional da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) para identificar quais descritores estavam sendo utilizados pelos autores para a indexação. Por meio destas buscas, pudemos identificar alguns descritores utilizados por autores para indexação de artigos que pudessem responder as perguntas desta pesquisa. No quadro 5.1, identificamos os descritores, suas respectivas definições, assim como o número de publicações encontradas com cada um deles. Utilizamos como estratégia organizacional dos descritores a relação entre estes e os 3 termos chave desta pesquisa: Processos de trabalho (fenômeno); equipes Nasf-AB (população); e Atenção Primária à Saúde (contexto).

Quadro 5.1 - Descritores, definições e números de artigos

<b>Quadro 5.1</b>			
<b>Item-chave</b>	<b>Descritores</b>	<b>Definição ( DeCS)</b>	<b>Número de Publicações</b>
<b>Processos de Trabalho</b> (fenômeno)	"Avaliação de Processos em Cuidados de Saúde"	Procedimento de avaliação que enfoca como o cuidado é dado, baseado na premissa que há padrões de desempenho para as atividades dedicadas ao cuidado do paciente, no qual as ações específicas realizadas, os eventos concorrentes e as interações humanas são comparados com os padrões aceitos.	5.246
	"fluxo de trabalho"	Descrição do padrão de funções ou procedimentos recorrentes frequentemente encontrados em processos organizacionais, como notificação, decisão e ação.	5.834
<b>Equipes Nasf-AB</b> (população)	"Gestão em Saúde"	Compreende atividades de formação, implementação e avaliação de políticas, instituições, programas, projetos e serviços de saúde, bem como a condução, gestão e planejamento de sistemas e serviços de saúde.	3.017



<b>Quadro 5.1</b>			
	"Equipe de Assistência ao Paciente"	Cuidados prestados a pacientes por uma equipe multidisciplinar comumente organizada sob a direção de um médico; cada membro da equipe tem responsabilidades específicas e toda a equipe contribui para a assistência ao paciente.	69.929
	"Integralidade em Saúde"	Princípio fundamental de sistemas públicos de saúde que garante ao cidadão o direito de ser atendido desde a prevenção de doenças até o tratamento mais difícil de uma doença, sem excluir nenhum tipo, com prioridade para atividades preventivas e sem prejuízo dos serviços assistenciais. A integralidade supõe um cuidado à saúde e uma gestão setorial que reconheça a autonomia e a diversidade cultural e social das pessoas e das populações.	404
	"Assistência à Saúde"	Refere-se a todos os aspectos da provisão e distribuição de serviços de saúde a uma população.	107.149
<b>Atenção Primária à Saúde</b> (contexto)	"Atenção Primária à Saúde"	É a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, postos ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de auto responsabilidade e autodeterminação. (Declaração de Alma-Ata - Organização Pan-Americana da Saúde, 2003)	108.012
	"Estratégia Saúde da Família"	1) Modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). 2) A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde.	4.322

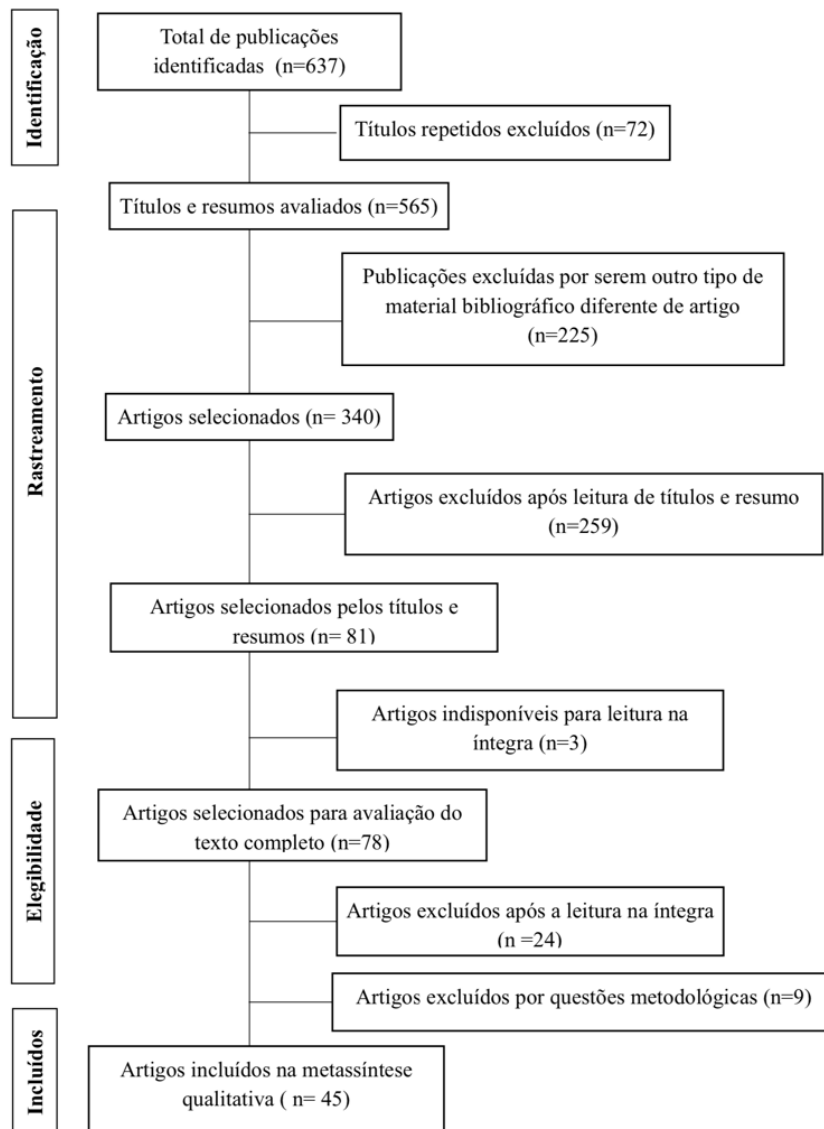
Fonte : Silva, 2022.



### 5.3 Segunda fase: seleção dos artigos para metassíntese

Após a realização das operações lógicas que identificaram 637 publicações que pudessem responder a pergunta desta pesquisa, estas foram selecionadas ou excluídas seguindo os passos descritos no fluxograma PRISMA (Figura 5.1).

Figura 5.1- Fluxograma PRISMA sobre o processo de seleção dos artigos incluídos na metassíntese qualitativa.



Fonte: Silva, 2022.

Foram selecionados para a amostra desta pesquisa, publicações originais empíricas no formato de artigo, em Língua portuguesa, inglesa ou espanhola que respondessem a pergunta desta pesquisa. Os artigos selecionados foram lidos na íntegra pelo autor da pesquisa e incluídos após serem considerados como relevantes para compor a amostra. A validação da seleção e da avaliação de qualidade da amostra selecionada foi feita por pares com o objetivo de aumentar a confiabilidade e transparência do processo de busca, seleção, análise e interpretação dos dados.

No quadro 5.1 apresentamos a relação dos artigos inseridos na metassíntese qualitativa.

Quadro 5 - Descrição dos artigos incluídos na metassíntese

<b>Autores, Ano</b>	<b>Cidade/Região do País</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Processo de trabalho</b>
Moreira DC et al., 2020	Seis municípios do sudoeste da Bahia, BA.	Avaliar o trabalho do NASF-AB, na perspectiva dos usuários, a partir dos atributos da APS abrangente.	Qualitativa.	Atividades em grupo com usuários; visitas domiciliares; sala de espera; reuniões dos NASF e entre equipes NASF e EqSF; rotina para agendamento e marcação de atividades.
Iacabo P, Furtado JP, 2020.	São Paulo, SP.	Identificar potencialidades e entraves dos NASF-AB.	Triangulação de métodos.	Apoio Matricial, profissionais NASF em Duplas.
Vendruscolo C et al., 2020.	Santa Catarina, SC.	Analisar as características e a atuação das equipes dos NASF-AB de Santa Catarina.	Descritiva quantitativa exploratória e sequencial.	Apoio Matricial.
Silva JWSB et al., 2020.	Recife, PE.	Avaliar o desenvolvimento de uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família da cidade do Recife (PE).	Pesquisa avaliativa qualitativa.	Apoio Matricial com a dimensão técnico-pedagógico em concomitância com a dimensão clínico-assistencial.
Vendruscolo C et al., 2019.	Santa Catarina, SC.	Analisar a implicação do processo de formação/educação permanente dos profissionais do NASF-AB na sua atuação interprofissional.	Estudo de caso (quintuplo).	Apoio Matricial marcado por uma formação biomédica e com obstáculos para atuação interprofissional
Sales JCS et al., 2019.	Teresina, P.I	Analisar a percepção de médicos e enfermeiros sobre as ações desenvolvidas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	Qualitativa.	Apoio Matricial.

Belotti M, Avellar AILZ, 2019.	Sudeste do Brasil, Espírito Santo.	Analisar as concepções dos profissionais de saúde que compõem os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) sobre suas atribuições de trabalho.	Qualitativa.	Apoio Matricial.
Nascimento DDG et al., 2019.	São Paulo, SP.	Analisar o processo de trabalho do NASF e identificar as repercussões na qualidade de vida no trabalho dos profissionais.	Estudo de caso.	Apoio Matricial.
Vendruscolo C, 2018	Santa Catarina, SC	Identificar o espaço em que o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica se estrutura nos serviços de saúde	Estudo de natureza conceitual.	Apoio Matricial.
Nascimento AG, Cordeiro JC, 2018	Pernambuco, PE.	Analisar o processo de trabalho de uma equipe NASF localizado em um município de Pernambuco.	Estudo de caso.	Apoio Matricial.
Nascimento CMB et al., 2018	3 municípios de Pernambuco.	Sistematizar as configurações de Núcleos de Apoio à Saúde da Família.	Qualitativa.	Assistencial curativista, semimatricial e matricial.
Castro CP, Nigro DS, Campos GWS, 2018	Campinas, SP	Compreender a dinâmica do processo de institucionalização do único Núcleo de Apoio à Saúde da Família implantado em Campinas, São Paulo.	Estudo de caso.	Autogestão, Apoio Matricial.
Souza TS, Medina MG, 2018	Município baiano.	Analisar as relações técnicas e sociais de trabalho entre profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), investigando, especialmente, se a inserção do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) fomenta a integração de práticas ou reforça a fragmentação do trabalho em saúde.	Estudo de caso.	Apoio Matricial, com agenda pautada nas diretrizes ministeriais.
Pedraza DF et al., 2018.	Campina Grande, Paraíba, PB.	Caracterizar o trabalho de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família e profissionais de saúde de Núcleos de Apoio à Saúde da Família em um município da Paraíba, Brasil.	Quantitativo (transversal).	Caracterização do trabalho dos enfermeiros: atendimento individual, visita domiciliar, tarefas burocráticas e reuniões com a comunidade. Os profissionais dos NASF destacaram as reuniões em equipe, a visita domiciliar e o atendimento individual. falta de recursos, falta de capacitação e diversidade de tarefas. Comparativamente, os enfermeiros advertiram limitações para uma maior quantidade de itens do que os profissionais dos NASF, com destaque para a não concordância com o andamento do trabalho (60%) e o excesso de atividades burocráticas (90%).
Ferretti F et al., 2018.	Chapecó, SC.	Analisar a Prática Baseada em Evidência no trabalho dos profissionais da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.	Estudo descritivo.	Não especificado no artigo.
Brito GEG et al., 2018.	João Pessoa, PB.	Analisar a percepção de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família acerca de seu objeto de trabalho.	Qualitativa.	Apoio Matricial.

Araujo Neto JD et al., 2018	Sobral, CE.	Analisar os aspectos restritivos ao princípio da integralidade.	Pesquisa avaliativa.	Apoio Matricial.
Batista CB et al., 2017	Município de Minas Gerais.	Descrever as práticas e compreender os arranjos de trabalho das equipes de NASF junto aos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família em um município de Minas Gerais.	Descritivo-etnográfico.	Apoio Matricial.
Duarte WBA et al., 2017	Jaboatão do Guararapes, PE.	Conhecer a compreensão dos profissionais de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família sobre o suporte oferecido na transformação do acolhimento em Unidades de Saúde da Família.	Qualitativa.	Apoio Matricial.
Souza TT et al., 2017	Florianópolis, SC.	Caracterizar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com foco no grau de integração às equipes vinculadas.	Estudo de caso.	Apoio matricial com baixo grau de integração e de colaboração e consequente realização de ações restritas com ofertas pontuais ou isoladas com baixa resolutividade.
Velloso AF, Varanda MP, 2017.	Rio de Janeiro, RJ.	Descrever o fluxo informacional entre esses profissionais e, em especial, a sua relação com as formas de cuidado.	Análise das Redes Sociais (ARS).	Apoio Matricial.
Nascimento DDG et al., 2017.	São Paulo, SP.	Analisar o processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, identificando repercussões na qualidade de vida dos profissionais.	Estudo de caso (exploratório-qualitativo).	Apoio Matricial.
Nascimento DDG, Oliveira MAC, 2016.	São Paulo, SP.	Analisar o processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família e as percepções dos profissionais acerca das situações estressoras e geradoras de sofrimento no trabalho.	Estudo de caso (exploratório-qualitativo).	Apoio Matricial.
Leite DF et al., 2016.	São Paulo, SP.	Analisar as percepções dos profissionais do NASF sobre o trabalho que realizam.	Estudo de caso (exploratório-qualitativo).	Apoio Matricial.
Macedo MAV et al., 2016.	Fortaleza, CE.	Analisar a organização do processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (nasf).	Qualitativa.	Apoio Matricial.
Reis ML et al., 2016.	Goiânia, GO.	Compreender os significados atribuídos pelos atores (assistente social, educador físico, farmacêutico, nutricionista e psicólogo) ao trabalho desenvolvido em uma unidade do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.	Estudo descritivo-qualitativo.	Apoio Matricial.
Sousa D et al., 2015	Rio Grande do Norte, RN.	Analisar o processo de implantação do NASF e a prática dos psicólogos em dois municípios do estado do Rio Grande do Norte.	Exploratório.	Apoio Matricial.
Volponi PRR et al., 2015.	Paraná, PR.	Analisar a potencialidade do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) para constituir-se em dispositivo de mudança nas práticas de cuidado e nos modos de atuação de uma equipe gestora da Atenção Básica.	Qualitativa.	Apoio Matricial.

Barros JO et al., 2015	São Paulo, SP.	Apresentar e discutir como os profissionais do NASF desenvolvem seu trabalho, com ênfase na apropriação e incorporação do matriciamento no cotidiano das práticas.	Qualitativa.	Apoio Matricial.
Matuda CG et al., 2015.	São Paulo, SP.	Captar a percepção de profissionais que atuam na atenção primária à saúde sobre o trabalho compartilhado e a colaboração interprofissional.	Qualitativa.	Apoio Matricial.
Santana JS et al., 2015.	Cabedelo, PB.	Analisar a atuação das equipes do NASF junto as Equipes de Saúde da Família e identificar potencialidades para melhoria do processo de trabalho do NASF dentro do município de Cabedelo, Paraíba, Brasil.	Exploratório-qualitativa.	Apoio Matricial.
Gonçalves RMA et al., 2015.	São Paulo, SP.	Identificar as principais tarefas realizadas em dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) de uma região da cidade de São Paulo e conhecer como os seus profissionais desenvolviam suas atividades para atingir os seus objetivos.	Estudo de caso.	Apoio Matricial.
Ribeiro HMCB et al., 2015	Fortaleza, CE	Analisar as representações sociais de profissionais de Núcleos de Apoio à Saúde da Família sobre a interdisciplinaridade em seu cotidiano do trabalho.	Qualitativa.	Apoio Matricial.
Sampaio J et al., 2015.	João Pessoa, PB..	Analisar os processos de trabalhos dos NASF junto às equipes de saúde da família de João Pessoa e seu impacto na construção de redes territoriais de cuidados em saúde.	Qualitativa.	Apoio Matricial, com forte viés político-institucional.
Miranda L et al., 2014.	Município de 80 mil habitantes da baixada fluminense, RJ.	Compreender a organização da assistência psicossocial em uma cidade de médio porte.	Qualitativa.	Apoio Matricial, com discussão de atendimentos em rede.
Leite DF et al., 2014.	São Paulo, SP.	Identificar as percepções acerca da qualidade de vida no trabalho ( QVT ) dos profissionais das equipes de NASF que atuam no município de São Paulo, bem como os aspectos facilitadores e dificultadores por eles identificados no cotidiano do trabalho.	Qualitativo-exploratório.	Apoio Matricial.
Ferro LF et al., 2014	Curitiba, PR.	Compreender algumas das potencialidades e dificuldades para o exercício da interdisciplinaridade e intersetorialidade vivenciadas pelos profissionais da ESF e NASF de uma Unidade Básica de Saúde de Curitiba.	Qualitativo-exploratório.	Apoio Matricial.
Lancman S et al., 2013.	São Paulo, SP.	Compreender características da organização, das condições de trabalho e das vivências subjetivas relacionadas ao trabalho de dois núcleos de apoio à saúde da família.	Estudo de caso.	Apoio Matricial.

Ellery AEL et al., 2013.	Fortaleza, CE.	Sistematizar e analisar saberes e práticas que integram o campo comum de atuação das equipes multiprofissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF)	Qualitativa.	Apoio Matricial.
Martiniano CS et al., 2013.	Campina Grande, PB.	Avaliar o processo de implantação das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.	Qualitativa.	Apoio Matricial, com predomínio de ações assistenciais.
Araújo EMD, Galimberti PA, 2013.	Município de grande porte do nordeste brasileiro.	Compreender o processo de colaboração interprofissional, no contexto do trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.	Estudo de caso.	Apoio Matricial.
Sampaio J et al., 2013.	Campina Grande e João Pessoa, PB.	Analisar as práticas profissionais das equipes dos NASFs, em consonância com os modelos de apoio matricial identificados.	Qualitativa.	Apoio Matricial.
Silva ATC et al., 2012.	São Paulo SP.	Descrever a construção coletiva de uma proposta de NASF com o intuito de compartilhar experiências que possam contribuir para reflexões sobre o NASF, os desafios da interdisciplinaridade, da integralidade, as práticas ligadas à atenção primária à saúde, e possíveis repercussões na saúde da população.	Qualitativa.	Apoio Matricial.
Sampaio J et al., 2012.	Campina Grande, PB.	Identificar em que medida o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) faz operar determinados processos organizativos da rede local de saúde, funcionando, desta forma, como dispositivo de gestão.	Qualitativa.	Apoio Matricial e institucional.
Reis DC et al., 2012.	Belo Horizonte, Minas Gerais.	Descrever o perfil dos atendimentos realizados pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na área de reabilitação, Regional Barreiro, Belo Horizonte-MG, Brasil.	Descritivo.	Apoio Matricial.

Fonte: Silva, 2022.

#### 5.4 Terceira Fase: elaboração da metassíntese qualitativa

Encontram-se descritas na literatura três estratégias para a síntese de resultados de estudos qualitativos. A primeira envolve a integração de resultados de múltiplos caminhos desenvolvidos em um programa de pesquisa por um mesmo investigador. A segunda consiste na síntese dos resultados de pesquisas de diferentes investigadores, integradas por técnicas como análise comparativa qualitativa, tradução recíproca de metáforas chave (categorizando a informação obtida dos dados individuais em “variáveis chave”), análise de conteúdo, entre outras. A terceira envolve o uso de métodos quantitativos para reunir resultados qualitativos



de diferentes estudos, de modo a transformá-los em dados passíveis de análise estatística (metassumarização) (Fracolli; Lopes, 2008).

Nesse estudo optou-se pela realização de uma metassíntese dos resultados de pesquisas qualitativas de diferentes pesquisadores. Neste processo, os estudos incluídos serão lidos na íntegra e destes serão extraídos as principais questões que tangem os processos de trabalho das equipes Nasf-AB. Após a identificação dos processos de trabalho, realizou-se uma "categorização" destes, com o objetivo maior de aprofundar as análises e exploração prática e conceitual dos processos encontrados.

Realizou-se também uma análise das metodologias utilizadas nos estudos encontrados na literatura e discussão sobre os processos de trabalho de pesquisa junto ao tema em questão.

## 6 RESULTADOS E METASSÍNTESE QUALITATIVA

Organizamos os resultados desta pesquisa de duas formas distintas. Primeiramente, apresentamos os resultados no quadro 6.1, descrevendo foco e resultados de cada artigo incluído na metassíntese. Posteriormente, no item 6.1, apresentamos uma síntese dissertativa dos resultados dos artigos incluídos na pesquisa.

Quadro 6.1 - Síntese descritiva do foco e dos resultados dos artigos incluídos na metassíntese

Autor, Ano	Foco	Resultado
Moreira DC et al., 2020.	Perspectiva dos usuários sobre o resultado dos processos de trabalho.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Acesso:</b> maior, restrito e insuficiente, domiciliar e comunitário. Satisfação e gratidão pelo já realizado, insatisfação e frustração pela insuficiência decorrente da alta demanda, pelos atendimentos grupais e pela baixa adesão.</li> <li>▪ <b>Longitudinalidade:</b> pouco valorizada, não priorizada, fragmentada e sem vínculo.</li> <li>▪ <b>Integralidade:</b> muitas limitações, com maior resolutividade, maior articulação com a RAS e rede intersetorial.</li> </ul>
Iacabo P, Furtado JP, 2020.	Análise estratégica e análise lógica das equipes NASF.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grupos a partir de demanda reprimida;</li> <li>▪ Pressão assistencial;</li> <li>▪ Oferta de apoio nuclear específico;</li> <li>▪ Métrica quantitativa de procedimentos estimulando práticas desarticuladas e fragmentadas.</li> <li>▪ Assistência direta ao usuário;</li> <li>▪ Assistência direta ao usuário como expectativa das EqSF;</li> <li>▪ Compreensão do trabalho do outro como resultado.</li> </ul>
Vendruscolo C et al., 2020.	Caracterização das atividades realizadas e dos processos de trabalho.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Suporte, fortalecedor, ordenador do cuidado, em construção;</li> <li>▪ Maior interprofissionalidade, resolutividade e articulação com a RAS;</li> <li>▪ Potencialidades e os limites;</li> <li>▪ 88% de mulheres, cerca de 3 anos de NASF;</li> <li>▪ Não formação interprofissional e matricial;</li> <li>▪ Trocas de saberes, atendimentos individuais e compartilhado, mais encaminhamentos.</li> </ul>
Silva JWSB, et al., 2020.	Avaliação realística do NASF.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 13 contextos, 7 mecanismos, 4 resultados. Dependendo do contexto, um mecanismo é ativado e tem um determinado resultado. Muitas combinações possíveis;</li> <li>▪ Qualificação dos encaminhamentos;</li> <li>▪ Maior resolutividade clínica;</li> <li>▪ Aumento do auto cuidado;</li> <li>▪ Fortalecimento da RAS e da rede intersetorial;</li> <li>▪ Maior planejamento das ações;</li> <li>▪ Aumento da assistência ambulatorial na AB.</li> </ul>
Vendruscolo C et al., 2019.	Formação e educação permanente para a atuação interprofissional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Formação Biomédica como obstáculo para atuação interprofissional;</li> <li>▪ Educação Permanente como potência para o sucesso do trabalho colaborativo.</li> </ul>
Sales JCS et al., 2019.	Percepção das ações Nasf-AB por médicos e enfermeiros, integralidade das ações, dificuldades e facilidades para a integralidade.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ações são percebidas de forma positiva;</li> <li>▪ Formação multiprofissional positiva;</li> <li>▪ Ferramentas que favorecem a integralidade das ações do Nasf-AB com a ESF.</li> </ul>

Belotti M, Avellar AILZ, 2019.	Concepções dos profissionais NASF sobre seus atributos no trabalho.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Integrar o trabalho do NASF com as Equipes Saúde da Família (ESF);</li> <li>▪ Desenvolver um cuidado especializado;</li> <li>▪ Promover a intersectorialidade;</li> <li>▪ Contribuir para a promoção do trabalho em equipe na Atenção Básica (AB) e fortalecer a AB.</li> </ul>
Nascimento DDG et al., 2018.	Processo de trabalho X qualidade de vida no trabalho. Sofrimento do trabalhador.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Resistência à proposta do NASF-AB e a falta de compreensão de seu papel;</li> <li>▪ Cultura imediatista e curativa do usuário, da ESF e da gestão;</li> <li>▪ Perfil, sobrecarga e identificação com o trabalho;</li> <li>▪ Relações interpessoais e o trabalho em equipe;</li> <li>▪ Sensação de não pertencimento e a falta de infraestrutura para o trabalho;</li> <li>▪ Violência e a vulnerabilidade no território.</li> </ul>
Vendruscolo C et al., 2018.	Possibilidades de atuação dentro da RAS, a partir da AB.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lugar importante na RAS, ora mais articulado com a APS, ora com as especialidade e o com o âmbito hospitalar;</li> <li>▪ Muitas possibilidades de atuação: na regulação, avaliação e redução de filas para especialidades, matriciamentos, com reuniões periódicas, discussões de casos, construções de propostas de cuidado e PTSS articulados com serviços especializados e discussão de temas.</li> </ul>
Nascimento AG, Cordeiro JC, 2018.	Processos de trabalho real x prescrito.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pouco êxito no apoio matricial, trabalho fragmentado com foco na assistência;</li> <li>▪ Pouco sucesso na construção de pactuações sobre o processo de trabalho;</li> <li>▪ Pouco uso de tecnologias de análise e intervenção familiar e populacional.</li> <li>▪ Pouco planejamento em equipe;</li> <li>▪ Percepção da diferença entre o trabalho prescrito e o trabalho real pelos profissionais NASF.</li> </ul>
Nascimento CMB et al., 2018.	Processo de trabalho NASF e EqSF.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Três tipos de configurações: 1) assistencial-curativista; 2) semimatricial; 3) matricial.</li> </ul>
Castro CP, et al., 2018.	Percepções sobre as práticas, efeito sobre o trabalho da equipe de saúde da família, potencialidades e fragilidades do apoio matricial.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Potencialidades: Maior vínculo, melhora nas relações interprofissionais, maior troca de conhecimentos, trabalho articulado na RAS, maior assistência, resolutividade, maior discussão sobre os processos de trabalho.</li> <li>▪ Fragilidades: priorização da lógica matricial como ordenadora dos processos de trabalho.</li> </ul>
Souza TS, Medina MG, 2018.	Integração de práticas X fragmentação do trabalho em saúde.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Não existência de espaços compartilhados de decisão</li> <li>▪ Dificuldades de comunicação;</li> <li>▪ Fragilidade dos vínculos;</li> <li>▪ Não responsabilização pelos processos de trabalho;</li> <li>▪ Diferentes expectativas sobre o trabalho;</li> <li>▪ Alta rotatividade dos profissionais;</li> <li>▪ Pouca articulação com a gestão da APS;</li> <li>▪ Falta de planejamento com dados epidemiológicos;</li> <li>▪ Encaminhamentos sem critérios, de forma informal e sem registro;</li> <li>▪ Divergência entre a existência e sobre a qualidade das reuniões;</li> <li>▪ Trabalho em equipe situado em um contexto de racionalidade médica, biologicista, medicamentosa, fragmentada e reduzida.</li> </ul>
Pedraza DF et al., 2018.	Formação profissional, características do trabalho e satisfação profissional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dificuldades e insatisfação com estruturas físicas;</li> <li>▪ Insegurança trabalhista;</li> <li>▪ Falta de solidariedade e baixo reconhecimento profissional;</li> <li>▪ Muita assistência individual;</li> <li>▪ Sobrecarga de trabalho;</li> <li>▪ Muitos fatores disparadores de estresse emocional e físico.</li> </ul>

Ferretti F et al., 2018.	Práticas baseadas em evidência no processo de trabalho NASF.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dificuldades em converter as necessidades de conhecimento em questão de pesquisa, mas se disseram aptos para levantar evidências científicas e identificar os principais tipos e fontes de informação existentes;</li> <li>▪ Alta carga de trabalho e a falta de incentivo dos gestores;</li> <li>▪ Experiências clínicas norteadoras das ações e práticas;</li> <li>▪ Baixa formação para atuar no NASF;</li> <li>▪ Pouca leitura de estudos sobre o tema.</li> </ul>
Brito GEG et al., 2018.	Qual objeto de trabalho da ESF?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Três objetos de trabalho: 1) usuário, sujeito, paciente; 2) usuário e sua família; 3) usuário e comunidade.</li> </ul>
Araujo Neto JD et al., 2018.	Aspectos restritivos a integralidade.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fragilidade do vínculo com o território: muitas equipes para apoiar, pouca carga horária (20 horas);</li> <li>▪ Desafios do trabalho em equipe multidisciplinar: falta de integração, de comunicação e de planejamento em equipe;</li> <li>▪ Competências para atuação no Nasf/ABS: falta de profissionais formados para atuação interprofissional e integral na APS dentro da RAS;</li> <li>▪ Quanto ao apoio logístico: falta de transporte, falta de espaço físico adequado, falta de material de apoio para as atividades realizadas.</li> </ul>
Batista CB et al., 2017.	Caracterização das práticas e compreensão.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pouco orientado e fragmentado, sem participação dos trabalhadores das EqSF;</li> <li>▪ Mudanças na gestão interferindo de forma constante nos processos de trabalho;</li> <li>▪ Maior gestão compartilhada</li> <li>▪ Reuniões de matriciamento periódicas;</li> <li>▪ Maior integração entre os participantes;</li> <li>▪ Maior troca de saberes e construção de projetos individuais e coletivos para a comunidade.</li> </ul>
Duarte WBA et al., 2017.	Transformações no processo de acolhimento decorrentes da atuação NASF.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Maioria mulheres com média de idade de 33 anos, formadas há 9 anos, pós graduadas que acreditam na importância do apoio matricial como sendo fundamental para a sensibilização dos profissionais das EqSF na transformação do processo de acolhimento;</li> <li>▪ Melhora na organização do processo de trabalho, satisfação profissional, maior interação, ressignificação de conhecimentos e otimização dos atendimentos nos acolhimentos.</li> </ul>
Souza TT et al., 2017	Foco no grau de integração às equipes vinculadas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 33 equipes NASF, predomínio de vínculo estatutário e baixa rotatividade, baixa formação para APS e em saúde coletiva;</li> <li>▪ Planejamento e assistência satisfatórios;</li> <li>▪ Melhoras estruturais e de implantação dos NASF;</li> <li>▪ Ajustes no trabalho de ambas as equipes;</li> <li>▪ Maior integração e colaboração;</li> <li>▪ Muitas equipes apoiadas;</li> <li>▪ Baixa compreensão da dimensão técnico-pedagógica;</li> <li>▪ Maior acesso e resolutividade;</li> <li>▪ Tensões referentes a questões técnicas, políticas, econômicas e culturais interferem nos resultados alcançados;</li> <li>▪ Equipes NASF Modalidade II e III tendem a ter maior dificuldade para organização na lógica do apoio matricial.</li> </ul>
Velloso AF, Varanda MP, 2017.	Inovação e papel dos atores chave na ESF.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existência de barreiras à implementação da política do cuidado.</li> <li>▪ Apenas 13% de atores inovadores;</li> <li>▪ Alto grau de centralidade em poucos atores da Rede.</li> </ul>

Nascimento DDG et al., 2017.	Grau de satisfação com o trabalho no NASF.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pontos positivos: respeito, interação, disponibilidade, aprendizagem e interação colaborativa entre os profissionais;</li> <li>▪ Interdisciplinaridade necessita ser ampliada, mas se faz presente;</li> <li>▪ Tensões entre os limites profissionais, entre saberes específicos e coletivos;</li> <li>▪ Reuniões de matriciamento e momentos de trocas de conhecimentos e de Educação Permanente trazem satisfação e prazer ao trabalho;</li> <li>▪ Profissionais resilientes na compreensão, aceitação e efetivação da proposta NASF, apesar das dificuldades;</li> <li>▪ Autonomia e liberdade criativa.</li> </ul>
Nascimento DDG, Oliveira MAC, 2016.	Percepção dos profissionais sobre situações estressoras e geradoras de sofrimento no trabalho decorrente dos processos de trabalho.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trabalho real versus trabalho prescrito: a resistência à proposta do NASF e a falta de compreensão de seu papel;</li> <li>▪ A cultura imediatista e curativa;</li> <li>▪ Perfil, a sobrecarga e a identificação com o trabalho;</li> <li>▪ Relações interpessoais e trabalho em equipe;</li> <li>▪ Sensação de não pertencimento e a falta de infraestrutura;</li> <li>▪ Violência e a vulnerabilidade no território.</li> </ul>
Leite DF et al., 2016.	Percepções dos profissionais NASF acerca do processo de trabalho realizado na ESF, bem como pelos que são assistidos por ela.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pouca compreensão dos processos de trabalho pelos profissionais das equipes NASF, como pelos profissionais das EqSF, assim como pelos usuários atendidos pelas equipes;</li> <li>▪ Pouca integração entre as equipes.</li> </ul>
Macedo MAV et al., 2016.	Organização do processo de trabalho.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Falta de formação para atuação interprofissional e na APS;</li> <li>▪ Falta de infra estrutura para o trabalho e alta demanda por atendimentos;</li> <li>▪ Limites e potencialidades para a integralidade do cuidado</li> <li>▪ Ações voltadas para a organização dos serviços e a produção do cuidado.</li> </ul>
Reis ML et al., 2016.	Compreensão dos significados atribuídos pelos profissionais sobre o trabalho NASF.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Busca pela interdisciplinaridade;</li> <li>▪ Falta de apoio da gestão local;</li> <li>▪ Valorização de práticas articuladas, dos princípios, das trocas, dos encontros;</li> <li>▪ Maior sincronia entre os membros NASF do que entre ESF e NASF;</li> <li>▪ Pouca formação para a atuação interprofissional na RAS;</li> <li>▪ Valorização da comunicação e da Clínica Ampliada;</li> <li>▪ Diagnóstico territorial e epidemiológico insuficientes;</li> <li>▪ Isolamento e falta de coordenação NASF;</li> <li>▪ Auto avaliação relevante para reflexões sobre o processo de trabalho.</li> </ul>
Sousa D et al., 2015.	Foco na prática dos psicólogos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Município A: apoio matricial configura-se com predomínio de ações assistenciais;</li> <li>▪ Município B: apoio matricial configura-se com maior pactuação de ações promotoras de saúde que assistencialistas. Apesar disso, a manutenção do atendimento ambulatorial se fez necessária devido a alta demanda.</li> </ul>
Volponi PRR et al., 2015.	Potencialidade das equipes NASF em instituir mudanças nos processos de trabalho e na produção do cuidado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Arranjo potente, inovador e criativo para mudanças positivas nos processos de trabalho;</li> <li>▪ Colegiado gestor como estratégia para lidar com dificuldades em gerenciar os processos de trabalho NASF e ESF na APS e na RAS.</li> </ul>
Barros JO et al., 2015.	Apreender o processo de trabalho do NASF em sua complexidade.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Descompasso entre diretrizes NASF e EqSF: diferentes metas, estratégias, demandas e prioridades;</li> <li>▪ Diversas profissões da saúde, em sua maioria jovens mulheres com experiência em NASF;</li> <li>▪ Boa compreensão, valorização e organização do apoio matricial;</li> <li>▪ Agenda organizada dentro das diretrizes ministeriais e do apoio matricial.</li> </ul>

Matuda CG et al., 2015.	Trabalho compartilhado e colaboração interprofissional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interação e colaboração profissional presentes em: reuniões de matriciamento, atendimentos e grupos compartilhados, planejamento de ações entre outras;</li> <li>▪ Colaboração facilitada por: flexibilidade, abertura e escuta as demandas das equipes de saúde da família;</li> <li>▪ Obstáculos para colaboração interprofissional: não envolvimento com o trabalho coletivo, inespecífico e compartilhado.</li> </ul>
Santana JS et al., 2015.	Atuação NASF e os processos de trabalho junto às EqSF.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bom relacionamento entre as equipes: respeito, valorização, tolerância, comprometimento com o sistema, atitude de mudança, humildade, respeito às diferenças, ética, liderança e empatia entre os profissionais;</li> <li>▪ 47,3% dos enfermeiros criticam a integração entre NASF e EqSF e 52,7% não tinham nada a criticar.</li> </ul>
Gonçalves RMA et al., 2015.	Característica das atividades e da organização dos processos de trabalho com foco na ergonomia do trabalho.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Variabilidade de tarefas compartilhadas entre as equipes;</li> <li>▪ Distintos arranjos organizacionais: reuniões, comissões e grupos;</li> <li>▪ Indicadores de produtividade não contemplam a especificidade do trabalho;</li> <li>▪ Recursos materiais e físicos insuficiente;</li> <li>▪ Espaço com integração entre ensino e pesquisa;</li> <li>▪ Dificuldades de distintas ordens para a operacionalização da proposta almejada pela portaria que o criou.</li> </ul>
Ribeiro HMCB et al., 2015.	Representações sociais sobre Interdisciplinaridade.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Processo em construção com muitos entraves às práticas efetivamente interdisciplinares: falta de formação, compreensão ambígua sobre o papel do apoiador NASF;</li> <li>▪ Realização de atividades conjuntas;</li> <li>▪ Resultado do compromisso das equipes;</li> <li>▪ Inúmeras possibilidades que se constroem no campo da saúde e inspiram a superação da fragmentação dos múltiplos saberes que atuam na perspectiva coletiva.</li> </ul>
Sampaio J et al., 2015.	Contribuição do NASF para o fortalecimento da ESF na construção das redes territoriais.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Apoiador como condutor do projeto político implantado pela gestão dentro do território;</li> <li>▪ Pluralidade de ações dos NASF com relações de apoio administrativas e gerenciais que pouco fortalecem a construção das RAS;</li> <li>▪ Diferentes acepções de apoio entre os apoiadores;</li> <li>▪ Diferentes arranjos do "apoiar", a depender das circunstâncias dos processos de trabalho, bem como das ferramentas que o apoiador dispunha no momento.</li> </ul>
Miranda L et al., 2014.	Processos de trabalho na RAPS, NASF, cuidado de saúde mental na ESF e efeitos da precariedade no trabalho.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Paradoxos e impasses produzidos pela escassez de recursos;</li> <li>▪ CAPS como local de referência no cuidado em saúde mental;</li> <li>▪ Falta de reflexões críticas, históricas conceituais;</li> <li>▪ Medicalização, preconceitos e estereotipagens como terapêutica na APS. Sistema complexo, marcado não apenas por elementos racionais, alinhados à missão assistencial, como também por pilares culturais, simbólicos e imaginários.</li> </ul>
Leite DF et al., 2014.	Percepção e avaliação do profissional sobre seu trabalho e as repercussões sobre sua qualidade de vida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Infraestrutura para o trabalho: falta de estrutura física para o trabalho, precarização dos serviços públicos, excesso de demanda;</li> <li>▪ Sobrecarga e qualidade de vida no trabalho: falta de serviços na rede, pouca formação para a atuação dentro da lógica prevista e sofrimento decorrente de todo estes fatores.</li> <li>▪ Autonomia e identificação com o trabalho: amadurecimento e formação profissional, adaptação e flexibilidade.</li> <li>▪ Trabalho em equipe e relacionamento interpessoal: positivo e satisfatório para o trabalho e para a vida.</li> </ul>
Ferro LF et al., 2014.	Potencialidades e desafios no que tange a interdisciplinaridade e a intersetorialidade.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Os profissionais compreendem a importância e a necessidade de um trabalho interdisciplinar e intersetorial;</li> <li>▪ Muitos desafios a serem enfrentados rumo a interdisciplinaridade: tendência à fragmentação do trabalho, escassez e fragilidade de espaços coletivos;</li> <li>▪ Articulação intersetorial restrita e baseada nos encaminhamentos.</li> </ul>

Lancman S et al., 2013.	Características da organização, das condições de trabalho e das vivências subjetivas relacionadas ao trabalho no NASF e aos processos de trabalho entre as equipes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ampliação do número e da diversidade de recursos humanos na APS;</li> <li>▪ Maior interdisciplinaridade;</li> <li>▪ Maior resolutividade;</li> <li>▪ Em consonância com os princípios e diretrizes do SUS;</li> <li>▪ Ações diversificadas e complexas;</li> <li>▪ Ferramentas tecnológicas inovadoras, pouco adotadas pelos profissionais da atenção primária em saúde;</li> <li>▪ Parâmetros e instrumentos de produtividade não dão conta da especificidade e complexidade do trabalho realizado.</li> </ul>
Ellery AEL et al., 2013.	Campo comum de conhecimento no trabalho na APS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trabalhar em equipe;</li> <li>▪ Construir um plano de ação nos territórios, em conjunto com a população, suas organizações sociais e demais instituições que atuam no território;</li> <li>▪ Desenvolver ações de educação em saúde;</li> <li>▪ Intervir em situações relacionadas à saúde da criança;</li> <li>▪ Intervir em situações relacionadas à saúde da mulher e do homem;</li> <li>▪ Intervir em condições sociais da clientela;</li> <li>▪ Aplicar técnicas de primeiros socorros;</li> <li>▪ Adotar medidas de autocuidado, de cuidado com os colegas e com seu espaço de trabalho;</li> <li>▪ Adotar uma postura de acolhimento e estabelecimento de vínculo e responsabilização com usuários e trabalhadores da saúde;</li> <li>▪ Aplicar procedimentos metodológicos de pesquisa em saúde;</li> </ul>
Martiniano CS et al., 2013	avaliar a implementação das equipes Nasf.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ NASF estudado não contempla todas as especificações exigidas pelo Ministério da Saúde, sendo uma proposta deturpada;</li> <li>▪ Profissionais inseridos sem critérios, contratações sem concursos e profissionais inexperientes;</li> <li>▪ Sem atribuições comuns aos profissionais do NASF;</li> <li>▪ Curso introdutório insuficiente;</li> <li>▪ Sem agenda compartilhada, sem discussão ampliada da proposta;</li> <li>▪ Trabalho organizado na lógica dos encaminhamentos e da assistência específica e individual;</li> <li>▪ Articulação com a RAS incipiente e na lógica ambulatorial e assistencial.</li> </ul>
Araújo EMD, Galimberti PA, 2013.	Colaboração interprofissional no NASF.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Poucas práticas colaborativas;</li> <li>▪ Pouco planejamento e gestão em saúde, assim como a identificação de áreas que precisam de intervenções e melhoramentos;</li> <li>▪ Estresse, conflitos e sofrimentos;</li> <li>▪ Apoio aos apoiadores;</li> <li>▪ Dispersão dos processos de trabalho;</li> <li>▪ Racionalidade da organização: racionalidade médica que ainda prioriza os aspectos biológicos e a medicalização das doenças</li> <li>▪ Relações interprofissionais incipientes.</li> </ul>
Sampaio J et al., 2013.	Caracterização do Apoio Matricial.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O gerencial-administrativo, que busca solucionar problemas burocráticos das unidades de saúde e exercer funções burocráticas;</li> <li>▪ O político-institucional que opera os direcionamentos políticos defendidos pela gestão na condução das ações de saúde;</li> <li>▪ O técnico-pedagógico, que promove processos de educação permanente junto às equipes, com intuito de conferir maior resolutividade aos problemas de saúde pertinentes;</li> <li>▪ O técnico-assistencial que oferta atendimentos diretos aos usuários;</li> <li>▪ O político-comunitário que fortalece a organização política da comunidade.</li> </ul>
Silva ATC et al., 2012.	Percepção dos profissionais sobre desafios e potencialidades NASF.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Potencializar a atenção primária e auxiliar na reorganização da rede de atenção secundária e terciária;</li> <li>▪ Reestruturar a atenção à saúde para reduzir a medicalização;</li> <li>▪ Corresponsabilização do cuidado;</li> <li>▪ Atuar no ensino e educação permanente.</li> <li>▪ Considerações importantes sobre Interprofissionalidade, integralidade e articulação com a RAS.</li> </ul>

Sampaio J et al., 2012.	Analisar o NASF como dispositivos de gestão da rede.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Documentos ministeriais deixam margem para uma diversidade de interpretação sobre a organização dos NASF e seu papel na conformação de redes de saúde locais;</li> <li>▪ Existência de disputa no contexto local sobre como operacionalizar o NASF, permitindo a co-existência de diferentes modelos.</li> </ul>
Reis DC et al., 2012.	caracterização das atividades realizadas pelo NASF.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Predomínio do atendimento de mulheres (58,1%), idosos (38,5%) e indivíduos com problemas osteomusculares (30,7%) e neurológicos (25,1%);</li> <li>▪ Do total de atendimentos, 38,5% foram realizados em domicílio e 31,3% por equipe multiprofissional;</li> <li>▪ A alta por alcance dos objetivos ocorreu em 34,4% dos casos e 45,8% foram encaminhados para serviços de referência de reabilitação ou atividades de grupo do próprio Núcleo;</li> <li>▪ Maior continuidade do cuidado em reabilitação pautado na integralidade;</li> <li>▪ Maior atuação interdisciplinar na Atenção Primária à Saúde.</li> </ul>

Fonte: Silva, 2022

## 6.1 Síntese dissertativa dos resultados apresentados no quadro 6.1

Dissertaremos a seguir os resultados da metassíntese qualitativa realizada a partir dos artigos inseridos na amostra da pesquisa. A partir dos dados obtidos foi possível organizar os resultados em 2 grandes grupos, a saber: 1) considerações sobre os processos de trabalho e 2) potencialidades e desafios. Os grupos potencialidades e desafios foram subdivididos ainda em: a) acesso; b) organização dos processos de trabalho; c) qualidade do trabalho e d) saúde do trabalhador.

### 6.1.1 Considerações sobre os processos de trabalho

Os resultados mostram a existência de diferentes arranjos de apoio e organização dos processos de trabalho entre as equipes NASF e as EqSF (Sampaio et al., 2015). Apoio técnico assistencial (Sampaio et al., 2013), apoio político comunitário (Sampaio et al., 2013), apoio técnico pedagógico (Iacabo; Furtado, 2020, Sampaio et al., 2013, Silva et al., 2012), apoio político institucional (Sampaio, 2013), apoio gerencial administrativo condutor de um projeto político implantado pela gestão nos territórios (Sampaio et al., 2013, Sampaio et al., 2015). Em maior ou menor grau, estas diferentes possibilidades de apoio e de organização dos processos de trabalho podem coexistir dentro dos serviços de saúde. Arranjos organizacionais “semi matriciais” são descritos por Nascimento et al. (2018) e Sousa et al. (2015). Tal diversidade de arranjos e tipos de apoio nos processos de trabalho pode ser entendida quando consideramos as diferenças regionais na organização das Redes de Atenção à Saúde no Brasil, assim como nos princípios e diretrizes das equipes NASF, que



trazem, entre tantas novidades, a ideia de organização da atenção à saúde na lógica do apoio matricial. O encontro entre os “ideais” NASF enquanto Política Pública ministerial e a organização histórica dos serviços de saúde que atuam na “lógica tradicional” proporcionou a construção de inúmeros tipos de apoio, com processos de trabalho dinâmicos e em construção.

Ferretti et al. (2018) aponta que as experiências clínicas são referidas pelos trabalhadores como sendo norteadoras para suas ações e práticas no contexto do trabalho na ABS. Reis et al. (2016) demonstra uma maior articulação entre os profissionais NASF do que destes com as EqSF. Tal constatação pode ser vista de diferentes perspectivas, contribuindo positiva ou negativamente para a construção do cuidado nos territórios.

Outros três pontos aparecem como resultados das pesquisas sobre processos de trabalho. São eles: 1) perfil e identificação com o trabalho nas equipes NASF (Nascimento et al., 2018, Nascimento; Oliveira 2016); 2) predomínio de trabalhadoras mulheres (Vendruscolo et al. 2020, Duarte et al., 2017, Barros, et al., 2015); e 3) aumento dos encaminhamentos (Vendruscolo et al, 2020, Ferro et al., 2014, Reis et al., 2012). Em relação ao perfil e identificação com o trabalho, os resultados da pesquisa mostram o quanto a satisfação e o prazer com o trabalho ocorrem em paralelo a situações de estresse emocional e físico, conflitos e sofrimento aos trabalhadores destas equipes. No que tange ao predomínio de mulheres atuando nos serviços de saúde, vale ressaltar que nossa organização social estimula mulheres em profissões que tem o cuidado como foco no âmbito da saúde, da educação e da assistência social. No âmbito da saúde, a desigualdade entre homens e mulheres nos cursos de graduação e nos serviços de saúde diminui nos cursos de medicina e odontologia, profissões historicamente mais valorizadas econômica e socialmente. Já em relação ao aumento dos encaminhamentos, podemos analisar tal constatação de diferentes perspectivas. Uma primeira, podemos avaliar como positiva que a chegada de novos profissionais no contexto da APS tenha dado luz a uma demanda existente e que até então não tinha sido atendida e avaliada e que, ainda que a oferta de serviços na APS ocorra com o objetivo de aumentar a resolutividade, pode aumentar em quantidade e em qualidade do referenciamento. Por outro lado, o aumento dos encaminhamentos pode ser visto como negativo se ocorrer de forma desqualificada, sem critérios e sem a criação de espaços de cuidado no contexto da APS que possam

dar conta destas demandas, perspectivas, contribuindo positiva ou negativamente para a construção do cuidado nos território.

## 6.1.2 Potencialidades e desafios

### 6.1.2.1 Acesso

Os resultados da pesquisa mostram uma melhora no acesso quando demonstram o aumento de serviços e procedimentos na ABS, domiciliar e comunitário (Moreira et al., 2020, Vendruscolo et al., 2019, Castro et al., 2018, Duarte et al., 2017, Sousa et al., 2017 e Lancman et al., 2013), com o aumento de atendimentos individuais e compartilhados para a população (Iacabo; Furtado, 2020, Vendruscolo et al., 2020, Silva et al., 2020, Belotti et al., 2019, Vendruscolo et al., 2019, Matuda et al., 2015, Lancman et al., 2013, Ellery et al., 2013, Reis et al., 2012), intervenções sociais (Ellery et al., 2013), criação de grupos a partir da demanda reprimida (Iacabo; Furtado, 2020, Vendruscolo et al., 2019) e também pelo desenvolvimento de ações de educação em saúde para a comunidade (Ellery et al., 2013). No entanto, ainda que melhoras sejam claramente observadas, o acesso ainda continua restrito e insuficiente (Moreira et al., 2020, Ferro et al., 2014), com trabalhadores sobrecarregados de trabalho, excesso de demanda, com pressão assistencial e com a expectativa de assistência direta pelas EqSF (Iacabo; Furtado, 2020, Nascimento et al., 2018, Pedraza et al., 2018, Ferreti et al., 2018, Araujo; Galimbertti, 2013, Souza et al., 2017, Macedo et al., 2016, Sousa et al., 2015, Leite et al., 2014, Neto et al., 2018).

### 6.1.2.2 Organização dos processos de trabalho

Questão central nesta pesquisa, a organização dos processos de trabalho entre as equipes NASF e as EqSF na ABS dentro das RAS é foco de muitos estudos e traz resultados importantes sobre as necessidades dos usuários, dos profissionais e dos serviços públicos de saúde no Brasil. Primeiramente, é importante destacar o resultado desta pesquisa que demonstra que os profissionais de saúde não são formados para atuarem de forma interprofissional e matricial, mas sim formados para atuarem na racionalidade médica, biologicista, medicamentosa, fragmentada e

reduzida ( Vendruscolo et al., 2020, Vendruscolo et al., 2019, Souza; Medina, 2018, Ferretti et al., 2018, Neto et al., 2018, Souza et al., 2017, Macedo et al., 2016, Reis et al., 2016, Ribeiro et al., 2015, Miranda et al., 2014, Leite et al., 2014, Lancman et al., 2013, Martiniano et al., 2013, Araujo; Galimbertti, 2013) e que muitas das dificuldades e desafios encontrados na construção do trabalho em equipe dentro dos princípios e diretrizes das equipes NASF decorrem desta formação tradicional e trazem tensões entre os limites profissionais, saberes específicos e coletivos e em relações interprofissionais incipientes (Vendruscolo 2019, Nascimento et al., 2017, Leite et al., 2014, Lancman et al., 2013, Martiniano et al., 2013, Araujo; Galimbertti, 2013). Neste sentido, além de contribuir para a formação em serviço para todos os profissionais de saúde que compõem as RAS, a lógica do apoio matricial é descrita como um arranjo potente, inovador, criativo e que tem o potencial de ofertar suporte, ordenar o cuidado e contribuir para a construção de processos mais resolutivos (Vendruscolo et al., 2020a, Macedo et al., 2016, Reis et al., 2016, Volpini et al., 2015 e Ferro et al., 2014). A realização de reuniões periódicas entre os trabalhadores (Batista et al., 2017, Gonçalves et al., 2015) possibilita a troca de saberes entre os profissionais, criando espaços de aprendizagem, formação interprofissional e de educação permanente, estimulando as relações interpessoais e o trabalho em equipe (Vendruscolo et al., 2020, Bellotti et al., 2019, Castro et al., 2018, Batista et al., 2017, Duarte et al., 2017, Souza et al., 2017, Nascimento et al., 2017, Reis et al., 2016, Volpini et al., 2015, Matuda et al., 2015, Gonçalves et al., 2015, Ribeiro et al., 2015, Ferro et al., 2014, Lancman et al., 2013, Ellery et al., 2013, Silva et al., 2012, Reis et al., 2012). Uma maior corresponsabilização, gestão e relações interprofissionais e interdisciplinares estimuladas pela organização do apoio matricial contribui para discussões sobre os processos de trabalho em equipe (Vendruscolo et al., 2020, Belotti et al., 2019, Castro et al., 2018, Batista et al., 2017, Duarte et al., 2017, Souza et al., 2017, Nascimento et al., 2017, Reis et al., 2016, Volpini 2015, Matuda et al., 2015, Gonçalves et al., 2015, Ribeiro et al., 2015, Ferro et al., 2014, Lancman et al., 2013, Ellery et al., 2013, Silva et al., 2012, Reis et al., 2012). Abertura e escuta às demandas das equipes de saúde da família e flexibilidade dos profissionais NASF são descritas como aspectos facilitadores para as relações e para a colaboração interprofissional (Gonçalves et al., 2015, Ellery et al., 2013 ).

Observa-se como resultado desta pesquisa a grande quantidade de desafios, dificuldades e limitações que tangem a organização dos processos de trabalho

interdisciplinar na ABS e das RAS. São descritas dificuldades de distintas ordens para a operacionalização da proposta almejada pela Portaria que institui os NASF (Nascimento et al., 2018, Nascimento; Oliveira, 2016, Gonçalves et al., 2015). Observa-se a deturpação das diretrizes ministeriais e resistência à proposta NASF, a falta de compreensão do papel profissional de cada membro das equipes, o não envolvimento com o trabalho coletivo e diferentes expectativas sobre o processo de trabalho (Nascimento et al., 2018, Souza; Medina, 2018, Velloso; Varanda, 2017, Nascimento; Oliveira, 2016, Leite et al., 2016, Matuda et al., 2015, Ribeiro et al., 2015, Sampaio et al., 2015, Martiniano et al., 2013, Sampaio et al., 2012), cultura imediatista e curativista de usuários, trabalhadores e da gestão do SUS (Nascimento et al., 2018, Nascimento; Oliveira, 2016), falta de infraestrutura e de recursos materiais para o trabalho (Pedraza et al., 2018, Neto et al., 2018, Nascimento; Oliveira, 2016, Macedo et al. 2016, Gonçalves et al., 2015, Miranda et al., 2014, Leite et al., 2014), pouca articulação com a gestão da APS, falta de apoio e de coordenação NASF (Souza; Medina, 2018, Batista et al., 2017, Reis et al., 2016), articulação com a RAS insuficiente e na lógica ambulatorial e assistencial (Nascimento et al., 2018, Miranda et al., 2014, Martiniano et al., 2013), não existência e/ou baixa qualidade das reuniões e dos espaços coletivos de decisão (Souza; Medina, 2018, Ferro et al., 2014), pouco planejamento das ações e do uso de tecnologias de análise e intervenção familiar e populacional (Nascimento et al., 2018, Souza; Medina, 2018, Neto et al., 2018, Reis et al., 2016, Araujo; Galimbertti, 2013), pouca integração entre as equipes, dificuldade de comunicação e fragilidade de vínculos (Souza; Medina, 2018, Neto et al., 2018, Leite et al., 2016, Araujo; Galimbertti, 2013), descompasso entre as diretrizes NASF e das EqSF e indicadores de produtividade que não contemplam as especificidades do trabalho (Barros et al., 2015, Gonçalves et al., 2015, Lancman et al., 2013). Os processos de trabalho são descritos como complexos e marcados por elementos racionais, assistenciais, culturais, simbólicas e imaginários (Miranda et al., 2014, Lancman et al., 2013, Araujo; Galimbertti, 2013).

### 6.1.2.3 *Qualidade do Trabalho*

Esta pesquisa expõe os resultados positivos alcançados pelas equipes NASF junto às equipes de ABS no Brasil, assim como as limitações e os desafios que ainda

precisam ser superados para a garantia do acesso e a integralidade do cuidado em saúde.

Os resultados demonstram maior resolutividade da ABS com as atividades desenvolvidas pelas equipes NASF junto às equipes de saúde (Moreira et al., 2020, Vendruscolo et al., 2020, Silva et al., 2020, Vendruscolo et al., 2018, Castro et al., 2018, Souza et al., 2017, Lancman et al., 2013, Reis et al., 2012), uma maior articulação da APS com serviços da atenção secundária e terciária e qualificação dos encaminhamentos (Moreira et al., 2020, Vendruscolo et al., 2020, Silva et al., 2020, Vendruscolo et al., 2018, Castro et al., 2018, Lancman et al., 2013, Silva et al., 2012, Reis et al., 2012), maior articulação intersetorial (Moreira et al., 2020, Silva et al., 2020, Belotti et al., 2019, Castro et al., 2018, Reis et al., 2012), maior planejamento das ações (Silva et al., 2020, Belotti et al., 2019, Vendruscolo et al., 2018, Souza et al., 2017, Matuda et al., 2015, Ellery et al., 2013), maior integralidade das ações (Sales et al., 2020, Vendruscolo et al., 2018, Leite et al., 2014, Silva et al., 2012), maior vínculo e responsabilização por usuários, famílias, comunidades e trabalhadores de saúde (Silva et al., 2020, Castro et al., 2018, Brito et al., 2018, Batista et al., 2017, Ellery et al., 2013, além de melhoras estruturais (Souza et al., 2017).

Apesar de todas as melhoras descritas acima, observa-se que a integralidade ainda é limitada, e que o cuidado ainda ocorre de forma desarticulada, fragmentado e o trabalho ainda é mensurado quantitativamente (Moreira et al., 2020, Iacabo; Furtado, 2020, Neto et al., 2018, Batista et al., 2017, Macedo et al. 2016, Ferro et al., 2014), pouco sucesso na construção e pactuação dos processos de trabalho (Nascimento et al., 2018, Araujo; Galimberti, 2013,) ações administrativas e gerenciais que pouco ajudam na construção da RAS (Sampaio et al., 2015), encaminhamentos não qualificados (Souza; Medina, 2018), pouca pesquisa no cotidiano do trabalho e pouca leitura sobre medicina baseada em evidência (Ferretti et al., 2018, Reis et al., 2016), tensões referentes a questões técnicas, políticas, econômicas e culturais (Souza et al., 2017, Velloso; Varanda, 2017), maior dificuldade com o apoio matricial para equipes NASF modalidade I e II (Souza et al., 2017), falta de reflexões críticas, históricas e conceituais dos profissionais (Miranda et al., 2014), além de críticas ao NASF feita por 47,3% dos enfermeiros (Santana et al., 2015).

#### 6.1.2.4 *Saúde do Trabalhador*

Os resultados da pesquisa mostram como aspectos positivos o respeito, interação, valorização, tolerância, comprometimento, atitude de mudança, humildade, ética, liderança, empatia, disponibilidade, colaboração, autonomia, liberdade criativa, amadurecimento, formação profissional, adaptação e flexibilidade nas equipes NASF (Nascimento et al., 2017, Santana et al., 2015, Leite et al., 2014), boa compreensão, valorização e organização do apoio matricial ( Nascimento et al., 2018, Castro et al., 2018, Duarte et al., 2017, Reis et al., 2016, Barros et al., 2015, Ferro et al., 2014), Satisfação e prazer com as trocas profissionais (Duarte et al., 2017, Nascimento et al., 2017, Leite et al., 2014), resiliência, aceitação e efetivação da proposta NASF (Nascimento et al., 2017, Reis et al., 2016, Barros et al., 2015) além do predomínio de vínculo estatutário e baixa rotatividade profissional ( Souza et al., 2017).

Como desafios a serem enfrentados, os estudos demonstram contratações sem concurso e sem critérios, insegurança trabalhista e inexperiência profissional (Pedraza et al., 2018, Martiniano et al., 2013), vulnerabilidade e violência territorial (Nascimento et al., 2018, Nascimento; Oliveira, 2016), isolamento e sensação de não pertencimento (Nascimento et al., 2018, Nascimento; Oliveira, 2016, Reis et al., 2016, Leite et al., 2014), presença de muitos fatores disparadores de estresse emocional físico, conflitos e sofrimento (Pedraza et al., 2018, Araujo; Galimberti, 2013), além de falta de solidariedade e baixo reconhecimento profissional (Pedraza et al., 2018).

## 7 RESULTADOS DA PESQUISA À LUZ DA NEOSELETIVIDADE

A Emenda Constitucional nº.95 de 2016, que congelou os gastos públicos primários por 20 anos, e que pode ser considerada a face mais vil da demolição dos direitos sociais no país ( Mendes e Carnut , 2020 ), implica na diminuição dos investimentos e dos gastos públicos em setores essenciais como educação, saúde e assistência social. Estes setores, já subfinanciados pelo poder público, terão agora mais dificuldades na execução de políticas que garantiriam direitos constitucionais. O fechamento de serviços de saúde, a terceirização da gestão por meio de Organizações Sociais, mudanças na forma de pagamento para os prestadores de serviço, são mudanças esperadas neste contexto de desfinanciamento e de precarização dos serviços públicos.

Por meio da Portaria nº 2.979 de 12 de Novembro de 2019, onde instituiu o Programa “*Previne Brasil*”, o Ministério da Saúde do governo Jair Bolsonaro estabeleceu novo modelo de financiamento de custeio da APS no âmbito do SUS. Já seletivas, simplificadas e muitas vezes restritas a populações que residem em territórios mais vulneráveis, as ações da ABS tendem a ficar ainda mais restritas, uma vez que os recursos para financiar as equipes de Atenção Primária (eAP) passam a valorizar o número de usuários cadastradas pelas equipes e não mais o número de habitantes e as necessidades de saúde de um determinado território. Esta mesma portaria acabou com o financiamento das equipes multiprofissionais interdisciplinares Nasf-AB, destituindo por completo toda lógica multiprofissional e interdisciplinar da ABS e a universalidade do SUS, descaracterizando sua orientação ao cuidado, valorizando a lógica de procedimentos e ratificando os elementos de mercado que servem para o capital se reproduzir neste nível de atenção à saúde (Mendes e Carnut, 2020).

No início de 2022, após quase 2 anos do início da pandemia de COVID-19, é possível afirmar a existência de uma gestão genocida por parte do Governo Federal estimulando a contaminação das pessoas, desestimulando o uso de máscaras, divulgando tratamentos ineficazes, atrasando a compra de vacinas para adultos e crianças no país, tendo como resultado trágico mais de 600 mil brasileiros mortos neste período.

Em 6 de janeiro de 2022, o Ministério da Saúde lançou o programa *Cuida mais Brasil*, que tem como objetivo disponibilizar R\$ 194 milhões de reais em um ano

para a contratação de médicos pediatras, ginecologistas e obstetras para atuarem na ABS no país. Focalizando o cuidado materno infantil por meio da contratação de médicos, esta medida incentivada pelo Ministério após a extinção do financiamento para as equipes multiprofissionais Nasf-AB, mostra a valorização da lógica médico centrada, ambulatorial, curativista pelo Governo Federal.

Pretende-se a seguir, realizar uma análise crítica dos resultados desta pesquisa à luz da neoseletividade das políticas públicas de saúde implementadas pelo Governo Federal na gestão do ex presidente Michel Temer (2016-2018) e do atual presidente Jair Bolsonaro.

### **7.1 Considerações sobre os processos de trabalho à luz da neoseletividade**

Primeiramente, podemos dizer que as equipes Nasf-AB não existem mais como política pública induzida pelo Ministério da Saúde. Os municípios que optarem por ter fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, entre outras categorias profissionais antes inseridas nas equipes Nasf-AB, não receberão verba específica via MS para a contratação destes profissionais. Desta forma, municípios que não tenham recursos orçamentários próprios para a contratação e manutenção de tais profissionais, não os terão nos serviços de ABS. Sabe-se que, na realidade brasileira, municípios de pequeno e médio portes apresentam dificuldades orçamentárias e são dependentes das esferas estadual e federal para implementação de políticas públicas de saúde.

Sem financiamento e incentivo ministerial para a contratação de profissionais de saúde não médicos para atuarem na ABS, as equipes de Atenção básica tendem a serem reduzidas, compostas predominantemente por profissionais médicos, atuando em uma lógica ambulatorial, centrada nos encaminhamentos entre as diferentes especialidades médicas. Com o fim do arranjo matricial como modelo organizacional sugerido pelo MS, espaços como reuniões de equipes, consultas compartilhadas, discussões de casos e trocas de conhecimentos entre os profissionais tendem a não mais ocorrerem e a agenda dos profissionais serem organizadas predominantemente na atuação ambulatorial curativista.



O arranjo matricial, possibilidade organizacional que valoriza o trabalho interdisciplinar, a educação permanente e a formação em serviço, pode não ser a opção escolhida. Sem diretrizes organizacionais para a atuação interdisciplinar e diante dos desafios do arranjo matricial, os profissionais podem encontrar na atuação específica ambulatorial na ABS uma possibilidade de atuação. Tal forma de trabalho tende a ser menos resolutiva, dificultar o acesso aos profissionais de saúde, desvalorizando o vínculo e a integralidade do cuidado.

O encontro entre diferentes arranjos organizacionais tendem a não mais acontecerem, uma vez que a política ministerial incentivada e o funcionamento histórico dos serviços de saúde seguem a mesma linha seletiva, restritiva, focalizada, ambulatorial, curativista e médico centrada. Nesta sentido, os profissionais da ABS tendem a atuarem na perspectiva hegemônica, de forma mais específica e pouco articulada, numa lógica ambulatorial curativista. Profissionais que se identificam com a lógica matricial como forma de organizar o cuidado em saúde, tendem a sentirem menos prazer e terem um maior grau de sofrimento com a organização dos processos de trabalho e com os resultados atingidos pelas equipes de saúde. Sem o incentivo para a realização do trabalho interdisciplinar em equipe, os encaminhamentos entre os profissionais tendem a aumentar e serem menos qualificados. Desta forma, a APS fica menos resolutiva e a integralidade do cuidado extremamente prejudicada

## **7.2 Potencialidades e desafios à luz da neoseletividade**

### **7.2.1 Acesso**

Diante do fim do financiamento ministerial para a contratação de profissionais de saúde para atuarem nas equipes multiprofissionais na ABS, espera-se que boa parte dos municípios do país não tenham condições de arcar com os custos destes profissionais. Com isso, a população atendida pelas equipes de atenção básica não terão acesso a estes profissionais. Visitas domiciliares e atendimentos no âmbito da ABS, atendimentos compartilhados, grupos terapêuticos, reuniões interdisciplinares para planejamentos, discussões de casos e atuações territoriais, momentos de educação permanente e formação em serviço deixarão de existir sem as equipes Nasf-AB. Sem os profissionais Nasf-AB atuando nas RAS espera-se o aumento dos

encaminhamentos e maior tempo na lista de espera para profissionais que atuam em ambulatórios de especialidades.

Os municípios que conseguirem manter equipes multiprofissionais na ABS poderão organizar os processos de trabalho no arranjo que avaliarem ser melhor para seu território, ainda que o arranjo matricial tenha se mostrado mais eficiente na resolução de problemas relevantes que observamos tanto no âmbito do cuidado assistencial quanto da gestão em saúde. Sem a atuação matricial espera-se uma piora na qualidade da regulação dos casos na ABS e a consequente necessidade da criação de listas de espera neste nível da atenção.

O fim das equipes Nasf-AB acaba também com diretrizes sobre limites no número de eAP apoiadas por equipes multiprofissionais. Desta forma, profissionais de saúde podem passar a dar maior ou menor cobertura territorial para equipes de atenção básica dentro das RAS. O aumento da cobertura territorial oferecido por equipes multiprofissionais na ABS pode dificultar o acesso da população aos profissionais de saúde, além de reduzir a qualidade do atendimento ofertado, precarizando ainda mais o trabalho e o cuidado ofertado.

Com maiores dificuldades no acesso e com piora na qualidade do serviço ofertado, a população ficará sem o atendimento necessário às questões de saúde ou terão que recorrer ao sistema privado. Com o aumento do desemprego no país, com a queda da renda das famílias e com os altos custos dos procedimentos de saúde no sistema privado, sabe-se que boa parte da população ficará sem atendimento.

### 7.2.2 Organização dos processos de trabalho

Um dos resultados desta pesquisa mostra que profissionais de saúde não são formados para atuarem de forma interprofissional e matricial, mas sim para atuarem na racionalidade médica, biologicista, medicamentosa, fragmentada e reduzida. Muitas dificuldades e desafios encontrados na construção do trabalho em equipe dentro dos princípios e diretrizes da lógica do apoio matricial decorrem desta formação tradicional e trazem tensões entre os limites profissionais, saberes específicos e coletivos e em relações interprofissionais incipientes. Com o fim das equipes Nasf-AB, sem a necessidade de organização dos processos de trabalho dentro de uma lógica que valorize aspectos muitas vezes desconsiderados nos processos de formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação, os profissionais de saúde podem

atuar na lógica tradicional, diminuindo a qualidade do cuidado ofertado aos usuários atendidos pelos serviços de saúde.

Para que o trabalho na ABS ocorra dentro de uma lógica interdisciplinar e intersetorial, que valorize a integralidade e a longitudinalidade do cuidado, assim como a troca de saberes, a educação permanente e a formação em serviço dentro das RAS, é necessário que as políticas públicas da área da saúde, gestores municipais, gerentes de serviços, coordenadores de equipes, trabalhadores e usuários do SUS conheçam, valorizem e incentivem formas de organizar o trabalho dentro destes princípios.

Com o fim do incentivo via MS para a contratação de profissionais para compor equipes multiprofissionais e com a mudança no modelo de repasse de verba para os municípios que incentiva procedimentos individuais, o trabalho tende a ocorrer dentro da chamada lógica tradicional (imediatista, curativista, pouca articulada, insuficiente, ambulatorial, assistencial, sem espaços coletivos de decisão, pouco planejada).

### 7.2.3 Qualidade do Trabalho

Instituído em 2008 pelo Ministério da Saúde como estratégia para melhorar a qualidade da assistência, superar obstáculos e desafios na ABS, em seus 11 anos de existência, apesar de todos os resultados positivos alcançados, muitos desafios foram identificados diante da tensão entre o modelo tradicional existente e o matricial a ser implantado. A integralidade ainda mostra-se limitada, o cuidado ainda ocorre de forma desarticulada, fragmentado e mensurado quantitativamente, encaminhamentos não qualificados, pouca pesquisa no cotidiano do trabalho e pouca leitura sobre medicina baseada em evidências, falta de reflexões críticas, históricas e conceituais dos profissionais.

Muitos dos resultados positivos alcançados pelas equipes Nasf-AB no Brasil tendem a acabar com o fim do financiamento destas equipes pelo MS e com o fim do arranjo matricial como diretriz organizacional para a atuação nas RAS. Sem estas equipes ou com profissionais de saúde atuando dentro da lógica tradicional, a resolutividade da ABS tende a ser menor, assim como sua articulação com serviços da atenção secundária e terciária. A qualidade dos encaminhamentos, a articulação intersetorial, o planejamento, a integralidade das ações, o vínculo, a responsabilização por usuários, famílias, comunidades e trabalhadores de saúde,

assim como as melhoras estruturais tendem a ser menores com a implementação do Previne Brasil e com o fim das equipes Nasf-AB.

Com a neoseletividade das políticas públicas de saúde na ABS, a qualidade do trabalho tende a piorar, voltando a patamares anteriores ao ano de 2008, quando não existiam equipes multiprofissionais. Os trabalhadores que continuarem atuando na ABS dificilmente conseguirão atingir padrões de qualidade alcançados nestes anos, ainda que se esforcem muito mais para isso. O aumento da cobertura territorial e do número de equipes de atenção básica atendidas por equipes multiprofissionais tendem a dificultar o acesso da população aos profissionais de saúde e reduzir a qualidade do atendimento ofertado. A já conhecida falta de profissionais para atender as necessidades de saúde da população e a precarização do trabalho decorrente deste fato, tende a se agravar com a extinção das equipes multiprofissionais ou com o aumento da cobertura pelas equipes já existentes nos territórios.

#### 7.2.4 Saúde do Trabalhador

Esta pesquisa mostrou que trabalhar em serviços públicos de saúde no Brasil, em especial na ABS, pode ser extremamente prazeroso, gratificante e, ao mesmo tempo, ser fator desencadeante de sofrimento físico e mental nos trabalhadores. Na maioria das vezes formados para atuarem no sistema privado de saúde em uma lógica mercadológica focada nas especialidades, com atuação ambulatorial e fora do contexto de equipes interprofissionais, os profissionais da APS no SUS atuam em contextos sociais onde as demandas específicas de saúde dos usuários atendidos são atravessadas por fatores sociais que dificultam a prática profissional aprendida no ambiente universitário. O encontro entre profissionais de saúde com formações tradicionais para a atuação clínica ambulatorial, hospitalar e serviços que demandam habilidades diferentes das valorizadas nos currículos de graduação pode gerar mudanças nos trabalhadores e no funcionamento dos serviços de saúde.

Com o fim das equipes Nasf-AB como política pública ministerial e com o fim do apoio matricial como modelo organizacional sugerido dentro dos serviços de saúde, a atuação em equipes interprofissionais, a troca de conhecimento entre os profissionais, a formação em serviço para a atuação dentro dos princípios do SUS e a qualidade do atendimento ofertado ficam prejudicados. Todas as potencialidades identificadas nesta pesquisa correm o risco de acabarem ou ficarem mais difíceis de serem encontradas no cotidiano do trabalho. Por outro lado, os desafios a serem enfrentados se farão cada vez mais presentes. Insegurança trabalhista e inexperiência profissional, vulnerabilidade e violência territorial, isolamento e sensação de não pertencimento, fatores disparadores de estresse emocional físico, conflitos e sofrimento tendem a aumentar entre os profissionais que atuam na ABS.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa traz achados importantes sobre os processos de trabalho e também sobre a relevância das equipes Nasf-AB na melhora no acesso, no atendimento e no cuidado ofertado à população. A inclusão de especialidades médicas e não médicas na ABS para atuarem em equipes interdisciplinares em um arranjo organizacional que vise ações territoriais de promoção de saúde, prevenção de doenças e ações de reabilitação, além da troca de saberes e práticas entre os profissionais, é algo revolucionário quando comparado com a lógica de trabalho tradicional centrada nos atendimentos do tipo queixa conduta e nos encaminhamentos pouco qualificados entre as especialidades.

Diante dos achados desta pesquisa sobre a importância dos profissionais que atuavam nas equipes multiprofissionais do tipo Nasf-AB para a melhora no atendimento ofertado aos usuários do SUS, fica evidente que o fim do financiamento destas equipes pelo Ministério da Saúde irá dificultar que municípios arquem sozinhos com a contratação de profissionais que compunham estas equipes e todo o atendimento multiprofissional na ABS não irá mais acontecer. O acesso das eAB e dos usuários aos profissionais que compunham as equipes Nasf-AB será prejudicado, a qualidade do atendimento ofertado pelas equipes de atenção básica irá diminuir, a saúde dos trabalhadores que continuarem atuando será prejudicada devido uma maior sobrecarga de trabalho em arranjos organizacionais que podem gerar filas de espera, falta de colaboração e de trocas entre os profissionais.

O fim do incentivo à contratação de profissionais de saúde para atuarem na ABS pode ser considerado como uma neoseletividade do Estado brasileiro no que tange as políticas públicas de saúde. Como pontua Seibel (2001), no contexto de práticas seletivas contemporâneas, o mercado passa a ser o principal fornecedor de serviços de proteção social e, portanto, explicitamente seletivo a partir de critérios muito claros de propriedade, renda e salário. Sem os profissionais de saúde atuando na ABS do SUS, usuários ficarão sem atendimento multiprofissional ou terão que recorrer ao sistema privado de saúde para terem suas necessidades de saúde atendidas. Roberts (2016) coloca que desde 2008, início da atual crise do capitalismo contemporâneo, o Brasil tem sofrido diversas ofensivas do capital. O fim equipes multiprofissionais do tipo Nasf-AB é mais uma ofensiva no campo da saúde pública.

Ainda que o arranjo matricial, diretriz organizacional para a atuação das equipes Nasf-AB, tenha se operacionalizado de diferentes formas nas regiões do país entre 2008 e 2019, é possível afirmar que as potencialidades deste arranjo para a melhora do cuidado ofertado vão ao encontro dos princípios da integralidade e universalidade, para o aumento da resolutividade da ABS dentro das RAS e também para a formação de profissionais em serviço para a atuação no SUS (Educação Permanente). Os desafios nos processos de trabalho identificados nesta pesquisa decorrem, em sua grande maioria, pela falta de formação dos profissionais de saúde para a atuação multiprofissional e interdisciplinar nos serviços públicos de saúde.

O fim das equipes multiprofissionais e interdisciplinares, que atuam na lógica matricial, como as do tipo Nasf-AB, é um retrocesso sem tamanho dentro das políticas de APS no SUS. O recente incentivo do Ministério da Saúde do governo Jair Bolsonaro, por meio do programa *Cuida mais Brasil*, para a contratação de pediatras e ginecologistas para atuarem na ABS e fortalecer o cuidado materno infantil, mostra o maior grau de focalização e seletividade das políticas públicas de saúde e uma super valorização das especialidades médicas em detrimento de outras profissões da área da saúde.

Esta pesquisa teve como principal objetivo responder a seguinte pergunta: “Quais são os processos de trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica que atuam na Atenção Básica à Saúde no Brasil”. Por meio da realização de uma revisão sistemática de literatura do tipo metassíntese qualitativa pudemos responder a esta pergunta, explorando diferentes dimensões dos processos de trabalho destas equipes.

Conclui-se que os processos de trabalhos das equipes Nasf-AB nas diferentes regiões do Brasil ocorrem, em maior ou menor grau, dentro das diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde do Brasil entre os anos de 2008 e 2019. Os resultados destes processos de trabalho refletem de forma positiva no funcionamento dos serviços de saúde e vão de encontro aos princípios da integralidade, equidade e universalidade do SUS.

Apesar dos inúmeros avanços conquistados, muito ainda precisa melhorar. Com o fim do financiamento das equipes Nasf-AB pelo Ministério da Saúde, espera-se dificuldades por parte dos municípios na manutenção, assim como retrocessos nos arranjos organizacionais destas equipes. Os resultados desta pesquisa à luz da neoseletividade das políticas públicas de saúde no país nos mostram os desafios

políticos e institucionais que temos pela frente. O Ministério da Saúde do Brasil sob o governo de Jair Bolsonaro tem avançado com políticas de saúde que enfraquecem a Atenção Básica à Saúde e o SUS como um todo, precarizando ainda mais a assistência à saúde da população brasileira.

Sigamos firmes e fortes na luta contra o desfinanciamento do SUS e resistentes às mudanças impostas que visem fragilizar o funcionamento dos serviços públicos de saúde.



## REFERÊNCIAS<sup>1</sup>

- Aciole GG. A saúde no Brasil: cartografia do público e do privado. São Paulo: Hucitec; 2006.
- Alma-Ata D. Conferência internacional sobre cuidados Primários. Alma-Ata, URSS. 06-12 de Setembro, 1978.
- Almouloud SA, Alencar ES. A metodologia de Pesquisa: metassíntese qualitativa. *Rev. Reflexão e Ação*. 2017 Set-Dez;25(3):204-20.
- Araújo EMD, Galimberti PA. A colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família. 2013. *Psicologia Sociedade*. 2013;25(2):461-68.
- Batista SHSS, Miccas FL. Educação Permanente em Saúde: Metassíntese. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(1):170-85.
- Batista CB, Machado RMC, Maciel FJ, Moraes MCN, Paula PP. Trabalho do núcleo de apoio à saúde da família em um município de Minas Gerais. *Rev Inter Psi*. 2017 Jul-Dez; 10(2):264-74.
- Banco Mundial. Um ajuste Justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. Volume I: síntese, novembro de 2017.
- Barros JO, Gonçalves RMA, Kaltner RP, Lancman S. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de apoio à saúde da família (Nasf) da cidade de São Paulo, Brasil. *Ciência Saúde Coletiva*. 2015;20(9):2847-56.
- Basu S, Andrews J, Kishore S, Punjabi R, Stuckler D. Comparative Performance of Private and Public Healthcare Systems in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. *PLoS Medicine*. 2012 Jun;9(6):1-14.
- Belotti M, Iglesias A, Avellar LZ. Conceptions of the professionals about their attributions in the Expanded Nucleus of Family Health. *Psico-USF*. 2019 Out-Dez;24(4):661-71.
- Berendes S, Heywood P, Oliver S, Garner P. Quality of Private and Public Ambulatory Health Care in Low and Middle Income Countries: Systematic Review of Comparative Studies. *PLoS Medicine*. 2011 April;8(4):1-10.
- Boschetti I, Teixeira SO. Seletividade e focalização das políticas de assistência social no Brasil. 2003. Disponível em <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-018-081.pdf> . Acessado em 11 de Dezembro de 2020.

---

<sup>1</sup> De acordo com Estilo Vancouver.

Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria No 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, 24 out. 2011

Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. V. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.979, de 12 de dezembro de 2019. 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. Diário Oficial da União. Brasília-DF, 13 de novembro de 2019.

Brito GEG, Mendes ACG, Neto PMS. O trabalho na estratégia saúde da família e a persistência das práticas curativas. Trab Educ Saúde. 2018 set-out;16(3): 975-95.

Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciência Saúde Coletiva. 1999;4(2):393-403.

Campos GWS. saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciência Saúde Coletiva. 2000;5(2):219-230.

Campos GWS, Domitti AC. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2007 Fev;23(2):399-407.

Campos GWS. Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família. In: Campos GWS, Guerrero AVP. Manual de Práticas na Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. 2ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

Campos GWS. Estratégias para consolidação do SUS e do direito à Saúde. Ensaios e diálogos; 2017.

Carnut L, Mendes A. A Atenção Primária à Saúde Privada do Decreto presidencial no 10.530/2020. Rev. Movimento. Outubro de 2020. Disponível em:

<https://movimentorevista.com.br/2020/10/a-atencao-primaria-a-saude-privada-do-decreto-presidencial-no-10-530-2020/>.

Castro CP, Nigro DS, Campos GWS. Nucleo de apoio a saúde da família e trabalho interprofissional: a experiência do município de campinas. *Trab Educ Saúde*. 2018 Set-Dez; 16(3);1113 -34.

Castro MC, Massuda A, Lameida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, Noronha VMS, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet*. 2019 Jul 27;394(10195):1-34. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31243-7. Epub 2019 Jul 11.

Conill EM. Sistemas comparados de saúde. In: Campos, Gastão Wagner de Sousa; Minayo, Maria Cecília de Souza; Akerman, Marco; Drumond Júnior, Marcos; Carvalho, Yara Maria de. *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro, Hucitec;Fiocruz; 2007. p.563-613.

Conill EM. Sistemas Universais para a América Latina: jovens e antigas inovações nos serviços de saúde. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2018 Out-Dez;31(4):1-13.

Duarte WBA, Falcão TML, Beltrão AB. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a transformação do acolhimento na atenção básica. *Saúde em Debate*. 2017 Out-Dez;41(115):1061-74.

Ellery ACL, pontes RJS, Loiola FA. Campo comum dos profissionais da estratégia saúde da família: um cenário em construção. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2013;23(2):415-37.

Elster J. *Marx hoje*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1989.

Ferreti F, Romancini F, Schneider LR, Ferraz L. Prática baseada em evidência no contexto dos Nucleos de apoio à saúde da família em Chapecó. *Cogitare Enferm*. 2018; 2(23):1-9.

Ferro LF, Silva EC, Emelin C, Zimmermman AB, Castanharo RCT, Oliveira FRL. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. *Mundo Saúde*. 2014;38(2):129-38.

Feuerwerker LCM. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2005 Set-Dez;9(18):489-506.

Feuerwerker LCM. *Micropolítica e Saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede Unida; 2014.

Filho PF, Oliveira PJ. A Universalização excludente: Rflexoes sobre as tendências do sistema de saúde. *Planejamento e Políticas públicas*, Junho de 1990, n.3, 139-162.

Fracolli LA, Lopes LAM. Revisão Sistemática de Literatura e Metassíntese Qualitativa: Considerações sobre sua aplicação na pesquisa de Enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008 Out-Dez;17(4):771- 8.

Giovanella L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? *Cad. Saúde Pública*. 2008. 24 Sup 1:7-27.

Giovanella L, Mendonça MHM, Buss PM, Fleury S, Gadelha CAG, Galvão LA et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção Primária à Saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cad Saúde Pública*. 2019, 35(3):1-6.

Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciência Saúde Coletiva*. 2020;25(4):1475-148. doi:10.1590/1413-81232020254.01842020.

Gonçalves RMA, Lancman S, Sznelwar LI, Cordone NG, Barros JO. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. *Rev bras Saúde ocup*. 2015; 40(131):59-74.

Guerra LDS, Carnut L, Mendes A. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. 2018, Set;42(N.Especial 1): 224-43.

Iacabo P, Furtado JP. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: análises estratégica e lógica. *Saúde debate*. 2020 Jul-Sep. 44(126) 16: 666- 77.

Lancman S, Gonçalves RMA, Cordone NG, Barros JO. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2013; 47(5):968-75.

Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde Soc*. São Paulo. 2011; 20(4):867-74.

Leite DF, Oliveira MAC, Nascimento DDG. Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2014; 24(2): 507-25.

Leite DF, Oliveira MAC, Nascimento DDG. O trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na perspectiva de seus trabalhadores. *Cienc Cuid Saude*. 2016 Jul-Sep;15(3):553-60.

Macedo MAV, Guimarães JMX, Sampaio JJC, Morais APP, Carneiro C. Análise do processo de trabalho no núcleo de apoio à saúde da família em município do nordeste brasileiro. *Rev Gerenc Polít Salud*. 2016; 15(30): 194-211. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-30.aptn>.

Martiniano CS, Sampaio J, Magalhães FC, Souza FF, Marcolino EC, Rocha AMO. Avaliação do processo de implementação das equipes dos núcleos de apoio à saúde da família. *Rev enferm UFPE on line*. 2013 Jan; 7(1):53-61.

Matuda CG, Pinto NRS, Martins CL, Frazão P. Colaboração interprofissional na estratégia saúde da família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciência Saúde Coletiva*. 2015; 20(8): 2511-21.

Melo, D. Bolsonaro, fascismo e neofascismo. Trabalho apresentado no Anais do Colóquio Internacional Marx e o Marxismo 2019 - Marxismo sem tabus – enfrentando opressões. Organização: Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas sobre Marx e o Marxismo (NIEP-Marx), Niterói, agosto de 2019. Acesso em 12 de outubro de 2020. Disponível em: <http://www.niepmarx.blog.br/MManteriores/MM2019/Trabalhos%20aprovados/MC19/MC191.pdf>.

Mendes EV. *As Redes de Atenção à Saúde*. 2 ed. Brasília, DF; 2011.

Mendes, A; Carnut, L. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. *Saúde e Sociedade*. 2018; 27:1105-19.

Mendes À. A Economia política da crise capitalista e a saúde pública brasileira. Trabalho apresentado no Anais do Colóquio Internacional Marx e o Marxismo 2019 - Marxismo sem tabus – enfrentando opressões. Organização: Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas sobre Marx e o Marxismo (NIEP-Marx), Niterói, agosto de 2019. Acesso em 12 de outubro de 2020. Disponível em: <http://www.niepmarx.blog.br/MManteriores/MM2019/Trabalhos%20aprovados/MC8/MC81.pdf>

Mendes, Á, Carnut L. Neofascismo, Estado e a crise do capital: o Brasil de Bolsonaro e a demolição do direito à saúde. *Sessões Ordinárias. Área 7: Estado, trabalho e políticas públicas*. Acesso em 10 de novembro de 2020. Disponível em: [https://enep.sep.org.br/uploads/717\\_1583791189\\_Artigo\\_SEP\\_com\\_autoria\\_pdf\\_ide.pdf](https://enep.sep.org.br/uploads/717_1583791189_Artigo_SEP_com_autoria_pdf_ide.pdf)

Miranda L, Oliveira TFK, Santos CBT. Estudo de uma Rede de Atenção Psicossocial: Paradoxos e Efeitos da Precariedade. *Psico Ciência Profissão*. 2014; 34(3): 592-611.

Molina J. Saúde universal com equidade, sem deixar ninguém para trás. *Rev Panam Salud Pública*. 2018; 42:173. [doi.org/10.26633/RPSP.2018.173](https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.173)

Moreira DC, Junior JPB, NERY AA, Cardoso JP. Avaliação do trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por usuários, segundo os atributos da atenção primária. *Cad Saúde Pública*. 2020; 36(12): 1-13.

Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista TWF. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cad Saúde Pública*. 2020; 36(9). 1-20.

Nascimento DDG, Oliveira MAC. Análise do sofrimento no trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP. 2016; (50):846-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600019>.

Nascimento DDG, Quevedo MP, Oliveira MAC. O prazer no trabalho no Nucleo de Apoio à Saúde da Família: uma análise Dejouriana. Texto Contexto Enferm. 2017; 26(1):1-9.

Nascimento CMB, Albuquerque PC, Sousa FOS, Albuquerque, LC, Gurgel IGD. Configurações do processo de trabalho em nucleos de apoio a saude da familia e o cuidado integral. Trab Educ Saúde. 2018 set-dez;16(3):135- 56.

Nascimento DDG, Moraes SHM, Oliveira MAC. Family Health Support Center: suffering from the perspective of psychodynamics of work. Rev Esc Enferm USP. 2019; 53:1-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018013403423>.

Neto JDA, Albuquerque IMN, Lira GV, Bosi MLM. Aspectos restritivos à integralidade nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: o olhar dos *stakeholders*. Tema Livre. 2018; 28(04):1-25.

Odendaal WA, Ward K, Uneke J, Uro-Chukwu H, Chitama D, Balakrishna Y, Kredo T. Contracting out to improve the use of clinical health services and health outcomes in low- and middle-income countries. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 4. Art. No.: CD008133. doi: 10.1002/14651858.CD008133.pub2. disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008133.pub2/epdf/full>

Offe C. Problemas estruturais do Estado capitalista: Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1984.

Offe C, Ronge, V. Teses sobre a fundamentação do conceito de Estado capitalista e sobre a pesquisa política de orientação materialista. In: Offe C, Ronge, V. Problemas estruturais do Estado capitalista. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1984.

Pedraza DF, Queiroz D, Sales MC, Menezes TN. Caracterização do trabalho de enfermeiros e profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na Atenção Primária. ABCS Health Sci. 2018; 43(2):77-83.

Rasella D, Basu S, Hone T, Paes-Sousa R, Ocke'-Reis CO, Millett C . Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. PLOS Medicine 15(5): e1002570, 2018. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002570>.

Reis DC, Flisch TMP, Vieira MHFV, Santos-Junior WS. Perfil de atendimento de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família na área de reabilitação, Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2009. Epidemiol Serv Saúde. 2012 out-dez; 21(4):663-74.

Reis ML, Medeiros M, Pacheco LR, Ceixeta CC. Avaliação do trabalho multiprofissional do núcleo de apoio à saúde da família (NASF). *Texto Contexto Enferm*. 2016; 25(1):1-9.

Ribeiro HMCB, Lamy ZC, Coimbra LC, Rocha LJLF, Aquino DMC, Coutinho NPS, Et al. Representações sociais de profissionais de núcleos de apoio à saúde da família sobre interdisciplinariedade. *Trab Educ Saúde*. 2015; 13(2): 97-115.

Roberts M. *The long depression: how it happened, why it happened, and what happens next*. Chicago: Haymarket Books, 2016.

Rodrigues CM. Conceito de Seletividade de políticas públicas e suas aplicações no contexto da política de extensão rural no Brasil. *Cad Ciência tecnologia*. 1997; 14(1):113-54.

Saldanha C. *Introdução à gestão pública*. São Paulo: Saraiva; 2006.

Sales JCS, Branco COC, Reis JF, Mendes PN, Júnior FJGS, Valle ARMC. Núcleo de Apoio à Saúde da Família na perspectiva de médicos e enfermeiros. *Esc Anna Nery*. 2020; 24(1):1-8.

Sampaio J, Sousa CSM, Marcolino EC, Magalhães FC, Souza FF, Rocha AMO, et al. O NASF como dispositivo de gestão: limites e possibilidades. *R bras ci Saúde*. 2012; 16(3): 317-24.

Sampaio J, Martiniano CS, Rocha AMO, Neto ASS, Sobrinho GDO, Marcolino EC, et al. Núcleo de apoio à saúde da família: refletindo sobre aceções emergentes da prática. *R bras ci saúde*. 2013; 17(1):47-54.

Sampaio J, Melo MC, Grigorio MC, Soares RS. Processos de Trabalho dos núcleos de atenção à saúde da família junto à atenção básica: implicações para à articulação de Redes territoriais de cuidados em saúde. 2015; 19(1): 41-8.

Sandeslowski M, Docherty S, Emden C. Focus on Qualitative Methods Qualitative Metasynthesis: Issues and Techniques. *Research in Nursing Health*. 1997;20: 365-71.

Sandeslowski M, Barroso J. Classifying the Findings in Qualitative Studies. *Qualitative Health Research*. 2003 Set;13(7):905-23. doi: 10.1177/1049732303253488.

Santana JS, Azevedo TL, Reichert APS, Soares MJGO. Núcleo de apoio a saúde da família: atuação da equipe junto à estratégia saúde da família. *J res fundam care online*. 2015 abr-jun; 7(2):2362-71.

Santos N. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007 Abril; 12(2):429-35.

Seibel EJ. A redefinição do conceito “Offeano” de seletividade diante de uma conjuntura globalizada. *Rev Organizações e sociedade*. 2001; 8(20):1-9. Disponível em: <https://aratupe.ufba.br/index.php/revistaoes/article/view/10541/7557> acessado em 13 de Dezembro de 2020.

Silva ATC, Aguiar ME, Winck K, Rodrigues KGW, Sato ME, Grise SJFE, et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012 nov; 28(11): 2076-84.

Silva JWSB, Silva JC, Oliveira SRA. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: reflexão do seu desenvolvimento através da avaliação realista. *Saúde em Debate*. 2020 Jan-Mar; 44(124): 32-46.

Sousa MF. A reconstrução da saúde da família no Brasil: diversidade e incompletude. In: *Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas : Saberes; 2014.

Sousa D, Oliveira IF, Costa ALF. Entre o especialismo e o apoio: psicólogos no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. 2015; 26(3):474-83.

Souza TT, Knabben RJ, Calvo MCM. Caracterização de núcleos de apoio à saúde da família e integração as equipes de saúde da família vinculadas. *Rev APS*. 2017 out-dez; 20(4): 551-64.

Souza TS, Medina MG. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS? *Saúde Debate*. 2018 out; 42(2):145-58.

Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO Ministério da Saúde; 2002.

Velloso AF, Varanda MP. Difusão de inovação e atores-chave na ESF. *Cad Saúde Colet*. 2017; 25 (1): 73-82.

Vendruscolo C, Metelski FK, Maffissoni AL, Tesser CD, Trindade LL. Characteristics and performance of professionals of the Expanded Family Health and Basic Healthcare Centers. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;54:1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018033003554>.

Vendruscolo C, Ferraz F, Tesser CD, Trindade LL. Núcleo ampliado de saúde da família: espaço de interseção entre atenção primária e secundária. *Texto Contexto Enferm*. 2019 jun; 28:1-14. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0560>.

Vendruscolo C, Trindade LL, Maffissoni AL, Martini JG, Silva Filho CC, Sandri JVA. Implication of the training and continuing education process for the interprofessional performance. *Rev Bra Enferm*. 2020;73(2): 1-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0359>.



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*. 2015 dez;39 (Nº especial): 221-31.

ANEXO A - PRODUTO EDUCACIONAL: CARTA DE RECOMENDAÇÃO AOS GESTORES E TRABALHADORES SOBRE A NEOSELETIVIDADE INDUZIDA PELO PROGRAMA PREVINE BRASIL E SUAS REPERCURSSÕES PARA OS NASF-AB

**RUBEM ABRÃO DA SILVA**

(11) 96192-6138 | rubemabrao@gmail.com | São Paulo

10/05/2022

**Aos gestores, trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde**

**CARTA DE RECOMENDAÇÃO AOS GESTORES, TRABALHADORES E  
USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SOBRE A NEOSELETIVIDADE  
INDUZIDA PELO PROGRAMA PREVINE BRASIL E SUAS REPERCURSSÕES  
PARA OS NASF-AB**

Exmo(a). Sr(a). Gestores, Trabalhadores e usuários do SUS

Escrevemos esta carta de recomendações direcionada aos gestores, trabalhadores e usuários do SUS, em especial, aos da Atenção Básica à Saúde no Brasil, visando advertir sobre os principais problemas que envolvem a neoseletividade induzida pelo Programa Previne Brasil ao trabalho interprofissional e, em especial aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, os Nasf-AB.

Há evidências científicas consistentes de que as equipes multiprofissionais que compunham os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) de 2008 a 2019 cumpriram com seus principais objetivos de aumentar e melhorar as ações de diferentes profissões e/ou especialidades que atuam na Atenção Básica à Saúde no Brasil (Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família, Unidades Fluviais, Consultórios de Rua, Equipes de Saúde da Família Ribeirinha e Equipes de Saúde da Família Fluvial).

Podemos destacar as seguintes potencialidades presentes na literatura científica sobre as equipes multiprofissionais Nasf-AB que justificam sua existência:

- a) Maior número de ações de saúde (consultas, grupos, ações em escolas e em locais nas comunidades) oferecidas nos serviços de Atenção Básica;
- b) atendimentos especializados mais perto da população;
- c) Melhora no planejamento das ações de prevenção, diagnósticas e terapêuticas para as populações atendidas;
- d) Maior resolução de questões de saúde, com melhora na qualidade dos encaminhamentos que se fizerem necessários;
- e) Melhora dos atendimentos realizados por meio do estímulo ao trabalho em equipe e na formação interprofissional dos profissionais de saúde;
- f) Melhora nos indicadores de saúde da população;
- g) Melhor relação custo-benefício quando comparado com a inserção de profissionais em ambulatório de especialidades e hospitais.

O processo de desfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) impôs um novo tipo de seletividade (neoseletividade) nas políticas de saúde induzindo gestores a acabarem, por falta do incentivo financeiro federal, com suas equipes multiprofissionais NASF-AB nas diferentes regiões do país, diminuindo assim a quantidade e a qualidade das ações ofertadas à população.

O fim das equipes multiprofissionais do tipo Nasf-AB gerará dificuldades, especialmente nos seguintes aspectos:

- a) Piora no acesso dos serviços de saúde com a redução do número de ações de saúde (consultas, grupos, ações em escolas e em locais nas comunidades) oferecidos;
- b) Piora no acesso da população à especialistas não médicos (fonoaudiólogos, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas, professores de educação física, terapeutas ocupacionais, entre outros);
- c) Aumento das listas de espera para especialidades;
- d) Piora na qualidade das ações oferecidas e dos indicadores de saúde da população e

- e) Aumento da sobrecarga de trabalho aos profissionais e das questões de saúde relacionadas ao trabalho (doenças acusadas por sofrimento físico e mental).

Em virtude destas questões induzidos pela Portaria nº 2.979 de 12 de Novembro de 2019, onde instituiu o Programa “*Previne Brasil*”, que afetam diretamente o financiamento da Atenção Básica à Saúde no país, recomendamos aos gestores, trabalhadores e usuários o apoio à revogação desta Portaria, que provoca graves prejuízos à atenção à saúde ofertada pelo SUS, em especial na Atenção Básica à Saúde.

Aos trabalhadores do SUS, em especial aos que atuam na Atenção Básica à Saúde, seguem algumas recomendações sobre formas de resistência aos retrocessos instituídos com o fim das equipes Nasf-AB e das diretrizes quanto à organização dos processo de trabalho junto as equipes de atenção básica à saúde:

- a) Valorizar os espaços coletivos, reuniões para planejamento de ações, discussões de casos, reuniões de Conselho Gestor, entre outros, dentro das Unidades Básicas de Saúde e com a Rede de Atenção à Saúde;
- b) Demonstrar a necessidade destes espaços para a organização dos fluxos de atendimentos e para a construção de uma agenda que leve em consideração prioridades de cada território;
- c) Valorizar a atuação compartilhada entre as diferentes profissões como possibilidade de ofertar um cuidado integral e articulado aos usuários;
- d) Valorizar as trocas de saberes práticas entre os profissionais de saúde e
- e) Incentivar o uso destes conhecimentos para a ampliação da clínica e do cuidado ofertado.

Atenciosamente,

MSc. Rubem Abrão da Silva

Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Mestrado Profissional de Formação Interdisciplinar em Saúde. Universidade de São Paulo.

Prof. Dr. Leonardo Carnut

Professor Colaborador do Mestrado Profissional de Formação Interdisciplinar em Saúde. Universidade de São Paulo.

Prof. Dr. Celso Zilbovicius

Professor Permanente do Mestrado Profissional de Formação Interdisciplinar em Saúde. Universidade de São Paulo.

Programa de Pós-graduação Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde

Faculdade de Odontologia, Faculdade de Saúde Pública, Faculdade de Ciências Farmacêuticas e Escola de Enfermagem.

Universidade de São Paulo